

# Đề Cương Ôn Tập BSNT Sản

2018



# **ĐỀ CƯƠNG ÔN TẬP THI BÁC SỸ NỘI TRÚ**

## **MÔN: SẢN PHỤ KHOA**

1. Sinh lý chu kỳ kinh nguyệt
2. Thay đổi giải phẫu, sinh lý của bộ phận sinh dục trong thai kỳ
3. Dấu hiệu chắc chắn có thai
4. Chẩn đoán và xử trí ngôi ngược
5. Chẩn đoán và xử trí song thai
6. Chẩn đoán và xử trí rau bong non
7. Chẩn đoán và xử trí sảy thai
8. Triệu chứng, điều trị, dự phòng thai ngoài tử cung
9. Phân loại và chẩn đoán rau tiền đạo
10. Xử trí dọa sinh non
11. Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị đờ tử cung sau sinh
12. Triệu chứng và chẩn đoán tiền sản giật
13. Điều trị sản giật
14. Chẩn đoán và xử trí các hình thái VPM toàn thể và nhiễm khuẩn máu trong NKHS
15. Ảnh hưởng của đái tháo đường lên thai nghén và hướng điều trị
16. Triệu chứng và chẩn đoán suy thai
17. Chẩn đoán biến chứng và điều trị u nang buồng trứng
18. Triệu chứng, chẩn đoán và điều trị u xơ tử cung
19. Chẩn đoán và điều trị thai trứng
20. Điều trị ung thư cổ tử cung
21. Chẩn đoán và điều trị ung thư vú
22. Chẩn đoán và xử trí rong kinh, rong huyết
23. Thuốc viên uống tránh thai
24. Viêm âm đạo do trùng roi và do nấm
25. Các bước khám, thăm dò và chẩn đoán vô sinh

### Câu 1: Sinh lý chu kỳ kinh nguyệt

Trong CKKN bình thường, các hormon được tiết ra có tính chu kỳ, trật tự. Song song với sự tiết hormon này, niêm mạc tử cung tăng sinh nhằm chuẩn bị cho sự làm tổ của phôi.

**I. Chu kỳ kinh nguyệt:** Ở người, CKKN có thể được phân chia thành 2 phần: chu kỳ buồng trứng và chu kỳ tử cung:

- Chu kỳ buồng trứng được phân chia thành GD nang noãn và GD hoàng thể
- Chu kỳ tử cung được phân chia thành GD tăng sinh và GD chế tiết tương ứng và hành kinh.

#### 1. Chu kỳ buồng trứng

##### • **Giai đoạn nang noãn:**

- (1) Cơ chế điều hòa ngược của hormon thúc đẩy sự phát triển có tính trật tự của một nang noãn vượt trội. Nang này trưởng thành vào giữa chu kỳ và chuẩn bị cho sự phóng noãn. Thời gian trung bình của giai đoạn nang noãn là 10-14 ngày.
- (2) Sự thay đổi của thời gian GD nang noãn chịu trách nhiệm cho hầu hết của những thay đổi trong toàn bộ chu kỳ.

##### • **Giai đoạn hoàng thể:** Tính từ lúc phóng noãn đến lúc bắt đầu hành kinh, kéo dài trung bình 14 ngày.

#### 2. Chu kỳ tử cung

##### • **Giai đoạn tăng sinh:**

- (1) Sau khi hành kinh, màng rụng dày gồm các tuyến nguyên thủy và mô đệm ít, đặc nằm sát cơ tử cung.
- (2) GD tăng sinh đặc trưng bởi sự nguyên phân liên tục của màng rụng chức năng tương ứng với sự tăng nồng độ estrogen trong tuần hoàn. Lúc bắt đầu tăng sinh, niêm mạc tử cung tương đối mỏng.
- (3) Sự thay đổi rõ nét trong thời kỳ này là sự phát triển của các tuyến nội mạc ban đầu thẳng, hẹp và ngắn thành các cấu trúc dài hơn và cuộn xoắn.

##### • **Giai đoạn chế tiết:**

- (1) Trong một chu kỳ 28 ngày điển hình, sự phóng noãn xảy ra vào ngày thứ 14.
- (2) Trong vòng 48-72 giờ sau phóng noãn, sự khởi phát chế tiết progesteron tạo nên sự thay đổi biểu hiện mô học của niêm mạc tử cung sang GD chế tiết.
- (3) GD chế tiết đặc trưng bởi ảnh hưởng của progesteron cùng với estrogen tác động lên tế bào.
- (4) Ngày 6-7 sau phóng noãn, hoạt động chế tiết các tuyến đạt cực đại và nội mạc đã được chuẩn bị tối ưu cho sự làm tổ của phôi. Cùng với sự tăng phù nề mô đệm tối đa vào cuối pha chế tiết, các ĐM xoắn có thể nhìn thấy rõ ràng rồi dài dần và cuộn lại.
- (5) Khoảng ngày 2 trước khi hành kinh, có sự gia tăng đáng kể số lượng lymphocyte đa nhân di chuyển vào từ hệ thống mạch máu. Sự xâm nhập bạch cầu báo trước sự suy sụp của mô đệm niêm mạc và khởi phát hành kinh.

##### • **Hành kinh:**

- (1) Khi không có sự làm tổ của phôi, sự chế tiết của các tuyến ngừng lại và xảy ra sự phá vỡ không đều lớp màng rụng chức năng. Kết quả làm bong lớp niêm mạc này, gây nên hành kinh.
- (2) Sự thoái hoá của hoàng thể và tụt giảm đột ngột các sản phẩm chế tiết estrogen và progesteron là nguyên nhân của bong niêm mạc.
- (3) Một chu kỳ kinh nguyệt bình thường kéo dài 21-35 ngày, thời gian hành kinh 2-6 ngày và lượng máu mất trung bình 20-60ml.

## **II. Những thay đổi của hormone**

- (1) Lúc bắt đầu mỗi CKKN, lượng hormon sinh dục đang giảm thấp từ cuối GĐ hoàng thể của chu kỳ trước.
- (2) Với sự thoái hóa của hoàng thể, FSH bắt đầu tăng và một đoàn hệ nang noãn đang phát triển được tuyển chọn. Mỗi nang này tiết ra estrogen khi chúng phát triển trong GĐ nang noãn. Chính estrogen kích thích niêm mạc tử cung tăng trưởng.
- (3) Lượng estrogen đang tăng tạo ra cơ chế điều hòa ngược âm tính lên sự tiết FSH của tuyến yên. FSH bắt đầu giảm vào giữa GĐ nang noãn. Trái lại, LH được kích thích bởi lượng estrogen được tiết ra trong suốt giai đoạn nang noãn.
- (4) Cuối GĐ nang noãn, trước khi rụng trứng, các thụ thể của LH hiện diện ở lớp tế bào hạt điều chỉnh sự tiết progesteron.
- (5) Đỉnh LH xuất hiện sau một mức độ kích thích vừa đủ của estrogen. Đây là ng.nhân cơ bản của sự phóng noãn. Sự phóng noãn là mốc cho sự chuyển tiếp từ GĐ nang noãn sang GĐ hoàng thể.
- (6) Lượng estrogen bắt đầu giảm ngay trước phóng noãn, tiếp tục giảm trong GĐ hoàng thể sớm. Cho đến giữa GĐ hoàng thể, estrogen bắt đầu tăng trở lại do hoàng thể tiết ra.
- (7) Lượng progesteron tăng nhanh chóng sau phóng noãn và có thể được xem là 1 dấu hiệu của sự phóng noãn.
- (8) Cả estrogen và progesteron vẫn còn tăng trong thời gian tồn tại của hoàng thể. Sau đó, hàm lượng của chúng giảm khi hoàng thể thoái hóa, vì thế tạo ra một GĐ cho chu kỳ kế tiếp.

## Câu 2: Thay đổi giải phẫu, sinh lý của bộ phận sinh dục trong thai kỳ

**I. Thân tử cung:** trong khi có thai, bộ phận sinh dục, đặc biệt tử cung là bộ phận thay đổi nhiều nhất

**1. Trọng lượng:** Bình thường nặng 50- 60g, cuối thai kỳ tử cung nặng 1000g. Các yếu tố dẫn đến sự phát triển về trọng lượng của tử cung:

- (1) Tăng sinh sợi cơ mới
- (2) Tăng sinh các mạch máu và sung huyết
- (3) Tăng giữ nước ở cơ tử cung
- (4) Ngoài ra bản thân sợi cơ tử cung cũng phì đại lên, sợi cơ dài thêm tới 40 lần, rộng gấp 3-5 lần

### **2. Hình thể**

- (1) Ba tháng đầu tử cung có hình cầu, cực dưới phình to, có thể sờ thấy qua túi cùng bên âm đạo, đó là dấu hiệu Noble.
- (2) Ba tháng giữa tử cung có hình trứng, cực nhỏ ở dưới, cực to ở trên.
- (3) Ba tháng cuối tử cung có hình dáng phù hợp với tư thế của thai nhi bên trong.

### **3. Vị trí:**

- (1) Khi chưa có thai, tử cung nằm trong tiểu khung
- (2) Khi có thai, từ tháng thứ 2 trở đi mỗi tháng tử cung lớn lên, phát triển vào ổ bụng và cao trên khớp vệ trung bình mỗi tháng 4cm.
- (3) Dựa vào tính chất này, người ta có thể tính được tuổi thai theo công thức:

$$\text{Tuổi thai (tháng)} = \frac{\text{Chiều cao tử cung (cm)}}{4} + 1$$

### **4. Cấu tạo:**

- (1) **Thân tử cung** có 3 lớp, từ ngoài vào trong bao gồm: phúc mạc, cơ và niêm mạc. Phúc mạc phát triển theo lớp cơ tử cung. Ở thân tử cung, phúc mạc dính chặt vào cơ, ở đoạn eo phúc mạc lỏng lẻo dễ bóc tách
- (2) **Cơ tử cung** từ ngoài vào trong là lớp cơ dọc, lớp trong là lớp cơ vòng, quan trọng nhất là lớp cơ giữa gọi là lớp cơ đan. Đây là lớp cơ dày nhất, các sợi cơ đan chéo nhau về mọi hướng, trong lớp này có nhiều mạch máu. Ở đoạn dưới không có lớp cơ đan. Sau khi sổ rau, lớp cơ này co chặt lại tạo thành khối an toàn của tử cung để thực hiện cầm máu sinh lý. Bình thường cơ tử cung dày 1cm, khi có thai ở tháng thứ 4-5 lớp cơ này dày nhất có thể lên đến 2,5 cm, vào cuối thai kỳ lớp cơ này giảm xuống còn 0,5 – 1 cm.
- (3) **Niêm mạc tử cung:** khi có thai niêm mạc tử cung biến đổi thành ngoại sản mạc, gồm ba phần: ngoại sản mạc trứng, ngoại sản mạc tử cung và ngoại sản mạc tử cung-rau.

### **5. Sinh lý**

- (1) Mật độ: khi chưa có thai mật độ tử cung chắc. Dưới tác dụng của các nội tiết tố khi có thai tử cung mềm.
- (2) Khả năng co bóp và co rút: khi có thai tử cung tăng mẫn cảm, dễ bị kích thích và co bóp

## **II. Eo tử cung:**

- (1) Khi chưa có thai, eo tử cung dài 0,5 – 1 cm. Khi có thai, eo tử cung giãn rộng dần, dài và mỏng ra trở thành đoạn dưới, đến cuối giai đoạn một của cuộc chuyển dạ đẻ, đoạn dưới tử cung dài 10cm.
- (2) Về giải phẫu eo tử cung chỉ có hai lớp cơ, đó là lớp cơ dọc và lớp cơ vòng, không có lớp cơ đan. Do đó đoạn dưới tử cung dễ vỡ nhất khi chuyển dạ và dễ chảy máu khi rau bám thấp.
- (3) Khi có thai, eo tử cung mềm ra, khi khám tương như thân tử cung tách rời khỏi phần cổ tử cung, đó là dấu hiệu Hegar.

## **III. Cổ tử cung:**

- (1) CTC mềm dần, có màu tím nhạt do tăng tuần hoàn và phù nề toàn bộ cổ tử cung.

- (2) Các tuyến ống CTC không chế tiết hoặc chế tiết rất ít. Chất nhầy ống cổ tử cung đặc và đặc lại và tạo thành nút nhầy bít chặt lỗ cổ tử cung, tránh nhiễm trùng từ dưới lên. Khi chuyển dạ nút nhầy bong ra và được tống ra ngoài.

#### **IV. Âm hộ, âm đạo:**

- (1) Trong khi có thai, các lớp biểu mô của âm đạo không phát triển, không trưởng thành để tạo thành những lớp tế bào bề mặt, các TB nhân đông như khi chưa có thai. Do vậy, ở người có thai, chỉ số nhân đông rất thấp trên phiến đồ âm đạo.
- (2) Khi có thai âm đạo dài và dễ giãn, dưới niêm mạc âm đạo có nhiều tĩnh mạch giãn nở, làm cho niêm mạc âm đạo có màu tím, môi trường pH trong âm đạo acid hơn.
- (3) Có sự tăng sinh mạch máu, xung huyết trong da và cơ của vùng tầng sinh môn và âm hộ, các mô liên kết mềm hơn. Do hiện tượng xung huyết, niêm mạc âm đạo có màu tím nhạt và tăng tiết dịch (dấu hiệu Chadwick). Độ pH của môi trường âm đạo dao động từ 3,5 - 6.

#### **V. Buồng trứng:**

- (1) Trong 3 tháng đầu, hoàng thể tiếp tục phát triển và được gọi là hoàng thể thai nghén. Hoàng thể thai nghén chế tiết progesteron tối đa trong 6-7 tuần đầu của thai kỳ, sau đó giảm dần và được thay thế bởi bánh rau.
- (2) Do tác dụng của hoàng thể thai nghén các nang noãn không chín, người phụ nữ không hành kinh và không xảy ra hiện tượng phóng noãn. Từ tháng thứ 4 trở đi, hoàng thể thai nghén thoái hoá dần và teo đi. Buồng trứng to lên, phù và xung huyết trong khi có thai.

#### **VI. Vòi trứng:** có hiện tượng xung huyết và mềm tổ chức

### **Câu 3: Dấu hiệu chắc chắn có thai**

Bao gồm nghe được tim thai, sờ được cử động thai, nắm được các phần của thai nhi hoặc nhìn thấy hình ảnh thai nhi qua siêu âm.

#### **I. Tim thai**

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

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

**III. Siêu âm:** Siêu âm là kỹ thuật được sử dụng phổ biến hiện nay, cho phép chẩn đoán thai sớm và chắc chắn, nhất là siêu âm với đầu dò âm đạo thường giúp nhìn thấy túi thai sớm khi 5 tuần tuổi (1 tuần sau khi trễ kinh). Đa số các trường hợp, siêu âm bụng có thể xác định được tình trạng có thai trong tử cung kể từ khi thai được 6 tuần tuổi. Với siêu âm ta có thể thấy:

- (1) Túi thai, từ tuần lễ thứ 5 sau khi tắt kinh.
- (2) Cấu trúc phôi từ tuần lễ thứ 6-7.
- (3) Tim thai từ tuần lễ thứ 7-8.
- (4) Hoạt động thai từ tuần lễ thứ 9.
- (5) Trước tuần lễ thứ 14, với siêu âm đo chiều dài đầu mông là phương pháp tốt nhất để dự đoán tuổi thai (sai lệch khoảng 4 ngày).
- (6) Tuổi thai có thể được ước lượng bằng một số cách đo lường thông dụng sau:
  - Tuổi thai (số ngày) = đường kính trung bình của túi thai + 30
  - Tuổi thai (số ngày) = kích thước phôi + 36
- (7) Sau tuần 14, đường kính lưỡng đỉnh của thai là chỉ số chính xác nhất để tính tuổi thai.
- (8) Thai bị hỏng ở giai đoạn sớm: SA phát hiện một túi thai có đường kính trung bình dưới 2,5cm nhưng ko có phôi hoặc đường kính 2cm nhưng ko có túi noãn hoàng và hình dạng túi thai bị biến dạng
- (9) Khi siêu âm không xác định được túi thai trong tử cung nhưng hCG và các dấu hiệu khác nghi ngờ có thai thì phải nghĩ đến chửa ngoài tử cung. Có thể nghĩ đến chửa trứng khi hình ảnh SA cho thấy các túi hình tổ ong, có thể có hoặc không có thai nhi kèm theo.

**IV. X quang:** Mặc dù có thể thấy được hình ảnh thai nhi khi xương thai đã được canxi hoá nhưng XN này cần hạn chế tối đa trong thai kỳ để tránh tiếp xúc với phóng xạ cho thai nhi.

### **Câu 4: Chẩn đoán và xử trí ngôi ngược**

*Ngôi ngược hay ngôi mông là một ngôi dọc, đầu ở trên, mông hay chân ở dưới*

#### **I. Chẩn đoán**

- (1) **Hỏi:** sản phụ cảm giác tức một bên hạ sườn
- (2) **Nhìn:** tử cung hình trứng, trục dọc
- (3) **Nghe tim thai:** ngang rốn hay cao hơn rốn
- (4) **Khám 4 thủ thuật** (các thủ thuật Léopold):
  - Cực trên (đáy tử cung) là đầu
  - Cực dưới (vùng đoạn dưới) là mông
- (5) **Thăm âm đạo:**
  - Nhất là lúc chuyển dạ sẽ thấy xương cùng, mông và 2 chân thai nhi (mông đủ) nếu ối chưa vỡ
  - Hoặc có thể sờ được xương cùng, hậu môn, cơ quan sinh dục, bàn chân (cần phân biệt với bàn tay: chân ngón ngắn, gót, 2 mắt cá, gót chân là 1 góc vuông được tạo bởi bàn chân và cẳng chân)
- (6) Siêu âm: sử dụng thường quy trong ngôi ngược để xác định trọng lượng thai, các bất thường của thai
- (7) Xquang: giúp chẩn đoán phân biệt với các ngôi khác, chẩn đoán đầu ngửa

#### **II. Xử trí**

1. **Nguyên tắc:** phải khám xét cẩn thận, tiên lượng kỹ càng để có thái độ xử trí chính xác. Việc xử trí 1 ngôi ngược không được phép để trở thành 1 cấp cứu, phải có chỉ định cụ thể trước khi chuyển dạ bắt đầu. có 2 hướng xử trí là sinh đường âm đạo hay mổ lấy thai

##### **2. Xử trí**

##### **a. Để đường âm đạo:**

- (1) Chuẩn bị đỡ đẻ: tốt nhất ngôi ngược nên đẻ ở trung tâm có khả năng phẫu thuật
- (2) Về sản phụ
  - Hướng dẫn cách đỡ đẻ, cách rặn
  - Sản phụ nằm theo tư thế sản khoa
- (3) Về nhân viên y tế
  - Phải có đủ người (2-3 người)
  - Các phương tiện hồi sức sơ sinh, oxytocin, dịch truyền

##### **b. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi ngược**

- (1) Đặt sẵn 1 đường truyền khi CTC mở gần hết
- (2) Nếu có thể nên gây tê thần kinh thẹn
- (3) Nên để cuộc chuyển dạ xảy ra 1 cách tự nhiên: chờ đợi – chờ đợi – chờ đợi
- (4) Lưu ý tình trạng CTC phải mở hết, không kéo chân thai nhi
- (5) Để sinh tự nhiên:
  - **Phương pháp Vermelin:** trường hợp con rạ, thai nhỏ, tầng sinh môn giãn tốt, để cuộc đẻ xảy ra tự nhiên, không có bất kỳ 1 sự trợ giúp nào, không có 1 sự can thiệp thủ thuật nào trên thai nhi
  - **Phương pháp Xôvianốp:**
    - + Mục đích của pp này là làm cho ngôi lọt và xuống trong tiêu khung 1 cách từ từ, không nhanh quá, lợi dụng ngôi làm cho CTC, âm đạo, TSM giãn tốt. Muốn thế người hộ sinh phải giữ cho ngôi không sổ ra ngoài trong 1 thời gian nhất định
    - + Đối với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông: mục đích của pp này là lợi dụng khối ngực và chân của thai nhi khá to để làm cho CTC, âm đạo, TSM, giãn tốt. Đến thì sổ đầu, sử dụng thuốc để giúp cơn co mạnh lên, hướng dẫn thai phụ rặn mạnh, kết hợp ấn đầu thai nhi ở phía trên khớp mu. Cho thai phụ nằm theo kiểu nửa nằm nửa ngồi. Hồi sức thai có hệ thống mặc dù thai không suy bằng glucose và oxy vì theo Xôvianốp trong ngôi ngược thai dễ suy



+ Đối với ngôi ngược hoàn toàn, khi ngôi đã thập thò ở âm hộ, người hộ sinh dùng 1 miếng gạc lớn ấn vào âm hộ mỗi khi có cơn co, thời gian ấn vào âm hộ để giữ cho mông không sổ sớm có thể từ 15-25 phút, nhưng phải theo dõi tim thai. Nếu thai suy, phải dừng giữ mông để mông sổ. Nếu thai không suy, trong cơn rặn, mông thai nhi muốn đẩy bật tay người hộ sinh ra ngoài, lúc đó buông tay ra để mông sổ

+ Đối với ngôi ngược không hoàn toàn kiểu mông: khi mông sổ ra ngoài, 2 tay người hộ sinh ôm lấy đùi thai nhi, ngón cái về phía sau đùi, các ngón khác về phía xương cùng, hướng thai nhi lên trên, chuyển dần tay về phía thân thai nhi, giữ cho chân thai nhi luôn áp vào bụng và ngực giúp giãn nở phần mềm tốt

(6) Sinh ngôi ngược có can thiệp từng phần:

- Để sinh tự nhiên đến rốn, chỉ hỗ trợ trong thì sinh vai, tay và đầu hậu
- Khi mông đã sổ, nếu thấy dây rốn căng thì phải kéo nhẹ dây rốn ra cho đỡ căng (không đụng đến bụng và thân thai nhi)
- Hỗ trợ sinh vai: lúc vai đã lọt và sắp sổ, nhắc nhẹ thân thai nhi về phía xương vè người mẹ để vai sau và tay sổ ra ngoài rồi hạ thân thai nhi xuống để vai trước sổ. sau khi đã sổ 2 vai và tay, xoay nhẹ thân thai nhi ở vị trí nằm sấp (không để thai nằm ngửa). Nếu tay thai nhi gơ cao hay vòng sau gáy thì phải dùng các thủ thuật hạ tay
- + TH vai sau đã đi qua bờ của tiểu không trong khi vai trước vẫn còn cao (nằm trên vai sau) thì phải dùng thủ thuật Lovset: nắm 2 đùi của thai nhi với các ngón tay ở phía trước, ngón cái phía sau đùi, quay thân thai nhi sao cho vai sau được đưa ra phía trước, thường quay theo chiều kim đồng hồ, trong quá trình đó cánh tay sẽ bị đẩy xuống dưới đến bờ dưới cung xương vè và sổ ra ngoài. Tránh ôm vào bụng thai nhi gây phân xạ thờ của trẻ
- + TH các cánh tay ở sau gáy, có thể sửa chữa tình huống này bằng thủ thuật tương tự trong đó đưa trẻ được quay đủ 180°, như vậy trong quá trình quay, cánh tay trước được đẩy ra trước vòng qua mặt đứa trẻ và cuối cùng xuống dưới để có thể sổ ra bên dưới cung vè. Cùng 1 quá trình ấy được thực hiện cho cánh tay kia
- Hỗ trợ sinh đầu hậu:
  - + 2 tay người đỡ đỡ ôm lấy khung chậu của thai nhi, kéo nhẹ thai theo hướng xuống dưới và ra sau, cùng lúc người phụ đẩy trên đáy tử cung để đầu cúi tốt cho đến khi hạ cằm sổ đến bờ dưới khớp vè, nâng thai ngược lên phè phía bụng mẹ để đầu thai ngửa dần, cằm, mặt và các phần còn lại của đầu sẽ lần lượt sổ ra khỏi âm hộ
  - + Sổ đầu hậu
    - o *Thủ thuật Bracht*: áp dụng trong những TH con rạ, thai nhỏ, TSM giãn tốt. Mông đã sổ đến rốn cả khối thân thai nhi, 2 chân duỗi thẳng, người đỡ đỡ cầm 2 chân, giữ cho lưng thai nhi luôn luôn sát vào xương vè của mẹ cộng với sức đẩy của cơn co tử cung và sức ấn trên xương vè, phần còn lại của thai nhi sẽ sổ ra tự nhiên
    - o *Thủ thuật Mauriceau*: áp dụng cho con sọ, TSM chắc. Sau khi vai đã sổ ra ngoài, để thai nhi nằm vắt trên mặt trong cẳng tay người đỡ. Ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay này đè và hàm dưới trên lưỡi tới đáy lưỡi của thai (cẩn thận tránh làm rách hãm lưỡi ủa thai). Mục đích giúp đầu hậu cúi tốt, dùng ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay còn lại đè lên vai gáy của thai nhi tạo 1 lực kéo theo hướng ra sau và xuống dưới. Phải kéo đều tay, liên tục với cơn co TC thật tốt cho đến khi hạ cằm sổ ra đến bờ dưới khớp vè, lúc đó cho đầu ngửa dần bằng cách nâng thai lên dần về phía bụng mẹ để sổ mặt và phần còn lại của đầu
    - o Ngoài ra có thể lấy đầu hậu bằng Forceps

(7) Đại thủ thuật kéo thai ngược: là thủ thuật can thiệp trên toàn bộ cuộc sinh ngược, phải gây mê và chuẩn bị như 1 cuộc mổ. Ngày nay người ta đã chỉ định mổ lấy thai thay cho chỉ định đại kéo thai. Chỉ định đại kéo thai:

- Điều trị tiếp sau nội xoay thai
- Ngôi ngược có dấu hiệu suy thai và đủ điều kiện để sinh đường âm đạo tức thì
- Áp dụng cho ngôi mông thiếu kiểu chân và ngôi mông đủ

c. Chỉ định mổ lấy thai ngôi ngược

- (1) Con so, ngôi ngược, ước lượng trọng lượng thai trên 3000gr
- (2) Con rạ, ngôi ngược, ước lượng trọng lượng thai khá to so với lần sinh trước
- (3) Tiền sử sinh khó ở những lần sinh trước
- (4) Con so, ngôi ngược, mẹ lớn tuổi
- (5) Ngôi ngược, con quý
- (6) Ngôi ngược, sa dây rốn
- (7) Ngôi ngược, suy thai trong chuyển dạ
- (8) Ngôi ngược, chuyển dạ kéo dài, chuyển dạ khó khăn

### Câu 5: Chẩn đoán và xử trí song thai

**I. Đại cương:** Sinh đôi là sự phát triển đồng thời hai thai trong lòng TC người mẹ. Sinh đôi chiếm tỷ lệ khoảng 1-1,5% tổng số các trường hợp đẻ (1/80 trường hợp). Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ này có xu hướng tăng lên cùng sự phát triển của các phương tiện hỗ trợ sinh sản mới. Cũng như các trường hợp đa thai khác, sinh đôi là một thai nghén có nguy cơ bệnh lý và tử vong chu sản cao. Đặc điểm “nguy cơ cao” xảy ra ngay cả trong thời kỳ mang thai cũng như trong chuyên dạ đẻ. Cần phải phát hiện, chẩn đoán sớm bởi vì tiên lượng của nó một phần liên quan đến sự chẩn đoán này

### **II. Triệu chứng và chẩn đoán:**

#### 1. Hỏi

- (1) **Tiền sử gia đình** bên vợ hay chồng có người sinh đôi hoặc đa thai không. Nếu sản phụ sinh con rạ thì các lần trước đã có lần nào sinh đôi chưa.
- (2) **Tiền sử sản phụ** có sử dụng thuốc ngừa thai, hoặc thuốc kích thích rụng trứng trong điều trị vô sinh không, loại thuốc nào.

#### 2. Cơ năng

- (1) **Dấu hiệu nghén:** Thai phụ có dấu hiệu nghén nhiều hơn bình thường so với lần thai trước hoặc so với người cùng có thai. Phù sớm và nhiều do tử cung to chèn ép tuần hoàn chi dưới. Sản phụ mệt mỏi, đi lại khó khăn.
- (2) **Tử cung to nhanh** làm thai phụ có thể cảm thấy khó thở do cơ hoành bị đẩy lên.
- (3) **Thai máy** ở nhiều nơi trên tử cung, khắp ổ bụng.

#### 3. Thực thể

- (1) **Nhìn** thấy bụng to, thành bụng căng, có nhiều vết rạn. Hai chân phù to, trắng mọng, đôi khi phù lên tới bụng.
- (2) **Đo** chiều cao tử cung lớn hơn tuổi thai. Khi thai đủ tháng chiều cao tử cung có thể tới 35 - 40 cm trên vệ, vòng bụng có thể tới 100 cm hoặc hơn.
- (3) **Nắn** khó thấy đủ cả bốn cực. Thường nắn thấy ba cực, hai cực đầu một cực mông hoặc hai cực mông một cực đầu. Nếu chỉ nắn thấy hai cực thì hai cực đó phải là hai cực đầu hoặc hai mông. Đôi khi không nắn rõ được cực nào mà chỉ thấy được nhiều chi.
- (4) **Nghe:** Nghe được hai ổ tim thai riêng biệt, tần số hai ổ tim thai chênh lệch hơn nhau 10 nhịp/1 phút. Khoảng cách giữa hai ổ tim thai trên 10cm.
- (5) **Khám trong** giúp khẳng định kết quả khám ngoài. Khám trong xác định được một cực của thai ngoài một cực đã xác định khi khám ngoài.
- (6) Ngoài việc chẩn đoán xác định sinh đôi thì việc xác định tư thế của hai thai trong buồng tử cung cũng rất quan trọng. Tỷ lệ các ngôi thường gặp là:
  - Hai ngôi chỏm: 50%
  - Một ngôi chỏm, một ngôi mông: 35%
  - Hai ngôi mông: 10%
  - Một ngôi chỏm, một ngôi ngang: 3%
  - Một ngôi mông, một ngôi ngang: 2%

#### 4. Các phương pháp thăm dò khác

- (1) **Chụp X quang bụng:** Có hình ảnh 2 đầu, 2 cột sống của thai nhi. Tuy nhiên thai dễ bị nhiễm tia X nên cần hạn chế chụp phim, chỉ chụp khi thai nhi đã trên 7 tháng.
- (2) **Siêu âm:** Có thể phát hiện sinh đôi sớm. Chẩn đoán sinh đôi ở giai đoạn đầu dễ dàng vì ở giai đoạn này màng đệm thấy rõ, tạo thành vòng dày khác với màng ối mỏng và thưa âm vang hơn.
  - Thai 6 tuần tuổi: Thấy hai túi ối
  - Thai 10 tuần: Thấy hai túi thai, hai ổ tim thai
  - Thai > 17 tuần: Đo đường kính lưỡng đỉnh của mỗi thai nhi, trên siêu âm có thể theo dõi sự phát triển khác nhau của từng thai
  - Dấu hiệu dư ối thường gặp trong sinh đôi.

### 5. Chẩn đoán phân biệt

- (1) **Thai to:** Chỉ sờ thấy hai cực đầu và mông, nghe một ổ tim thai..
- (2) **Một thai - đa ối:** Trong sinh đôi, tỷ lệ dư ối khoảng 10%, thành tử cung căng, mềm, khó sờ được các cực của thai, nghe tiếng tim thai nhỏ, xa xăm.
- (3) **Một thai và một khối u buồng trứng hoặc u xơ tử cung:** Khi sờ dễ nhầm khối u là 1 cực của thai. U xơ tử cung thường có tiền sử rối loạn kinh nguyệt, hơn nữa trong con có các phần thai khó xác định được còn u xơ tử cung vẫn sờ thấy rõ.

### III. Xử trí

#### 1. Trong thời kỳ mang thai

- (1) Theo dõi, đánh giá sự phát triển của thai định kỳ, phát hiện sớm các nguy cơ cho thai và người mẹ. Bảo đảm vệ sinh thai nghén, chế độ dinh dưỡng,
- (2) Dự phòng hiện tượng đẻ non: Phải có một chế độ nghỉ ngơi thích hợp cho thai phụ, tránh lao động và di chuyển nhiều trong thời kỳ mang thai.
- (3) Cần phát hiện sớm và điều trị kịp thời khi có hiện tượng chuyển dạ đẻ non: Theo dõi và điều trị tại bệnh viện, nằm nghỉ tuyệt đối, dùng các thuốc giảm co, utrogestan, acid folic, sắt, vitamin D.
- (4) Việc theo dõi thai phụ và phát hiện các nguy cơ trong sinh đôi có thể được tiến hành ở tuyến xã, tuy nhiên không nên đỡ đẻ sinh đôi ở tuyến xã mà phải chuyển lên các tuyến trên.

#### 2. Khi chuyển dạ

##### a. Nguyên tắc chung trong đẻ sinh đôi

- (1) Kíp đỡ đẻ và săn sóc phải có ít nhất 2 người trở lên. Tốt nhất nên có 1 nhà sản khoa, 1 bác sĩ nhi sơ sinh và một gây mê hồi sức.
- (2) Trong quá trình chuyển dạ luôn theo dõi tình trạng sức khỏe của người mẹ và hai thai, nhất là thai nhi thứ hai. Phát hiện kịp thời nguy cơ suy thai và có biện pháp xử trí thích hợp. Do tử cung quá căng nên con co tử cung thường yếu và thưa, cổ tử cung mở chậm. Nếu đủ điều kiện có thể bấm ối cho tử cung bớt căng, điều chỉnh con co tử cung để chuyển dạ tiến triển tốt hơn.

##### b. Diễn tiến cuộc đẻ: Thông thường cuộc đẻ diễn ra qua 4 giai đoạn:

- (1) **Giai đoạn 1: Đẻ thai nhi thứ nhất.** Thai thứ nhất thường là ngôi thuận, đôi khi là ngôi ngược. Thường ngôi lọt chậm, con co yếu. Nếu là ngôi chỏm thì đỡ đẻ như bt, chú ý khi ối vỡ dễ gây sa dây rốn. Sau khi thai sổ, kẹp chặt dây rốn trước khi cắt để ngăn ngừa mất máu của thai thứ 2 nếu có tuần hoàn nối thông.
- (2) **Giai đoạn 2: Sau khi thai thứ nhất sổ,** buồng tử cung trở thành quá rộng đối với thai thứ 2 làm cho thai ko bình chỉnh tốt, dễ sinh ra ngôi bất thường như ngôi ngang, ngôi ngược. Vì vậy cần ktra ngay ngôi, thế và tình trạng tim thai của thai thứ 2. Chú ý thai thứ 2 luôn bị đe dọa trước nguy cơ thiếu oxy
- (3) **Giai đoạn 3: Đẻ thai thứ hai.** Tùy theo thai thứ hai ngôi gì mà có hướng xử trí thích hợp. Nếu ngôi ngang thì bấm ối, nội xoay thai tìm chân kéo thai ra ngay. Nếu là ngôi dọc, ngôi có thể là thuận hay ngược, tôn trọng thời gian nghỉ ngơi sinh lý chờ có con co xuất hiện thì bấm ối cố định ngôi thai và sinh thường. Nếu con co tử cung yếu thì truyền oxytocin.
- (4) **Giai đoạn 4: Sổ rau.** Thường hai bánh nhau cùng sổ một lúc hoặc liên tiếp sổ sau khi đẻ thai thứ hai. Nhưng cũng có trường hợp hai bánh nhau đều bong khi thai thứ hai chưa sổ làm thai thứ hai chết. Trong thời kỳ sổ nhau dễ có biến chứng chảy máu do đỡ tử cung, do đó phải dùng thuốc co bóp tử cung ngay và duy trì nhỏ giọt tĩnh mạch. Sau đẻ cần kiểm tra bánh nhau để chẩn đoán sinh đôi một noãn hay hai noãn

**3. Thời kỳ hậu sản:** Cần theo dõi sát sản phụ những giờ đầu sau đẻ vì dễ xảy ra chảy máu do đỡ tử cung thứ phát. Bảo đảm tốt chế độ dinh dưỡng để tạo cho sản phụ khả năng nhanh chóng phục hồi sức khỏe và có đủ sữa nuôi hai con.

### III. Chỉ định mổ lấy thai trong sinh đôi

- (1) Hai cực đầu của hai thai cùng xuống một lúc, chèn ép nhau.
- (2) Thai thứ nhất là ngôi ngược, thai thứ hai thuận (hai thai có thể mắc nhau).
- (3) Thai thứ nhất ngôi ngang.
- (4) Thai thứ nhất bị suy thai, sa dây rau không đẩy lên được.
- (5) Sinh đôi hai thai dính nhau
- (6) Rau tiền đạo, tử cung có sẹo mổ cũ, con so lớn tuổi

## Câu 6: Chẩn đoán và xử trí rau bong non

**I. Đại cương:** RBN là một cấp cứu sản khoa, là bệnh lý nặng toàn thân, biến chuyển nhanh chóng làm tử vong mẹ và con. Nguyên nhân là rau bám đúng chỗ song bị bong trước khi sổ thai do có sự hình thành khối huyết tụ sau rau. Khối huyết tụ lớn dần làm bong dần bánh rau, màng rau khỏi thành tử cung, cắt đứt sự trao đổi ôxy giữa mẹ và con và hậu quả là thai chết. Tỷ lệ gặp 0,6-1%. RBN là nguyên nhân gây tử vong của 10-15% các trường hợp thai chết trong vòng 3 tháng cuối.

### II. Triệu chứng và chẩn đoán

#### 1. Triệu chứng

- **Toàn thân:** Choáng: da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, hốt hoảng, thở nhanh, chân tay lạnh, mạch có thể chậm, huyết áp có thể bình thường hay giảm nhẹ.
- **Cơ năng**
  - (1) Đau bụng: thường đau nhiều, bắt đầu đau ở tử cung sau lan ra khắp bụng, bụng càng căng cứng, càng đau nhiều.
  - (2) Chảy máu âm đạo: thường là máu loãng, không có máu cục.
- **Thực thể**
  - (1) Dấu hiệu tiền sản giật: 60 - 70% các trường hợp RBN có TSG (phù, proteine niệu, THA).
  - (2) Tử cung co cứng liên tục, bề cao tử cung tăng dần theo thể tích khối máu tụ. Đo cơn co tử cung thường thấy trương lực cơ bản tăng.
  - (3) Biến động tim thai tùy thuộc vào thể lâm sàng.
  - (4) Máu ra ở âm đạo thường là máu loãng, sẫm màu và không đông.
  - (5) Khám âm đạo: đoạn dưới căng phồng, cổ tử cung giãn mỏng và cứng, có khi thấy đầu ối phồng căng, bầm ối nước ối màu hồng.
- **Cận lâm sàng**
  - (1) Công thức máu: hồng cầu, tiểu cầu, Hct giảm.
  - (2) Monitoring: Trương lực cơ bản tử cung tăng lên 3 - 4 lần so với bình thường.
  - (3) Siêu âm: thấy khối máu tụ sau rau.
  - (4) Fibrinogen: giảm hoặc không có.
- **2. Chẩn đoán xác định:** dựa theo các thể lâm sàng:
- **Thể ản:** không thể phát hiện được trên lâm sàng trước khi đẻ, chỉ có thể phát hiện khi kiểm tra thấy cục máu sau rau. Đôi khi tình cờ phát hiện khi kiểm tra siêu âm trước đẻ.
- **Thể nhẹ:**
  - (1) Toàn trạng bình thường, sản phụ không có biểu hiện choáng.
  - (2) Chảy máu âm đạo ít hoặc không có.
  - (3) Trương lực cơ tử cung có thể tăng nhẹ.
  - (4) Tim thai bình thường.
  - (5) Chưa có biểu hiện rối loạn đông chảy máu.
  - (6) Siêu âm: có thể có hình ảnh khối máu tụ sau rau.
- **Thể trung bình:**
  - (1) Mạch nhanh, nhỏ, có thể hạ huyết áp.
  - (2) Chảy máu âm đạo có thể có hoặc không, máu loãng, sẫm màu, không đông.
  - (3) Trương lực cơ tử cung tăng, cơn co tử cung cường tính.
  - (4) Tim thai biểu hiện suy.
  - (5) Sinh sợi huyết giảm.
- **Thể nặng:** Còn gọi là phong huyết tử cung - rau hay hội chứng Couvelaire. Có đầy đủ các triệu chứng điển hình:
  - (1) Toàn thân biểu hiện mất máu nặng.
  - (2) Thường có tiền sản giật

- (3) Chảy máu âm đạo không tương xứng với tình trạng mất máu toàn thân.
- (4) Tử cung co cứng như gỗ và đau liên tục.
- (5) Không có tim thai.
- (6) Có RL đông máu, có thể chảy máu ở các phủ tạng như phổi, dạ dày, thận, buồng trứng, ruột, chảy máu những chỗ tiêm chích...
- (7) XN sinh sợi huyết giảm hoặc không có, tiểu cầu giảm, hồng cầu và hematocrit giảm

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- (1) **Đa ối cấp:** Thường xảy ra vào ba tháng giữa, tử cung to nhanh, không có chảy máu, thai thường dị dạng. Nguy cơ rau bong non rất cao khi màng ối vỡ (do sự giảm nhanh thể tích buồng tử cung).
- (2) **Rau tiền đạo:** Tử cung không co cứng, tim thai có thể còn, không có rối loạn đông máu, sờ được bánh rau, không đau bụng, máu âm đạo tươi lẫn máu cục.
- (3) **Vỡ tử cung:** Có dấu hiệu dọa vỡ hoặc vỡ tử cung, máu âm đạo tươi đi kèm triệu chứng chảy máu trong.

## **III. Xử trí**

### **1. Xử trí trước đẻ**

*a. Thể nặng:* thường không phát hiện trước nên không xử trí gì

*b. Thể nhẹ*

#### • **Tuyến cơ sở:**

- (1) Sơ cứu: giảm đau, giảm co: Papaverin 40mg (1-4 ống TB)
- (2) Chuyển tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm

#### • **Tuyến chuyên khoa:**

- (1) Giảm đau, an thần, giảm co (Papaverin hoặc Dolosal...)
- (2) Sản khoa: bấm ối sớm, thúc đẩy cuộc đẻ kết thúc nhanh, nếu khó khăn thì chỉ định MLT ngay
- (3) Ngoại khoa: Trong mổ cần đánh giá sát tổn thương tại tử cung để có quyết định đúng đắn là bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần tử cung vì trong thể nhẹ triệu chứng lâm sàng đôi khi không rõ rệt, nhưng tổn thương tử cung lại nặng (không tương xứng với thể lâm sàng).

*c. Thể trung bình*

#### • **Tuyến cơ sở:**

- (1) Cấp cứu: giảm đau, giảm co, và lập đường truyền TM (dịch truyền tùy đk cơ sở có sẵn)
- (2) Chuyển ngay lên tuyến chuyên khoa có nhân viên Y tế đi kèm.

#### • **Tuyến chuyên khoa:**

- (1) Chống choáng:
  - Bù khối lượng tuần hoàn (truyền máu và dịch thay thế máu), bù điện giải, Cortison (sử dụng Hydrocortison đường truyền TM...)
  - Kháng Histamin tổng hợp và các thuốc phong bế thần kinh giao cảm
  - Trợ tim + Chống rối loạn đông máu: E.A.C (4-8g tiêm TM), Transamin (250-1000mg truyền TM), Fibrinogen (2-4g tiêm TM)
- (2) Sản khoa: Chỉ lấy thai ra khi CTC đã mở rộng, sau bấm ối ngôi thai tiến triển nhanh, thường đẻ dễ dàng. Trường hợp CTC mở ít, nguy cơ diễn biến nặng lên phải chđịnh mổ ngay để cứu mẹ và con.
- (3) Ngoại khoa: Sau khi mổ lấy thai cần đánh giá tổn thương thực thể tại tử cung để quyết định bảo tồn tử cung hay phải cắt bán phần để cầm máu.

*d. Thể nặng*

#### • **Tuyến cơ sở:** Thực hiện song song 2 việc

- (1) Cấp cứu ngay khi BN vào: Thở oxy liên tục và lập ngay đường truyền TM (bằng loại dịch truyền tại cơ sở có sẵn), sd các thuốc hồi sức, thuốc giảm đau, giảm co qua đường truyền TM
- (2) Mời ngay kíp mổ tuyến chuyên khoa về hồi sức và mổ cấp cứu tại chỗ, tránh vận chuyển bệnh nhân gây nặng hơn tình trạng sốc.

• **Tuyến chuyên khoa:**

- (1) Thở oxy liên tục
- (2) Chống choáng tích cực bằng truyền máu tươi, dung dịch thay thế máu, bù điện giải, corticoid, kháng Histamin tổng hợp, trợ tim, giảm đau... (liều trị như ở thể trung bình)
- (3) Chống rối loạn đông máu: E.A.C, Transamin, Fibrinogen liên tục (tất cả tiêm theo đường tĩnh mạch như điều trị ở thể trung bình)
- (4) Chống vô niệu bằng Lasix TB hay TM liều cao+Chống nhiễm khuẩn bằng KS toàn thân phối hợp+Chỉ định MLT nhanh (mặc dù con đã chết) và cắt ngay TC bán phần vì thường tử cung đã tổn thương nặng (phải cắt tử cung tới hết vùng có nhồi huyết bầm tím)
- (5) Chú ý: Xử trí thể nặng phải nhanh chóng, phải tiến hành song song hồi sức chống sốc tích cực với mổ cắt tử cung.

**2. Xử trí sau đẻ**

- (1) Không thực hiện ở tuyến cơ sở mà chỉ thực hiện ở tuyến chuyên khoa
- (2) Tiếp tục điều trị chống sốc cho mẹ và hồi sức sơ sinh (nếu con sống)
- (3) Theo dõi chảy máu sau đẻ, sau mổ đặc biệt khi còn để lại tử cung. Nếu thấy còn ra máu loãng thâm màu liên tục chứng tỏ điều trị nội khoa chống đông máu không kết quả hoặc tử cung đã dờ không hồi phục thì phải chỉ định mổ lại cắt TC ngay để cầm máu.
- (4) Tiếp tục theo dõi chức năng gan thận để điều trị kịp thời khi có biến chứng.
- (5) Theo dõi tình trạng nhiễm khuẩn sau đẻ sau mổ để kịp thời điều chỉnh liều kháng sinh và phối hợp kháng sinh hợp lý.



## Câu 7: Chẩn đoán và xử trí sảy thai

### **I. Đại cương:**

- (1) Gọi là sảy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung, chấm dứt thai kỳ trước tuổi thai có thể sống được một cách độc lập bên ngoài tử cung (ngay cả khi có can thiệp của y tế).
- (2) Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): sảy thai khi thai bị tống xuất ra khỏi buồng tử cung trước tuần thứ 22 của thai kỳ hoặc nhỏ hơn 500gram
- (3) Sảy thai sớm là trường hợp sảy thai trước 12 tuần và sảy thai muộn là từ 12-20 tuần
- (4) Sảy thai có thể gồm:
  - Sảy thai tự nhiên: là những sảy thai đột nhiên xảy ra ở người có thai bình thường
  - Sảy thai liên tiếp: khi sảy thai tự nhiên từ 3 lần liên tiếp trở lên. Theo Malpas, ở người phụ nữ có tiền sử sảy thai 3 lần liên tiếp thì chỉ có cơ hội đẻ con sống là 50% và có nguy cơ đẻ non cao hơn 20% so với người bình thường

### **II. Lâm sàng:**

• **Đọa sảy thai:** Phôi thai còn sống, chưa bị bong ra khỏi niêm mạc tử cung.

– **Cơ năng:**

- (1) Ra máu âm đạo là triệu chứng chủ yếu: máu đỏ hoặc máu đen, lượng ít, có thể kéo dài nhiều ngày, máu thường lẫn với dịch nhầy. Đó là một dấu hiệu báo động về 1 quá trình thai nghén diễn ra không bình thường
- (2) Sản phụ có cảm giác tức, nặng bụng dưới hoặc đau lưng.

– **Thực thể:**

- (1) Khám ngoài ít có giá trị vì tử cung và phần thai đang còn nhỏ nên khó phát hiện triệu chứng.
- (2) Đặt mỏ vịt luôn luôn cần thiết để phát hiện chảy máu từ buồng tử cung và loại trừ nguyên nhân chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung, âm đạo.
- (3) Khám âm đạo: Cổ tử cung dài, đóng kín, thân tử cung mềm, to tương ứng với tuổi thai.

– **Siêu âm:** Rất cần thiết để đánh giá nguyên nhân chảy máu. Có hiện tượng bóc tách một phần nhỏ của bánh rau hay màng rau, bờ túi ối đều và rõ, có âm vang của phôi, có tim thai hoặc không.

• **Sảy thai khó tránh**

- (1) Ra máu: máu ra nhiều, đỏ tươi, có thể không ra máu nhiều nhưng kéo dài dây dưa trên 10 ngày.
- (2) Đau bụng: đau vùng hạ vị, đau từng cơn ngày càng tăng.
- (3) Khám âm đạo: cổ tử cung có hiện tượng xóa, có thể hé mở lộ ngón tay, đoạn dưới phình to do bọc thai tụt xuống phía cổ tử cung làm cho cổ tử cung có hình con quay.

• **Đang sảy thai**

- (1) Ra máu âm đạo nhiều, tươi, có máu cục.
- (2) Đau quặn từng cơn vùng hạ vị do tử cung co thắt mạnh để tống thai ra.
- (3) Khám thấy đoạn dưới tử cung phình to do bọc thai đã bong khỏi thành tử cung. Cổ tử cung mở, đôi khi có thể thấy khối nhau thai đang nằm lấp ló ở cổ tử cung.

• **Sảy thai sót rau**

- (1) Thường BN đã có triệu chứng dọa sảy trước đó, rồi có một lúc đau bụng nhiều hơn, ra máu nhiều hơn. BN có thể ghi nhận có một mảnh mô được tống xuất ra khỏi âm đạo. Tuy nhiên, ra máu âm đạo vẫn tiếp diễn và vẫn còn đau bụng âm ỉ.
- (2) Khám thấy cổ tử cung còn hé mở hay đã đóng kín. Thân tử cung còn to hơn bình thường.
- (3) Bệnh nhân có thể có biểu hiện nhiễm trùng
- (4) Siêu âm có thể cho thấy hình ảnh sót rau trong buồng tử cung.

• **Sảy thai băng huyết**

- (1) Ra máu âm đạo nhiều, máu tươi. BN có thể biểu hiện tình trạng choáng mất máu

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

#### • Sảy thai nhiễm khuẩn

- (1) Sản phụ ra máu âm đạo kéo dài kèm theo hội chứng nhiễm trùng: sốt, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng, bạch cầu tăng, CRP tăng.
- (2) Khám âm đạo thấy cổ tử cung hé mở, máu âm đạo sẫm màu, hôi. Tử cung mềm, ấn đau.

### III. Chẩn đoán

**1. Chẩn đoán xác định:** Cần khai thác đầy đủ các TCLS và CLS để chẩn đoán được các thể LS của bệnh lý sảy thai.

#### **2. Chẩn đoán phân biệt**

#### (1) Thể giả sảy của thai ngoài tử cung

- Trong thai ngoài tử cung cũng có ra máu âm đạo và phần ngoại sản mạc tử cung bong ra nguyên khối nên dễ nhầm với sảy thai.
- Khám thấy các dấu hiệu của thai ngoài tử cung như chậm kinh, ra máu, tử cung mềm, ấn đau, túi cùng Douglas đầy và đau. Tử cung không lớn tương xứng với tuổi thai, có thể sờ được khối u cạnh tử cung đau. Nếu nạo buồng tử cung, hình ảnh giải phẫu bệnh lý mô nạo sẽ là niêm mạc tử cung có phản ứng màng rụng, không thấy gai rau trong khối sảy. Siêu âm: không thấy túi thai trong buồng tử cung, niêm mạc tử cung dày, không có hình ảnh các mảng tổ chức rau, xét nghiệm  $\beta$ hCG để củng cố chẩn đoán.

#### (2) Chửa trứng

- Thường có rong huyết kéo dài, gây thiếu máu, nôn nhiều.
- Khám tử cung thường lớn hơn tuổi thai, có thể sờ thấy hai nang hoàng tuyến. Không sờ được các phần thai, không nghe được tim thai.
- Định lượng  $\beta$ hCG trong máu trên 100.000 mUI/ml. Siêu âm: có hình ảnh tuyết rơi.

(3) **Viêm phần phụ:** Nếu cấp tính thì có HC nhiễm khuẩn cấp và thường đau cả 2 bên hố chậu.

(4) **Viêm ruột thừa:** Có HC nhiễm khuẩn và RL tiêu hóa, điểm đau khu trú ở hố chậu phải.

### IV. Điều trị

#### **1. Dọa sảy thai**

- (1) Nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn nhẹ chống táo bón.
- (2) Bổ sung sinh tố, nhất là Vitamin E, có thể sử dụng acid folic 300 mg/ngày và Vitamin B6.
- (3) Thuốc giảm co
- (4) Điều trị nội tiết:
- Progesteron tự nhiên nhằm giảm co bóp tử cung là chính, không nên dùng các progesteron tổng hợp vì có khả năng gây dị tật thai nhi, nhất là trong giai đoạn tạo phôi ở hai tháng đầu thai kỳ. Một số tác giả chỉ định progesteron đơn độc, một số khác phối hợp với estrogen do tăng hiệu quả dinh dưỡng đối với tử cung. Utrogestan 100 mg, liều lượng tùy từng trường hợp, có thể cho tới 400 mg/ngày.
  - Pregnyl: dùng 10.000 UI lúc chẩn đoán có thai, sau đó 5.000 UI 2 lần/tuần cho đến w12.
  - Không nên điều trị nội tiết đối với thai quá 14 tuần.
- (5) Sử dụng kháng sinh khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn.
- (6) Tránh giao hợp cho đến 2 tuần sau khi ngưng ra máu.

**2. Sắp sảy và đang sảy hoặc sảy thai sót rau:** Nguyên tắc là phải nạo buồng tử cung để lấy hết thai và rau, đề phòng băng huyết và nhiễm khuẩn. Trong khi xử trí phải dựa vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, tuổi thai, sự xóa, mở cổ tử cung để xử trí thích hợp.

#### • Sảy thai băng huyết

- (1) Tuyến xã: chuyển tuyến trên, nếu có choáng truyền dịch mặn đẳng trương 9‰ trong khi chuyển tuyến hoặc chờ tuyến trên xuống xử trí
- (2) Tuyến huyện: hồi sức tích cực bằng truyền dịch và máu. Khi tình trạng toàn thân cho phép thì nong cổ tử cung, gấp bọc thai ra, hút hay nạo nạo buồng tử cung. Sau nạo tiêm

bấp 10 đơn vị oxytocin. Có thể cho oxytocin nhiều lần nếu còn chảy máu. Cũng có thể dùng Misoprostol đường trực tràng để giúp không chế chảy máu.

• **Mới sảy thai không băng huyết**

- (1) Tuyên xã: Cho uống kháng sinh, tư vấn và chuyển tuyến huyện.
- (2) Tuyên huyện: Siêu âm buồng tử cung, nếu đã sạch không cần hút hay nạo lại. Nếu còn sót rau nạo lấy hết tổ chức rau.

• **Sảy thai nhiễm khuẩn**

- (1) Cho kháng sinh, tư vấn, chuyển tuyến.
- (2) Cho kháng sinh liều cao phối hợp và oxytocin.
- (3) Nạo buồng tử cung sau ít nhất 12 - 24 giờ. Khi nạo phải cẩn thận vì dễ bị thủng tử cung và nhiễm khuẩn lan tỏa.
- (4) Trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng (viêm tử cung toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết) có thể chỉ định cắt tử cung. Cần tư vấn trước và sau phẫu thuật.

**3. Sảy thai liên tiếp**

- (1) Để xác định nguyên nhân phải sử dụng các phương pháp thăm dò và xét nghiệm như định lượng hormon, xét nghiệm giang mai, yếu tố Rh, nhiễm sắc thể, chụp buồng tử cung...
- (2) Mô bóc nhân xơ tử cung, mổ cắt vách ngăn tử cung....
- (3) Khâu vòng cổ tử cung cho các trường hợp hở eo tử cung.
- (4) Điều trị những nguyên nhân toàn thân: giang mai, đái tháo đường, viêm thận.
- (5) Điều trị nguyên nhân do RL nội tiết như thiếu năng giáp trạng; với thiếu hụt estrogen, progesteron thì nên điều trị ngay và sớm từ khi mới có thai và liên tục trong 12 tuần đầu của thai kỳ...

## Câu 8: Triệu chứng, điều trị, dự phòng thai ngoài tử cung

### I. Đại cương:

- (1) Thai ngoài tử cung (Grossese Extra Uterine – GEU) là trường hợp trứng được thụ tinh, làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung
- (2) Thai ngoài tử cung chiếm 1 - 2% thai nghén. Đây là nguyên nhân gây tử vong cao nhất trong sản khoa trong 3 tháng đầu thai kỳ (4-10%). Tuy nhiên tỷ lệ tử vong mẹ giảm trong những năm trở lại đây do chẩn đoán sớm và điều trị sớm.
- (3) Tỷ lệ thai ngoài tử cung tăng có liên quan với các bệnh lây truyền qua đường tình dục, đặc biệt Chlamydia trachomatis, viêm nhiễm tiêu khung, tiền sử nạo phá thai, sử dụng một số biện pháp tránh thai như đặt dụng cụ tử cung hay mẹ lớn tuổi...
- (4) Nguyên nhân bao gồm tất cả những nguyên nhân ngăn cản hoặc làm chậm cuộc hành trình của trứng qua vòi tử cung để vào buồng tử cung. Thường gặp là do biến dạng và thay đổi nhu động vòi tử cung
- (5) Thai ngoài tử cung có thể là ở vòi tử cung, buồng trứng hoặc trong ổ bụng, trong ống cổ tử cung. Thai ở buồng trứng và trong ổ bụng rất hiếm gặp. Nếu chửa ở vòi tử cung, phôi có thể làm tổ ở 4 vị trí khác nhau: đoạn bóng, đoạn eo, đoạn loa, đoạn kẽ

### II. Triệu chứng

#### 1. Thai ngoài tử cung chưa vỡ

##### • Triệu chứng cơ năng

- (1) **Tắt kinh:** hay có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt, có thể có dấu hiệu nghén, vú căng.
- (2) **Đau bụng:** vùng hạ vị, một bên, âm ỉ
- (3) **Ra huyết:** Huyết ra ít một, rỉ rả, màu nâu đen, có khi lẫn màng, không đông.

##### • Triệu chứng thực thể

- (1) **Cổ tử cung** hơi tím, mềm, đóng kín, có máu đen từ trong lòng tử cung ra
- (2) **Tử cung** lớn hơn bình thường, mềm, nhưng không tương xứng với tuổi thai.
- (3) **Có khối u cạnh tử cung** mềm, bờ không rõ, di động, chạm đau hoặc hiếm hơn có thể sờ thấy khối u có dạng hơi dài theo chiều dài của vòi tử cung

##### • Cận lâm sàng

- (1) **hCG:** Định tính hCG chỉ gợi ý có hoạt động của tế bào nuôi giúp xác định có thai, tuy nhiên khi hCG âm tính ta cũng chưa loại trừ được thai ngoài tử cung. Định lượng nồng độ  $\beta$  - hCG thấy nồng độ hCG thấp hơn so với thai nghén bình thường.
- (2) **Siêu âm:** Không có túi thai trong buồng tử cung, có khối âm vang hỗn hợp hoặc có hình ảnh túi thai ngoài tử cung. Có thể có hình ảnh tụ dịch ở cùng đồ sau, hoặc trong ổ bụng (tùy lượng dịch và máu chảy ra). Nếu siêu âm đường bụng nghi ngờ phải siêu âm đường âm đạo để kiểm tra
- (3) **Soi ổ bụng:** Đây là phương pháp giúp xác định chẩn đoán và xử trí.

#### 2. Thai ngoài tử cung vỡ tràn ngập máu ổ bụng

• **Toàn thân:** choáng do tình trạng chảy máu ồ ạt trong ổ bụng. Bệnh nhân có biểu hiện vật vã, chân tay lạnh, mạch nhanh, huyết áp hạ.

##### • Triệu chứng cơ năng

- (1) Có chậm kinh, tắt kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- (2) Ra huyết đen, ít một
- (3) Thường có những cơn đau vùng hạ vị đột ngột, dữ dội làm BN choáng váng hoặc ngất

##### • Triệu chứng thực thể

- (1) **Khám bụng:** Bụng căng, hơi chướng, có phản ứng phúc mạc khắp bụng, đặc biệt là vùng hạ vị, gõ đục ở vùng thấp.
- (2) **Khám âm đạo:** Túi cùng sau đầy, ấn vào bệnh nhân đau chói (tiếng kêu Douglas).
- (3) **Di động tử cung** rất đau, có cảm giác tử cung bồng bênh trong nước. Khó xác định tử cung và hai phần phụ vì bệnh nhân đau và phản ứng nên khó khám.

(4) **Chọc dò túi cùng Douglas:** Chỉ thực hiện khi không có siêu âm hoặc nghi ngờ chẩn đoán. Hút ra máu đen loãng, không đông dễ dàng

### **3. Khối huyết tụ thành nang**

#### • **Toàn thân**

- (1) Da hơi xanh hoặc hơi vàng do thiếu máu và tan máu.
- (2) Toàn thân không suy sụp, nhưng mệt mỏi, gầy sút.

#### • **Triệu chứng cơ năng**

- (1) Có chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt.
- (2) Ra huyết đen âm đạo ít một, dai dẳng.
- (3) Có đau vùng hạ vị, có khi đau trội lên rồi giảm đi.
- (4) Đau tức ở bụng dưới, kèm những dấu hiệu chèn ép như táo bón, đái khó.

• **Triệu chứng thực thể:** Tử cung hơi to, có khối u cạnh, trước hay sau tử cung. Đặc điểm của khối u là mật độ chắc, bờ không rõ, không di động, ấn rất rất tức, đôi khi khối u dính với tử cung thành một khối khó xác định vị trí và thể tích tử cung.

#### • **Cận lâm sàng**

- (1) **hCG** có thể âm tính, chứng tỏ thai đã chết.
- (2) **Chọc dò qua túi cùng Douglas** vào khối u bằng kim to có thể thấy máu đen, lẫn máu cục.
- (3) **Siêu âm:** có khối cạnh TC, âm vang không đồng nhất, ranh giới không rõ ràng.

### **4. Thai trong ổ bụng**

• **Tiền sử** đã có triệu chứng như dọa sảy trong những tháng đầu thai kỳ.

#### • **Triệu chứng cơ năng**

- (1) Đau bụng, đau tăng khi có cử động thai.
- (2) Có thể có hiện tượng bán tắc ruột: nôn, buồn nôn, bí trung đại tiện.
- (3) Ra huyết, lượng ít ( ở 70% trường hợp).

#### • **Thực thể**

- (1) **Cảm giác thai ở nông** ngay dưới da bụng, không có cơn co tử cung.
- (2) **Khám âm đạo:** kích thước tử cung bình thường, tách biệt với khối thai. Ngôi thai bất thường trong 50-60% các trường hợp.

#### • **Cận lâm sàng**

- (1) **Siêu âm:** thai nằm ngoài tử cung, xen kẽ giữa các quai ruột non, thường bị suy dinh dưỡng, có các kích thước nhỏ hơn tuổi thai, bờ khối thai không đều, mặt rau không phẳng, nước ối thường ít, hình ảnh mạc nối, ruột, tử cung, rau tạo thành một vỏ dày khó phân biệt với cơ tử cung.
- (2) **X quang bụng không chuẩn bị:** không có bóng mờ của tử cung bao quanh thai, bóng hơi của ruột nằm chồng lên các phần thai, trên phim chụp nghiêng thấy các phần thai nằm vắt qua cột sống lưng của mẹ

**III. Xử trí:** Thai ngoài tử cung là một cấp cứu cần được phát hiện sớm và chuyển tuyến để được điều trị sớm ở cơ sở có khả năng phẫu thuật.

### **1. Thai ngoài tử cung chưa có biến chứng chảy máu trong ổ bụng**

#### • **Điều trị nội khoa**

##### – **Điều kiện:**

- (1) Khối thai ngoài tử cung chưa vỡ
- (2) Lượng dịch trong ổ bụng dưới 100ml
- (3) Đường kính khối thai dưới 4cm.
- (4) Chưa thấy tim thai trên siêu âm.
- (5) Nồng độ  $\beta$  – hCG không vượt quá 6000 mIU/ml
- (6) Bệnh nhân không có chống chỉ định với Methotrexate

- **Thuốc sử dụng:** Methotrexate (MTX - Acide amino-4 méthyl-10 folique) là một loại hoá chất chống tăng sinh tế bào của nhóm antifolic thường được sử dụng nhất. Những loại thuốc khác đã được nghiên cứu sử dụng nhưng ít hiệu quả hơn rất nhiều.
- **Liều dùng:** MTX 50mg/m<sup>2</sup> da cơ thể tiêm bắp và có thể lặp lại liều

#### • **Phẫu thuật**

- (1) **Điều trị tận gốc:** Cắt bỏ vòi tử cung đến sát góc tử cung và giữ lại buồng trứng, lau sạch ổ bụng, nếu sản phụ đã đẻ nhiều lần và/ hoặc sản phụ có tiền sử thai ngoài tử cung nhiều lần (và không mong muốn sinh thêm con) thì triệt sản luôn vòi tử cung bên đối diện, đóng bụng, không cần dẫn lưu.
- (2) **Điều trị bảo tồn:** chỉ đặt ra với những bệnh nhân còn trẻ, chưa có con, tình trạng vòi tử cung bên kia bất thường và tổn thương vòi tử cung cho phép. Xẻ vòi tử cung, hút hoặc lấy bọc thai ra và cầm máu.
- (3) **Phẫu thuật nội soi:** Ngày nay người ta thường chỉ định và ứng dụng kỹ thuật mổ nội soi trong những trường hợp thai ngoài tử cung thể đơn giản và chưa có biến chứng.

#### **2. Thai ngoài tử cung tràn ngập máu ổ bụng**

- (1) Phải hồi sức chống choáng và chuyển bệnh đi bằng phương tiện nhanh nhất đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất.
- (2) Mổ ngay không trì hoãn, mổ càng sớm càng tốt, vừa mổ vừa hồi sức tích cực bằng truyền máu, truyền dịch, nếu có thể nên truyền máu hoàn hồi.

#### **3. Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang**

- (1) Nếu phát hiện được hoặc nghi ngờ cần phải tư vấn và gửi đi bệnh viện sớm vì có thể có hai biến chứng xảy ra: vỡ gây chảy máu lại trong ổ bụng với bệnh cảnh giống như chửa ngoài tử cung vỡ và nhiễm khuẩn.
- (2) Tuyên có cơ sở phẫu thuật: Chẩn đoán xác định và mổ để tránh vỡ thứ phát và nhiễm khuẩn trong ổ máu tụ. Bệnh nhân phải được chuẩn bị tốt trước khi mổ.

#### **4. Thai trong ổ bụng (thai phát triển trong ổ bụng)**

- (1) Nếu thai chết, phải mổ lấy thai sớm, tránh biến chứng rối loạn đông máu cho mẹ.
- (2) Nếu thai còn sống
  - Dưới 28 tuần: mổ ngay để lấy thai ra ngay
  - Sau 28 tuần: có thể chờ đợi và mổ khi thai khoảng 36-38 tuần, sản phụ phải được nhập viện và theo dõi nghiêm ngặt. Trong lúc mổ nếu rau bám chặt vào các cơ quan trong ổ bụng thì để bánh rau lại không bóc, không nên gắng bóc hết rau ra vì có thể gây chảy máu rất nhiều. Phần rau còn lại có thể sẽ tự hủy hoặc có thể thúc đẩy quá trình tự hủy của rau thai bằng Méthotrexate.

#### **IV. Dự phòng**

- (1) Để giảm tỷ lệ thai ngoài tử cung, tư vấn cho chị em giữ vệ sinh phụ nữ tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, khi sây, đẻ).
- (2) Hạn chế các trường hợp phải nạo phá thai, phòng ngừa viêm nhiễm sinh dục, nhất là các bệnh lây truyền qua đường tình dục là yếu tố nguy cơ hàng đầu của thai ngoài tử cung.
- (3) Vận động chị em đi khám phụ khoa định kỳ hoặc có triệu chứng bất thường phải đi khám phụ khoa ngay để phát hiện sớm các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và phải điều trị tích cực.

Vận động chị em khi có thai nên đi khám sớm ngay những ngày đầu chậm kinh để có thể kịp thời phát hiện các tai biến sớm của thai nghén, trong đó có thai ngoài tử cung để có thể xử trí kịp thời làm giảm nguy cơ tử vong mẹ và biến chứng.

## Câu 9: Phân loại và chẩn đoán rau tiền đạo

### I. Đại cương:

- (1) Rau tiền đạo là bánh rau bám ở đoạn dưới tử cung, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.
- (2) Rau tiền đạo xảy ra khoảng 1/200 trường hợp thai nghén, là một trong những nguyên nhân chính gây chảy máu trong ba tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Vì vậy, rau tiền đạo còn là một cấp cứu trong sản khoa.
- (3) Cơ chế chảy máu trong rau tiền đạo:
  - Đoạn dưới thành lập trong 3 tháng cuối thai kỳ.
  - Sự co kéo của đoạn dưới ở diện rau bám gây bóc tách
  - Gai rau bám sâu vào cơ tử cung ở đoạn dưới.

### II. Phân loại

#### 1. Phân loại theo giải phẫu

- (1) Rau bám thấp: bánh rau bám lan xuống đoạn dưới của tử cung nhưng chưa tới lỗ trong cổ tử cung.
- (2) Rau bám mép: bờ của bánh rau bám sát mép lỗ trong cổ tử cung.
- (3) Rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn: bánh rau che lấp một phần lỗ trong tử cung.
- (4) Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: bánh rau che lấp toàn bộ lỗ trong cổ tử cung.

#### 2. Phân loại theo lâm sàng

- (1) Rau tiền đạo trung tâm: bao gồm loại bán trung tâm và trung tâm hoàn toàn. Thái độ xử trí chủ yếu là mổ lấy thai.
- (2) Rau tiền đạo không trung tâm: bao gồm loại rau bám thấp và bám mép. Các trường hợp này có thể theo dõi để đường âm đạo.

### III. Triệu chứng và chẩn đoán

#### 1. Triệu chứng lâm sàng

##### • Triệu chứng cơ năng:

- (1) Chảy máu âm đạo là triệu chứng chính, thường xuất hiện vào ba tháng cuối của thai kỳ, đôi khi sớm hơn.
- (2) Chảy máu thường xuất hiện đột ngột, không có nguyên nhân, không có triệu chứng báo trước.
- (3) Lượng máu ít trong những lần đầu, có thể tự cầm, sau đó lại tái phát nhiều lần và lần sau có khuynh hướng nhiều hơn những lần trước và khoảng cách giữa các lần ngắn lại.
- (4) Máu ra đỏ tươi lẫn máu cục.

##### • Triệu chứng thực thể:

- (1) **Toàn trạng** bệnh nhân biểu hiện tương ứng lượng máu mất ra ngoài. Mạch, huyết áp, nhịp thở có thể bình thường hay thay đổi tùy sự theo mất máu nhiều hay ít.
- (2) **Nắn tử cung** thường thấy ngò đầu cao lỏng hoặc ngò bất thường
- (3) **Nghe tim thai**: tình trạng tim thai thay đổi tùy thuộc vào lượng máu mất ra ngoài
- (4) **Khám âm đạo**:
  - Kiểm tra bằng mỏ vịt hay van âm đạo nhằm chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây chảy máu từ các tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo.
  - Nên hạn chế và thận trọng khi khám âm đạo bằng tay vì có thể làm rau bong thêm, gây chảy máu ồ ạt, nguy hiểm cho cả mẹ lẫn con

#### 2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- (1) **Siêu âm**: xác định được vị trí bám chính xác của bánh rau sớm. Phương pháp này an toàn và có giá trị chẩn đoán cao (độ chính xác 95% với đầu dò đường bụng và 100% với đầu dò đường âm đạo), trước khi có biểu hiện lâm sàng là chảy máu. Siêu âm còn giúp theo dõi tiến triển của rau tiền đạo trong thai kỳ.
- (2) **Chụp cộng hưởng từ** giúp chẩn đoán chính xác rau tiền đạo nhưng đây là một phương pháp tốn kém và phức tạp nên ít được sử dụng rộng rãi như siêu âm.

### **3. Chẩn đoán phân biệt**

- (1) **Rau bong non:** Thường có hội chứng tiền sản giật - sản giật. Máu âm đạo đen loãng, không đông, sản phụ đau bụng nhiều, tử cung co cứng, thai suy nhanh chóng
- (2) **Vỡ tử cung:** Thường có dấu hiệu dọa vỡ, thai suy hoặc chết, sản phụ choáng nặng, có dấu hiệu xuất huyết nội.
- (3) **Các nguyên nhân khác:** Một số nguyên nhân chảy máu từ cổ tử cung (viêm lộ tuyến, polyp, ung thư...), chảy máu âm đạo. Trong khi chuyển dạ chẩn đoán phân biệt với đứt mạch máu của dây rau, máu chảy ra đỏ tươi, thai suy rất nhanh.



### Câu 10: Xử trí doạ sinh non

**I. Tuyên xã:** Không nên điều trị doạ đẻ non, chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt.

**II. Tuyên huyệ và tuyên bệnh viện chuyên khoa:** Sử dụng các thuốc ức chế chuyển dạ. Các nghiên cứu so sánh hiệu quả của các thuốc cho thấy không có thuốc nào có ưu thế vượt trội. Tất cả những thuốc này chỉ có thể kéo dài thời gian mang thai trong một khoảng thời gian hạn chế từ 2-7 ngày, đây là khoảng thời gian để sử dụng steroid và vận chuyển bà mẹ đến cơ sở y tế có phòng hồi sức sơ sinh. Do đó, việc chọn loại thuốc nào phụ thuộc vào sự có sẵn của thuốc và những tác dụng phụ đối với bà mẹ và thai nhi.

**1. Các loại beta – mimetic:** Là các thuốc hướng beta giao cảm.

• **Ritodrine:** là thuốc có tác dụng trực tiếp làm giảm cơ trơn của tử cung và của phổi. Pha 150mg trong 500ml dung dịch mặn đẳng trương.

- (1) **Liều tấn công:** Bắt đầu truyền với tốc độ 20ml/giờ và cứ 15 phút tăng lên 10ml/giờ và tăng tối đa là 70ml/giờ.
- (2) **Liều duy trì:** Khi cắt được cơn tiếp tục duy trì thêm 12 giờ. Trước khi rút đường truyền 30 phút cho uống Ritodrine cứ 2 giờ 10mg trong 24 giờ và sau đó duy trì ở liều 20mg/4-6 giờ cho đến khi thai được 36 tuần. Ngưng thuốc khi nhịp tim mẹ trên 150 lần /phút và tim thai trên 200 lần/ phút. Huyết huyết áp tâm thu trên 180mmHg và huyết áp tâm trương dưới 40mmHg.
- (3) **Tác dụng phụ trên bà mẹ** bao gồm: tăng nhịp tim, tăng đường huyết, tăng Insuline huyết, hạ Kali huyết, rùng mình, đánh trống ngực, bồn chồn, buồn nôn, nôn, ảo giác.
- (4) **Tác động lên thai nhi:** nhịp tim nhanh, hạ canxi huyết, hạ đường huyết, hạ huyết áp, tăng bilirubine huyết, xuất huyết não thất.
- (5) **Chống chỉ định** trong bệnh tim, cường giáp, THA không kiểm soát được, ĐTĐ nặng, các bệnh gan và bệnh thận mãn tính. Các BN trên 35 tuổi cũng có chống chỉ định.

• **Terbutaline:**

- (1) **Chỉ định, chống chỉ định** giống Ritodrine.
- (2) **Liều tấn công:** Liều khởi đầu 250mcg, truyền TM với tốc độ 10-80 µg/phút cho đến khi chuyển dạ ngừng lại. Sau đó tiêm dưới da 0,25- 0,5mg/2- 4giờ trong 12 giờ tiếp theo.
- (3) **Liều duy trì:** liều uống 5mg cứ 4- 6 giờ một lần cho đến khi thai được 36 tuần.
- (4) **Tác dụng phụ trên bà mẹ:** loạn nhịp, phù phổi, thiếu máu cơ tim, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh.
- (5) **Tác động lên thai nhi:** nhịp tim nhanh, tăng đường huyết, tăng Insuline huyết, phì đại cơ tim, thiếu máu cơ tim.

**2. Các chất đối kháng Calci**

• **Magnesium Sulfate:** Là thuốc thay thế cho các thuốc beta hướng giao cảm khi có chống chỉ định dùng các thuốc này hoặc khi có ngộ độc thuốc

- (1) **Liều tấn công:** 4-6g trong 100ml Dextrose 5% truyền tĩnh mạch từ 15-20 phút
- (2) **Liều duy trì:** 2g/giờ truyền TM, trong vòng 12 giờ, sau đó là 1g/1 giờ trong 24 - 48 giờ. Theo dõi nồng độ  $Mg^{++}$  huyết thanh duy trì từ 5-7mg/dL
- (3) **Tác dụng phụ trên bà mẹ:** nóng bừng, ngủ lịm, đau đầu, mệt mỏi, khô miệng, ức chế hô hấp, giảm phản xạ gân xương. Thử phản xạ gân xương để phát hiện quá liều thuốc. Ngưng tim và hô hấp có thể xuất hiện nếu dùng quá liều. Có thể dùng chất đối kháng là Calci (Calcium gluconate hoặc calci clorua liều 1g tiêm TM chậm).
- (4) **Tác động lên thai nhi:** ngủ lịm, giảm trương lực cơ, suy hô hấp.

• **Nifedipine:**

- (1) **Liều tấn công:** 20mg ngậm dưới lưỡi mỗi 20 phút, tối đa 3 liều. Sau đó khi đã cắt cơn go thì duy trì liều 10-20mg đường uống trong mỗi 4-6 giờ.

(2) **Chống chỉ định** đối với trường hợp có bệnh tim, huyết áp thấp (dưới 90/50mmHg). Không sử dụng cùng với Magnesium sulphate. Cần thận khi sử dụng cho người có bệnh lý ở thận.

(3) **Tác dụng phụ trên bà mẹ:** nóng bừng, đau đầu, buồn nôn, hạ huyết áp thoáng qua

(4) **Tác động lên thai nhi:** hiện chưa có ghi nhận đặc biệt gì.

**3. Thuốc ức chế tổng hợp Prostaglandine:** Indomethacin liều 25mg/6 giờ trong 5 ngày hoặc nhét hậu môn 100mg sau đó uống 25mg/6 giờ cho đến 24 giờ sau khi không còn cơn go nữa. Thuốc này có những tác động ngược trên thai nhi như co thắt ống động mạch, tăng áp lực phổi, thiếu ôi, xuất huyết não thất, viêm ruột hoại tử và tăng bilirubine huyết

#### **4. Sử dụng Corticosteroid**

(1) Giúp cho phổi thai nhi trưởng thành tránh được bệnh màng trong, chỉ dùng cho trường hợp thai dưới 35 tuần

(2) Cho corticoide ở mẹ làm giảm từ 40-60% nguy cơ bệnh màng trong ở sơ sinh

(3) Betamethason (Celestene) tiêm bắp 2 ống/ một ngày hoặc một ống/ngày trong 2 ngày, hoặc Dexamethasone (Dexaron): 12mg/ngày (3 ống) tiêm bắp x 2 ngày liên tiếp. Hiệu quả tối đa của Corticosteroid đạt được trong vòng 24-48 giờ, do đó cố gắng trì hoãn cuộc chuyển dạ ít nhất 24 giờ sau khi sử dụng thuốc này.

## Câu 11: Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị đờ tử cung sau sinh

**I. Nguyên nhân:** Đờ tử cung có thể xảy ra ở những trường hợp sau:

- (1) Sản phụ suy nhược, thiếu máu, tăng huyết áp, tiền sản giật...
- (2) Nhược cơ tử cung do chuyển dạ kéo dài.
- (3) Tử cung giãn quá mức do song thai, đa ối, thai to.
- (4) Tử cung mất trương lực sau khi đẻ quá nhanh.
- (5) Sốt rau, màng rau trong buồng tử cung
- (6) Bất thường tử cung: u xơ, tử cung dị dạng.
- (7) Đờ tử cung do sử dụng thuốc: Sau gây mê bằng các thuốc mê họ Halothane(fluothane), sử dụng Betamimetic, dùng ôxytôxin không liên tục sau khi sổ thai.

## **II. Triệu chứng và chẩn đoán**

- (1) **Chảy máu:** chảy máu ngay sau sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất. Máu có thể chảy liên tục hoặc khi ấn vào đáy tử cung máu sẽ chảy ồ ạt ra ngoài.
- (2) **Tử cung nhão, mềm** do co hồi kém hoặc không co hồi, ko có khối an toàn mặc dù rau đã sổ.
- (3) **Trên lâm sàng có hai mức độ đờ tử cung:**
  - **Đờ tử cung còn phục hồi:** là tình trạng cơ tử cung bị giảm trương lực nên tử cung co hồi kém, đặc biệt ở vùng rau bám; nhưng cơ tử cung còn đáp ứng với các kích thích cơ học và thuốc.
  - **Đờ tử cung không hồi phục:** cơ tử cung không còn đáp ứng với các kích thích trên.

**III. Xử trí:** Phải xử trí khẩn trương, tiến hành song song cầm máu và hồi sức.

- (1) Dùng mọi biện pháp cơ học để cầm máu: xoa tử cung qua thành bụng, chẹn động mạch chủ bụng, ép tử cung bằng hai tay.
- (2) Thông tiểu để làm rộng bàng quang
- (3) Làm sạch lòng tử cung: lấy hết rau sót, lấy hết máu cục.
- (4) Tiêm 5-10 đơn vị Oxytôxin tiêm bắp hoặc tiêm vào cơ tử cung, nếu tử cung vẫn không co thì tiêm bắp Ergometrine 0,2mg (cũng có thể truyền TM để có tác dụng nhanh hơn)
- (5) Truyền nhỏ giọt tĩnh mạch Oxytôxin 5-10 đơn vị trong 500 ml dung dịch glucoza 5%
- (6) Truyền dịch chống choáng
- (7) Trong 2 giờ đầu mỗi 15 phút xoa đáy tử cung một lần, kéo dài trong 2 phút cho đến khi có cảm giác tử cung co cứng thành khối dưới tay. Tuy nhiên nếu sau khi xoa bóp tử cung, tiêm ôxytôxin hoặc Ergometrin nhưng máu tiếp tục chảy và mỗi khi ngừng xoa tử cung lại nhão, phải nghĩ đến đờ tử cung không hồi phục, lập tức chỉ định can thiệp phẫu thuật (buộc hai động mạch tử cung, cắt tử cung bán phần...).
- (8) Tuyên xã: Nếu không cầm máu được thì mời tuyên trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyên trên
- (9) Tuyên huyện: Xử trí như trên, nếu không cầm máu được thì mổ cắt tử cung bán phần.

**IV. Dự phòng:** Trong trường hợp chuyển dạ kéo dài hoặc tử cung bị giãn quá mức do thai to, đa ối, các trường hợp con rạ đẻ nhiều lần nên:

- (1) Theo dõi cuộc đẻ bằng biểu đồ chuyển dạ
- (2) Tiêm bắp 10 đơn vị ôxytôxin khi vai trước sổ hoặc ngay sau sổ thai nhưng phải chắc chắn rằng không còn thai thứ 2.
- (3) Xử trí tích cực GĐ III bao gồm: tiêm Oxytôxin, kéo nhẹ dây rốn có kiểm soát và xoa đáy tử cung.
- (4) Misoprostol 200 mcg x 2 viên đặt trực tràng sau sổ rau

## Câu 12: Triệu chứng và chẩn đoán tiền sản giật

### **I. Đại cương**

- (1) Tiền sản giật là bệnh lý do thai nghén hoặc ảnh hưởng của một thai nghén rất gần gây nên với sự xuất hiện cao huyết áp với protein niệu, có hoặc không kèm theo phù. Tiền sản giật - sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ. Tuy nhiên, với sự hiện diện của bệnh lá nuôi, tiền sản giật nặng có thể xuất hiện trước thời điểm đó.
- (2) Trước đây người ta thường gọi tiền sản giật là nhiễm độc thai nghén hay hội chứng protein niệu, nhưng ngày nay người ta nhận thấy chính huyết áp cao là triệu chứng thường gặp nhất và gây nên các biến chứng trầm trọng cho mẹ và thai
- (3) Tiền sản giật xảy ra khoảng 5-10 % và sản giật chiếm khoảng 0,2- 0,5% trong tổng số thai nghén.

### **II. Triệu chứng**

#### **1. Tăng huyết áp:**

- (1) THA là triệu chứng cơ bản để chẩn đoán xác định TSG. THA được xác định khi tuổi thai từ 20 tuần trở lên với các giá trị sau: HA tối đa  $\geq 140$ mmHg hoặc HA tối thiểu  $\geq 90$ mmHg.
- (2) Những TH có HA tối đa tăng hơn 30mmHg hoặc HA tối thiểu tăng hơn 15mmHg so với trị số HA khi chưa có thai cần được quan tâm đặc biệt, vì có thể xuất hiện TSG - sản giật. Lưu ý: Phải đo HA 2 lần cách nhau 4 giờ, sau khi nghỉ.

#### **2. Phù:** Đặc điểm của phù:

- (1) Phù toàn thân, không giảm khi nghỉ ngơi
- (2) Phù trắng, mềm, có dấu ấn lõm
- (3) Tăng cân nhanh, quá 0,5kg/tuần
- (4) Có thể phù nhiều, phù toàn thân, các chi to lên, ngón tay tròn trĩnh, mặt nặng, mí mắt sụp lại, âm hộ sưng to. Bụng căng lên, nổi hẳn dây thắt lưng hay sau khi nghe tim thai còn hẳn dấu vết của ống nghe. Có khi phù cả phủ tạng, phù phúc mạc nên có nước trong ổ bụng, màng phổi, não. Vồng mạc có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt. Trong một số trường hợp, phù có thể nhẹ, kín đáo, chỉ khi ấn lên mắt cá chân mới phát hiện được hoặc buổi sáng hơi nặng mặt.

#### **3. Protein niệu:**

- (1) Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ ba triệu chứng.
- (2) Mức độ protein niệu có thể thay đổi nhiều trong 24 giờ, do đó xét để nghiệm protein niệu chính xác nước tiểu phải được lấy mẫu trong 24 giờ. Protein niệu dương tính khi lượng protein lớn hơn 0,3g/1/24 giờ hoặc trên 0,5g/l/ mẫu nước tiểu ngẫu nhiên.
- (3) Mức độ protein niệu trong 24 giờ:
  - Vết # 0,1 g/l
  - + # 0,3 g/l
  - ++ # 1,0 g/l
  - +++ # 3 g/l

#### **4. Các xét nghiệm:** Bệnh nhân tiền sản giật cần được làm các xét nghiệm sau

- (1) Công thức máu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu
- (2) Chức năng thận: Ure, creatinin, axit uric, protein niệu. Ngoài ra tùy thuộc vào mức độ tổn thương thận trong nước tiểu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu
- (3) Chức năng gan: SGOT, SGPT
- (4) Điện giải đồ và dự trữ kiềm
- (5) Chức năng đông chảy máu toàn bộ
- (6) CRP, Protid máu
- (7) Soi đáy mắt
- (8) Đánh giá tình trạng thai qua siêu âm và monitoring.

### **III. Chẩn đoán tiền sản giật:** Dựa vào ba triệu chứng chính là THA, phù và protein niệu.

#### **1. Tiền sản giật nhẹ**

- (1) Huyết áp tâm thu 140 - <160 mmHg
- (2) Huyết áp tâm trương 90 - <110 mmHg
- (3) Protein niệu từ (+) đến (++)

**2. Tiên sản giât nặng:** khi có ít nhất một trong những dấu hiệu sau:

- (1) Huyết áp tối đa  $\geq 160$  mmHg và/hoặc tối thiểu  $\geq 110$ mmHg,
- (2) Protein niệu  $\geq 3$ g/l (+++)
- (3) Rối loạn thị giác và tri giác.
- (4) Đau đầu nhưng không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.
- (5) Đau vùng thượng vị hoặc phần tư trên của hạ sườn phải.
- (6) Phù phổi hoặc xanh tím.
- (7) Thiểu niệu: lượng nước tiểu  $< 400$ ml/24 giờ.
- (8) Giảm tiểu cầu: số lượng tiểu cầu  $< 150.000/mm^3$
- (9) Tăng men gan.
- (10) Thai chậm phát triển

#### **IV. Chẩn đoán phân biệt**

- (1) **Cao huyết áp mãn tính:** tiền sử đã có cao huyết áp, hoặc cao huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ
- (2) **Các bệnh lý về thận:** viêm thận cấp, viêm thận mãn, viêm mủ bể thận, HC thận hư
- (3) **Phù do tim,** phù do suy dinh dưỡng.

### Câu 13: Điều trị sản giật

#### I. Đại cương:

- (1) Sản giật được xác định là khi xuất hiện những cơn co giật hoặc hôn mê, xảy ra trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng. Đây là một biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng nếu không được theo dõi và điều trị đúng mức.
- (2) Sản giật có thể xảy ra ở các thời điểm khác nhau: trước đẻ (50%), trong đẻ (25%) và sau đẻ (25%).

#### II. Chế độ chăm sóc

- (1) Giữ bệnh nhân tại nơi yên tĩnh, tránh mọi kích thích, không cho ăn.
- (2) Ngáng miệng bằng thanh ngáng có quần vải để đề phòng cắn phải lưỡi. Đây là một việc làm bắt buộc vì khi bệnh nhân lên cơn giật rất dễ cắn lưỡi.
- (3) Nằm giường có thanh chắn, cố định bệnh nhân
- (4) Hút đờm rãi để phòng tắc đường hô hấp.
- (5) Thở oxy qua mặt nạ hoặc ống thông mũi.
- (6) Theo dõi cơn giật, huyết áp, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ. Tất cả được ghi vào bảng theo dõi để phục vụ điều trị.

#### III. Xử trí tại tuyến y tế cơ sở:

- (1) **Nguyên tắc:** bệnh nhân phải được sơ cứu trước khi chuyển tuyến, phải có nhân viên y tế hộ tống khi chuyển lên tuyến trên.
- (2) **Cần thực hiện đầy đủ chế độ chăm sóc:** Hút đờm rãi, ngáng miệng, tiêm thuốc an thần, lập một đường truyền tĩnh mạch trước và trong khi chuyển tuyến.

#### IV. Điều trị nội khoa

##### 1. Thuốc chống co giật và đề phòng cơn giật:

- (1) Đề chống co giật có hiệu quả yếu tố then chốt trong điều trị là sử dụng thuốc chống co giật đủ liều lượng. Co giật ở sản phụ đang điều trị hầu hết do sử dụng không đủ liều lượng thuốc chống co giật.
- (2) Magnesium sulfate là thuốc được chọn lựa để phòng và chống co giật. Lưu ý thuốc này phải dùng tại bệnh viện, phải theo dõi sát, đề phòng ngộ độc. Nếu không có Magnesium sulfate, có thể thay bằng Diazepam; nhưng có nhiều nguy cơ ức chế hô hấp cho thai hơn vì Diazepam đi qua hàng rào rau thai một cách tự do.
- (3) Liều lượng, cách dùng Magnesium Sulfate giống như điều trị tiền sản giật nặng:
  - **Liều tấn công:** Dung dịch Magnesium Sulfate 4g, pha loãng trong 20ml dung dịch Glucoza 5% tiêm TMC trên 5 phút. Ngay sau đó dùng 10g Magnesium sulfate 50% (10ml) TB sâu, mỗi bên 5g hoà với 1ml Lidocain 2%. Nếu cơn giật tái diễn sau 15 phút, dùng thêm 2g Magnesium sulfate 20% tiêm TMC (thận trọng khi tiêm Magnesium sulfate vào tĩnh mạch vì thuốc có thể gây ngưng thở đột ngột do ức chế hô hấp)
  - **Liều duy trì:** Dung dịch Magnesium sulfate 50% 10ml (5g) + 1ml Lidocain 2% tiêm bắp mỗi 4 giờ, luân phiên mỗi hôm. Liều trình Magnesium sulfate tiếp tục được sử dụng đến 24 giờ sau sinh hoặc cơn giật cuối cùng
  - **Trong khi dùng cần bảo đảm:**
    - + Có phản xạ xương bánh chè.
    - + Tần số thở ít nhất là 16 lần/ phút.
    - + Lượng nước tiểu tối thiểu trên 30ml/giờ hoặc 100ml/4 giờ
    - + Có sẵn thuốc đối kháng là Gluconat calci hoặc Clorua calci.
    - + Khi có ngộ độc, bệnh nhân có thể bị ngưng thở phải thông khí hỗ trợ bằng mặt nạ hoặc đặt nội khí quản cho đến khi hô hấp trở lại, phải cho ngay Calcium Gluconate 1g (10ml dung dịch 10%) hoặc calci chlorua tiêm tĩnh mạch chậm để trung hoà tác dụng của Magnesium Sulfate.
    - + Lưu ý: Không được dùng quá 24g/24giờ. Theo dõi nồng độ ion Magnesium mỗi 4-6giờ/lần, để điều chỉnh liều dùng.

## **2. Sử dụng Diazepam( Seduxen) trong tiền sản giật nặng và sản giật**

### **•Liều tấn công :**

- (1) Diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch chậm trên 2 phút.
- (2) Nếu cơn giật tái diễn: lập lại liều tấn công

### **•Liều duy trì:**

- (1) Diazepam 40mg, pha trong 500ml dung dịch truyền tĩnh mạch (Glucoza 5% hoặc Ringers lactat) đủ để giữ cho bệnh nhân ngủ nhưng có thể đánh thức.
- (2) BN có thể bị ức chế hô hấp khi dùng quá 30mg/1 giờ. Không dùng quá 100mg Diazepam trong 24 giờ. Hô hấp hỗ trợ khi có suy hô hấp (mặt nạ oxy, bóp bóngambu, đặt nội khí quản)
- (3) Dùng thuốc đường trực tràng nếu đường tĩnh mạch không thực hiện được. Liều tấn công 20mg hút vào một bơm tiêm 10ml, tháo bỏ kim, bôi trơn đầu ống và đưa bơm tiêm vào trực tràng đến nửa ống. Bơm thuốc và giữ bơm tiêm tại chỗ, khép mông lại trong 10 phút để thuốc không trào ra. Có thể sử dụng Catheter để đưa thuốc vào hậu môn.
- (4) Nếu sau 10 phút không cắt được cơn giật, có thể sử dụng thêm 10mg mỗi giờ hoặc nhiều hơn tùy theo trọng lượng và đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân.

### **3. Thuốc hạ huyết áp:**

- (1) Nếu như huyết áp tâm trương trên 110mmHg sẽ có nguy cơ xuất huyết não, để đề phòng tai biến này phải điều chỉnh để huyết áp tâm trương ở giữa khoảng 90-100mmHg
- (2) Hydralazin hoặc Dihydralazine là thuốc được lựa chọn. Liều dùng: Dihydralazine 5-10mg tiêm tĩnh mạch chậm, nếu cần có thể lập lại liều 5mg cứ 10-20 phút cho đến khi huyết áp giảm, hoặc liều Dihydralazine 12,5mg tiêm bắp cách 2 giờ. Tổng liều Dihydralazine là 100mg trong 24giờ.
- (3) Nếu Dihydralazine không có sẵn, có thể dùng:
  - Labetolol 10mg tiêm tĩnh mạch. Nếu đáp ứng chưa tốt (huyết áp tâm trương trên 110mmHg) sau 10 phút cho thêm 20mg tiêm tĩnh mạch và có thể tăng liều này lên tới 40- 80mg để đạt kết quả điều trị.
  - Nifedipine viên nang 10mg ngậm dưới lưỡi. Lưu ý: Nifedipine có khả năng tương tác với Magnesium sulfate dẫn đến hạ huyết áp mạnh.

**4. Lợi tiểu và vấn đề truyền dịch:** Thuốc lợi tiểu chỉ dùng khi có thiếu niệu, đe dọa phù phổi, phù não. Lượng dịch cần bù phụ thuộc vào sự bài tiết nước tiểu. Trong trường hợp bệnh nặng cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP). Lượng dịch chuyển vào bằng lượng nước tiểu trong ngày cộng với 700ml dịch.

### **5. Sử dụng kháng sinh để dự phòng bội nhiễm**

## **V. Điều trị sản khoa và ngoại khoa**

- (1) Nếu thai nhi còn sống sau cơn giật thì cuộc đẻ cần phải được tiến hành ngay khi BN ổn định.
- (2) Khởi phát chuyển dạ, nếu tiến triển thuận lợi thì phá ối. Không nên để sản phụ phải dùng sức rặn, cần hỗ trợ thủ thuật khi đẻ (forceps). Có thể mổ lấy thai khi có chỉ định.
- (3) Lưu ý:
  - Không được dùng Ergometrin sau đẻ cho bệnh nhân tiền sản giật - sản giật vì tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não
  - Trong trường hợp TSG nặng cần chấm dứt thai kỳ trong vòng 24 giờ kể từ khi bắt đầu có triệu chứng. Nếu sản giật cần khởi phát chuyển dạ trong vòng 12 giờ từ khi bắt đầu có cơn giật.

## **VI. Theo dõi và điều trị trong thời gian hậu sản**

- (1) Tiếp tục theo dõi, điều trị chống co giật trong 24 giờ sau đẻ hoặc cơn giật cuối cùng.
- (2) Tiếp tục điều trị cao huyết áp nếu có.
- (3) Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu.
- (4) Tư vấn các biện pháp tránh thai.

**Câu 14: Chẩn đoán và xử trí các hình thái viêm phúc mạc toàn thể và nhiễm khuẩn máu trong nhiễm khuẩn hậu sản**

NKHS là các nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục trong thời kỳ hậu sản

**I. Viêm phúc mạc toàn thể**

**1. Chẩn đoán:**

**a. Triệu chứng lâm sàng**

- (1) Thường xuất hiện muộn, nếu viêm phúc mạc sau mổ các triệu chứng có sớm
- (2) Sốt cao 39 – 40°C, rét run, mạch nhanh và nhỏ.
- (3) Nhiễm độc nhiễm trùng nặng, hơi thở hôi, thở nhanh - nông
- (4) Nôn, buồn nôn, ã chảy, phân thối khắm
- (5) Bụng chướng, cảm ứng phúc mạc
- (6) Tử cung to, ấn đau, CTC chưa đóng kín, các túi cùng căng đau

**b. Xét nghiệm:**

- (1) CTM có bạch cầu tăng cao, thiếu máu tán huyết.
- (2) CRP cao, hematocrit cao.
- (3) Rối loạn điện giải và toan chuyển hoá.
- (4) Rối loạn chức năng gan thận.
- (5) Cây sản dịch xác định được vi khuẩn gây bệnh.
- (6) Siêu âm: có dịch ổ bụng, các quai ruột chướng, có thể xác định được bất thường ở tử cung và nguyên nhân gây viêm phúc mạc.

**2. Tiên lượng**

- (1) **Tiên lượng tốt** nếu được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời.
- (2) **Tiên lượng xấu** nếu chẩn đoán muộn hoặc viêm phúc mạc kèm nhiễm trùng máu, thường để lại di chứng dính và tắc ruột, có thể tử vong.

**3. Điều trị**

**• Nội khoa:**

- (1) Nâng cao thể trạng, bồi phụ nước, điện giải.
- (2) Kháng sinh liều cao, phối hợp, phổ diệt khuẩn rộng (Beta-Lactam, Aminosid, Metronidazol)

**• Ngoại khoa:** Phẫu thuật để dẫn lưu ổ mủ, hoặc cắt tử cung. Trong khi phẫu thuật cần cấy dịch ổ bụng, làm kháng sinh đồ.

**II. Nhiễm khuẩn máu:** Là hình thái nặng nhất trong nhiễm khuẩn hậu sản. Tỷ lệ tử vong cao, có thể để lại nhiều di chứng.

**1. Chẩn đoán:**

**a. Triệu chứng lâm sàng**

- (1) Thời gian xuất hiện sau can thiệp thủ thuật sớm nhất từ 24 - 48 giờ.
- (2) HC nhiễm trùng nặng: Sốt cao, rét run, môi khô, lưỡi bẩn, mặt hốc hác do mất nước và nhiễm độc.
- (3) Hội chứng thiếu máu: da xanh, hồng cầu và Hb giảm.
- (4) Dấu hiệu choáng: trạng thái tâm thần bất định, tụt HA, RL vận mạch và tình trạng nhiễm toan máu.
- (5) Tử cung to, mềm, ấn rất đau, CTC hé mở, sản dịch nhiều bẩn đục như mủ lẫn máu và có mùi hôi.
- (6) Có thể xuất hiện nhiễm khuẩn ở các cơ quan khác (phổi, gan hoặc thận).

**b. Xét nghiệm:**

- (1) Cây máu: phải thực hiện trước khi sử dụng kháng sinh để tìm tác nhân gây bệnh, phải cấy máu ít nhất 3 lần, cách nhau một giờ.



(2) Công thức máu: Bạch cầu tăng rất cao, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, hematocrit tăng, tốc độ lắng máu tăng cao.

(3) Chức năng gan thận suy giảm, rối loạn các yếu tố đông chảy máu.

## **2. Điều trị**

### **• Nội khoa:**

(1) Hồi sức chống choáng, truyền dịch, chống rối loạn nước, điện giải.

(2) Kháng sinh phổ rộng, liều cao, phối hợp, tốt nhất phải dựa theo kháng sinh đồ.

### **• Ngoại - Sản khoa:** nhằm loại bỏ ổ nhiễm khuẩn

(1) Cắt tử cung sau 6 giờ điều trị, chậm nhất là 24 giờ sau khi điều trị.

(2) Có thể giữ tử cung ở những BN còn trẻ, mong muốn có con và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa.

## Câu 15: Ảnh hưởng của đái tháo đường lên thai nghén và hướng điều trị

### **I. Đại cương**

- (1) Trước khi phát hiện ra Insulin, bệnh đái tháo đường thường là nguyên nhân gây vô sinh hoặc khó có thai.
- (2) Đối với bà mẹ, bệnh này gây tử vong 2/3 số phụ nữ có thai trong quá trình mang thai, nhưng vấn đề ảnh hưởng lớn của bệnh là đối với thai nhi.
- (3) Những năm gần đây, được phát hiện và điều trị cho những thai phụ có bệnh đái tháo đường người ta nhận thấy :
  - Giảm đáng kể tỷ lệ tử vong chu sinh.
  - Vẫn có khoảng 4 - 8% dị dạng bẩm sinh.
  - Thai chết trong tử cung.
  - Thai nhi có nguy cơ hạ đường huyết sau đẻ

### **II. Ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường khi có thai:**

- Bệnh đái tháo đường có thể gây nên các biến chứng bất kỳ thời điểm nào của quá trình thai nghén :
  - **Trong quá trình mang thai:**
    - (1) Sảy thai tự nhiên: 15 - 20%
    - (2) Thai chết trong tử cung, thường xảy ra vào khoảng tuần 36 trở đi, thường kết hợp với đa ối
    - (3) Dị dạng thai nhi có khoảng 10 - 15%.
    - (4) Thai to (4,5-6kg). Bệnh bào thai khi mẹ bị bệnh ĐTĐ phụ thuộc vào lượng đường huyết của mẹ. Đường huyết cao dẫn đến việc tăng dung nạp glucide và insulin huyết thai nhi tăng.
  - **Trong khi sinh:** có 3 biến chứng hay gặp đó là
    - (1) Đẻ khó cơ học, thai nhi khó lọt
    - (2) Đẻ khó do thai to, vì đường kính lưỡng móm vai lớn hơn 12cm
    - (3) Chảy máu vào giai đoạn bong nhau.
  - **Với trẻ sơ sinh:**
    - (1) Thai to với sự phì đại các tạng phủ như: gan to, lách to, tim to....phù mọng, tích mỡ dưới da quá dày và phì đại đảo tuyến Langerhans.
    - (2) Nguy cơ mắc bệnh màng trong, ứ trệ hệ tiêu tuần hoàn dẫn đến phù phổi cấp ngay sau đẻ.
    - (3) Thai nhi dễ bị suy với các dấu hiệu thần kinh cơ như co giật sơ sinh do hạ calci máu sơ sinh. Hạ đường huyết sơ sinh xuất hiện rõ nhất vào giờ thứ 3 sau đẻ, giảm kali máu.
- Hiện nay, nhờ vào sự săn sóc tích cực và điều trị bệnh chúng ta đã thấy có một sự thay đổi rõ về bệnh đái tháo đường và thai nghén. Những nguy cơ cần để ý đến là:
  - (1) Cần chú ý đến những bất thường nhỏ nhất ngay cả khi bệnh đái tháo đường ổn định
  - (2) Tăng huyết áp và tiền sản giật.
  - (3) Nhiễm trùng đường tiểu.
  - (4) Dọa sinh non.
  - (5) Suy thai mãn tính.
- Khi chúng ta phát hiện ra những nguy cơ trên thì tiên lượng của mẹ và con khả quan hơn.
  - (1) Tỷ lệ tử vong chu sinh giảm (2.7%) Ở Bệnh Viện Port-Royal từ năm 1971 - 1981 khi nghiên cứu # 370 thai phụ có bệnh đái tháo đường và 4% dị dạng bẩm sinh (C. Tchobroutsky)
  - (2) Nhìn chung thai chết trong tử cung # 2,1% cũng ở Bệnh Viện Port-Royal (Pháp).
  - (3) Số lượng bệnh màng trong cũng giảm nhờ vào việc điều trị làm trưởng thành phổi của thai nhi.

- (4) Tuy nhiên tỷ lệ dị dạng bẩm sinh vẫn còn cao, đặc biệt là dị dạng về tim của thai nhi. Điều kiện thuận lợi để gây ra dị dạng này vẫn chưa được biết rõ. Nhưng người ta thấy có một sự liên quan giữa sự dị dạng này và những bà mẹ có các vết thương thoái hóa hoặc có thai vào tuần lễ đầu ở những bà mẹ có bệnh đái tháo đường mà không được phát hiện.

### **III. Hướng điều trị**

#### **1. Nguyên tắc điều trị**

- (1) Phải có một sự cộng tác có hiệu quả giữa bác sỹ sản khoa và bác sỹ chuyên ngành đái tháo đường.
- (2) Nên điều trị ở những trung tâm chữa bệnh đái tháo đường.

#### **2. Theo dõi bà mẹ**

- (1) Ngay từ khi có thai, thai phụ phải được theo dõi bởi bác sỹ sản khoa và bác sỹ chuyên ngành ĐTD
- (2) Thai phụ nên nhập viện ở khoa chữa bệnh đái tháo đường với hy vọng:
  - Chuẩn hóa chế độ tiết thực: từ 1800 - 2000Kcal/ngày và 180 - 200g đường chia làm 3 bữa ăn trong ngày
  - Chia liều insulin sử dụng làm 3 lần/ngày – đêm
  - Phải hướng dẫn cho thai phụ: Được tự XN đường máu 6 lần mỗi ngày. Phải xác định ngưỡng glucose ở thận của thai phụ. Phải được sử dụng liều insulin phù hợp và chế độ ăn hằng ngày.
- (3) Nhiễm trùng đường tiểu, tăng huyết áp, định lượng protein niệu và phát hiện những tổn thương ở đáy mắt. Xác định tuổi thai bằng siêu âm
- (4) Các nhà sản khoa và đái tháo đường phải khám thai phụ thường xuyên về tình hình bệnh cứ 15 ngày một lần, và nhiều hơn nữa một khi mà bệnh xuất hiện những biến chứng như: Tăng trọng lượng, tăng huyết áp, protein niệu, tăng a.uric máu, xét nghiệm tế bào vi trùng đường tiểu và kiểm tra thường xuyên đường máu.
- (5) Mục đích của điều trị là làm thế nào cho đường máu về gần với mức bình thường, thứ nữa tránh các bệnh lý của thai nhi do đái tháo đường gây nên.
- (6) Thai phụ nên nhập viện ở khoa sản từ tuần 32 - 34 của thai kỳ, đôi khi muộn hơn cũng có thể được.

#### **3. Theo dõi thai nhi:** Thai nhi phải được theo dõi sát bằng:

- (1) Siêu âm nhiều lần để phát hiện dị dạng, sự tăng trưởng.
- (2) Phải định lượng estradiol niệu và huyết thanh hằng ngày cho đến cuối thai kỳ.
- (3) Ghi nhịp tim thai bằng monitoring sản khoa một đến hai lần ngày vào cuối thai kỳ.
- (4) Thai phụ tự ghi nhận các cử động của thai nhi 3lần/ngày, mỗi lần 30phút.
- (5) Xét nghiệm tỷ L/S trong nước ối để xác định độ trưởng thành của phổi thai nhi trước khi quyết định chấm dứt thai kỳ.

#### **4. Sự sinh đẻ**

- (1) Nếu bệnh đái tháo đường đã ổn định. thì có thể đợi đến 38 tuần hoặc cho đến khi đủ tháng để sinh.
- (2) Trong thực tế, thái độ xử trí có thể thay đổi tùy theo type đái tháo đường:
  - Ở bệnh đái tháo đường type B (thời gian diễn biến của bệnh <10 năm) và C (thời gian diễn biến của bệnh từ 10 đến 20 năm) mà đã không có biến chứng nào. Xét nghiệm nước ối được tiến hành từ tuần thứ 36 hoặc 37 của thai nghén. Nếu tỷ L/S là bằng hoặc lớn hơn 2 lần thì em bé có thể sống được điều này cho phép khởi phát chuyển dạ. Nếu sự trưởng thành phổi chưa thực hiện được thì xét nghiệm nước ối sau 8 ngày
  - Ở bệnh đái tháo đường type D (thời gian diễn biến của bệnh > 20 năm hay có sự hiện diện của các thương tổn thoái hóa) và F (có các bệnh lý về tăng sinh ở võng mạc và hoặc bệnh lý cầu thận) hoặc một khi mà thai nghén có biến chứng như cao huyết áp,

viêm mủ cầu thận.... thì xét nghiệm nước ối được thực hiện vào đầu tuần lễ thứ 35 của thai nghén.

- Đối với đái tháo đường không ổn định thì phát khởi chuyển dạ từ khi có dấu hiệu trương thành ở phổi của thai nhi.

(3) Sự sinh đẻ bằng đường âm đạo nên được thực hiện khi mà điều kiện phần mềm và khung chậu tốt (ở người con ra), nhưng vấn đề thường nhất là mổ lấy thai (đa số được thực hiện ở người con so), khi mổ lấy thai nên gây mê toàn thân, hay gây tê vùng (ngoài màng cứng) sau khi đã đạt được tỷ đường máu ở mức bình thường trong nhiều giờ trước khi tiến hành phẫu thuật.

### **5. Hậu sản**

- (1) Sản sóc hậu sản cũng cần chú ý đến khả năng dễ bị nhiễm trùng hậu sản, nhiễm trùng đường tiểu với kháng sinh dự phòng.
- (2) Nên khuyến sản phụ triệt sản khi có đủ con, nhất là những trường hợp đái tháo đường đã có biến chứng.
- (3) Vấn đề ngừa thai nếu muốn dùng chỉ kê đơn với các thuốc tránh thai chỉ có progesteron đơn thuần.

## Câu 16: Triệu chứng và chẩn đoán suy thai

### I. Đại cương:

- (1) Suy thai là một quá trình bệnh lý do tình trạng thai thiếu oxy trong máu hoặc thiếu oxy tổ chức khi thai đang sống trong tử cung. Hiện nay, người ta còn gọi suy thai là tình trạng bất ổn của thai nhi bao gồm: giảm thành phần oxy trong máu, giảm oxy trong tổ chức, tình trạng tăng ion hydro trong máu (thai nhi nhiễm toan), biểu hiện với những thay đổi về nhịp tim thai được ghi nhận bằng máy theo dõi nhịp tim thai (ví dụ: nhịp giảm biến đổi lặp lại, nhịp giảm muộn, nhịp nhanh, nhịp chậm hoặc tình trạng bất thường).
- (2) Suy thai cấp thường xảy ra đột ngột trong quá trình chuyển dạ, đe dọa tính mạng đứa bé, ảnh hưởng đến sự phát triển tinh thần, thể chất của đứa bé trong tương lai nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời. Đánh giá được tình trạng sức khỏe của thai nhi trong chuyển dạ có ý nghĩa quan trọng nhằm đảm bảo một cuộc đẻ an toàn cho cả mẹ và con. Suy thai cấp chiếm tỷ lệ dưới 20% các cuộc đẻ.
- (3) Suy thai mãn xảy ra từ từ trong quá trình mang thai, các triệu chứng thường không rõ ràng, tuy nhiên có thể nhanh chóng chuyển thành suy thai cấp khi chuyển dạ.

### II. Suy thai mãn

#### 1. Lâm sàng

- (1) Chiều cao tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai: Bề cao tử cung nhỏ hơn số tuần 5cm kể từ tuần thứ 16 đến 32. VD: Bề cao 23cm trong khi tuổi thai 28 tuần.
- (2) Giảm cử động thai: Bình thường thai máy trong quá trình mang thai, thai ít máy tức là trương lực cơ giảm có thể có suy thai. Mức hoạt động của thai trung bình 90 lần trong 12 giờ ở tuổi thai 32 tuần và khoảng 50 lần trong 12 giờ khi thai đủ tháng. Khi thai có sự giảm cử động gợi ý thai thiếu oxy. VD: khi thai 38 tuần nếu bà mẹ cảm nhận cử động thai nhi dưới 4 lần/giờ là có lý do để lo lắng và cần phải có những kiểm tra .
- (3) Nhịp tim thai thay đổi: tần số dưới 110 lần/phút hoặc trên 160 lần/phút.
- (4) Sờ nắn được các phần thai qua da bụng chứng tỏ có thiếu ối.

#### 2. Cận lâm sàng

##### •Siêu âm

- (1) Đo kích thước của thai để suy ra trọng lượng thai, sau đó so sánh với trị số mẫu. Đo đường kính lưỡng đỉnh, chu vi vòng bụng, chiều dài xương đùi dưới đường Percentile thứ 10.
- (2) Đánh giá tình trạng rau thai và nước ối. Nếu độ trưởng thành (độ can-xi hoá) của rau cao hơn so với tuổi thai có thể là một trong những biểu hiện của thai kém phát triển trong buồng TC. Thể tích nước ối giảm được biểu hiện qua chỉ số nước ối (AFI) < 7cm
- (3) Siêu âm Doppler đo trở kháng động mạch rốn  $RI \geq 0,8$
- (4) Siêu âm xác định tuổi thai và theo dõi độ phát triển của thai, so sánh các trị số hàng tuần để đánh giá.

##### •Theo dõi bằng Monitoring sản khoa

- (1) Thử nghiệm không đả kích: Ghi nhịp tim thai khi chưa có cơn go tử cung. Trong suy thai mãn có thể có các dấu hiệu sau:
  - Biên độ dao động giảm
  - Giảm các nhịp tăng về biên độ và thời gian
  - Có thể xuất hiện nhịp giảm
  - Tăng hoặc giảm tần số tim thai cơ bản
- (2) Test đả kích: Thử nghiệm ôxytôxin hay test vê núm vú để khảo sát sức chịu đựng của thai nhi trong tử cung khi có cơn co tử cung.
  - Test dương tính: khi có nhịp giảm muộn trong ít nhất là 50% số cơn co.

- Test âm tính: không có nhịp giảm. Chấm dứt kích thích ngay khi có các dấu hiệu sau:
  - + Xuất hiện nhịp chậm muộn tương ứng với mỗi cơn co mặc dù cơn co chưa đạt 3 cơn co trong 10 phút.
  - + Nếu cơn co kéo dài quá 90 giây
  - + Nếu khoảng cách giữa 2 cơn co ngắn hơn 20 giây
  - + Nếu cơn co cường tính.

### **III. Suy thai cấp**

#### **1. Lâm sàng**

#### **• Thay đổi về tim thai**

- (1) Thay đổi tần số: Bình thường tim thai có tần số 120- 160l/phút. Gọi là nhịp tim thai chậm khi tần số dưới 120 l/phút và nhịp tim thai nhanh khi tần số trên 160 l/phút. Người ta thấy rằng với nhịp nhanh từ 160-180 l/phút thì chưa thấy sự tương quan với suy thai, biểu hiện bằng chỉ số APGAR và pH máu sau sinh.
- (2) Thay đổi tần số tim thai trong và ngoài cơn co: nếu trong cơn co tần số tim thai giảm 1/3 thì phải nghi ngờ có suy thai.
- (3) Các nguyên nhân làm thay đổi tần số tim thai:
  - Nguyên nhân của nhịp tim thai nhanh
    1. Thiếu oxy còn bù.
    2. Mẹ bị thiếu máu.
    3. Mẹ sốt, nhiễm trùng.
    4. Do dùng thuốc (tăng co, kích thích  $\beta$ , Atropin...)
    5. Thai non tháng.
    6. Nhiễm trùng ối.
    7. Mẹ lo lắng, kích thích.
    8. Bệnh lý tim bẩm sinh của thai.
  - Nguyên nhân của nhịp tim thai chậm
    1. Thiếu oxy mất bù.
    2. Chèn ép cuống rốn (do phản xạ cuống rốn).
    3. Hạ thân nhiệt.
    4. Mẹ dùng thuốc (ức chế  $\beta$ , Magnesium sulfate...)
    5. Bệnh lý tim bẩm sinh của thai.
    6. Dị dạng thai.
- (4) Khi xuất hiện nhịp tim thai chậm là dấu hiệu cảnh báo cần có thái độ xử trí tích cực
- (5) Thay đổi về nhịp tim thai: khi có suy thai tim thai sẽ không đều
- (6) Thay đổi về cường độ tim thai: tiếng tim nghe nhỏ, mờ xa xăm.

#### **• Thay đổi nước ối:**

- (1) Ngoại trừ ngôi ngược khi đã lọt, mọi trường hợp có phân su trong nước ối đều cho biết thai đã hoặc đang suy. Phân su trong nước ối là tình trạng thường gặp, khoảng 20-23% các cuộc chuyển dạ đủ tháng có hiện tượng này, nó có thể liên quan đến tình trạng suy thai ở một số trường hợp. Trong trường hợp không có máy theo dõi tim thai liên tục (monitoring), để an toàn có thể coi tình trạng có phân su trong nước ối như là dấu hiệu của suy thai.
- (2) Nước ối có màu xanh: thể hiện thai có suy trước đây và tạm thời có tiên lượng gần như ối trong, có khoảng 5% trong số này thai hít nước ối gây ra hội chứng suy hô hấp sơ sinh

(3) Nước ối có dải phân su đó là tình trạng bài tiết phân su khi còn trong tử cung biểu hiện của thai suy trong chuyển dạ.

## **2. Cận lâm sàng**

### **• Monitoring sản khoa:**

- Mục đích của việc theo dõi nhịp tim thai trước chuyển dạ hoặc trong chuyển dạ là để phát hiện sớm những thay đổi nồng độ oxy ở thai nhi để đề phòng những tổn thương tổ chức hoặc tử vong cho thai nhi, đặc biệt khi có chuyển dạ. Nhịp tim thai phải được xem xét trong một bối cảnh lâm sàng cụ thể như tuổi thai, tình trạng mẹ, những đánh giá khác về thai nhi, việc sử dụng thuốc .v.v. cần phải theo dõi nhịp tim thai có hệ thống.
- Nhịp tim thai bình thường trên Monitoring sản khoa:
  - (1) Nhịp tim thai cơ bản 120-160 l/phút
  - (2) Có ít nhất hai nhịp tăng trong 10 phút
  - (3) Dao động nội tại 5-25 l/phút
  - (4) Không có nhịp giảm
- Khi thai suy, nhịp tim thai trên Monitoring có thể biểu hiện:
  - (1) Nhịp tim thai cơ bản dưới 120 hoặc trên 160 lần/phút
  - (2) Dao động nội tại dưới 5 nhịp/phút, kéo dài trên 30 phút
  - (3) Xuất hiện nhịp giảm chậm, giảm kéo dài và nhịp giảm biến đổi

• **Soi ối:** Có thể kiểm tra màu sắc của nước ối ngay giai đoạn đầu của chuyển dạ bằng phương pháp soi ối. Bình thường nước ối trong hoặc có lẫn ít chất gây. Nước ối xanh hoặc lẫn phân su là có biểu hiện của suy thai. Ngày nay soi ối ít được sử dụng .

### **• Đo pH máu da đầu**

- (1) Bình thường pH lúc bắt đầu chuyển dạ  $7,29 \pm 0,05$  duy trì trong suốt cuộc chuyển dạ nếu không có suy thai.
- (2) Khi cổ tử cung mở hết pH giảm nhẹ  $7,28 \pm 0,05$
- (3) Khi rặn số giảm còn  $7,23 \pm 0,06$
- (4) Có mối liên hệ giữa nhịp giảm muộn và pH với chỉ số APGAR xấu, khi pH  $<7,25$  là nghi ngờ nếu pH  $< 7,20$  là bệnh lý.
- (5) Hiện nay xét nghiệm này hầu như không còn được sử dụng.

## **Câu 17: Chẩn đoán, biến chứng và điều trị u nang buồng trứng**

### **I. Đại cương**

- (1) U nang buồng trứng là những khối u buồng trứng có vỏ mỏng, bên trong có chứa dịch đơn thuần hay phối hợp với các thành phần khác. Bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất từ 30- 45 tuổi. Chẩn đoán tương đối dễ nhưng triệu chứng và tiên triển phức tạp nên việc điều trị và tiên lượng còn gặp nhiều khó khăn.
- (2) Phân loại:
  - U nang cơ năng: Là loại u nang không có tổn thương giải phẫu, chỉ tổn thương về chức năng buồng trứng. Đường kính thường nhỏ hơn 6cm, có loại lớn nhanh nhưng mất sớm, chỉ tồn tại sau vài chu kỳ kinh nguyệt. Có ba loại u nang cơ năng: u nang bọc noãn, u nang hoàng tuyến, u nang hoàng thể
  - U nang thực thể: Do tổn thương thực thể giải phẫu buồng trứng. U thường phát triển chậm nhưng không bao giờ mất. Kích thước u nang thường lớn, có vỏ dày đa số lành tính. Có 3 loại u nang thực thể: u nang bì, u nang nước, u nang nhầy

### **II. Chẩn đoán**

**1. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào dấu hiệu thực thể và một số xét nghiệm cận lâm sàng

#### **a. Triệu chứng cơ năng**

- (1) U nang nhỏ: Triệu chứng nghèo nàn, khối u tiến triển nhiều năm bệnh nhân vẫn hoạt động bình thường, được phát hiện khi khám sức khỏe, khám phụ khoa hay siêu âm.
- (2) Trường hợp u lớn: bệnh nhân cảm giác nặng bụng dưới, có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh gây tiểu rắt, bí tiểu, bí đại tiện.

#### **b. Triệu chứng thực thể**

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

#### **b. Cận lâm sàng**

- (1) Phản ứng tìm hCG âm tính
- (2) Siêu âm thấy ranh giới khối u rõ
- (3) Soi ổ bụng chỉ làm khi khối u nhỏ, nghi ngờ với chữa ngoài tử cung
- (4) Chụp bụng không chuẩn bị nếu là u nang bì sẽ thấy cản quang.
- (5) Chụp tử cung - vòi tử cung với thuốc cản quang thấy tử cung lệnh một bên, vòi tử cung bên khối u kéo dài ôm lấy khối u.

#### **2. Chẩn đoán phân biệt**

- (1) Có thai: Tiền sử tắt kinh, tử cung to, mềm, hCG (+)
- (2) Ứ dịch vòi tử cung: có tiền sử viêm nhiễm, thường viêm 2 bên
- (3) Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang: Chậm kinh, rong huyết, có khối cạnh tử cung đau
- (4) U xơ tử cung có cuống: Chụp tử cung cản quang thấy hai vòi tử cung bình thường
- (5) Cổ chướng: Gỡ đục toàn bụng, khám khối u không rõ
- (6) Lách to: có tiền sử sốt rét hay các bệnh về máu, khối u ở cao.
- (7) Thận đa nang, u mạc treo: Khối u cao, chạm cực dưới khó khăn
- (8) Bàng quang đầy nước tiểu: Cần thông tiểu trước khi khám.
- (9) Nói chung các trường hợp khó, cần khám kỹ, kết hợp lâm sàng, siêu âm, hội chẩn với ngoại khoa để xác định thêm.

### **III. Biến chứng**

- (1)  **Xoắn u nang:** Là biến chứng hay gặp nhất. Các khối u có đường kính trung bình (từ 8- 15cm), cuống dài hay bị xoắn. Có 2 hình thức xoắn:



- *Xoắn cấp tính*: Bệnh cảnh xảy ra đột ngột, đau bụng dữ dội, có thể ngất xỉu; mạch, HA ổn định; có thể nôn, buồn nôn; khi khám ấn vào khối u rất đau, di động hạn chế.
- *Xoắn bán cấp*: Đau từ từ âm ỉ, khi thay đổi tư thế thì giảm hoặc hết đau, do tự tháo xoắn, nhưng thỉnh thoảng lại tái phát.

- (2) **Chảy máu trong nang**: Là hậu quả của xoắn. Cơ chế như buộc ga-rô lỏng, máu ứ không trở về được gây vỡ mạch, nang to dần lên.
- (3) **Vỡ u nang**: Do xoắn nang không được điều trị kịp thời, do sang chấn, thăm khám không nhẹ nhàng hay do tai nạn. Hậu quả là chảy máu ổ bụng cấp tính
- (4) **Viêm nhiễm**: U nang dính với các tạng xung quanh gây ra viêm phúc mạc khu trú
- (5) **Chèn ép**: U nang có thể chèn ép các tạng lân cận gây bán tắc ruột, đại, tiểu tiện khó.
- (6) **Ung thư hoá**: Ung thư có thể xảy ra ở cả 3 loại u nang thực thể, nhưng u nang nước thường gặp nhất: Bệnh nhân gầy, u to nhanh, nhiều thùy xâm lấn các tạng xung quanh.
- (7) **U nang và thai nghén**: U nang có thể gây sảy thai, đẻ non, u tiền đạo, ngôi bất thường, xoắn u nang sau đẻ.

#### **IV. Điều trị**

**1. U nang cơ năng**: Cần theo dõi định kỳ, chỉ phẫu thuật khi biến chứng

##### **2. U nang thực thể**

- (1) Phẫu thuật là chủ yếu, tốt nhất nên mổ chương trình Trong trường hợp u lành tính, u ở 2 buồng trứng, bệnh nhân trẻ nên bóc u nang để lại phần lành. Khi mổ tốt nhất nên lấy cả khối, nếu u mắc kẹt hay quá to thì hút bớt dịch nên chèn gạc tốt để hạn chế dịch chảy vào ổ bụng.
- (2) Khối u dính nên cẩn thận vì có thể gây tổn thương các tạng xung quanh Khi phẫu thuật u nang buồng trứng xoắn phải cắt, cắt trước khi tháo xoắn. Các khối u đều phải gửi làm giải phẫu bệnh để xác định lành hay ác tính. Trường hợp u ác tính phải cắt tử cung hoàn toàn, cắt bỏ phần phụ bên kia, cắt một phần mạc nối lớn và tiếp tục điều trị hoá chất.

## Câu 18: Triệu chứng, chẩn đoán và điều trị u xơ tử cung

### **I. Đại cương**

(1) U xơ tử cung (UXTC) là khối u lành tính, có nguồn gốc từ tế bào cơ trơn tử cung, tỷ lệ 20-25% ở các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, kích thước thường dưới 15cm. U xơ tử cung thường ít có triệu chứng. Tuy nhiên khi khối u lớn thì có thể gây rong kinh, rong huyết, đau và vô sinh. Nguyên nhân chưa được biết rõ, nhưng giả thuyết về cường estrogen được nhiều tác giả ủng hộ.

(2) Thường gặp ở phụ nữ từ 35-40 tuổi - U xơ tử cung không gặp trước tuổi dậy thì

**II. Triệu chứng:** UXTC thường ít có triệu chứng và thường được phát hiện tình cờ. Các triệu chứng biểu hiện phụ thuộc vào vị trí và kích thước khối u.

**1. Triệu chứng toàn thân:** Có thể gặp tình trạng thiếu máu, mức độ thiếu máu phụ thuộc vào tình trạng mất máu

### **2. Triệu chứng cơ năng**

(1) Khí hư loãng như nước.

(2) Rong kinh, cường kinh là triệu chứng chính, gặp trong 60% trường hợp. Máu kinh thường có máu cục lẫn máu loãng. Kinh kéo dài ngày 7 - 10 ngày hoặc dài hơn.

(3) Đau vùng hạ vị hoặc vùng hố chậu, đau có thể tăng lên trước hoặc trong khi có kinh. Đau hoặc tức bụng kéo dài có thể do khối u chèn ép vào tạng lân cận.

### **3. Triệu chứng thực thể**

(1) Nhìn: nếu khối u lớn có thể thấy khối u gồ lên ở vùng hạ vị

(2) Sờ nắn bụng: khối u ở hạ vị có mật độ chắc, di động liên quan với tử cung.

(3) Khám mỏ vịt: Nếu u xơ ở cổ tử cung có thể thấy polyp có cuống nằm ở lỗ ngoài cổ tử cung

(4) Khám âm đạo phối hợp với nắn bụng: phát hiện toàn bộ tử cung to, chắc, nhẵn, đều (có khi gồ ghề) không đau. Nếu u xơ dưới thanh mạc có thể phát hiện cạnh tử cung một khối u tương tự như khối u phần phụ; Khi lay cổ tử cung, khối u di động theo.

(5) Khám trực tràng: rất cần thiết để phân biệt u xơ tử cung phát triển về phía sau hay khối u trực tràng.

### **4. Cận lâm sàng**

(1) Siêu âm: kthước tử cung tăng, đo được kthước của u xơ tử cung và kích thước của nhân xơ tử cung. SA cản quang (bơm nước muối hoặc dịch cản quang vào buồng tử cung) có thể phát hiện polyp buồng tử cung. Chẩn đoán SA có thể khó khăn trong TH u nang buồng trứng dính với tử cung, hoặc tử cung bị dị dạng.

(2) Soi buồng tử cung để chẩn đoán và điều trị các u xơ dưới niêm mạc.

(3) Xét nghiệm tế bào âm đạo để phát hiện các tổn thương cổ tử cung kèm theo.

(4) CT- scan được chỉ định trong trường hợp cần phân biệt với các ung thư ở tiểu khung.

### **III. Chẩn đoán**

**1. Chẩn đoán xác định:** Dựa vào TC cơ năng, thực thể và CLS. Chẩn đoán thường dễ khi khối u lớn và có nhiều nhân xơ.

### **2. Chẩn đoán gián biệt**

(1) Có thai: phải dựa vào XN  $\beta$  hCG và SA để phân biệt với có thai bt, dọa sảy thai, thai chết lưu.

(2) Khối u buồng trứng: thường biệt lập với tử cung, di động khối u không làm di chuyển cổ tử cung. Chẩn đoán phân biệt giữa khối u buồng trứng với u xơ tử cung dưới phúc mạc đôi khi khó khăn.

(3) Ung thư thân tử cung: Tất cả những trường hợp ra huyết bất thường ở thời kỳ tiền mãn kinh, mãn kinh cần được loại trừ ung thư thân tử cung. Các xét nghiệm bổ sung như: soi buồng tử cung và nạo sinh thiết giúp chẩn đoán xác định.

**IV. Điều trị:** Phương pháp điều trị phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, số lần có thai, tình trạng thai nghén, mong muốn có thai trong tương lai, vị trí và kích thước khối u.

**1. Điều trị nội khoa:** Mục đích chủ yếu là hạn chế sự phát triển của khối u và các triệu chứng rong kinh, rong huyết.

**a. Chỉ định**

- (1) Có một số u xơ nhỏ, không biến chứng chỉ cần theo dõi, không cần điều trị
- (2) U xơ nhỏ, không có biến chứng hoặc ở tuổi sắp mãn kinh hoặc chờ mổ vì một số bệnh lý nội khoa, nhưng phải ngừng điều trị trước phẫu thuật ít nhất 10 ngày.

**b. Điều trị**

- (1) Có thể sử dụng một số thuốc như Medroxyprogesteron acetat, chất đồng vận GnRH, hoặc Danazol. Tác dụng của thuốc đạt được tối đa sau 3-6 tháng dùng thuốc, khối u có thể giảm được 50% thể tích, sau đó thể tích khối u không giảm thêm. Nếu ngừng thuốc khối u sẽ tăng dần kích thước trở lại.
- (2) Liều lượng:
  1. Medroxyprogesteron 10mg/ngày x 10 ngày, từ ngày 16-25 của vòng kinh.
  2. GnRH agonist

**2. Điều trị ngoại khoa**

**a. Chỉ định**

- (1) U xơ có biến chứng: chảy máu, điều trị nội khoa thất bại, chèn ép, hoại tử, xoắn hay kết hợp với vô sinh
- (2) U xơ phối hợp tổn thương khác: sa sinh dục, u nang buồng trứng, nghịch sản cổ tử cung
- (3) U xơ tử cung to hay lớn dần lên (>8cm)
- (4) U xơ làm biến dạng buồng tử cung: u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu và nhiễm khuẩn

**b. Điều trị bảo tồn**

- (1) Gây tắc mạch: người ta đã ứng dụng thành công phương pháp làm tắc mạch khối nhân xơ bằng một catheter đặt qua động mạch đùi, đưa lên động mạch tử cung và bơm chất gây tắc mạch như: hạt gelatin xốp (Gelfoam), hạt silicon, hạt polyvinyl alcohol (PVA).
- (2) Bóc nhân xơ bảo tồn tử cung bằng mổ hở hoặc nội soi.
- (3) Cắt polyp buồng tử cung qua soi buồng hoặc mổ hở.

**c. Điều trị triệt để:** Cắt tử cung hoàn toàn, có thể cắt hai hay một phần phụ tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể và tuổi người bệnh.

## Câu 19: Chẩn đoán và điều trị thai trứng

### I. Đại cương

- (1) Chửa trứng là bệnh của tế bào nuôi, do sự tăng sinh của các hợp bào và lớp trong lá nuôi của gai nhau, tạo thành những túi chứa chất dịch, dính vào nhau như chùm nho.
- (2) Chửa trứng là một bệnh bắt nguồn từ thai nghén. Trong phần lớn các TH, chửa trứng là một dạng lành tính của nguyên bào nuôi do thai nghén. Chửa trứng nói riêng hay bệnh nguyên bào nuôi nói chung có một ảnh hưởng lớn tới sức khỏe người phụ nữ. Bởi vì, ngoài các biến chứng nhiễm độc, nhiễm trùng, xuất huyết, chửa trứng còn có một tỷ lệ biến chứng thành K nguyên bào nuôi (Choriocarcinoma) khá cao khoảng từ 20-25%.

### II. Triệu chứng và chẩn đoán

#### 1. Triệu chứng cơ năng

- (1) Bệnh nhân có hiện tượng tắt kinh.
- (2) Rong huyết chiếm trên 90% trường hợp chửa trứng. Máu ra ở âm đạo tự nhiên, máu sẫm đen hoặc đỏ loãng, ra kéo dài.
- (3) Nghén nặng: gặp trong 25-30% các TH, biểu hiện nôn nhiều, đôi khi phù, có protein niệu.
- (4) Bụng to nhanh.
- (5) Không thấy thai máy.

#### 2. Triệu chứng thực thể

- (1) Toàn thân: mệt mỏi, biểu hiện thiếu máu.
- (2) Tử cung mềm, bề cao tử cung lớn hơn tuổi thai (trừ trường hợp chửa trứng thoái triển).
- (3) Không sờ được phần thai.
- (4) Không nghe được tim thai.
- (5) Nang hoàng tuyến xuất hiện trong 25-50%, thường gặp cả 2 bên.
- (6) Khám âm đạo có thể thấy nhân di căn âm đạo, màu tím sẫm, dễ vỡ gây chảy máu.
- (7) Có thể có dấu hiệu tiền sản giật (10%)
- (8) Có thể có triệu chứng cường giáp (10%)

#### 3. Cận lâm sàng

- (1) Siêu âm: cho thấy hình ảnh tuyết rơi hoặc lỗ chỗ như tổ ong. Có thể thấy nang hoàng tuyến hai bên, không thấy phôi thai (chửa trứng toàn phần).
- (2) Định lượng  $\beta$ -hCG: là xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và theo dõi chửa trứng. Lượng  $\beta$ -hCG tăng trên 100 000mUI / ml.
- (3) Các xét nghiệm khác: định lượng HPL (Human placental lactogen), thường cao trong thai thường, nhưng rất thấp trong chửa trứng.
- (4) Định lượng Estrogen: Trong nước tiểu Estrogen dưới dạng các Estrone, estradiol hay estriol đều thấp hơn trong thai thường, do sự RL chế tiết của rau và do không có sự biến đổi estradiol và estriol xảy ra ở tuyến thượng thận của thai nhi. Sự khác biệt này thấy rõ khi tuổi thai từ 14 tuần trở lên.

#### 4. Chẩn đoán phân biệt

- Triệu chứng ra máu âm đạo cần phân biệt với:
  - (1) Doạ sảy thai thường: tử cung không to hơn tuổi thai, lượng  $\beta$ -hCG không cao.
  - (2) Thai ngoài tử cung: ra máu âm đạo, tử cung nhỏ, có khối cạnh tử cung đau.
  - (3) Thai chết lưu: tử cung nhỏ hơn tuổi thai,  $\beta$ -hCG âm tính, vú có tiết sữa non. Có thể nhầm với chửa trứng thoái triển. Siêu âm giúp ta chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt chính xác.
- Tử cung lớn cần phân biệt với:
  - (1) U xơ tử cung to xuất huyết
  - (2) Bệnh thận
  - (3) Thai to
  - (4) Đa thai
- Triệu chứng nghén phân biệt với nghén nặng trong thai thường, đa thai.

### **III. Điều trị**

#### **1. Tuyến xã**

- (1) Chuyển lên tuyến trên nếu chữa trứng chưa sảy.
- (2) Nếu chưa đang sảy: thiết lập đường chuyển, hồi sức chống choáng, sử dụng Oxytocin và các thuốc go hồi tử cung, nhanh chóng chuyển lên tuyến trên.

#### **2. Tuyến huyện và các tuyến chuyên khoa**

##### **a. Nạo hút trứng**

- (1) Nạo hút trứng ngay sau khi được chẩn đoán để đề phòng sảy tự nhiên gây băng huyết.
- (2) Kỹ thuật: Hút trứng + truyền oxytocin + kháng sinh.
- (3) Thường dùng máy hút dưới áp lực âm để hút nhanh, đỡ chảy máu.
- (4) Trong khi hút phải chuyển tĩnh mạch dung dịch Glucose 5% pha với 5 đơn vị Oxytocin để giúp tử cung go hồi tốt, tránh thủng tử cung khi nạo và cầm máu.
- (5) Nạo lại lần 2 sau 2 - 3 ngày.
- (6) Sau nạo phải dùng kháng sinh chống nhiễm trùng.
- (7) Gởi tổ chức sau nạo làm giải phẫu bệnh.

**b. Phẫu thuật:** Cắt tử cung toàn phần cả khối hoặc cắt tử cung toàn phần sau nạo hút trứng thường được áp dụng ở các phụ nữ không muốn có con nữa hoặc trên 40 tuổi và trường hợp chữa trứng xâm lấn làm thủng tử cung.

##### **c. Theo dõi sau nạo trứng**

• **Lâm sàng:** Toàn trạng, triệu chứng nghén, triệu chứng ra máu âm đạo, sự nhỏ lại của nang hoàng tuyến và sự co hồi tử cung.

• **Cận lâm sàng:** định lượng  $\beta$  hCG 8 ngày/1 lần cho đến khi âm tính. Nếu xét nghiệm 3 lần liên tiếp âm tính thì mới được khẳng định là âm tính. Sau đó định lượng 2 tháng một lần cho đến hết thời gian theo dõi.

- (1) Xét nghiệm chức năng gan, thận
- (2) X quang phổi: tìm nhân di căn
- (3) Siêu âm: tìm nhân di căn, theo dõi nang hoàng tuyến.

• **Tiến triển bệnh lý:** Những tiến triển không tương ứng với các tiêu chuẩn lành bệnh được coi là tiến triển không thuận lợi

- (1) Tử cung vẫn to, nang hoàng tuyến không mất đi hoặc xuất hiện nhân di căn âm đạo
- (2)  $\beta$ -hCG không biến mất sau 3 tháng
- (3)  $\beta$ -hCG tăng trở lại sau 3 lần định lượng cách nhau 8 ngày
- (4) Bình thường  $\beta$ -hCG biến mất 12 tuần sau nạo trứng.

• **Tiêu chuẩn đánh giá chữa trứng có nguy cơ cao:**

- (1) Kích thước tử cung trước nạo to hơn tuổi thai 20 tuần
- (2) Có 2 nang hoàng tuyến to 2 bên
- (3) Tuổi của mẹ trên 40
- (4) Nồng độ  $\beta$ -hCG tăng rất cao
- (5) Có biến chứng của thai trứng như nhiễm độc thai nghén, cường giáp.
- (6) Chữa trứng lặp lại.

##### **d. Thời gian theo dõi**

- (1) Cần gửi giải phẫu bệnh mô nạo hoặc tử cung để có chẩn đoán mô học lành tính hay ác tính.
- (2) Thời gian theo dõi: 2 năm, ít nhất 12 - 18 tháng.
- (3) Có biện pháp ngừa thai phù hợp: Ngừa thai bằng bao cao su hoặc thuốc ngừa thai. Có thể sử dụng viên thuốc ngừa thai dạng kết hợp mà không làm thay đổi nồng độ  $\beta$ -hCG trong máu. Người ta khuyên nên dùng viên thuốc ngừa thai liều thấp.

## Câu 20: Điều trị ung thư cổ tử cung

### I. Đại cương

- (1) Ung thư cổ tử cung là khối u ác tính đứng hàng thứ hai sau ung thư vú, thường xảy ra ở ranh giới giữa biểu mô lát tầng và biểu mô trụ của cổ tử cung.
- (2) Theo số liệu của Hiệp hội phòng chống ung thư thế giới thì UTCTC chiếm 12% các ung thư đường sinh dục nữ. Tại Viện ung bướu Hà Nội, ung thư cổ tử cung chiếm khoảng 6%. Nếu tính trên tổng số dân thì UTCTC chiếm từ 6,6 - 8,6/100.000 dân. Trong khi đó, tỷ lệ này tại thành phố Hồ Chí Minh là 35,6/100.000
- (3) Kết quả điều trị UTCTC phụ thuộc vào thời điểm chẩn đoán. Nếu chẩn đoán muộn việc điều trị gặp nhiều khó khăn và kết quả điều trị thấp.
- (4) Các yếu tố nguy cơ:
  - Nhiễm Human Papilloma virus (HPV), Herpes virus.
  - Tuổi: từ 40 -70.
  - Hút thuốc lá
  - Sinh nhiều: từ 5 con trở lên.
  - Quan hệ tình dục sớm.
  - Có nhiều bạn tình.
  - Vệ sinh cá nhân kém.
  - Suy giảm hệ thống miễn dịch do HIV/AIDS, dùng corticoid kéo dài, hoá trị liệu...
  - Thuốc ngừa thai dạng uống, yếu tố gia đình. + Tiền sử viêm nhiễm đường sinh dục, nhiều lần

### II. Các biện pháp điều trị

#### 1. Xạ trị

- (1) **Xạ trị ngoài:** sử dụng Cobalt 60, tổng liều 50-60 grays. Biến chứng thường gặp là viêm bàng quang, viêm ruột, các phản ứng của da như tình trạng xơ cứng hạ bì. Quang tuyến liệu pháp được dùng như một biện pháp bổ sung trong trường hợp có di căn đến hạch, hoặc điều trị trước mổ trong trường hợp khối u quá lớn.
- (2) **Xạ trị tại chỗ:** sử dụng radium hoặc césium, bằng cách đặt các nguồn tia xạ vào âm đạo - cổ tử cung. Các biến chứng thường gặp là: Nhiễm trùng, viêm bàng quang thoáng qua, loét trực tràng, dò bàng quang-âm đạo, dò bàng quang-trực tràng. Phương pháp này chỉ có khả năng tiêu diệt những ổ ung thư tại chỗ và một số chuỗi hạch lân cận.

#### 2. Điều trị ngoại khoa

- Các phương pháp cắt bỏ thương tổn tại chỗ: Khoét chóp
- Phẫu thuật Wertheim-Meigs
  - (1) Cắt tử cung toàn phần rộng rãi đến 1/3 trên âm đạo
  - (2) Lấy hạch và lấy hết mô mỡ dọc theo các chuỗi hạch thành chậu.
  - (3) Lấy nhóm hạch cạnh động mạch chủ.

#### 3 Điều trị hoá chất

- (1) Hoá liệu pháp trước phẫu thuật tỏ ra hữu ích trong các trường hợp khối u trên 2cm.
- (2) Liều trình với Cisplatin 50 mg/m<sup>2</sup>, Vincristine 1 mg/m<sup>2</sup> và Bleomycine 25 mg/m<sup>2</sup> trong ngày 1-3/3 tuần có thể làm giảm bớt kích thước khối u, tạo điều kiện cho phẫu thuật dễ dàng và kéo dài thời gian tái phát.
- (3) Cho đến nay vẫn chưa xác định được liệu pháp hoá chất tối ưu sau phẫu thuật, nhưng kết quả từ các nghiên cứu hiện có cho thấy Cisplatin đơn thuần liều thấp (40 mg/m<sup>2</sup> hàng tuần) hoặc Cisplatin (50 - 75 mg/m<sup>2</sup> ngày thứ nhất) phối hợp với 5-FU (1000 mg/m<sup>2</sup> trong 4 ngày tiếp theo) có thể cải thiện thời gian sống còn của bệnh nhân.

### III. Chỉ định điều trị

**1. Ung thư trong liên bào:** Ở người phụ nữ còn trẻ, còn có nguyện vọng sinh đẻ, có thể khoét chóp hay cắt cụt cổ tử cung, và sau đó cần phải được theo dõi kỹ định kỳ 6 tháng với 3-4 lần làm tế bào học âm đạo. Ở người phụ nữ đủ con, lớn tuổi có thể cắt tử cung toàn phần rộng rãi

**2. Ung thư xâm lấn:** Thông thường xử trí theo phác đồ phối hợp giữa xạ trị và phẫu thuật.

- (1) **Giai đoạn I – IIa:** Chủ yếu là phẫu thuật theo phương pháp Wertheim-Meigs, cắt tử cung hoàn toàn, cắt hai phần phụ, cắt 1/3 trên âm đạo, lấy hết các tổ chức liên kết dưới hai lá dây chằng rộng, nạo hạch trong hố chậu và dọc theo động mạch chủ bụng. Đối với giai đoạn Ib, nhiều tác giả nêu lợi ích của xạ trị trước phẫu thuật nhằm giảm mức độ ác tính của tế bào ung thư, diệt những ổ lan tràn quanh tổn thương nguyên phát, ngăn chặn di căn. Xạ trị trước mổ, nguồn xạ sử dụng là cesium hay radium, ngừng xạ trị khoảng 6 tuần trước phẫu thuật, xạ trị sau mổ dùng tia Cobalt chiếu vào vùng chậu nơi đã lấy hạch có tế bào ung thư.
- (2) **Giai đoạn IIb và giai đoạn III:** xạ trị và đánh giá lại để cân nhắc chỉ định phẫu thuật.
- (3) **Giai đoạn IV:** xạ trị và điều trị hỗ trợ, có thể áp dụng phẫu thuật tạm thời như dẫn lưu bàng quang, hậu môn nhân tạo.

## Câu 21: Chẩn đoán và điều trị ung thư vú

### **I. Đại cương**

- (1) Ung thư vú là u tân sinh ác tính thường gặp ở phụ nữ tại các nước công nghiệp, tần suất 60 đến 70/100.000 dân/năm.
- (2) Ở các nước đang phát triển, ung thư vú chiếm 30% ung thư phụ khoa, đứng hàng thứ hai sau ung thư cổ tử cung. Ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong do ung thư vú cao hơn ung thư cổ tử cung ở phía bắc, ngược lại ở phía nam, ung thư cổ tử cung lại đứng hàng đầu.
- (3) Tuổi: tăng rất nhanh kể từ 40 tuổi, trung bình 50-60. Tử vong do ung thư vú tăng một cách đều đặn mỗi năm.
- (4) Các yếu tố nguy cơ:
  - Tiền sử gia đình: có mẹ hoặc chị bị ung thư vú, đặc biệt là bị trước thời kỳ mãn kinh.
  - Chưa sinh đẻ
  - Thai nghén muộn sau 30 tuổi
  - Tiền sử các ung thư tuyến khác bao gồm ung thư nội mạc, buồng trứng và ruột

### **II. Chẩn đoán:** Trong 80% các TH đến khám là do BN tự phát hiện thấy có một u nhỏ ở vú.

**1. Lâm sàng:** Ung thư vú xâm lấn có thể biểu hiện bởi các dấu hiệu lâm sàng khác nhau tùy theo giai đoạn. Triệu chứng chính là sờ thấy khối u ở vú. Ngoài ra khi quan sát và sờ nắn vú có thể tìm thấy dấu co kéo da, dấu hiệu da cam, vết loét loét, mất cân xứng giữa hai vú, tiết dịch bất thường ở vú. Trường hợp muộn có thể sờ thấy hạch nách.

#### **2. Cận lâm sàng**

- (1) Chụp X quang vú (mammography): có giá trị chẩn đoán trong 80% trường hợp. Phải chụp cả hai bên với 3 film mỗi vú (thẳng, nghiêng, xiên nách). Các hình ảnh ác tính:
  - Hình ảnh hình gai đá
  - Khối u không đều
  - Các điểm canxi hoá nhỏ, không đều, tập trung thành đám
  - Da vùng khối u dày
  - Nếu có điều kiện hay trong trường hợp nghi ngờ thì chụp CT Scan có khả năng phát hiện cao hơn nhiều kể cả những tổn thương 1mm.
- (2) Siêu âm: hữu ích đối với các trường hợp vú có mật độ cao, cho phép thấy tổn thương không đồng nhất với giới hạn mờ.
- (3) Chọc hút tế bào với kim nhỏ cho phép chẩn đoán chính xác 90% trường hợp.
- (4) Sinh thiết: một vài loại kim cho phép lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh, phương pháp này rất được ưa thích trong những trường hợp mổ không phải là ý định đầu tiên.
- (5) Phát hiện di căn: Bao gồm chụp phim phổi, siêu âm gan, chụp xương nhấp nháy, định lượng CA 15-3 (Carcinoma Antigen)

#### **3. Hình thái lâm sàng khác**

- **Hình thái tiềm ẩn:** là những tổn thương kích thước nhỏ dưới 1cm nên khó phát hiện khi khám lâm sàng, nên phải làm các xét nghiệm hỗ trợ để phát hiện. Người ta phân biệt 2 dạng về tổ chức bệnh học trên phim X - quang.
  - (1) Ung thư xâm lấn: biểu hiện dưới dạng hình sao, cản quang không đều hoặc các điểm canxi tập trung thành đám không đều.
  - (2) Ung thư tại chỗ: biểu hiện chủ yếu dưới dạng các điểm canxi hoá.
- **Hình thái tiến triển và toàn phát:** dễ phát hiện trên lâm sàng.
  - (1) Ung thư tiến triển nhanh đến PEV2, PEV3. Thường tiên lượng rất xấu.
  - (2) Dạng toàn phát tương ứng với các ung thư giai đoạn muộn đó là các khối u thể tích lớn với sự co rút da, xâm lấn da hoặc lan tràn đến cơ ngực lớn.
- **Các hình thái đặc biệt:** có thể biểu hiện bởi các dấu hiệu gián tiếp.
  - (1) Co rút một bên núm vú.
  - (2) Tiết dịch tại núm vú: thanh dịch hoặc dịch lẫn máu.



(3) Bệnh Paget: thường biểu hiện như eczéma ở một trong 2 núm vú.

(4) Hình thái theo vị trí:

- Ung thư 1/4 trên ngoài thường gặp nhất.
- Ung thư trung tâm dưới núm vú: đặt vấn đề điều trị tại chỗ

## **II. Điều trị**

### **1. Điều trị tại chỗ**

• **Phẫu thuật:** có thể bảo tồn vú hoặc không bảo tồn

- (1) Cắt bỏ vú + nạo hạch: Phẫu thuật Patey.
- (2) Cắt bỏ vú tận gốc: Phẫu thuật Halsted (cắt bỏ vú, cơ ngực lớn và nạo hạch nách).
- (3) Cắt bỏ khối u + nạo hạch nách.
- (4) Cắt bỏ hai buồng trứng mục đích là loại bỏ nguồn sản xuất estrogen nội sinh ở phụ nữ trước mãn kinh trong trường hợp thụ thể estrogen và progesteron dương tính.

• **Điều trị tia xạ:** có nhiều phương pháp

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

### **2. Điều trị di căn xa**

• **Hoá trị liệu:** Các thuốc được dùng trong đa hoá trị liệu bao gồm: Endoxan, 5FU, Methotrexate và Anthracyclines. Có nhiều phương pháp hoá trị liệu với các mục đích khác nhau:

- (1) Hoá trị liệu với mục đích tiêu diệt các di căn nhỏ ở xa được chỉ định sau mổ tùy theo các yếu tố tiên lượng, mô học và sinh dục.
- (2) Hoá trị liệu với mục đích giảm thể tích khối u hoặc ngăn chặn sự phát triển khối u chỉ định trước mổ đối với các khối u thể tích lớn, hoặc tiến triển.

• **Điều trị hormone:** Nguyên tắc của điều trị hormon là làm giảm kích thích khối u hoặc các di căn với ảnh hưởng của estrogen. Các chế phẩm kháng estrogen (Tamoxifene) có ức chế sự cố định Estradiol ở mô vú, có thể được lựa chọn đầu tiên đối với các trường hợp tiến triển có thụ thể (+). Liệu pháp này có thể áp dụng để điều trị hỗ trợ.

• Dự phòng hoặc chữa trị các di căn có thể sử dụng đơn độc hoặc phối hợp với hoá trị liệu.

## Câu 22: Chẩn đoán và xử trí rong kinh, rong huyết

### I. Đại cương:

(1) Chảy máu bất thường ở tử cung là một vấn đề rất hay gặp trong lâm sàng phụ khoa với rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Rong kinh thường là cơ năng. Rong huyết thường là thực thể. Rong kinh, rong huyết đều là triệu chứng.

(2) Định nghĩa:

- Rong kinh (Menorrhagia) là hiện tượng ra huyết kéo dài quá 7 ngày, có chu kỳ
- Rong huyết (Metrorrhagia) là hiện tượng ra huyết từ đường sinh dục ra ngoài kéo dài trên 7 ngày, không có chu kỳ.

**II. Rong kinh, rong huyết tuổi trẻ:** thường quen gọi là rong kinh dậy thì vì thông thường hay gặp ở tuổi dậy thì.

**1. Nguyên nhân:** Trước kia người ta cho rằng cường estrogen (tồn tại nang noãn) làm cho niêm mạc tử cung quá sản tuyến nang. Ngày nay, người ta thấy estrogen có thể thấp, bình thường hoặc cao. Cơ bản là do FSH và LH không đầy đủ để kích thích buồng trứng, nguyên do từ rối loạn hoạt động của vùng dưới đồi. Thường là giai đoạn hoàng thể kém, không phóng noãn, không có giai đoạn hoàng thể.

### 2. Triệu chứng và chẩn đoán

- (1) Kinh nguyệt kéo dài, thường là huyết tươi xảy ra sau một vòng kinh dài (chậm kinh)
- (2) Toàn trạng thiếu máu
- (3) Khám thực thể nhiều khi tử cung to mềm, cổ tử cung hé mở (phân biệt sảy thai)

### 3. Điều trị

- (1) Bước đầu tiên là loại trừ những nguyên nhân ác tính, các bệnh về máu nhất là ở những người con gái trong lần thấy kinh đầu tiên đã bị rong kinh, sau đó mới đặt vấn đề điều trị cầm máu.
- (2) Nạo bằng hormon: tiêm progesteron hoặc uống progestagen 20mg/ ngày. Thông thường 4 - 5 ngày cầm máu. Ngừng thuốc 2 - 3 ngày ra huyết trở lại làm bong triệt để niêm mạc tử cung. Thời gian và lượng máu khi ra huyết trở lại tương tự như huyết kinh của người bình thường.
- (3) Đề phòng rong kinh trong vòng kinh sau cho tiếp vòng kinh nhân tạo, có thể cho progestagen đơn thuần vào nửa sau dự kiến của vòng kinh, có thể cho kết hợp estrogen với progestagen như kiểu viên thuốc tránh thai.
- (4) Có thể cho thuốc kích thích phóng noãn như clomifen. Kết hợp với các thuốc cầm máu, thuốc co hồi tử cung (oxytocin, ergotamin). Trong những trường hợp rất hạn hữu, điều trị bằng mọi biện pháp không kết quả mới phải nạo buồng tử cung bằng dụng cụ. Để cầm máu nhanh có thể dùng loại estrogen phức hợp sulfat tan trong nước premarin 25mg, tiêm tĩnh mạch, có thể cầm máu trong vòng nửa giờ.

### III. Rong kinh, rong huyết tiền mãn kinh

- (1) Trong tất cả những trường hợp rối loạn kinh nguyệt tiền mãn kinh đều phải nghi ngờ có nguyên nhân ác tính
- (2) Rong kinh tiền mãn kinh, sinh thiết niêm mạc tử cung phần lớn có hình ảnh phát triển. Hình ảnh quá sản tuyến nang gặp nhiều gấp 10 lần so với lứa tuổi 20 - 45.
- (3) Trong giai đoạn sau mãn kinh hay gặp hình ảnh niêm mạc tử cung teo, niêm mạc tử cung không hoạt động.
- (4) Điều trị triệu chứng tốt nhất là nạo niêm mạc tử cung, có 3 lợi ích:
  - Cầm máu nhanh (đỡ mất máu).
  - Giải phẫu bệnh lý (loại trừ ác tính).
  - Xác định rõ ràng tình trạng quá sản niêm mạc tử cung (điều trị hormon tiếp theo). Ngày nạo được tính là ngày đầu tiên của kỳ kinh tới. Thông thường cho

progestagen từ ngày thứ 16, mỗi ngày 10mg, uống trong 10 ngày, uống trong 3 vòng kinh liên.

#### **IV. Rong kinh, rong huyết tuổi sinh đẻ (18 - 45 tuổi)**

##### **1. Cường kinh (kinh nhiều):**

- (1) So với hành kinh bình thường, lượng huyết ra nhiều. Thường kèm với rong kinh.
- (2) **Nguyên nhân:** Phần lớn do tổn thương thực thể ở tử cung, u xơ tử cung, polype tử cung, lạc nội mạc tử cung tại cơ tử cung làm tử cung không co bóp được, niêm mạc tử cung khó tái tạo nên khó cầm máu. Cũng có thể do tử cung kém phát triển. Cường kinh cơ năng ít gặp hơn.
- (3) **Điều trị**
  - Trẻ tuổi:
    - + Tử cung co bóp kém: Thuốc co tử cung.
    - + Tử cung kém phát triển: vòng kinh nhân tạo hoặc cho viên thuốc tránh thai nửa sau chu kỳ kinh.
  - Lớn tuổi: Nếu có tổn thương thực thể nhỏ chưa có chỉ định phẫu thuật có thể chỉ định progesteragen vài ngày trước khi hành kinh. Cũng có thể cho progesteragen liều cao (mất kinh 3 - 4 tháng liên. Trên 40 tuổi điều trị thuốc không hiệu quả nên mổ cắt tử cung.

##### **2. Rong kinh do chảy máu trước kinh**

- (1) **Nguyên nhân:** Có thể do tổn thương thực thể như viêm niêm mạc tử cung, polype buồng tử cung. Nhưng có thể do giai đoạn hoàng thể ngắn vì hoàng thể teo sớm estrogen và progesteron giảm nhanh.
- (2) **Điều trị:** Trên 35 tuổi: nạo niêm mạc tử cung. Thuốc: progesteragen hoặc viên thuốc tránh thai nửa sau vòng kinh.

##### **3. Rong kinh do chảy máu sau kinh**

- (1) **Nguyên nhân**
  - Thực thể: không hiếm (viêm niêm mạc tử cung, u xơ tử cung, polype buồng tử cung, u ác tính trong buồng tử cung).
  - Cơ năng: Có thể do niêm mạc tử cung có những vùng bong chậm hoặc có những vùng tái tạo chậm.
- (2) **Điều trị**
  - Trước hết phải loại trừ nguyên nhân thực thể.
  - Nếu do hoàng thể kéo dài thì cho progesteragen hoặc estrogen kết hợp với progesteragen vào các ngày 20 - 25 của vòng kinh. Sau khi ngưng thuốc vài ngày, niêm mạc tử cung sẽ bong gọn và không rong kinh. Nếu do niêm mạc tử cung tái tạo chậm có thể cho Ethinyl - estradiol 0,05mg mỗi ngày 1 - 2 viên trong các ngày 3 - 8 của vòng kinh.

##### **4. Rong kinh do quá sản tuyến nang niêm mạc tử cung**

- (1) Kinh chậm, ra nhiều huyết và kéo dài. Niêm mạc tử cung dày, có những nhú nhỏ dài hoặc phình dạng polype trông mượt như nhung.
- (2) **Nguyên nhân:** Estrogen tác dụng kéo dài gây nên hình ảnh hang lỗ chỗ của niêm mạc tử cung.
- (3) **Điều trị**
  - Nạo niêm mạc buồng tử cung (50% khỏi trong một thời gian dài)
  - Thuốc: Progesteragen 10mg/ngày trong 10 ngày, kể từ ngày thứ 16 của vòng kinh trong 3 tháng. Mổ cắt tử cung ở phụ nữ trên 40 tuổi.

## Câu 23: Thuốc viên uống tránh thai

### I. Đại cương

- (1) Từ năm 1950, sự xuất hiện thuốc tránh thai uống (Pincus) là một phát minh lớn. Đây là phương pháp tránh thai tạm thời, có hiệu quả cao. Cùng với phương pháp DCTC nó góp phần đáng kể làm giảm tỷ lệ phát triển dân số toàn cầu, và qua đó đã giảm tỷ lệ bệnh lý, tử vong các bà mẹ, các cặp vợ chồng đã chủ động được khoảng cách lần sinh con.
- (2) Ở Việt Nam, từ thập kỷ 60 TTTU cũng đã được biết đến, nhưng trong vài năm gần đây TTTU mới được sử dụng một cách rộng rãi.

### II. Viên thuốc tránh thai kết hợp (VKH)

#### 1. Thành phần:

- Viên thuốc tránh thai kết hợp gồm 2 thành phần là:

- (1) Estrogen tổng hợp: Ethinyl-estradiol (E.E)
- (2) Progestin tổng hợp: 17 hydroxyprogesteron hoặc 19-nortestosteron. Xu hướng hiện nay sử dụng progestatif thuộc thế hệ 3 ít gây tác dụng không mong muốn. Progestin là thành phần tránh thai chủ yếu, tuy nhiên trong cơ chế tránh thai, estrogen và progestin đều có td đồng vận lên tuyến yên. Estrogen là thành phần nhằm giải quyết chảy máu thấm giọt do progestin đơn thuần gây ra, nhưng tác dụng phụ, tai biến của TTTU thường do estrogen gây ra.

- Liều của E.E là 50mcg cho loại viên cỡ điển, 20-35 mcg cho loại viên liều thấp. Tỷ lệ thất bại của VKH dao động từ 0,1% tới 5% chủ yếu do dùng không đúng.

2. Cách trình bày của thuốc: Trong các chương trình KHHGD, hiện nay thường sử dụng loại thuốc tránh thai viên kết hợp 1 giai đoạn: liều Progestin phối hợp kéo dài suốt vòng kinh:

#### (1) **Loại 1 giai đoạn:**

- Microgynon, New choice, Ideal (Levonorgestrel 0,15mg, EE 0,03mg)
- Rigevidon (desonorgestrel 0,15mg, EE 0,03mg)
- Marvelon (desogestrel 0,15mg, EE 0,03mg)
- Mercilon (desogestrel 0,15mg, EE 0.02mg).

#### (2) **Loại 2 giai đoạn:** Liều progestatif tăng ở 10 ngày sau của vòng kinh (Gynophase, Adepal, miniphase)

#### (3) **Loại 3 giai đoạn:** Viên 3 pha cho phép giảm tổng liều steroid nhưng hiệu quả tránh thai không thay đổi (Tri-Regol, Tri-Mihulet, Tri-nordiol).

Thuốc được đóng vỉ 21 viên hoặc vỉ 28 viên (trong đó có 21 viên có thành phần thuốc và 7 viên đệm không chứa thuốc tránh thai).

#### 3. Cơ chế tránh thai

- (1) Ức chế phóng noãn do ức chế giải phóng FSH, LH từ trục dưới đồi - tuyến
- (2) Cản trở sự làm tổ của trứng do biến đổi nội mạc tử cung không phù hợp.
- (3) Ngăn cản sự di chuyển của tinh trùng do chất nhầy cổ tử cung đặc lại. - Chỉ định và chống chỉ định

4. Chỉ định: Tất cả phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.

#### 5. Chống chỉ định:

- (1) Có thai hoặc nghi ngờ có thai
- (2) Đang cho con bú và dưới 6 tuần sau sinh
- (3) Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân.
- (4) Đang theo dõi các loại khối u.
- (5) Phụ nữ trên 35 tuổi hút thuốc lá.
- (6) Các bệnh lý nội khoa như cao huyết áp, đái tháo đường, bệnh gan, thận...
- (7) Điều trị với các thuốc chống co giật như Phenyltoin, Carbamazepin, Barbiturat hoặc kháng sinh như Griseofulvin, Rifampicin.

## **6. Tác dụng phụ**

- (1) Ra huyết thâm giọt thường hay gặp ở 2-3 chu kỳ kinh nguyệt đầu tiên ngay sau khi dùng thuốc.
- (2) Cường vú, đau vùng tiểu khung (kiểu giả có thai)
- (3) Nhức đầu, thay đổi tâm lý, ham muốn tình dục.
- (4) Tăng cân nhẹ do giữ muối, giữ nước.
- (5) Các tác dụng phụ này thường chỉ xuất hiện trong thời gian đầu dùng thuốc

## **7. Cách sử dụng**

- (1) Bắt đầu uống viên thứ nhất từ ngày 1 đến ngày 5 của vòng kinh, uống mỗi ngày một viên vào một giờ nhất định theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Với vỉ 28 viên, khi hết vỉ thì uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh. Với vỉ 21 viên khi hết vỉ nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau.
- (2) Sau đẻ không cho con bú: uống từ tuần thứ tư sau đẻ.
- (3) Sau nạo, sau sảy thai, có thể bắt đầu sớm trong vòng 5 ngày đầu sau nạo.

**8. Xử trí khi quên thuốc:** Nếu quên thuốc 1 viên thì uống ngay khi nhớ ra và tiếp tục như bình thường. Nếu quên thuốc 2 viên liên tiếp thì phải uống mỗi ngày 2 viên trong hai ngày sau đó. Đồng thời dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ cho đến khi hết vỉ thuốc. Nếu quên từ 3 viên trở lên, bỏ vỉ thuốc và bắt đầu dùng vỉ mới. Dùng biện pháp hỗ trợ trong 7 ngày đầu tiên. Hàng năm, người phụ nữ cần phải đi khám kiểm tra 1 lần hoặc khi có dấu hiệu bất thường

**III. Viên tránh thai đơn thuần:** chỉ có Progestin, không có Estrogen. Ngoài tác dụng ngừa thai, còn thường được sử dụng với mục đích điều trị. Có 2 loại:

### **• Progestin liều thấp, liên tục (microprogestatif)**

- (1) **Thành phần, cách trình bày của thuốc:** Viên tránh thai progestin liều thấp hay được sử dụng là EXLUTON (lynestrenol 0,5mg), vỉ 28 viên. Ngoài ra còn có thể gặp ở thị trường: Microval (Levonorgestrel 0,03mg), Milligynon (Norethisterone Acetate, 0,6mg). Ogyline (norgestrienone).
- (2) **Cơ chế tránh thai:** Làm đặc chất nhầy cổ tử cung, ngăn cản tinh trùng xâm nhập lên đường sinh dục trên. Làm teo nội mạc tử cung, giảm khả năng làm tổ.
- (3) **Hiệu quả tránh thai** cao đạt đến 97%.

**• Viên Progestin liều cao (macroprogestatif):** Các chế phẩm có thể là: Norluten (Noréthisterone 5mg), Orgametril (Lynestrenol 5mg). Một số thuốc có dẫn xuất từ progesteron như Lutenyl (Nomegestrol 5mg), Luteran (Chlomidinon 5mg), Surgestone (Promegeston 0,125mg) ít gây nam tính hoá khi sử dụng dài ngày. Các viên progestin liều cao ít sử dụng vì mục đích tránh thai và thường dùng trong điều trị.

**IV. Viên tránh thai khẩn cấp:** còn gọi là viên thuốc tránh thai sáng hôm sau.

- (1) **Cơ chế tác dụng:** làm niêm mạc tử cung phát triển không thuận lợi cho sự làm tổ.
- (2) **Chỉ định:** Trường hợp giao hợp không được bảo vệ, bị cưỡng dâm.
- (3) **Cách sử dụng:** viên tránh thai khẩn cấp chỉ có Progestin đơn thuần: Loại thường được sử dụng là Postinor (Levorgestrel 0,75mg) Viên đầu tiên uống càng sớm càng tốt trong vòng 72 giờ sau giao hợp không được bảo vệ, viên thứ hai uống sau viên thứ nhất 12 giờ
- (4) **Viên thuốc tránh thai kết hợp** (Ideal, Choice, New choice, Tetragynon): Uống 4 viên thuốc tránh thai kết hợp trong vòng 72 giờ sau giao hợp, 12 giờ sau đó uống tiếp 4 viên. Tác dụng phụ thường gặp triệu chứng chóng mặt, buồn nôn và nôn sau khi dùng viên tránh thai khẩn cấp.

## Câu 24: Viêm âm đạo do trùng roi và do nấm

### **I. Đại cương**

- (1) Viêm nhiễm cơ quan sinh dục là bệnh khá phổ biến trong đời sống người phụ nữ. Nguyên nhân đa dạng, diễn biến phức tạp dẫn đến việc điều trị khó khăn, đôi lúc để lại những di chứng cho người phụ nữ trong tương lai sản khoa cũng như trong lĩnh vực phụ khoa
- (2) Sự viêm nhiễm này được nghiên cứu làm 2 phần: viêm nhiễm sinh dục thấp và viêm nhiễm sinh dục cao. Trong các triệu chứng của viêm nhiễm sinh dục thì khí hư là triệu chứng phổ biến nhất. Khí hư làm cho người phụ nữ đi khám bệnh

### **II. Viêm âm đạo do Trichomonas vaginalis:**

- (1) Chiếm tỷ lệ khá cao trong các trường hợp viêm âm đạo, khi thiếu hụt estrogen hoặc môi trường âm đạo bị kiềm hoá thì dễ bị nhiễm Trichomonas vaginalis hơn
- (2) Trichomonas vaginalis được lây lan từ đường sinh dục hay thông qua các vật dụng cá nhân hoặc nguồn nước bị nhiễm bẩn
- (3) Khi bị nhiễm Trichomonas vaginalis thì niêm mạc âm đạo tấy đỏ, gây đau đớn khi giao hợp hay khi khám bằng mỏ vịt, vách âm đạo có nhiều chấm xuất huyết lan tận đến CTC, một khi CTC bị viêm thì niêm mạc sẽ không bắt màu với lugol ở nhiều điểm trên bề mặt, tạo thành hình ảnh viêm cổ tử cung dạng hạt. Khí hư nhiều, lỏng màu vàng hay màu xanh lơ có bọt và có mùi hôi khó chịu, khí hư gia tăng vào đầu chu kỳ kinh; ngoài ra bệnh còn tiểu khó, tiểu lắt nhắt kèm theo ngứa dữ dội ở vùng âm hộ, âm đạo.
- (4) Trichomonas vaginalis dễ dàng phát hiện khi soi tươi (soi trực tiếp) thấy Trichomonas vaginalis di động.
- (5) Sự điều trị bao gồm điều trị tại chỗ, toàn thân và để tránh tái nhiễm luôn cần phải điều trị cho cả người bạn tình.
  - Tại chỗ: Vệ sinh với xà phòng acide, đặt viên thuốc âm đạo như flagyl, một viên/ngày trong vòng 20 ngày liên tục, kể cả những ngày hành kinh. Trong trường hợp đề kháng ta có thể dùng viên nang clotrimazol.
  - Toàn thân: Uống Fasigyne, viên 500mg, liều duy nhất 4viên/lần. Cần dùng bổ sung đợt kế tiếp sau 30 ngày.

### **III. Viêm âm đạo do Candida Albicans:**

- (1) Chiếm khoảng 20% các trường hợp viêm âm đạo. Có các yếu tố thuận lợi như dùng kháng sinh nhiều ngày, thuốc ngừa thai, ăn mặc quá chật, hoặc thay đổi các sản phẩm vệ sinh, đái đường, thai nghén cũng là các yếu tố làm dễ cho nấm candida albicans phát triển.
- (2) Triệu chứng: Khí hư rất đặc trưng, nhiều, trắng ngà vón giống như yaourt. Các triệu chứng cơ năng như ngứa ở bộ phận sinh dục ngoài, tiểu nóng và giao hợp đau. Khi đặt mỏ vịt ta thấy: Âm đạo đỏ, phù nề có những mảng khí hư trắng dính vào vách âm đạo hay cổ tử cung, xung quanh các mảng trắng ở âm đạo có màu đỏ hơn các nơi khác.
- (3) Nấm candida dễ dàng phát hiện khi soi trực tiếp (soi tươi) ta thấy sự hiện diện của bào tử nấm và sợi nấm, song để chắc chắn ta nên cấy (môi trường Saboureaux).
- (4) Điều trị bao gồm: Vệ sinh tại chỗ bằng xà phòng kiềm hoặc trung tính. Kèm với đặt thuốc tại chỗ với một viên mycostatin hằng ngày, liên tục trong 20 ngày. Bao giờ cũng phải điều trị cho người bạn tình.
- (5) Có khoảng 15% tái phát, có thể xảy ra rất sớm sau lần nhiễm đầu tiên. Người ta phân làm hai loại tái phát:
  - Thứ nhất đó là việc điều trị chưa loại trừ đi được các yếu tố làm dễ như trong trường hợp thai nghén hoặc đang dùng thuốc ngừa thai dạng củ.
  - Thứ hai là loại tái phát thực sự do việc điều trị căn nguyên trước đó chưa đủ liều hoặc chưa xác định đúng loại nấm, cũng có thể quá sợ bị bệnh nên vệ sinh quá nhiều lần trong ngày, hoặc quên đi việc điều trị những trường hợp viêm bao quy đầu không triệu chứng của người bạn tình.

(6) Vấn đề tái phát chậm thì lại rất khó điều trị, bởi vì nó thường liên quan đến vấn đề miễn dịch của bệnh nhân. Thật ra thì ở trong mô của bệnh nhân có tồn tại những récepteur chung đối với vi khuẩn và nấm, khi điều trị vi khuẩn bằng kháng sinh thì nấm sẽ chiếm lấy những vị trí không có vi khuẩn đó. Vai trò của miễn dịch tế bào là rất có thể, vì ở những bệnh nhân bị nhiễm nấm liên tiếp thì người ta thấy có sự giảm tăng sinh bạch cầu so với nhóm chứng.

## Câu 25: Các bước khám, thăm dò chẩn đoán vô sinh

### **I. Đại cương:**

- (1) Định nghĩa: Theo Tổ chức Y tế thế giới một cặp vợ chồng gọi là vô sinh khi sống cùng nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào mà vẫn không có con. Khả năng sinh sản đạt đỉnh cao ở khoảng từ 20 - 25 tuổi và giảm dần sau 30 tuổi ở phụ nữ và sau 40 tuổi ở nam giới.
- (2) Phân loại vô sinh
  - Vô sinh nguyên phát (Vô sinh I): Hai vợ chồng chưa bao giờ có thai, mặc dù đã sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.
  - Vô sinh thứ phát (Vô sinh II): Hai vợ chồng trước kia đã có con hoặc đã có thai, nhưng sau đó không thể có thai lại mặc dù đang sống với nhau trên một năm và không dùng biện pháp tránh thai nào.

**II. Thăm khám:** Nguyên tắc khám vô sinh là khám cả 2 vợ chồng, đảm bảo riêng tư cá nhân, kín đáo.

### **1. Hỏi bệnh**

• **Mục đích của hỏi bệnh nhằm khai thác thông tin về cả hai vợ chồng:**

- (1) Tuổi, nghề nghiệp và địa dư.
- (2) Thời gian mong muốn có con và quá trình điều trị trước đây.
- (3) Tiền sử sản khoa mang thai, sảy, sinh đủ tháng hay nạo phá thai.
- (4) Khả năng giao hợp, tần suất, tình trạng xuất tinh và những khó khăn gặp phải.
- (5) Tiền sử mắc các bệnh nội ngoại khoa và các thuốc đang dùng hiện tại.

• **Về phía người vợ cần hỏi thêm:**

- (1) Tuổi bắt đầu hành kinh, tính chất kinh nguyệt, thời gian của mỗi kỳ kinh, lượng kinh
- (2) nhiều hay ít, có đau bụng khi hành kinh không.
- (3) Tiền sử viêm nhiễm sinh dục và cách điều trị
- (4) Tiền sử mắc các bệnh lý phụ khoa hay các phẫu thuật vùng tiểu khung.

### **2. Khám lâm sàng:**

• **Về phía người vợ, cần khám:**

- (1) Quan sát về toàn thân: tầm vóc, tính chất sinh dục phụ như lông, tóc, lông mu, lông nách, mức độ phát triển của vú, âm vật, môi lớn, môi nhỏ...
- (2) Khám phụ khoa gồm quan sát qua mỏ vịt, thăm âm đạo, kết hợp với nắn bụng nhằm phát hiện những tổn thương về đường sinh dục chủ yếu là tình trạng viêm nhiễm và các khối u phụ khoa. Chú ý tình trạng chèn ép của tử cung, độ sạch và độ phát triển niêm mạc âm đạo... Ngoài ra tư thế bất thường của tử cung là một điểm cần lưu ý, tử cung gấp về một phía là một nguyên nhân gây cản trở tinh trùng thâm nhập lên đường sinh dục trên. Tử cung có nhân xơ trong buồng tử cung cũng có thể là một nguyên nhân vô sinh.

• **Về phía người chồng cần khám:**

- (1) Quan sát về toàn thân: tầm vóc, tính chất sinh dục phụ như lông, tóc, lông mu, lông nách, giọng nói.
- (2) Tiền sử, bệnh sử có liên quan đến việc nhiễm sinh dục, tiền sử quai bị, lao tinh hoàn. Đối với quai bị cần lưu ý hỏi về tuổi mắc bệnh trước dậy thì hay sau tuổi dậy thì, có viêm tinh hoàn kèm theo không. Ngoài ra còn hỏi về tình trạng phẫu thuật liên quan đến sinh dục như thoát vị bẹn, tinh hoàn lạc chỗ.
- (3) Kích thước dương vật, vị trí lỗ tiểu, biểu hiện viêm nhiễm.
- (4) Khám bìu, sự hiện diện tinh hoàn trong bìu cũng như kích thước và mật độ, kiểm tra thừng tinh, mào tinh.



## 2. Cận lâm sàng

### a. Thăm dò ở người nữ

- (1) **Xét nghiệm nội tiết:** nội tiết tố hướng sinh dục (LH,FSH), nội tiết sinh dục (estrogen, progesteron), nội tiết thai nghén (hCG)...Tiến hành các thử nghiệm nội tiết để đánh giá chức năng của vùng dưới đồi - tuyến yên hay buồng trứng qua đáp ứng của nội tiết tố.
- (2) **Thăm dò phóng noãn:** Đo thân nhiệt cơ sở, chỉ số tử cung, sinh thiết niêm mạc tử cung định ngày...Khi có phóng noãn xảy ra, đường biểu diễn thân nhiệt có 2 thì, chỉ số cổ tử cung sau phóng noãn vài ngày phải giảm xuống 0.0.0.0 do hiện diện progesteron từ hoàn thể tiết ra. Sinh thiết niêm mạc tử cung từ ngày 21 – 24 của chu kỳ kinh 28 ngày, tìm thấy hình ảnh chế tiết, chỉ sử dụng 1 lần trước khi điều trị để chẩn đoán khi các xét nghiệm nói trên không rõ ràng.
- (3) **Thử nghiệm sau giao hợp:** Sự sống của tinh trùng trong đường sinh dục nữ phụ thuộc vào sự di chuyển nhanh chóng tinh trùng vào niêm dịch cổ tử cung. Đây là cơ sở của thử nghiệm sau giao hợp (Huhner test). Từ 2-10 giờ sau giao hợp hút dịch từ ống cổ tử cung. Thử nghiệm dương tính nếu ít nhất tìm thấy được 5 tinh trùng khoẻ trong một môi trường ở vật kính x 40. Thử nghiệm sau giao hợp đơn thuần không thay thế đánh giá khả năng sinh sản của chồng, và không thay thế xét nghiệm tinh dịch đồ được. Viêm âm đạo, cổ tử cung có thể sai lệch việc đánh giá nghiệm pháp, cần thiết điều trị khỏi viêm nhiễm trước khi thử thử nghiệm Huhner.
- (4) **Chẩn đoán hình ảnh:** siêu âm phụ khoa, siêu âm theo dõi sự phát triển nang noãn, siêu âm thai sớm, chụp phim tử cung vòi tử cung, chụp tuyến yên bằng X quang thường quy hoặc cắt lớp vi tính.
- (5) **Phẫu thuật nội soi:** chẩn đoán các bất thường sinh dục, nội soi gỡ dính vòi trứng, buồng trứng, bơm thông vòi trứng, đốt điểm buồng trứng...
- (6) **Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ** phát hiện các bất thường di truyền.

### b. Thăm dò ở người nam

- (1) **Xét nghiệm nội tiết:** định lượng nội tiết tố hướng sinh dục (LH, FSH), nội tiết sinh dục (testosteron)...
- (2) **Xét nghiệm tinh dịch:** Phân tích tinh dịch theo yêu cầu và kỹ thuật chuẩn hoá của Tổ chức y tế thế giới nhằm đánh giá một cách khách quan tinh dịch về các thông số như thể tích, đại thể, mật độ, độ di động, tỷ lệ sống, hình thái...
- (3) **Chẩn đoán hình ảnh:** Khảo sát bìu, tinh hoàn, thừng tinh qua SA, chụp đường dẫn tinh.
- (4) **Sinh thiết tinh hoàn, mào tinh, thừng tinh** tìm sự hiện diện của tinh trùng trong trường hợp mẫu tinh dịch vô tinh.
- (5) **Xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ** phát hiện các bất thường di truyền