

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA THÁI NGUYÊN

LÂM SÀNG - XÃ HỘI SẢN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2007

<http://www.ebook.edu.vn>

CHỦ BIÊN:

ThS. Phạm Mỹ Hoài

BAN BIÊN SOẠN:

BS. Lê Thị Bấy

ThS. Lê Minh Chính

BS. Đặng Văn Huỳ

ThS. Phạm Thị Quỳnh Hoa

ThS. Phạm Mỹ Hoài

ThS. Nguyễn Thị Bình

BS. Cấn Bá Quát

BS. Nguyễn Thị Hồng

BS. Nông Hồng Lê

BS. Nguyễn Thúy Hà

BS. Bùi Hải Nam

LỜI GIỚI THIỆU

Giảng dạy kỹ năng thực hành dựa vào cộng đồng là hình thức đào tạo dựa vào nguồn lực ở các tuyến y tế cơ sở. Đây là hình thức đào tạo còn hết sức mới, đang còn là thử nghiệm ở Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên nói chung và bộ môn Phụ Sản nói riêng. Để giúp cho việc giảng dạy nâng cao tạo cơ hội thực hành các kỹ năng và nâng cao kỹ năng thực hành cho sinh viên y khoa tại cộng đồng, Bộ môn Phụ Sản đã biên soạn bộ tài liệu Lâm sàng - Xã hội Sản gồm 2 cuốn: cuốn tài liệu học tập dành cho sinh viên và cuốn tài liệu dạy học dùng cho giảng viên.

Quyển Lâm sàng - Xã hội sản, giúp cho sinh viên khối Y4 có cơ hội tiếp cận từng từng hộ gia đình. Giúp sinh viên hiểu rõ hơn về hoàn cảnh kinh tế, môi trường, tập tục văn hóa, xã hội cụ thể của từng hộ gia đình ở từng địa phương liên quan tự bệnh lý của người bệnh và sức khỏe của họ, các thành viên trong gia đình họ ở cộng đồng. Qua học phần này sinh viên có một cách nhìn tổng thể về bệnh tật và các yếu tố liên quan ở cộng đồng, từ đó có thể hình thành các giả thuyết nguyên nhân, yếu tố thuận lợi gây bệnh trên cá thể người bệnh. Giúp sinh viên đưa ra biện pháp điều trị và nội dung tư vấn phù hợp.

Tài liệu dùng cho sinh viên cung cấp nội dung kiến thức, kỹ năng, phương pháp tự học, tự lượng giá và vận dụng thực tế. Giúp sinh viên chủ động trong học tập, nâng cao khả năng làm việc theo nhóm và kỹ năng tư vấn sức khỏe tạo cộng đồng.

Tài liệu này được biên soạn dựa trên quyết định số 272/YK/QĐ ngày 15/7/2005 của trường Đại học Y khoa Thái Nguyên. Trong quá trình biên soạn tập tài liệu này chúng tôi đã tham khảo danh mục kỹ năng KAS cần có cho sinh viên y khoa đã được thông nhất trong 8 trường Đại học Y Việt Nam và một số tài liệu. "Hướng dẫn giảng dạy kỹ năng lâm sàng tại thực địa" của Trường Đại học Y khoa Huế, "Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản" của Bộ Y tế, "Bài giảng sản phụ khoa" của trường Đại học Y Khoa Thái Nguyên ...

Để hoàn thành tập tài liệu này chúng tôi xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ, hỗ trợ của Chương trình hợp tác y tế Việt Nam - Thụy Điển, Vụ khoa học và đào tạo, Bộ Y tế; Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên; sự giúp đỡ của các chuyên gia các giảng viên có kinh nghiệm.

Mặc dù chúng tôi đã cố gắng trình bày những vấn đề cụ thể, phù hợp với mục tiêu đào tạo bác sỹ đa khoa dựa vào cộng đồng. Nhưng là tập tài liệu mới được biên soạn lần đầu nên không tránh khỏi những thiếu sót. Rất mong nhận được sự đóng góp của độc giả và các đồng nghiệp.

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn.

TM các tác giả

KÝ HIỆU VIẾT TẮT

ÂĐ	Âm đạo
CNTC	Chửa ngoài tử cung
CTC	Cổ tử cung
HA	Huyết áp
HCG	Human Chorionique Gonadotropin.
NKHS	Nhiễm khuẩn hậu sản
QLTN	Quản lý thai nghén
TC	Tử cung
THATN	Tăng huyết áp với thai nghén
VNĐSD	Viêm nhiễm đường sinh dục.
VSTN	Vệ sinh thai nghén
XN	Xét nghiệm

HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG TÀI LIỆU

1. Đối tượng phục vụ của cuốn sách

Cuốn sách dùng cho sinh viên thực hành lâm sàng xã hội. Cung cấp cho sinh viên mục tiêu, nội dung bài học, các tình huống ca bệnh có phương án trả lời, giúp sinh viên thực hiện học phần lâm sàng xã hội dễ dàng.

Cuốn sách cũng mô tả được những nội dung quản lý và phòng bệnh ở cộng đồng, giúp sinh viên thực hành tư vấn sức khỏe cho người bệnh.

2. Nội dung cuốn sách, gồm 4 phần chính:

Phần 1: Mục tiêu chương trình và khung chương trình lâm sàng xã hội. Phần này giới thiệu để sinh viên nắm được toàn bộ nội dung cần học trong học phần để có kế hoạch chủ động trong học tập.

Phần 2: Gồm 10 bài giảng về bệnh lý sản phụ khoa hay gặp và có nhiều vấn đề liên quan đến yếu tố môi trường và xã hội. Trong mỗi bài đều có những tình huống ca bệnh, câu hỏi và phương án trả lời. Sau mỗi bài có phần câu hỏi lượng giá giúp sinh viên tự lượng giá ngay sau mỗi bài học. Hướng dẫn sinh viên tự nghiên cứu và vận dụng thực tế giúp sinh viên có phương pháp học phù hợp, tự tìm hiểu nghiên cứu những nội dung yêu thích hay quan tâm. Đồng thời, phần này cũng khuyến khích sinh viên áp dụng những kiến thức về lâm sàng xã hội để tìm hiểu vấn đề sức khỏe tương tự tại cộng đồng.

Phần 3: Hướng dẫn đánh giá sau khi kết thúc học phần. Phần này giúp cho sinh viên biết được loại công cụ sử dụng để đánh giá kết quả học tập, phương pháp đánh giá, thời gian đánh giá và giá trị của điểm học phần này. Mục đích giúp sinh viên định hướng và có kế hoạch học tập ngay từ đầu cho phù hợp, đạt kết quả học tập cao.

Phần 4: Đáp án câu hỏi lượng giá. Phần này cung cấp cho các em sinh viên các phương án trả lời cho các câu hỏi tự lượng giá trong mỗi bài. Tuy nhiên, các em nên tự cố gắng tìm câu trả lời trước khi xem đáp án. Nếu thấy câu trả lời của mình không giống đáp án, các em nên thảo luận với bạn hoặc gặp thầy cô để tìm giải đáp.

Chúc các em sử dụng cuốn tài liệu này có hiệu quả và đạt kết quả cao trong học tập.

MÔN HỌC: SẢN PHỤ KHOA 1

HỌC PHẦN: LÂM SÀNG – XÃ HỘI

Đối tượng đào tạo: Sinh viên năm thứ tư hệ chính quy

Số đơn vị học trình: Tổng số:2 Lý thuyết:1 Thực hành:1

Số tiết: Tổng số:60 Lý thuyết:15 Thực hành:45

Số lần kiểm tra: 1

Thời gian : Năm thứ 4

MỤC TIÊU

Sau khi học xong học phần này, sinh viên sẽ có khả năng:

1. Phân tích được vai trò của các yếu tố/kinh tế, văn hóa xã hội, môi trường ảnh hưởng tới một số bệnh sản phụ khoa thường gặp.
2. Thực hành được một số kỹ năng lâm sàng xã hội cơ bản tại hộ gia đình
3. Nhận thức được tầm quan trọng của các yếu tố gia đình, xã hội và môi trường đối với bệnh tật.

NỘI DUNG

TT	Tên bài học/ chủ đề	Số tiết		
		Tổng số	Lý thuyết	Thực hành
1	Sảy thai	5	1	4
2	Thai chết lưu	5	1	4
3	Thai ngoài tử cung	6	2	4
4	Chửa trứng và theo dõi sau nạo trứng	5	1	4
5	Rau tiền đạo	6	2	1
6	Tăng huyết áp với thai nghén	6	2	4
7	Nhiễm khuẩn hậu sản	5	1	4
8	Viêm sinh dục	6	2	4
9	Vệ sinh thai nghén, quản lý thai nghén	5	1	4
10	Thai nghén có nguy cơ	6	2	4
11	Thảo luận và viết báo cáo theo nhóm			5
Tổng số		60	15	45

SẢY THAI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng :

- 1. Phát hiện được nguyên nhân và nêu đặc điểm, phân loại sảy thai.*
- 2. Phát hiện được triệu chứng chẩn đoán và cách xử trí sảy thai.*
- 3. Xác định được các yếu tố nguy cơ tại cộng đồng và tư vấn cho bệnh nhân cách phòng sảy thai*

PHẦN LÝ THUYẾT

1. Mở đầu

- Khái niệm: sảy thai là hiện tượng thai bị tống ra khỏi buồng tử cung trước khi có thể sống được, tuổi thai được tính từ ngày có kinh đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng đến 180 ngày hay hết tuần 28. Hiện nay theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới là 140 ngày hay 22 tuần.

- Tỷ lệ sảy thai: từ 5 đến 10% trường hợp mang thai, sảy thai ít phụ thuộc vào số lần mang thai, song phụ thuộc nhiều vào điều kiện lao động.

2. Phân loại

- Sảy thai tự nhiên: là những trường hợp sảy thai không có quy luật hay thói quen biết trước, sảy thai ở những tuổi thai khác nhau, nguyên nhân rất đa dạng.

- Sảy thai liên tiếp là những trường hợp sảy thai có quy luật và có thể tiên lượng trước, tuổi thai khi sảy thường ở 3 tháng đầu, sau đó giảm dần ở lần sảy sau, có nguyên nhân giống nhau.

3. Đặc điểm giải phẫu bệnh lý

3.1. Sảy thai 2 tháng đầu, trong 10 tuần đầu

Đây là giai đoạn rau toàn diện, khối trứng gồm bao thai và phần phụ của trứng (rau thai, nước ối) còn nhỏ chỉ có đường kính từ 18 - 25mm, diện rau bám đồng đều và còn sơ sài, bởi vậy khi sảy túi thai sẽ bị tống ra ngoài thành khối cùng lúc gọi là sảy thai một thì, ít gây sót rau, sau sảy tử cung co tốt, ít chảy máu.

3.2. Sảy thai 3 và 4 tháng

Đây là loại sảy thai có nhiều biến chứng nhất, vì quá trình sảy thai thường diễn ra 3 thì: thì đầu ra thai, thì sau ra rau và sau cùng là màng rau. Thời gian kéo dài, sau sảy thai thường tử cung co hồi lại, nhưng không cầm máu được vì còn bánh rau, đồng thời bánh rau cũng không ra được vì tử cung co lại, bởi vậy dễ gặp biến chứng băng huyết.

3.3. Sảy thai 5 và 6 tháng

Thường diễn ra như một cuộc đẻ non, tuy nhiên rau bong khó khăn, không bong hoàn chỉnh như sinh lý bong rau, sau sỏ rau cần kiểm tra lại buồng tử cung.

3.4. Các hình thái sảy thai

- Sảy thai liên tiếp.
- Sảy thai băng huyết.
- Sảy thai nhiễm trùng.

4. Nguyên nhân sảy thai

Có nhiều trường hợp sảy thai không rõ nguyên nhân. Tuy nhiên có thể liệt kê các nguyên nhân sau:

- Rối loạn nhiễm sắc thể.
- Nhiễm trùng
 - + Nhiễm trùng cấp
 - + Nhiễm trùng mạn tính
- Dị dạng tử cung

- U xơ tử cung, tử cung có sẹo cũ dính nhiều.
- Nhiễm độc.
- Bất đồng nhóm máu hoặc yếu tố Rh
- Nội tiết.
- Sang chấn.
- Nạo và phá thai nhiều lần.
- Những yếu tố bất lợi khác: chưa không đúng vị trí, mẹ gầy hoặc béo quá mức, có thai lớn tuổi.

5. Triệu chứng

5.1. Doạ sảy thai

Đây là giai đoạn quý, nếu phát hiện và điều trị tốt có thể tránh được sảy thai, vì trứng còn sống, rau chưa bong. Các triệu chứng thường gặp là:

- Ra huyết.
- Đau bụng.
- Thăm âm đạo cổ tử cung (CTC) còn dài, đóng kín.
- Siêu âm: túi ối tròn đều, bờ sắc nét, âm vang thai rõ, tim thai (+).
- HCG (+).

5.2. Sảy thai thực sự

- Ra huyết nhiều hơn, huyết đỏ tươi và máu cục trong âm đạo
- Đau bụng: đau bụng dưới từng cơn, ngày càng tăng,
- Thăm âm đạo: cổ tử cung ngấn lại, eo tử cung phình ra, làm cho tử cung có hình con quay, hoặc có thể thấy CTC xoá mở,

6. Chẩn đoán

- Chẩn đoán sảy thai: thường dễ dựa vào các triệu chứng lâm sàng kể trên
- Chẩn đoán doạ sảy: vấn đề chẩn đoán doạ sảy hay sảy thai thực sự không khó khăn, song vấn đề là tiên lượng để điều trị giữ thai hay nạo bỏ thai sớm.

+ Trường hợp ra huyết ít, nhưng cổ tử cung đã ngán lại và xoá mờ thì không thể giữ thai được, nên nạo bỏ sớm tránh băng huyết và nhiễm trùng.

+ Trường hợp cổ tử cung còn dài, đóng kín song ra huyết nhiều hay ra huyết đã kéo dài hơn một tuần thì việc để lại thai cũng khó tránh khỏi thai bị nhiễm trùng và chết lưu, do đó cũng nên nạo bỏ.

- Chẩn đoán phân biệt:
- + Chửa ngoài tử cung.
- + Chửa trứng doạ sảy.
- + Có thai, viêm ruột thừa, đau sỏi niệu quản.
- Chẩn đoán hình thái sảy thai.

7. Xử trí

7.1. Doạ sảy

- Điều trị tích cực: cho thuốc giảm co, an thần, cầm máu, vitamin, nội tiết.
- Nằm bất động tại giường, ăn uống hợp lý.
- Điều trị nguyên nhân, khâu vòng cổ tử cung.

7.2. Đang sảy thai

- Nạo thai, cầm máu.
- Nếu có choáng mất máu phải hồi sức tốt.
- Kháng sinh.
- Tìm nguyên nhân.

Phần thực hành

Bước 1: Tại bệnh viện

Bảng kiểm tự học chẩn đoán và xử trí bệnh nhân doạ sảy và sảy thai

Nội dung chính		Có	Không
1	Dấu hiệu có thai		
	Hỏi ngày tắt kinh		
	Thời gian xuất hiện và các dấu hiệu nghén		
	Thời gian xuất hiện và dấu hiệu bụng to lên		
	Biểu hiện vú căng cương dần		

2	<i>Dấu hiệu dọa sảy</i>		
	Tức nặng bụng dưới		
	Đau bụng từng cơn		
	Ra huyết đỏ tươi		
	Khám thấy CTC thay đổi		
	Có huyết ra theo tay		
3	<i>Xét nghiệm</i>		
	HCG		
	Công thức máu		
	Siêu âm thai		
	Nội tiết		
4	<i>Chẩn đoán xử trí dọa sảy thai</i>		
	Doạ sảy còn giữ được: ra ít huyết		
	Điều trị tích cực giảm co: papaverin, sfasfon...		
	Nằm bất động trên giường		
	Tìm và điều trị theo nguyên nhân		
5	<i>Chẩn đoán xử trí sảy thai</i>		
	Doạ sảy không giữ được		
	Băng huyết: nạo cầm máu, truyền máu, dịch		

	Nhiễm trùng: kháng sinh, nạo		
	Tìm và điều trị theo nguyên nhân		
6	<i>Tư vấn phòng chống sảy thai</i>		
	Khám thai định kỳ		
	Lao động, nghỉ ngơi hợp lý		

Bước 2: Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt thăm khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện.
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công sinh viên chuẩn bị đi đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:

- + Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
- + Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.

- + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
- + Tình hình sử dụng các dịch vụ y tế.
- + Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh.
- + Các thói quen xã hội: rượu, thuốc....
- + Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện

- Quan sát:

- + Điều kiện nhà ở.
- + Nguồn nước sử dụng.
- + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
- + Các công trình vệ sinh.

- Tư vấn cho hộ gia đình cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn và quan sát.

- Động viên làm người bệnh yên tâm điều trị, khích lệ sự quan tâm chăm sóc của các thành viên trong gia đình tới người bệnh.

Bước 3: Tại hộ gia đình: Tiến hành phỏng vấn, quan sát, và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị (nội dung).

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Tìm ra các yếu tố nguy cơ gây xảy thai trên cá thể người bệnh.
- Rút ra bài học kinh nghiệm.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi lượng giá

* Lý thuyết: Câu hỏi trắc nghiệm

Anh chị hãy hoàn chỉnh các câu hỏi sau:

1. Sảy thai là hiện tượng thai nhiA..... trước khi thaiB.....

A.....

B.....

2. Tuổi thai >12 tuần khi sảy thường trải qua ...A.....giai đoạn sảy thai và giai đoạnB...

A.....

B.....

3. Sảy thai tự nhiên là sảy thai không ...A ...sảy ra ở những tuổi thai khác nhau, nguyên nhân thường ... B

A.....

B.....

4. Sảy thai trên tiếp là sảy thai có A... tuổi thai khi sảy thường ở 3 tháng đầu sau đó giảm dần ở lần sảy sau và có ...B... giống nhau.

A.....

B.....

5. Anh chị phân biệt đúng sai cho các câu sau bằng cách đánh dấu X vào cột A cho câu đúng, và cột B cho câu sai

TT	Câu hỏi	A	B
1	Nằm bất động có tác dụng giữ thai tốt		
2	Có thai lần đầu mà sảy thì những lần sau sẽ quen máu mà sảy		
3	Tiền sử điều trị dọa sảy thai nhiều lần là nguy cơ cao cho thai nghén và khi sinh		
4	Sảy thai nội tiết gặp ở tuổi thai từ 8 - 12 tuần		

5	Chẩn đoán dọa sảy thai khi thấy tắt kinh và ra máu âm đạo		
---	---	--	--

6. Đánh dấu X vào cột có chữ cái tương ứng với câu trả lời mà anh chị cho là đúng:

Câu hỏi	A	B	C	D
1. Nguyên nhân thường gặp nhất của sảy thai 3 tháng đầu là: A. Bất thường về nhiễm sắc thể, 70% trường hợp sảy trong 6 tuần đầu B. Mẹ bị thiếu năng tuyến giáp. C. Mẹ bị tiểu đường. D. Giảm Protid máu.				
2. Phương tiện giúp đánh giá tình trạng thai ở 3 tháng đầu tốt nhất là: A. Siêu âm. B. HCG định lượng. C. Doppler. D. Định lượng Estradiol.				
3. Điều trị dọa sảy thai 3 tháng đầu của thai kỳ là, ngoại trừ: A. Nằm nghỉ. B. Không giao hợp. C. Vitamine. D. Thuốc giảm co.				
4. Một phụ nữ đến phòng cấp cứu, khám thấy thai 10 tuần, đau bụng, ra huyết âm đạo, cổ tử cung mở bọng thai thập thò cổ tử cung. Chẩn đoán đúng nhất là: A. Dọa sảy thai. B. Sảy thai khó tránh. C. Sảy thai không hoàn toàn D. Sảy thai đang tiến triển.				

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết bài sảy thai.
- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.
- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.
- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phần học lâm sàng xã hội.
- Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giáo viên, thảo luận cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết.

Học trên người bệnh về cách khai thác bệnh, cách khám phát hiện nguyên nhân, triệu chứng chẩn đoán, ra quyết định xử trí.

Học tại cộng đồng, tại hộ gia đình phát hiện các yếu tố có khả năng liên quan đến bệnh của bệnh nhân.

2. Vận dụng thực tế

Tại bệnh viện, sinh viên hỏi bệnh, thăm khám, tham khảo hồ sơ bệnh án bệnh nhân dọa sảy thai, sảy thai để làm sáng tỏ, minh họa phần lý thuyết.

Sinh viên khám và làm bệnh án hoàn chỉnh cho bệnh nhân dọa sảy thai, sảy thai tại khoa sản sau đó bình bệnh án theo nhóm, thảo luận phân tích chẩn đoán, xử trí. Tìm nguyên nhân gây sảy thai, lập kế hoạch và đến gia đình người bệnh để thăm hỏi, quan sát điều kiện sinh hoạt, môi trường... tìm yếu tố ảnh hưởng đến quá trình bệnh lý sảy thai như:

- + Nhiễm trùng cấp
- + Nhiễm trùng mạn tính

Các bệnh lý khác:

- + U xơ tử cung, tử cung có sẹo cũ dính nhiều.

- + Nhiễm độc.
- + Bất đồng nhóm máu Rh
- + Nội tiết.
- + Sang chấn.
- + Nạo và phá thai nhiều lần.
- + Mẹ gầy hoặc béo quá mức

Tư vấn chăm sóc sức khỏe cho gia đình người bệnh

Tại cộng đồng thực hành giao tiếp, xác định các yếu tố nguy cơ, xác định nguyên nhân sảy thai.

Tư vấn cho người bệnh cách tự chăm sóc:

- + Nằm bất động tại giường, ăn uống hợp lý.
- + Theo dõi và dự phòng sảy thai.

Nếu đang sảy, ra huyết: đưa bệnh nhân đến Trạm Y tế hoặc bệnh viện, để nạo cầm máu, tránh mất máu, nhiễm trùng.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

1. Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế 2003.
2. Bộ môn Sản Trường Đại học Y Khoa Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học Năm 2002.

THAI CHẾT LƯU

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. Liệt kê được nguyên nhân thai chết lưu.*
- 2. Phán đoán xử tử và tư vấn phòng bệnh thai chết lưu tại cộng đồng.*

Mở đầu

Khái niệm: Thai chết lưu là trường hợp thai bị chết và lưu lại trong buồng tử cung sau 48 giờ. Tỷ lệ thai chết lưu khoảng 1% trong tổng số thai nghén.

1. Nguyên nhân

Nhiều trường hợp thai chết lưu không tìm được nguyên nhân 20% - 50%

1.1. Nguyên nhân từ phía mẹ

- Mẹ bị các bệnh mạn tính: Tim, thận, gan, phổi, huyết áp, thiếu máu...
- Bệnh nội tiết: Basedow, thiếu năng giáp trạng, đái tháo đường, thiếu năng hay cường năng thượng thận.
- Nhiễm độc thai nghén, sản giật, tiền sản giật
- Mẹ bị các bệnh nhiễm kí sinh trùng như sốt rét, đặc biệt là sốt rét ác tính, nhiễm vi khuẩn (như giang mai, Toxoplasma), nhiễm virus (viêm gan, quai bị, cúm, sởi)
- + Tình trạng sốt của mẹ: Thai rất kém chịu đựng với tình trạng sốt của người mẹ, khả năng thải nhiệt của thai rất kém, hệ thống điều nhiệt của thai chưa hoạt động.
- Mẹ bị nhiễm độc mạn tính hay cấp tính, bị chiếu tia xạ.
- Một số yếu tố thuận lợi làm cho thai chết lưu là:
 - + Tuổi của mẹ: ở người mẹ trên 40 tuổi, nguy cơ thai chết lưu cao gấp 5 lần so với nhóm phụ nữ trẻ.

- + Chế độ dinh dưỡng kém, lao động vất vả, đời sống khó khăn.
- Tử cung dị dạng, kém phát triển, tử cung nhi tính.

1.2. Nguyên nhân từ phía thai

- Rối loạn nhiễm sắc thể: Là nguyên nhân chủ yếu của thai chết lưu dưới 3 tháng.
- Thai dị dạng: Não úng thủy, vô sọ, phù thai rau.
- Bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con do yếu lĩnh.
- Thai già tháng.
- Đa thai.

1.3. Nguyên nhân tại phần phụ

- Dây rau bị thắt nút, ngán tuyệt đối, ngán tương đối, bị chèn ép hay gấp trong trường hợp thiếu ối, bị xoắn quá mức.
- Bánh rau: Bánh rau vôi hoá, xơ hoá, phù nề, u mạch máu màng đệm của bánh rau...
- Nước ối: Đa ối cấp tính hay mạn tính, thiếu ối.

2. Giải phẫu bệnh

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

2.1. Thai bị tiêu biến

Thai bị chết trong những tuần đầu tiên, ở giai đoạn rau toàn diện thì thai có thể bị tiêu đi hoàn toàn.

2.2. Thai bị teo đét

Vào tháng thứ 3, thứ 4, thai chết sẽ bị teo đét, khô lại. Da thai vàng xám như màu đất, nhăn nheo bọc lấy xương, nước ối ít đi, đặc sánh, vẩn đục, cuối cùng sẽ bị khô đi để lại một lớp sáp trắng bệch như sáp ong hay đất sét.

2.3. Thai bị úng mưng

Sau 5 tháng, thai chết sẽ bị úng mưng. Da bong, bị lột dần từ phía chân lên phía đầu thai nhi. Các nội tạng bị rửa nát, làm cho đầu ẹp ẹp, các xương sọ chồng lên nhau, ngực xẹp, bụng ỏng, bánh rau vàng úa, teo đét, xơ cứng lại. Màng rau vàng úa, nước ối ít dần đi, sánh lại có màu hồng đỏ. Dây rốn teo nhỏ lại. Có thể dựa vào hiện tượng lột da để biết thời gian thai chết.

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

2.4. Thai bị thối rữa

Nếu ối bị vỡ đã lâu, thai vẫn nằm lại trong buồng tử cung thì sẽ bị nhiễm trùng rất nhanh và rất nặng.

3. Triệu chứng

3.1. Thai dưới 20 tuần chết lưu

- Cơ năng

Bệnh nhân có các dấu hiệu có thai, sau đó xuất hiện các triệu chứng của thai chết:

+ Ra máu âm đạo tự nhiên, ít một, không đau bụng, máu đỏ sẫm hay nâu đen.

+ Hết nghén: hết nôn, ăn uống trở lại bình thường.

+ Vú tiết sữa non.

+ Bụng bé đi

- Toàn thân: Sức khỏe của người mẹ vẫn bình thường, đôi khi thấy dễ chịu hơn.

- Thực thể: Thăm âm đạo kết hợp nắn ngoài thấy thể tích tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai.

- Cận lâm sàng:

+ Định tính HCG trong nước tiểu, âm tính sau 1 - 2 tuần.

+ Siêu âm không thấy hoạt động của tim thai, bờ túi ối méo mó, không đều.

+ Tế bào âm đạo xuất hiện tế bào ái toan và nhân đông, hình ảnh tế bào hậu sản.

+ Xét nghiệm sinh sợi huyết có thể giảm.

3.2. Thai trên 20 tuần bị chết lưu

- Cơ năng:

- + Không thấy thai đập. Vú tiết sữa non.
- + Bụng bé dần đi.
- + Ra máu âm đạo là dấu hiệu hiếm gặp đối với thai trên 20 tuần bị chết.

- Toàn thân:

Thường không thay đổi, nếu bệnh nhân bị một số bệnh kèm theo như nhiễm độc thai nghén, bệnh tim, thì bệnh sẽ tự thuyên giảm, bệnh nhân cảm thấy dễ chịu hơn.

- Thực thể:

- + Chiều cao tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai, bụng có thể bè ra.
- + Khó sờ nắn thấy phần thai.
- + Không nghe thấy tiếng tim thai.
- + Nếu thai chết lưu chuyển dạ dễ, thường thấy đầu ối hình quả lê.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm cho kết quả chính xác: Không quan sát thấy cử động của tim thai, đầu thai nhi méo mó. Nước ối có thể thấy ít, thậm chí không còn.

+ Chụp X quang: Dấu hiệu Spalding I: xương sọ bị chồng lên nhau, xuất hiện khi thai chết khoảng 10 ngày. Dấu hiệu Spalding II: cột sống thai bị gấp khúc, dấu hiệu Devel: Vòng sáng quanh đầu thai. Có thể thấy bóng hơi trong buồng tim hay mạch máu lớn - dấu hiệu Roberts.

+ Định lượng fibrinogen trong máu giảm.

4.1. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng trên.

4.2. Chẩn đoán phân biệt

- Với thai trên 20 tuần chết lưu, chẩn đoán phân biệt ít đặt ra:
- + Thai kém phát triển, suy thai, đa ối.
- + Mẹ dùng một số thuốc gây ngủ.
- Với thai dưới 20 tuần chết lưu cần chẩn đoán phân biệt với:

- + Chửa ngoài tử cung.
- + Chửa trứng.
- + Doạ sảy thai.
- + Tử cung có u xơ.

5. Tiến triển

5.1. ảnh hưởng đến tâm lý, tình cảm người mẹ

5.2. Rối loạn đông máu

5.3. Nhiễm trùng khi ối vỡ lâu:

5.4. Một số đặc điểm của chuyển dạ đẻ thai chết lưu:

- Đầu ối hình quả lê khi chuyển dạ đẻ.
- Nước ối có màu đỏ hồng.
- Dù là ngôi gì thai cũng có thể đẻ đường dưới được.
- Sau khi sổ rau thường bị sót rau.

6. Xử trí

6.1. Nguyên tắc xử trí

- Cần chẩn đoán thật chính xác là thai đã chết.
- Chấm dứt thai nghén nếu không có rối loạn đông máu hoặc có rối loạn đông máu nhưng đã được điều trị bằng fibrinogen, truyền máu tươi.

6.2. Xử trí tại tuyến cơ sở

Khi chẩn đoán thai chết lưu cần tổ chức chuyển tuyến:

+ Nếu chảy máu âm đạo ít không ảnh hưởng đến toàn trạng. Hướng dẫn bệnh nhân đến cơ sở y tế chuyên khoa để khám và giải quyết càng sớm càng tốt.

+ Nếu chảy máu âm đạo nhiều ảnh hưởng đến toàn trạng: hồi sức bệnh nhân trong điều kiện cần thiết phải lập đường truyền tĩnh mạch, trợ tim. Dùng Transamine và các thuốc cầm máu.

Chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa ngay, có nhân viên y tế đi cùng.

6.3. Xử trí tại tuyến chuyên khoa

6.3.1. Điều chỉnh rối loạn đông máu nếu có:

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

- Fibrinogen truyền tĩnh mạch.
- Truyền máu tươi toàn phần.
- Các thuốc chống tiêu sinh sợi huyết: EAC, Transamine.

6.3.2. Nong nạo thai lưu

- Chỉ định: các trường hợp thai lưu mà thể tích tử cung bé hơn tử cung có thai 3 tháng. Chiều cao tử cung dưới 10 cái.

- Thủ thuật nạo khó khăn so với nạo thai sống vì rau xơ hoá, bám chặt vào tử cung, tử cung mềm dễ bị tổn thương.

- Phải giảm đau cho bệnh nhân trước khi nạo, dùng thuốc co hồi tử cung và kháng sinh sau thủ thuật. Cần theo dõi chảy máu sau nạo.

6.3.3. Gây sảy thai, gây chuyển dạ

Chỉ định cho tất cả các trường hợp thai trên 3 tháng, không thể nong nạo được. Có nhiều phương pháp:

- Phương pháp Stein.
- Truyền oxytocin kết hợp.
- Dùng Misopresone (Cytotec).

7. Phòng bệnh

- Tư vấn cho bà mẹ biết cách bảo vệ thai nghén, tránh tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ (tia xạ, cúm, sốt rét, viêm gan...), đặc biệt trong 3 tháng đầu.

- Quản lý thai nghén để phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ.

- Điều trị và theo dõi sát những sản phụ có bệnh lý có thể đe dọa thai (đái tháo đường, huyết áp cao, nhiễm trùng...).

- Thai già tháng phải được xử trí kịp thời.

- Thai phụ có tiền sử thai chết lưu phải được theo dõi cẩn thận và nên sớm xử trí khi thai đủ tháng hoặc ngay sau khi thai bắt đầu bị đe dọa.

- Gần đây, người ta đề cập đến việc sử dụng aspirin liều thấp dùng trong quá trình thai nghén để đề phòng thai chết lưu.

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Tại bệnh viện.

Bảng kiểm tự học chẩn đoán, xử trí và tư vấn phòng bệnh thai chết lưu

Nội dung chính		Có	Không
1	<i>Dấu hiệu có thai 20 tuần đầu</i>		
	Hỏi ngày tắt kinh		
	Thời gian xuất hiện và các dấu hiệu nghén		
	Thời gian xuất hiện và dấu hiệu bụng to lên		
	Biểu hiện vú căng cương dần		
2	<i>Dấu hiệu thai chết ở 20 tuần đầu</i>		
	Tự nhiên mất nghén		
	Ra huyết đen ít một		
	Bụng không to lên		
	Vú căng cương		
	Xét nghiệm HCG (-), sợt huyết giảm		
	Siêu âm túi ối không tròn đều, tìm thai (-)		
3	<i>Triệu chứng thai nghén ở 20 tuần cuối</i>		
	Thời gian xuất hiện thai máy		
	Thời gian xuất hiện thai đạp		
	Bụng to dần lên, sờ nắn rõ các phần thai		
	Vú cương to lên		
	Nghe tim thai rõ		
4	<i>Triệu chứng thai chết ở 20 tuần cuối</i>		
	Tự nhiên mất cử động của thai		
	Ra huyết đen ít một		

	Bụng không to lên, mềm, bè ra		
	Chuyển dạ dễ, ối quả lê		
	Vú căng cương, tiết sữa		
	Xét nghiệm HCG (-), sợt huyết giảm		
	Siêu âm túi tim thai (-), thai không cử động		
	Xquang		
5	<i>Chẩn đoán, xử trí thai chết lưu ở 20 tuần đầu</i>		
	Phân biệt với dọa sảy thai		
	Phân biệt chửa trứng		
	Phân biệt GEU		
	Xử trí nạo thai lưu		
	Chú ý nhiễm trùng, chảy máu, thủng tử cung		
6	<i>Chẩn đoán, xử trí thai chết lưu ở 20 tuần cuối</i>		
	Phân biệt thai suy, thai kém phát triển		
	Mẹ uống thuốc ngủ, thai ít cử động		
	Phá thai bằng gây đẻ: Hiện nay dùng nhiều Cytotex		
	Chú ý chảy máu, nhiễm trùng		
7	<i>Tư vấn phòng bệnh thai chết lưu</i>		
	Tìm nguyên nhân điều trị		
	Phát hiện sớm có thai, đăng ký, quản lý tốt		
	Chế độ dinh dưỡng, lao động hợp lý		
	Sinh đẻ có kế hoạch		

Bước 2. Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện.
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công sinh viên chuẩn bị đi đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:
- Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
- Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.

- + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
- + Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh.
- + Các thói quen xã hội: uống các chất kích thích, hút thuốc...
- + Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện.

- Quan sát:

- + Điều kiện nhà ở.
- + Nguồn nước sử dụng.
- + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
- + Các công trình vệ sinh.

- **Tư vấn cho hộ gia đình** cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn.

Bước 3: Tại hộ gia đình:

Tiến hành phỏng vấn, quan sát và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị.

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Hình thành giả thuyết các yếu tố nguy cơ gây thai chết lưu trên bệnh nhân.
- Rút ra bài học kinh nghiệm.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi lượng giá

Lý thuyết: Câu hỏi trắc nghiệm

Chọn câu đúng nhất bằng cách đánh dấu X vào ô có chữ cái tương ứng với câu sinh viên chọn

Câu hỏi	A	B	C	D
1. Thai chết lưu có thể gây biến chứng: A. Sản giật B. Rau bong non C. Rau tiền đạo. D. Rối loạn đông máu				
2. Thái độ xử trí thai chết lưu tại cộng đồng là: A. Nếu không chảy máu thì nạo thai lưu				

Câu hỏi	A	B	C	D
B. Chỉ chuyển tuyến nếu chảy máu nhiều C. Chuyển tuyến D. Nạo thai lưu				
3. Đặc điểm giải phẫu bệnh của thai chết lưu phụ thuộc vào: A. Nguyên nhân thai chết B. Thời gian và nguyên nhân thai chết C. Tuổi thai và thời gian thai chết D. Tuổi thai và nguyên nhân thai chết				
4. Triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán thai chết thu trên 20 tuần là: A. Thai không đập B. Ra huyết đen âm đạo. C. Đo chiều cao tử cung nhỏ hơn tuổi thai D. Không nghe thấy tim thai				
5. Thai chết lưu là trường hợp thai chết bị lưu lại trong buồng tử cung thời gian ít nhất là A. 12 giờ B. 24 giờ. C. 36 giờ D. 48 giờ				

6. Thai chết lưu cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh sau, <i>NGOẠI TRỪ</i> : A. Đa thai B. Sảy thai. C. Chửa ngoài tử cung D. Chửa trứng				
7. Dấu hiệu <i>KHÔNG</i> có giá trị chẩn đoán thai chết lưu trên 20 tuần là: A. Tiết sữa non B. Soi ối thấy nước ối đỏ nâu C. Tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai.				

Câu hỏi	A	B	C	D
D. Siêu âm không thấy cử động thai và hoạt động tim thai				
8. Tất cả các đặc điểm của cuộc chuyển dạ đẻ thai chết lưu đều đúng, <i>NGOẠI TRỪ</i> : A. Hiện tượng xoá mờ cổ tử cung chậm B. Dễ gây ngôi bất thường C. Dễ gây chấn thương đường sinh dục D. Có thể bị chảy máu sau đẻ				
9. Triệu chứng có giá trị nhất để chẩn đoán thai chết lưu dưới 20 tuần là: A. Ra huyết âm đạo B. Hết nghén. C. Bụng bé dần D. Siêu âm				

* Thực hành:

- Bảng kiểm lượng giá học lâm sàng xã hội
- Bản báo cáo học lâm sàng xã hội
- Bệnh án

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết phần thai chết lưu, chú ý phần nguyên nhân, đặc điểm giải phẫu bệnh, triệu chứng, chẩn đoán và phòng bệnh.

Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án cuối sách để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.

- Khám bệnh nhân và làm bệnh án để tự đánh giá kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí của mình, tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.

- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phân học lâm sàng xã hội.

- Viết báo cáo kết quả học lâm sàng xã hội

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giáo viên, thảo luận cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết.

Học trên người bệnh về cách khai thác bệnh, cách khám phát hiện nguyên nhân, triệu chứng chẩn đoán, ra quyết định xử trí.

Học tại cộng đồng, tại hộ gia đình phát hiện các yếu tố có khả năng liên quan đến bệnh của bệnh nhân.

2. Vận dụng thực tế

- Sinh viên khám bệnh nhân được chẩn đoán thai chết lưu, làm bệnh án.

- Thảo luận bệnh án dưới sự hướng dẫn của giáo viên.

- Sinh viên cùng giáo viên xuống hộ gia đình học cách tiếp cận hộ gia đình và cộng đồng. Chào hỏi, làm quen, tạo sự thân mật, gần gũi, tránh sự tách biệt, thiếu tôn trọng. Lắng nghe và trả lời câu hỏi của người bệnh và hộ gia đình. Trong việc hỏi bệnh, quan sát tại hộ gia đình nhằm phát hiện các yếu tố môi trường xã hội tác động tới sản phụ, nguy cơ gây thai chết lưu, như:

- Mẹ bị các bệnh mạn tính: tim, thận, gan, phổi, huyết áp, thiếu máu...

- Bệnh nội tiết: Basedow, thiếu năng giáp trạng, đái tháo đường.

- Nhiễm độc thai nghén, sản giật, tiền sản giật.

- Mẹ bị các bệnh nhiễm kí sinh trùng như sốt rét.
- Tình trạng sốt của mẹ.
- Mẹ bị nhiễm độc mạn tính hay cấp tính, bị chiếu tia xạ.
- Tuổi của mẹ: ở người mẹ trên 40 tuổi.
- Chế độ dinh dưỡng kém, lao động.
- Môi trường ô nhiễm chất thải của xúc vật, hôi thối có thể gây nhiễm khuẩn, ô nhiễm khí thải chất đốt: bếp than, bếp dầu.
- Trình độ văn hóa thấp, tìm hiểu sự bất hòa trong gia đình gây ảnh hưởng tới tâm lý cho người mang thai, sự thiếu tôn trọng nhau, vấn đề bạo lực, kinh tế thấp kém có ảnh hưởng tới sự phát triển của thai và thai chết.
- Tìm hiểu loại hình nghề nghiệp, mức độ lao động: lao động nặng, lao động ở môi trường độc hại, hầm lò, nhiễm chất độc hóa học gây thai chết.
- Sinh viên thực hành tư vấn cho bệnh nhân và gia đình: đảm bảo khẩu phần ăn đủ chất, tránh kiêng khem, hạn chế lao động trong khi mang thai nhất là lao động nặng. Chế độ lao động và sinh hoạt hợp lý khi mang thai. Không tiếp xúc với môi trường độc hại, hơi độc, không được sử dụng thuốc khi không được sự đồng ý của bác sỹ.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế 2003.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Khoa Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học Năm 2002.

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. Liệt kê được nguyên nhân, vị trí và hình thái chữa ngoài tử cung (CNTC).*
- 2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán hướng xử trí và cách phòng CNTC.*
- 3. Hỏi bệnh, khám phát hiện được các yếu tố nguy cơ gây CNTC tại cộng đồng.*

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

NTC là những trường hợp thụ thai nhưng thai không làm tổ trong buồng tử cung mà làm tổ ở ngoài buồng tử cung như vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng hoặc buồng CTC.

Tỷ lệ 1% trong tổng số phụ nữ có thai.

CNTC là một cấp cứu sản khoa có thể gây tử vong cao nếu không được chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời, đặc biệt ở những vùng xa trung tâm, nơi mà người dân khó tiếp cận được các dịch vụ y tế.

1.2. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi

CNTC hay gặp trong trường hợp:

- Viêm nhiễm vòi trứng: thường làm chít hẹp lòng vòi trứng do tổn thương các nhung mao, đặc biệt trong những trường hợp viêm mãn tính do lậu, viêm do Chlamydia. Có trường hợp viêm nhiễm tạo thành túi bọt, dẫn đến vô sinh. Sau điều trị nếu có thai, tỷ lệ CNTC rất cao.

- Vòi trứng đã được phẫu thuật tạo hình: như sau mở thông loa vòi trứng trong ứ nước, ứ mủ vòi trứng, vi phẫu thuật tạo hình vòi trứng, vi phẫu thuật nối vòi trứng...

- Vòi trứng dị tật bẩm sinh: quá dài, hẹp bẩm sinh.

- Vòi trứng bị hẹp do có u trong lòng hoặc các u bên ngoài chèn ép.

- Vòi trứng bị co thắt hoặc có nhu động bất thường.

1.3. Phân loại theo vị trí và tiên triển

- Chửa vòi trứng: vì vị trí vòi trứng không thích hợp cho trứng làm tổ nên có hai khả năng có thể xảy ra:

+ Vỡ khối chửa gây chảy máu ổ bụng.

Nếu máu chảy ồ ạt gây ngập máu ổ bụng

Nếu máu chảy từ từ, đọng lại vùng thấp được các tạng đến khur trú lại.

+ Bong khối chửa:

Bong khối chửa, máu đọng lại vòi trứng, thai nhỏ tiêu đi

Bong khối chửa máu chảy ít một đọng lại túi cùng được các tạng quây lại gây huyết tụ thành nang.

Bong khối chửa chảy máu ồ ạt gây ngập máu ổ bụng.

- Chửa buồng trứng: hiếm gặp nhưng khối chửa thường vỡ gây chảy máu ổ bụng

- Chửa ổ bụng: hiếm gặp và thai thường khó tồn tại do điều kiện nuôi dưỡng không đầy đủ. Tuy nhiên vẫn có thể gặp những trường hợp thai tồn tại và phát triển đến gần đủ tháng hoặc đủ tháng.

Do vậy có thể gặp một số hình thái CNTC như sau:

2. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ

Hình thái này khó chẩn đoán, đặc biệt ở các tuyến cơ sở không có phương tiện hỗ trợ trong chẩn đoán. Tuy nhiên nếu chẩn đoán được hình thái này rất có ý nghĩa với thầy thuốc lâm sàng trong vấn đề xử trí.

2.1. Triệu chứng

2.1.1. Cơ năng

- Chậm kinh: Là dấu hiệu bao giờ cũng phải hỏi. Thông thường có thể chậm kinh, đôi khi là rối loạn kinh nguyệt và có khi chưa đến ngày kinh. Vì vậy phải hỏi thật kỹ tình trạng kinh nguyệt trong 3-4 tháng gần nhất để phát hiện tình trạng rối loạn kinh nguyệt.

- Ra huyết: là triệu chứng thường gặp. Có thể ra ít một, màu nâu đen hoặc màu sôcôla, có thể lẫn màng không giống hành kinh. Đôi khi có bệnh nhân không ra huyết.

- Đau bụng: đau âm ỉ, có khi trội lên thành cơn, đôi khi đau choáng váng muốn ngất. Đây là triệu chứng rất có giá trị để chẩn đoán CNTC vỡ.

2.1.2. Thực thể

- Nhìn: bụng không chướng, di động theo nhịp thở
- Sờ nắn ngoài mềm mại không phản ứng.
- Khám mở vết: cổ tử cung tím nhẹ, có thể thấy máu từ buồng tử cung chảy ra.
- Thăm âm đạo: cổ tử cung, thân tử cung mềm. Tử cung hơi to nhưng không tương xứng với tuổi thai.
- Cạnh tử cung có thể thấy một khối mềm, ranh giới không rõ, ấn đau.
- Túi cùng Douglas nếu chưa có máu thì mềm mại, không đau. Nhưng nếu đã rỉ một ít máu thì khi ấn vào rất đau.

2.1.3. Cận lâm sàng

- HCG (+), tuy nhiên nếu âm tính cũng không loại trừ. Định lượng β HCG thấp hơn thai thường.
- Siêu âm không có giá trị chẩn đoán xác định CNTC mà chỉ trả lời có túi ối trong buồng tử cung hay không. Có thể thấy khối cạnh tử cung âm vang không đồng nhất, đường kính 2-4 cm, hiếm gặp có âm vang thai và tim thai hoạt động ở ngoài buồng tử cung. Siêu âm có thể trả lời túi cùng có dịch hay không.
- Soi ổ bụng qua nội soi: trường hợp nghi ngờ, có thể soi ổ bụng, thấy một bên vòi trứng có khối chứa căng phồng, tím ở vị trí trứng làm tổ. Đây là phương pháp vừa giúp chẩn đoán vừa giúp điều trị.
- Nạo buồng tử cung gửi giải phẫu bệnh không có hình ảnh lông rau mà chỉ có màng rụng.

2.2. Chẩn đoán

2.2.1. Tuyến cơ sở

Bệnh nhân có chậm kinh, ra huyết, đau bụng, cần tư vấn chuyển tuyến ngay.

2.2.2. Tuyến chuyên khoa:

- Chẩn đoán xác định: dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trên.

- Chẩn đoán phân biệt:

- Doạ sảy thai: có chậm kinh, đau bụng ra huyết.

Khám: tử cung tương xứng với tuổi thai, máu ra thường đỏ tươi, không sờ được khối cạnh tử cung. Nếu nạo buồng tử cung gửi giải phẫu bệnh thấy hình ảnh lông rau.

+ Viêm phần phụ: đau bụng, có khối nề cạnh tử cung, đôi khi có ra máu bất thường. Phân biệt với CNTC nhiều khi rất khó. Ta cần phải dựa vào một số đặc điểm của viêm phần phụ:

Không có triệu chứng tắt kinh, nghén

Có triệu chứng viêm nhiễm rõ: đau bụng, ra khí hư

Đau cả hai bên túi cùng. Có khối nề cạnh tử cung, ranh giới không rõ

Công thức máu: bạch cầu tăng cao, đặc biệt là đa nhân trung tính.

HCG âm tính.

Điều trị thử bằng kháng sinh, các triệu chứng giảm xuống.

+ Viêm ruột thừa:

Hội chứng nhiễm trùng rõ: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi. Công thức máu bạch cầu tăng, đặc biệt là đa nhân trung tính.

Hội chứng rối loạn tiêu hoá: đau bụng khu trú hố chậu phải, buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện.

Không có chậm kinh, không nghén, HCG (-)

+ Con đau do sỏi niệu quản:

Đau bụng kèm theo có đái buốt, đái dắt, đôi khi có đái khó hoặc đái máu. Siêu âm có hình ảnh sỏi cản quang.

2.3. Xử trí

2.3.1. Tuyến cơ sở

Chuyển tuyến chuyên khoa điều trị ngay cả trường hợp nghi ngờ CNTC.

2.3.2. Tuyến chuyên khoa

Nếu chẩn đoán chắc chắn CNTC chưa vỡ phải mổ. Nếu nơi có điều kiện nên phẫu thuật nội soi, cắt bỏ khối chứa hoặc bảo tồn vòi trứng tùy trường hợp. Tuy nhiên cần nhớ rằng tỷ lệ CNTC lại là rất cao, vì vậy chỉ nên bảo tồn trong những trường hợp thật cần thiết. Nếu đã đủ con, đủ điều kiện mà cả 2 vợ chồng bệnh nhân tình nguyện nên triệt sản phối hợp.

3. Chữa ngoài tử cung vỡ gây ngập máu ổ bụng

3.1. Triệu chứng

3.1.1. Toàn thân

Tùy lượng máu chảy trong ổ bụng mà có biểu hiện choáng hay không. Trường hợp máu chảy nhiều, ngập máu ổ bụng, bệnh nhân thường có da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, khát nước, thở nhanh nông, bệnh nhân hốt hoảng, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

3.1.2. Cơ năng

- Chậm kinh, có thể có bệnh nhân bị trước ngày kinh
- Ra huyết đen dai dẳng, ít một
- Có cơn đau dữ dội vùng hạ vị làm cho bệnh nhân choáng váng muốn ngất hoặc ngất.

3.1.3. Thực thể

- Khám bụng: Bụng có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng, gõ đục vùng thấp.

- Thăm âm đạo: có huyết đen theo tay. Túi cùng Douglas căng phồng, chạm vào bệnh nhân rất đau (tiếng kêu Douglas). Khó xác định mật độ và thể tích tử cung, có cảm giác tử cung bồng bênh trong nước, di động tử cung bệnh nhân rất đau.

- Chọc dò túi cùng Douglas có máu loãng không đông. Tuy nhiên nếu chọc dò không ra máu cũng không loại trừ.

3.1.4. Cận lâm sàng

- H C G (+)
- Siêu âm không có túi ối trong tử cung. Có dịch tự do trong ổ bụng.

3.2. Chẩn đoán

3.2.1. Chẩn đoán tại tuyến cơ sở

Bệnh nhân có dấu hiệu mất máu cấp kèm theo có một trong các triệu chứng sau: chậm kinh, đau bụng, rong huyết cần phải nghĩ tới chửa ngoài tử cung vỡ.

3.2.2. Tại tuyến chuyên khoa

Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng đã mô tả ở trên.

3.3. Xử trí

3.3.1. Tại tuyến cơ sở

- Hồi sức bằng cách thiết lập đường truyền tĩnh mạch.
- Tuỳ theo mức độ mất máu và tình trạng toàn thân của bệnh nhân mà mời khẩn cấp tuyến trên hỗ trợ hoặc tổ chức chuyển tới tuyến chuyên khoa

3.3.2. Tại tuyến chuyên khoa

- Chẩn đoán được mổ ngay không trì hoãn kể cả khi mạch không bắt được, huyết áp không đo được. Kết hợp hồi sức tích cực bằng truyền máu, truyền các dịch thay thế máu. Ở nơi không có điều kiện máu dự trữ có thể lọc máu truyền hoàn hồi.

- Sau khi mở ổ bụng, việc đầu tiên là tìm chỗ vỡ, cặp cầm máu, cắt bỏ đoạn vòi trứng bị vỡ, khâu cầm máu, vùi mỏm cắt, lau sạch ổ bụng, đóng bụng, không cần dẫn lưu ổ bụng nếu đã lau sạch.

4. Huyết tụ thành nang

Trường hợp vòi trứng bị rạn nứt hoặc bọc thai sảy gây rỉ máu từ từ, đọng lại vùng thấp được các tạng như ruột, các mạc nối đến quây lại thành khối máu tụ. Chẩn đoán loại này đôi khi rất khó, phải khai thác tỉ mỉ mới có thể chẩn đoán được.

4.1. Triệu chứng

4.1.1. Tiền sử

- Có chậm kinh, có rong huyết dai dẳng.
- Đau bụng thành cơn trồi lên sau đó dịu đi.

4.1.2. Cơ năng

- Ra huyết đen ít một
- Đau tức bụng dưới kèm theo những dấu hiệu chèn ép: đái khó, táo bón hoặc mót đi ngoài liên tục

4.1.3. Toàn thân

- Da xanh, ánh vàng do tan máu
- Người mệt mỏi, gầy sút, hốc hác, có thể có sốt nhẹ

4.1.4. Thực thể

- Khám vùng tiểu khung có khối chắc, nhưng không có cảm giác căng dịch, ranh giới không rõ ràng, không di động. Khối u dính liền với tử cung khó xác định được mật độ, kích thước tử cung
- Chọc dò túi cùng Douglas có thể hút được ít cặn máu sẫm như bã cà phê.

4.1.5. Cận lâm sàng

- HCG (-)
- Siêu âm có hình ảnh một vùng dày đặc âm vang.

4.2. Chẩn đoán

- Tuyến cơ sở: bệnh nhân có tiền sử chậm kinh, rong huyết, đau bụng kéo dài, có kèm theo các dấu hiệu chèn ép tiểu khung, thiếu máu phải nghĩ tới CNTC dạng huyết tụ thành nang.

- Tuyến chuyên khoa: chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng trên.

4.3. Xử trí

4.3.1. Tại cơ sở

Tư vấn và tổ chức chuyển tuyến.

4.3.2. Tuyến chuyên khoa

- Khi chẩn đoán được phải mổ sớm phòng vỡ thì hai. Chuẩn bị bệnh nhân chu đáo trước mổ.

- Khi mổ ra cần lấy hết khối máu tụ, cắt bỏ khối chứa, khâu cầm máu và khâu ép tránh để lại khoang rỗng. Nếu không cầm máu được do lòng khối máu tụ mủn nát, có thể cầm máu bằng các mảnh spongene hoặc chèn gạc cầm máu và dẫn lưu ra ngoài, rút dần trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.

5. Chữa trong ổ bụng

Nếu chữa ổ bụng, thai có thể phát triển đến đủ tháng. Diện rau thường bám rộng vào các tạng như ruột, mạc nối hoặc các mạch máu lớn trong ổ bụng.

5.1. Triệu chứng

- Bệnh nhân có tiền sử chậm kinh kéo dài, đau bụng âm ỉ có lúc trội lên thành cơn kèm theo các dấu hiệu của bán tắc ruột như buồn nôn, bí trung đại tiện.

- Khi thai nhỏ sờ qua thành bụng có thể thấy một khối ranh giới không rõ ràng, di động hạn chế.

- Khi thai to có thể sờ thấy các phần thai ngay dưới da bụng. Không thấy hình dáng tử cung, kích thích không thấy cơn co tử cung.

- Thăm âm đạo thấy tử cung nhỏ, nằm tách biệt ngay cạnh khối thai.

- Siêu âm: thấy tử cung nhỏ, không có túi ối trong tử cung. Thấy hình ảnh túi ối, các phần của thai và tim thai hoạt động ngoài buồng tử cung.

5.2. Chẩn đoán

- Tại tuyến cơ sở: chẩn đoán thường khó. Nếu có bệnh nhân có chậm kinh kéo dài, trong tiền sử có rong huyết, có dấu hiệu chèn ép đường tiêu hoá. Khám thấy các dấu hiệu thai nghén không bình thường (hình thể tử cung bất thường, sờ các phần thai ngay dưới da bụng...) cần chuyển tuyến chuyên khoa để khám.

- Tuyến chuyên khoa dựa vào các dấu hiệu đã mô tả.

5.3. Xử trí

5.3.1. Tuyến cơ sở

Tư vấn chuyển tuyến

5.3.2. Tuyến chuyên khoa

- Nếu phát hiện ra khi tuổi thai dưới 32 tuần, chỉ định mổ lấy thai.

- Nếu thai trên 32 tuần mà thai sống, có thể chờ đủ tháng, chỉ định mổ lấy thai.

Trong tất cả các trường hợp mổ lấy thai, phải cắt cắt cương rốn sát bánh rau, không được bóc bánh rau để cho tiêu dần hoặc sẽ lấy sau. Vì lí do nào đó, rau bong gây chảy máu phải chèn chặt gạc và rút dần trong những ngày hậu phẫu.

6. Dự phòng

Chửa ngoài tử cung là một biến chứng của quá trình thai nghén gây hậu quả nặng nề, có thể tử vong do mất máu cấp. Tuy nhiên do không có nguyên nhân đặc hiệu nên khó dự phòng. Để hạn chế tối đa những biến chứng do CNTC mang lại, cần làm tốt những công việc sau:

6.1. Tuyến cơ sở

- Làm tốt công tác đăng kí quản lí thai nghén, phát hiện sớm những thai nghén bất thường để chuyển tuyến kịp thời.

- Chăm sóc sức khoẻ sinh sản cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, khám phụ khoa định kì phát hiện viêm nhiễm, điều trị triệt để tránh chuyển thành viêm đường sinh dục mãn tính.

- Giáo dục ý thức chăm sóc sức khoẻ và kiến thức phổ thông để chị em tự phát hiện những dấu hiệu bất thường để đi khám.

- Thực hiện tốt công tác sinh đẻ có kế hoạch để giảm tỷ lệ có thai ngoài ý muốn cũng như tỷ lệ nạo phá thai.

6.2. Tuyển chuyên khoa

- Tổ chức tập huấn thường xuyên cho cán bộ y tế cơ sở nâng cao trình độ chuyên môn và nghiệp vụ.

- Tổ chức đội cấp cứu lưu động để hỗ trợ cơ sở khi cần thiết

- Chẩn đoán sớm, xử trí kịp thời các trường hợp khi bệnh nhân đến viện để hạn chế mất máu cho bệnh nhân

- Tư vấn tốt cho bệnh nhân khi ra viện về các biến chứng có thể gặp và những khó khăn gặp phải của lần có thai kế tiếp.

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Tại bệnh viện

Bảng kiểm tự học chẩn đoán chửa ngoài tử cung

Nội dung chính		Có	Không
1	Dấu hiệu chửa ngoài tử cung chưa vỡ, sắp vỡ		
	Hỏi ngày kinh cuối hoặc chậm kinh đã bao lâu		
	Thời gian xuất hiện và các dấu hiệu nghén		
	Dấu hiệu đau bụng, vị trí đau		
	Đau âm ỉ, đau thành con,		
	Ra huyết		
	HCG (+)		
	Siêu âm không có túi thai trong tử cung		
	Nội soi		
	Xử trí: mổ thăm dò		

Nội dung chính		Có	Không
2	Dấu hiệu chửa ngoài tử cung vỡ, chảy máu		
	Đau bụng dữ dội như dao đâm, xé ruột		
	Choáng ngất		
	Da xanh, tái nhợt		

	Khám toàn thân: - Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt - Huyết áp tụt, thấp, không đo được		
	Bụng chướng nhẹ - Phản ứng thông bụng rõ - Cảm ứng phúc mạc rõ		
	Cùng đồ đầy, đau, tiếng kêu Douglas rõ		
	Chọc dò có máu không đông		
	Siêu âm: không có thai trong TC, dịch cùng đồ		
	HCG (+)		
	Xử trí mổ cấp cứu cắt khối chứa, hồi sức		
3	Dấu hiệu chứa ngoài tử cung huyết tụ		
	Có các dấu hiệu có thai,		
	Đau bụng, chảy máu trong nhưng không dữ dội		
	Đợt tiếp theo nặng hơn		
	Khám sờ được khối huyết tụ		
	HCG (+)		
	Siêu âm không có túi thai trong tử cung		
4	Mổ cấp cứu		
	Chứa trong ổ bụng tới khi thai đủ hoặc gần đủ tháng		
	Dấu hiệu có thai		
	Sờ nắn không thấy hình dáng tử cung		
	Sờ thấy các phần của thai ngay dưới da bụng		
	Nếu phát hiện sớm trước khi thai có thể sống được: nên mổ cấp cứu bỏ thai		
	Nếu biết muộn, thai có thể sống được: chờ mổ		
5	Tư vấn điều trị theo nguyên nhân sau xử trí GEU		

Bước 2: Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt thăm khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện.
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công sinh viên chuẩn bị đi đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:

- + Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
- + Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.
- + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
- + Tình hình sử dụng các dịch vụ y tế.
- + Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh.
- + Các thói quen xã hội: rượu, thuốc....
- + Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện

- Quan sát:

- + Điều kiện nhà ở.
- + Nguồn nước sử dụng.
- + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
- + Các công trình vệ sinh.
- Tư vấn cho hộ gia đình cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn và quan sát.

Bước 3: Tại hộ gia đình:

Tiến hành phỏng vấn, quan sát, và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Hình thành giả thuyết các yếu tố nguy cơ gây CNTC trên cá thể người bệnh .
- Rút ra bài học kinh nghiệm

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi lượng giá

Lý thuyết: Câu hỏi trắc nghiệm

Khoanh tròn vào câu trả lời sinh viên cho là đúng:

1. Phương pháp cận lâm sàng có giá trị nhất để chẩn đoán CNTC chưa vỡ là:

- A. Định lượng HCG.
- B. Siêu âm
- C. Nội soi ổ bụng.
- D. Nạo buồng tử cung làm giải phẫu bệnh.

2. Phương pháp vừa có tác dụng chẩn đoán vừa có tác dụng điều trị CNTC là:

- A. Theo dõi sát bệnh nhân tại bệnh viện
- B. Siêu âm bằng đầu dò âm đạo
- C. Nạo niêm mạc tử cung gửi giải phẫu bệnh
- D. Nội soi ổ bụng

3. Phương án giải quyết đúng khi gặp một trường hợp nghi ngờ CNTC vỡ tại tuyến y tế cơ sở là:

- A. Giữ lại theo dõi thêm
- B. Điều trị nội khoa bằng thuốc giảm đau cầm máu.
- C. Chuyển tuyến ngay đến cơ sở có khả năng phẫu thuật điều trị
- D. Chọc dò túi cùng Douglas để chẩn đoán xác định

4. Dấu hiệu có giá trị chẩn đoán xác định CNTC vỡ là:

- A. Toàn thân có tình trạng choáng mất máu
- B. Có chậm kinh, ra huyết, có cơn đau bụng dữ dội
- C. Túi cùng Douglas căng phồng và đau
- D. Chọc Douglas có máu loãng không đông

5. Thăm dò có giá trị nhất trong chẩn đoán xác định CNTC vỡ là:

- A. Định lượng HCG
- B. Siêu âm
- C. Chọc dò Douglas
- D. Nạo buồng tử cung

* Thực hành:

- Bảng kiểm lượng giá học lâm sàng xã hội.
- Bản báo cáo học lâm sàng xã hội.
- Bệnh án.

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết CNTC.
 - Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp
 - Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân
 - Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phần học lâm sàng xã hội
- Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học:

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giáo viên, thảo luận với sinh viên cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết. Tại phòng bệnh khoa sản: hỏi bệnh, thăm khám, tham khảo hồ sơ bệnh án bệnh nhân CNTC để làm sáng tỏ phần lý thuyết.

2. Vận dụng thực tế

Sinh viên làm bệnh án hoàn chỉnh cho bệnh nhân CNTC tại khoa sau đó lập kế hoạch và đến gia đình người bệnh để thăm hỏi, quan sát điều kiện sinh hoạt, môi trường... tìm yếu tố ảnh hưởng đến quá trình bệnh lý, như các viêm nhiễm đường sinh dục và tư vấn chăm sóc sức khỏe cho gia đình người bệnh.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Bộ Y tế 2003.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Khoa Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học Năm 2002.

CHỮA TRÚNG VÀ THEO DÕI SAU NẠO TRÚNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. Liệt kê được nguyên nhân, yếu tố thuận lợi và phân loại chữa trứng.*
- 2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán, xử trí chữa trứng.*
- 3. Phát hiện được các yếu tố nguy cơ tạo hộ gia đình liên quan đến chữa trứng*

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Chửa trứng là bệnh của trung sản mạc do các gai rau thoái hoá tạo thành các túi chứa dịch dính vào nhau như chùm nho, là bệnh của nguyên bào nuôi.

Tỷ lệ bệnh thường khác nhau giữa các nước, tỷ lệ tăng cao ở các nước Đông Nam á. Ở Mỹ, tỷ lệ gặp chửa trứng là 1/1500 thai nghén, ở Nhật là 1/522 người có thai, Philippine 7/1000 ca đẻ, Malaysia 2,8/1000 ca đẻ. Ở Việt Nam chửa trứng chiếm tỷ lệ 1/500 ca đẻ. Chửa trứng thường gây nên các biến chứng nguy hiểm như sảy trứng băng huyết, chorio...

1.2. Nguyên nhân và điều kiện thuận lợi

- Nguyên nhân: hiện nay vẫn chưa rõ nguyên nhân gây chửa trứng, người ta cho rằng chửa trứng là một hiện tượng thai nghén không bình thường, trong đó các tổn thương đã làm trứng hỏng nhưng gai rau vẫn được nuôi dưỡng bằng máu mẹ, nên vẫn tiếp tục hoạt động chế tiết và hậu quả là dịch tích lại trong lớp đệm rau và tế bào nuôi tăng sinh.

- Điều kiện thuận lợi

+ Tuổi người mẹ, nếu tuổi người mẹ mang thai trên 40 tuổi thì nguy cơ bệnh tế bào nuôi tăng 2,6 lần, sau 45 tuổi tăng 25 lần, sau 50 tuổi tăng 80 lần so sánh với người phụ nữ mang thai ở tuổi 21 đến 35 và ngược lại nếu tuổi

người mẹ < 20 cũng tăng nguy cơ đáng kể tăng 1,5 lần.

+ Tiền sử có thai nhiều lần.

1.3. Phân loại

Dựa vào giải phẫu bệnh lý:

- Đại thể có hai loại:

+ Chửa trứng toàn phần: toàn bộ gai rau thoái hoá hết thành trứng không có tổ chức thai.

+ Chửa trứng bán phần: chửa trứng bán phần là bên cạnh các túi trứng còn có cả tổ chức rau bình thường, đôi khi có cả thai, thai còn sống hoặc đã chết. Khả năng ác tính của chửa trứng bán phần ít hơn chửa trứng toàn phần

- Vi thể: dựa vào mức độ phát triển của nguyên bào nuôi người ta chia chửa trứng ra làm hai loại

+ Chửa trứng lành tính: lớp hội bào chưa bị phá vỡ lớp tế bào Langhans không ăn vào niêm mạc tử cung

+ Chửa trứng ác tính (chửa trứng xâm lấn): lớp hội bào bị phá vỡ .từng mảng tế bào Langhans ăn vào niêm mạc và cơ tử cung, có khi ăn thủng tử cung gây chảy máu vào ổ bụng

2. Triệu chứng

2.1. Triệu chứng cơ năng

- Ra máu: là triệu chứng cơ năng quan trọng, thường ra máu sớm trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén huyết thường đen, hoặc đỏ, ra dai dẳng dẫn đến thiếu máu.

- Nghén nặng: thường biểu hiện nôn nhiều, mệt mỏi, đôi khi xuất hiện phù, có protein niệu.

- Thai phụ có cảm giác bụng to lên nhanh

- Không thấy thai máy

2.2. Thực thể

- Tử cung to, không tương xứng tuổi thai, mật độ mềm, thường tử cung to hơn so với tuổi thai (trừ loại chưa trứng thoái hoá, tử cung không to hơn so với tuổi thai)

- Nghe không thấy tim thai.

- Khám âm đạo: đặt mỏ vịt có thể thấy nhân di căn âm đạo, to bằng ngón tay màu tím sẫm, dễ vỡ gây chảy máu. Khám âm đạo bằng tay kết hợp với nắn ngoài thành bụng thấy tử cung to hơn so với tuổi thai mật độ mềm, không sờ thấy các phần của thai nhi. Thăm khám phần phụ có thể thấy nang hoàng tuyến hai bên căng mọng, di động dễ.

2.3 Cận lâm sàng

Siêu âm: thấy hình ảnh tuyết rơi, hoặc thấy hình ảnh nang hoàng tuyến hai bên buồng trứng, không thấy âm vang thai

Định lượng HCG tăng cao > 20.000 đv ếch hoặc > 60.000 đv thở hay β HCG > 50.000 đv quốc tế trong 24 giờ

Định lượng estriol trong nước tiểu thấp hơn thai thường, thấy rõ sau tuần thứ 14

HPL tăng cao trong thai thường nhưng rất thấp trong thai trứng. Khi HCG tăng cao mà HPL âm tính phải nghĩ đến biến chứng ác tính

Chụp động mạch tử cung chọn lọc thấy hình ảnh các mạch xoắn hình tổ chim trong chưa trứng xâm lấn

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

- Tại tuyến cơ sở: dựa vào các triệu chứng:

+ Tắt kinh, rong huyết

+ Nghén nặng mệt mỏi, nôn nhiều

+ Tử cung to hơn so với tuổi thai, mật độ mềm

+ Nghe không thấy tim thai

+ Gửi bệnh nhân đến tuyến chuyên khoa khám và chẩn đoán

- Tại tuyến chuyên khoa: dựa vào các triệu chứng sau đây để chẩn đoán

xác định.

- + Tắt kinh, nghén nặng
- + Chảy máu dai dẳng, trong 3 tháng đầu của thai nghén.
- + Tử cung to không tương xứng với tuổi thai, thường là to hơn tuổi thai mật độ mềm.
- + Không nắn thấy phần thai
- + Không nghe tiếng thấy tim thai
- + Cận lâm sàng như đã nêu ở trên

3.2. Chẩn đoán phân biệt: Chửa trứng có thể nhầm với

- Doạ sảy thai thường: bệnh nhân đau bụng từng cơn hoặc âm ỉ, tử cung không to hơn tuổi thai, lượng HCG tăng không cao.
- Thai chết lưu, tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai, có tiết sữa non, HCG âm tính, tuy vậy thai chết lưu có thể nhầm với chửa trứng thoái triển. Siêu âm giúp ta chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt chính xác.

4. Tiến triển và biến chứng: Nếu không chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời có thể gây:

- Thủng tử cung: do trứng ăn sâu vào cơ tử cung gây chảy máu vào ổ bụng.
- Băng huyết do sảy trứng, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.
- Ung thư nguyên bào nuôi (ung thư rau - chong): tỷ lệ thường gặp là 15 đến 27% có biến chứng thành ung thư sau chửa trứng.

5. Xử trí

5.1. Tại tuyến y tế cơ sở

- Khi nghi ngờ là chửa trứng hoặc chẩn đoán xác định là chửa trứng gửi ngay lên tuyến trên điều trị
- Nếu ra huyết nhiều, hoặc sảy trứng, phải tiêm thuốc cầm máu, hồi sức cho bệnh nhân và tổ chức chuyển tuyến cấp cứu

5.2. *Tại tuyến chuyên khoa*

5.2.1. *Nạo hút trứng:*

Khi đã chẩn đoán là chứa trứng thì phải nạo hút trứng để phòng xảy trứng gây băng huyết.

- Thường dùng máy hút dưới áp lực chân không để hút nhanh đỡ chảy máu.

- Trong khi hút trứng phải truyền dịch glucose đẳng trương 5% pha 5 đơn vị oxytocin để giúp tử cung co hồi tốt, tránh thủng tử cung khi nạo và cầm máu, chỉ ngừng truyền khi hút hết trứng, nạo sạch tử cung, tử cung co hồi tốt

- Gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh lý.

- Sau 2 - 3 ngày nạo lại lần 2 nếu nghi ngờ sót rau, sót trứng.

- Sau nạo phải cho kháng sinh chống nhiễm trùng.

5.2.2. *Cắt tử cung*

- Thường cắt tử cung dự phòng đối với những phụ nữ không muốn có con nữa hoặc những phụ nữ trên 40 tuổi có nhiều con, chữa chứng xâm lấn chứa trứng tái phát. Người ta nhận thấy rằng cắt tử cung dự phòng sau nạo trứng đã giảm tỷ lệ biến chứng ác tính khoảng 3,5% trong số 20% phụ nữ được mổ sau nạo trứng.

Tuy vậy sau cắt tử cung vẫn chưa loại trừ được biến chứng ác tính do đó cần phải được theo dõi nồng độ β HCG sau mổ.

5.2.3. *Điều trị hoá chất dự phòng*

Chỉ định trong chứa trứng xâm lấn hoặc chứa trứng nguy cơ cao. Thường dùng Methotrexat hoặc Actinomycin D, có thể dùng riêng hoặc phối hợp đa hoá trị liệu.

Nguyên tắc:

- Thử công thức máu trước điều trị: nếu bạch cầu $< 3000/\text{mm}^3$ máu, tiểu cầu $< 100.000/\text{mm}^3$, hồng cầu $< 2,5$ triệu thì không được dùng

- Chú ý chức năng gan thận để chọn thuốc dùng cho phù hợp

- Trong quá trình điều trị cứ 3 ngày xét nghiệm công thức máu 1 lần để có chỉ định hướng điều trị tiếp

- Trong quá trình điều trị nếu thấy xuất hiện tác dụng phụ của thuốc như loét miệng, ỉa chảy, ỉa ra máu, rụng tóc, phát ban, vàng da thì ngừng thuốc.

- Trong quá trình điều trị phải theo dõi β HCG về âm tính vẫn chưa có nghĩa là khỏi bệnh. Việc theo dõi β HCG phải trong 2 năm, trong thời gian này bệnh nhân không được có thai.

- điều trị cụ thể:

Methotrexat (MTX) 0,3mg/kg P/24 giờ dùng 5 ngày nghỉ 7 ngày uống chia 2 lần/24 giờ. Loại tiêm dùng 1mg/kg P/24 giờ tiêm bắp cách ngày một lần, dùng trong bốn ngày.

Actinomycin D 0,5mg/24 giờ tiêm tĩnh mạch, dùng trong 5 ngày, nghỉ 7 - 10 ngày. Loại này ít độc hơn MTX, nên có thể dùng cho những bệnh nhân bị bệnh gan thận.

5.2.4. Theo dõi sau nạo trứng:

Theo dõi lâm sàng:

- Ngay sau khi nạo trứng, phải gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý để xem chữa trứng ác tính hay lành tính.

- Theo dõi về lâm sàng, bình thường sau nạo trứng 3-4 tuần, giải phẫu và sinh lý đường sinh dục người bệnh trở lại bình thường (tử cung nhỏ, có kinh..). Nếu sau thời gian này tử cung vẫn to, nang hoàng tuyến không mất, phải nghĩ đến có biến chứng chửa hoặc thấy xuất hiện nhân di căn thì càng chắc chắn hơn.

Cận lâm sàng:

- Chụp X quang phổi phát hiện nhân di căn.

- Theo dõi bằng siêu âm phát hiện sót trứng và tiến triển của nang hoàng tuyến

- Theo dõi β HCG: sau nạo trứng phải định lượng β hCG 1 - 2 tuần một lần cho đến khi âm tính 3 lần liên tiếp. Sau đó cứ hai tháng thử một lần cho đến 1 năm.

Gọi là tiến triển không thuận lợi khi:

+ β HCG tăng lên qua 2 lần định lượng liên tiếp

+ Có giá trị như nhau qua 3 lần định lượng

+ Hoặc không trở về âm tính sau 3 tháng

Bệnh nhân có thể có thai trở lại sau 2 năm với các lần xét nghiệm kết quả đều âm tính.

Trong quá trình theo dõi kết quả xét nghiệm dương tính nghi tới hoặc có thai hoặc biến chứng chorio.

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Tại bệnh viện

Bảng kiểm tự học khám phát hiện triệu chứng, chẩn đoán, cách xử trí và theo dõi sau nạo trứng.

Nội dung chính		Có	Không
1	Triệu chứng, chẩn đoán chửa trứng		
	Dấu hiệu của có thai 4,5 tháng đầu		
	Nghén nặng hơn		
	Kèm theo các dấu hiệu thiếu máu		
	Bụng to nhanh hơn bình thường		
	Ra huyết		
	Sờ tử cung mềm, to, không thấy các phần thai		
	Đặt mỏ vịt có thể thấy nhân chong ở thành ÂĐ		
2	Xét nghiệm và thăm dò		
	HCG tăng cao		
	Siêu âm hình ảnh rỗng âm như tuyết rơi		

Nội dung chính		Có	Không
	Xét nghiệm máu có thiếu máu		
	Xquang tử cung và tim phổi		
3	Xử trí		
	Nạo, hút trứng thận trọng		
	Hồi sức tốt		
	Nếu lớn tuổi thì mổ cắt tử cung cả khối		
	Phối hợp hoá chất liệu pháp		

4	Theo dõi sau nạo hút trứng và sau mổ cắt TC		
	Xét nghiệm HCG sau 1 tháng:		
	Nếu giảm dần tiên lượng tốt, tăng tiên lượng xấu		
	HCG về (-), sau lại (+), tiên lượng xấu		
	Theo dõi liên tục trong 2 năm		
	Không được có thai trong ít nhất 2 năm		

Bước 2: Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt thăm khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện.
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công sinh viên chuẩn bị đi đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:
 - + Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
 - + Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.
 - + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
 - + Tình hình sử dụng các dịch vụ y tế.
 - + Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh.
 - + Các thói quen xã hội: rượu, thuốc....
 - + Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện.
- Quan sát:
 - + Điều kiện nhà ở.
 - + Nguồn nước sử dụng.
 - + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
 - + Các công trình vệ sinh.
- Tư vấn cho hộ gia đình cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến

sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn và quan sát.

Bước 3. Tại hộ gia đình: Tiến hành phỏng vấn, quan sát, và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị

Bước 4. Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Hình thành giả thuyết các yếu tố nguy cơ gây chữa trứng trên cá thể người bệnh.
- Rút ra bài học kinh nghiệm.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Công cụ lượng giá

Lý thuyết: Câu hỏi trắc nghiệm

Trả lời ngắn các câu sau bằng cách điền từ hoặc cụm từ vào khoảng trống

1 Chửa trứng là bệnh của A do các B dính vào nhau thành chùm nho.

A.....

B.....

2. Theo giải phẫu bệnh lý, có 4 loại chửa trứng là:

A. Chửa trứng hoàn toàn

B. Chửa trứng lành tính

C.....

D.

3. Triệu chứng cơ năng thường gặp trong chửa trứng là:

A. Ra máu

B. Cảm thấy bụng to nhanh

C.....

D.

4. Triệu chứng thực thể thường có trong chửa trứng là:

A. Tử cung không tương xứng với tuổi thai thường là to hơn tuổi thai, mềm

B. Không nghe thấy tim thai

C.....

D.

5. Về lâm sàng chửa trứng hay nhầm với 2 bệnh:

A.....

B.....

6. Chửa trứng không được chẩn đoán và xử trí kịp thời có thể xảy ra biến chứng sau:

A. Thủng tử cung do trứng ăn sâu vào cơ tử cung

B.....

C.....

7. Phân biệt đúng sai các câu sau bằng cách đánh dấu X vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

TT	Câu hỏi	A	B
1	Nạo hút trứng ngay, khi chẩn đoán xác định là chửa trứng		
2	cần theo dõi sau nạo trứng trong thời gian 2 năm		
3	Nên mang thai và sinh con sau nạo trứng 1 năm		
4	Ngay sau nạo trứng phải làm giải phẫu bệnh lý		

8. Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu sau bằng cách đánh dấu X vào cột có chữ cái tương ứng với chữ cái đứng đầu câu sinh viên chọn

Câu hỏi	A	B	C	D
1. Yếu tố không phải là điều kiện thuận lợi của chửa trứng là: A. Điều kiện kinh tế thấp kém B. Tuổi > 40 hoặc < 20 C. Tiền sử có thai nhiều lần D. Chế độ ăn thiếu acide folic				

2. Triệu chứng cơ năng quan trọng của chửa trứng là: A. Ra máu trong 3 tháng đầu của thai kỳ				
---	--	--	--	--

Câu hỏi	A	B	C	D
B. Nghén nặng C. Bụng to nhanh D. Không thấy thai máy				
3. Phán đoán chửa trứng khi định lượng β HCG: A. Tăng cao 10 000 đv quốc tế B. Tăng cao 50 000 đv quốc tế C. Tăng cao 40 000 đv quốc tế D. Tăng cao 30 000 đv quốc tế				
4. Biến chứng nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân là: A. Mẹ mệt do nghén nặng B. Tử cung căng quá mức. C. Băng huyết do sảy trứng D. Ung thư nguyên bào nuôi				
5. Định nghĩa đúng về chửa trứng là: A. Chửa trứng do tổ chức liên kết trong thai rau phát triển quá mức làm phình to các gai rau. B. Chửa trứng do các nguyên bào nuôi phát triển quá nhanh, các gai rau không còn tổ chức liên kết và mạch máu, phình to thành những bọc nước. C. Chửa trứng do hiện tượng cương tụ và tăng sinh mạch máu trong gai rau. D. Chửa trứng do phôi thai chết và tiêu đi, chỉ còn nước trong túi phôi.				

Thực hành:

- Bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội
- Báo cáo học lâm sàng xã hội
- Bệnh án

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết chữa trứng.
- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.
- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.
- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phân học lâm sàng xã hội.
- Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự đọc trước tài liệu, chuẩn bị, khám bệnh nhân và làm bệnh án, chuẩn bị tài liệu và phương tiện cho việc đi tới hộ gia đình học lâm sàng xã hội

2. Vận dụng thực tế

- Sinh viên khám bệnh nhân chữa trứng, làm bệnh án
- Thảo luận bệnh án dưới sự hướng dẫn của giáo viên
- Sinh viên cùng giáo viên xuống hộ gia đình học cách tiếp cận hộ gia đình và cộng đồng. Quan sát tại hộ gia đình nhằm phát hiện các yếu tố môi trường xã hội tác động tới sản phụ gây nguy cơ thai trứng, như:
 - Môi trường ô nhiễm chất thải của xúc vật, hôi thối có thể gây nhiễm khuẩn, ô nhiễm khí thải chất đốt: bếp than, bếp dầu
 - Trình độ văn hóa thấp, mang thai nhiều lần, đẻ quá sớm, đẻ quá muộn ảnh hưởng tới chữa trứng
 - Tìm hiểu loại hình nghề nghiệp, mức độ lao động: lao động nặng, lao động ở môi trường độc hại, hầm lò, nhiễm chất độc hóa học gây chữa trứng
 - Sinh viên tư vấn cho bệnh nhân và gia đình thực hiện chế độ lao động, sinh hoạt hợp lý, chế độ ăn đủ chất khi mang thai, thực hiện sinh đẻ có kế hoạch phòng chữa trứng, cách theo dõi sau nạo trứng và tầm quan trọng của việc theo dõi sau nạo trứng.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Khoa Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học Năm 2002.

RAU TIỀN ĐẠO

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. M tả được cách phân loại, đặc điểm giải phẫu bệnh lý của rau tiền đạo*
- 2. phán đoán và xử trí được rau tiền đạo theo từng tuyến.*
- 3. Phát hiện được các yếu tố nguy cơ tại hộ gia đình liên quan đến bệnh lý rau tiền đạo.*

1. Đại cương

Gọi là rau tiền đạo khi bánh rau không bám vào đáy hay thân tử cung, mà bám vào đoạn dưới tử cung ở thời điểm ba tháng cuối của thai kỳ, nó chặn đường ra của thai nhi khi chuyển dạ đẻ.

Rau tiền đạo là một trong những bệnh lý của bánh rau về vị trí rau bám, là yếu tố dễ khó do phần phụ của thai. Rau tiền đạo là một cấp cứu sản khoa gây chảy máu cấp tính trong 3 tháng cuối của thời kỳ có thai, trong chuyển dạ và sau đẻ. Nó có khả năng gây tử vong và mắc bệnh cho cả mẹ và con do chảy máu hay do đẻ non. Tỷ lệ gặp rau tiền đạo 1/200 tổng số đẻ, rau tiền đạo nếu được phát hiện sớm và xử trí tốt có thể hạn chế được tỷ lệ tử vong của mẹ và con .

2. Phân loại

2.1. Phân loại theo giải phẫu

- Rau tiền đạo bám thấp: Là phần lớn bánh rau bám vào thân tử cung, chỉ có một phần nhỏ bám lan xuống đoạn dưới, không gây chảy máu khi có thai và khi chuyển dạ, thường gây ối vỡ sớm, chỉ có thể chẩn đoán hồi cứu sau đẻ, bằng cách đo khoảng cách từ mép bánh rau đến lỗ rách màng rau nơi gần nhất dưới loạn.

- Rau tiền đạo bám bên (còn gọi là rau bám cạnh): Phần lớn bánh rau bám vào đoạn dưới, nhưng bờ bánh rau chưa tới cổ tử cung gây chảy máu ít. Chẩn đoán hồi cứu sau đẻ, bằng cách đo khoảng cách từ mép bánh rau đến lỗ rách màng rau nơi gần nhất dưới 10cm.

- Rau tiền đạo bám mép: Là mép bánh rau đã bám sát tới cổ tử cung (bám sát tới lỗ rách màng rau) nhưng chưa che lấp cổ tử cung, chảy máu ở mức độ vừa. Loại này có thể chẩn đoán được trong lúc chuyển dạ, khi cổ tử cung mở hết, thăm trong có thể sờ thấy bờ bánh rau sát mép cổ tử cung.

- Rau tiền đạo bán trung tâm: thăm âm đạo qua lỗ cổ tử cung có thể thấy một phần bánh rau che lấp một phần lỗ cổ tử cung, phần còn lại là màng ối.

- Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn: bánh rau che lấp toàn bộ lỗ cổ tử cung. Rau tiền đạo bán trung tâm và rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn gây chảy máu nặng khi có thai và khi chuyển dạ và thai không thể đẻ đường dưới được.

2.2. Phân loại theo lâm sàng

- Rau tiền đạo chảy máu ít: gặp trong rau tiền đạo bám thấp, bám bên, bám mép có khả năng đẻ đường dưới nếu chảy máu ít.

- Rau tiền đạo chảy máu nhiều: gặp trong rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn và rau tiền đạo bán trung tâm. Loại này không có khả năng đẻ đường dưới, rất nguy hiểm cho tính mạng của mẹ và con vì gây chảy máu nặng.

2.3. Phân loại theo siêu âm

Khi siêu âm lúc thai đủ tháng chưa chuyển dạ: đo khoảng cách từ bờ dưới mép bánh rau tới lỗ trong cổ tử cung được trên 20 mm thì khi chuyển dạ có thể đẻ đường dưới được, thường gây chảy máu ít. Nếu nhỏ hơn 20mm, thường khó có khả năng đẻ đường dưới được, thường phải mổ lấy thai vì chảy máu nhiều

Khi siêu âm lúc thai đủ tháng, chưa chuyển dạ: nếu thấy bờ dưới mép bánh rau lan tới lỗ trong cổ tử cung, thì khi chuyển dạ thường trở thành rau tiền đạo bán trung tâm không có khả năng đẻ đường dưới. Cần mổ lấy thai chủ động tránh chảy máu khi chuyển dạ. Nếu thấy bánh rau lan qua lỗ trong cổ tử cung, thì khi chuyển dạ là rau tiền đạo trung tâm, không có khả năng đẻ đường dưới. Cần mổ lấy thai chủ động tránh chảy máu khi chuyển dạ.

3. Nguyên nhân

Người ta chưa hiểu đầy đủ nguyên nhân sinh ra rau tiền đạo nhưng thấy có những yếu tố thuận lợi sau.

- Có tiền sử rau tiền đạo trước đó.
- Tiền sử đã mổ tử cung lấy thai.
- Tiền sử đã mổ tử cung vì bất kỳ lý do nào đó nó ư u xơ tử cung, chửa gót tử cung, mổ tạo hình tử cung....
- Tiền sử nạo thai, nạo sảy, hút điều hoà kinh nguyệt.
- Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc rau nhân tạo.
- Tiền sử đẻ nhiều lần.

4. Đặc điểm giải phẫu của rau tiền đạo

4.1. Bánh rau

Hình thể không tròn đều, diện bám của bánh rau rất rộng, chiều dày của bánh rau mỏng thường dưới 2cm. Các gai rau thường ăn sâu vào niêm mạc tử cung dễ gây rau cài răng lược. Rau tiền đạo gây rau cài răng lược có tỷ lệ từ 4,1- 10,1%. Quá trình theo dõi rau tiền đạo ba tháng cuối thấy chúng còn có khả năng di động.

4.2. Màng rau

Màng rau xung quanh bánh rau thường dày, độ chun giãn kém. Khi eo tử cung giãn thành đoạn dưới tử cung gây co kéo vào bánh rau làm một vài mạch máu của bánh rau không giãn dài kịp nên bị đứt và gây chảy máu trong 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén. Khi chuyển dạ đoạn dưới tử cung hình thành thực sự gây co kéo mạnh vào bánh rau càng gây đứt nhiều mạch máu hơn và gây chảy máu dữ dội.

4.3. Dây rau

Dây rau của rau tiền đạo thường không cắm ở giữa bánh rau, mà thường cắm ở rìa bánh rau. Nếu dây rau cắm ở rìa bánh rau về phía cổ tử cung như trong trường hợp rau tiền đạo bám thấp, bám bên, bám mép thì khi ối vỡ tự nhiên hay bấm ối thường dễ bị sa dây rau.

4.4. Đoạn dưới

Đoạn dưới của tử cung được cấu tạo bởi hai lớp cơ, không có lớp cơ đan nên sau khi sổ rau thường khó cầm máu. Mạch máu của tử cung là những nhánh ngang của động mạch tử cung nên dinh dưỡng cho bánh rau kém, vì vậy diện bám của bánh rau lan rộng và vị trí bám của bánh rau có xu hướng di chuyển về phía thân và đáy tử cung. Vì bánh rau thường cố định vị trí bám từ 3 tháng cuối của thai kỳ, nên cần siêu âm kiểm tra vị trí bám của bánh rau từ tuần thứ 30 trở lên.

5. Cơ chế chảy máu trong rau tiền đạo

5.1. Do hình thành đoạn dưới trong 3 tháng cuối

Eo tử cung giãn dần từ 0,5 cm tới lúc chuyển dạ thành thành đoạn dưới thực sự là 10cm, trong khi đó bánh rau không giãn được gây co kéo làm đứt mạch máu giữa tử cung và bánh rau gây chảy máu.

5.2. Do cơn co tử cung ở ba tháng cuối

Cơn co tử cung ở ba tháng cuối là cơn co Hick- cơn co sinh lý để hình thành đoạn dưới, hoặc cơn co tử cung thực sự làm bong và đứt các gai rau gây chảy máu. Vì vậy trong điều trị rau tiền đạo cần dùng thuốc giảm co khi có cơn co tử cung để cầm máu khi có hiện tượng chảy máu.

5.3. Sự thành lập đầu ối khi chuyển dạ

Khi thành lập đầu ối, ối phồng to lên gây co kéo vào màng ối. Màng ối trong rau tiền đạo dày không co giãn được co kéo mạnh vào bánh rau gây chảy máu. Nên khi chuyển dạ có chảy máu mà sờ thấy màng ối thì ta cần phải bấm ối để cầm máu.

5.4. Khi thai đi ngang qua bánh rau

Thai đi ngang qua bánh rau, thai có khả năng cọ sát vào bánh rau làm bong rau và gây chảy máu nhưng không chảy ngay lúc đó mà chảy máu khi thai đã đi qua và tạo ra chảy máu ồ ạt.

6. Triệu chứng rau tiền đạo

6.1. Triệu chứng lâm sàng

6.1.1. Khi có thai

- Triệu chứng cơ năng

Chảy máu là triệu chứng chính, chảy máu thường xuất hiện ở 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén, nhưng đôi khi sớm hơn từ cuối tháng giữa của thời kỳ thai nghén, với những tính chất đặc biệt:

+ Đột ngột, tự nhiên, bất ngờ.

+ Máu đỏ tươi có khi lẫn máu cục, số lượng máu có thể nhiều, máu chảy ra một cách ồ ạt làm cho bệnh nhân hốt hoảng lo sợ sau đó máu chảy ít dần màu thẫm lại.

+ Sau mỗi lần chảy máu cảm tự nhiên mặc dù có hay không điều trị.

+ Chảy máu tái phát nhiều lần với tính chất: lượng máu chảy lần sau ra nhiều hơn lần trước, khoảng cách chảy máu lần sau ngắn lại hơn lần trước, nhưng thời gian chảy máu kéo dài hơn.

+ Toàn thân biểu hiện thiếu máu và mệt mỏi phụ thuộc vào số lượng máu mất và số lần chảy máu.

- Triệu chứng thực thể

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở có thể bình thường hay thay đổi tùy thuộc lượng máu mất nhiều hay ít.

+ Nhìn: da niêm mạc nhợt nhạt hay không cũng tùy thuộc vào lượng máu mất nhiều hay ít. Tử cung có thể có hình hùng hay hình bè ngang tùy theo tư thế ngôi thai ở từng buồng tử cung.

+ Sờ nắn: trong rau tiền đạo hay gặp ngôi thai bất thường như ngôi ngang, ngôi ngược, đầu cao lỏng.

+ Nghe tim thai: nhịp tim thai bình thường nếu rau tiền đạo không chảy máu nhiều, tim thai chỉ thay đổi (thai suy) khi rau tiền đạo chảy máu nhiều.

+ Đặt mỏ vịt hay van âm đạo để chẩn đoán phân biệt rau tiền đạo với các bệnh gây ra chảy máu từ tổn thương cổ tử cung: viêm lộ tuyến tử cung, viêm loét cổ tử cung...

+ Thăm âm đạo qua túi cùng giữa ngôi thai và ngón tay, có cảm giác

thấy một lần đệp dày khác với nước ối, đó là bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung.

6.1.2. Khi chuyển dạ

- Cơ năng: bệnh nhân có quá trình chảy máu trong 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén, nay tự nhiên ra máu ồ ạt, máu tươi lẫn máu cục. Máu ra ngày một nhiều khiến bệnh nhân rất lo sợ và mệt mỏi. Kèm theo ra máu bệnh nhân thấy đau bụng, đau ngày một tăng, đó là dấu hiệu đau bụng do cơn co tử cung khi chuyển dạ.

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở bình thường hay thay đổi tùy thuộc vào lượng máu mất nhiều hay ít. Bệnh nhân hốt hoảng, lo lắng sợ hãi có khi thờ ơ, bất tỉnh khi mất máu quá nhiều.

- Thực thể:

- + Nhìn: vẻ mặt sản phụ xanh xao, tử cung có thể có hình trứng hay hình bẻ ngang tùy theo tư thế ngôi thai ở trong buồng tử cung.

- + Nắn: có thể thấy ngôi thai bất thường như ngôi ngang, ngôi ngược...

- + Nghe tim thai bình thường hay thai suy tùy số lượng mất máu nhiều hay ít có ảnh hưởng đến thai hay không.

- + Thăm âm đạo khi cổ tử cung mở: có thể sờ thấy màng ối hay mép bánh rau nếu rau tiền đạo bám mép. Nếu vừa sờ thấy múi rau vừa sờ thấy màng ối là rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn. Nếu chỉ sờ thấy múi rau là rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn. Phương pháp chẩn đoán rau tiền đạo bằng tay qua lỗ cổ tử cung đã mở rất dễ gây chảy máu nặng nên cần hạn chế thăm âm đạo và chỉ thăm âm đạo khi cuộc phẫu thuật đã sẵn sàng. Thăm âm đạo qua túi cùng khi cổ tử cung đang xoá mở, ta có thể thấy giữa ngôi thai và ngón tay có cảm giác thấy một lớp đệp dày khác với nước ối, đó là bánh rau bám vào đoạn dưới tử cung.

- + Thăm khám bằng mỏ vịt hay van âm đạo có thể nhìn được màng ối và múi rau. Đây là phương pháp thăm khám nhẹ nhàng chính xác và không gây chảy máu, rất an toàn cho sản phụ.

6.2. Cận lâm sàng

6.2.1. Khi có thai

- Chụp X quang bằng tia mềm: ta có thể thấy hình thờ của bánh rau khi rau ở trước ngôi thai. Phương pháp này ngày nay hầu như không dùng.

- Chụp X quang có bơm thuốc cản quang vào bàng quang thấy hình giống như đầu thai nhi đội mũ nồi. Nói chung người ta khuyên không nên dùng X quang để chẩn đoán rau tiền đạo vì nó làm thai nhi bị nhiễm xạ.

- Chụp phóng xạ Iod¹³¹ hiện nay ít làm vì có siêu âm.

- Siêu âm chẩn đoán thấy được vị trí chính xác của bánh rau với điều kiện bàng quang có đủ nước tiểu, đo được khoảng cách từ mép bánh rau tới lỗ trong cổ tử cung. Ngoài ra còn cho ta biết được ngôi thai, kích thước của thai nhi, theo dõi được sự di chuyển vị trí bám của bánh rau trong ba tháng cuối của thai kỳ.

- Xét nghiệm công thức máu giảm ít hay nhiều tùy thuộc vào lượng máu mất.

6.2.2. Khi chuyển dạ

- Ít dùng các phương pháp cận lâm sàng để chẩn đoán nhưng nếu cần thì có thể sử dụng siêu âm chẩn đoán bệnh.

7. Nguy cơ của rau tiền đạo

- Mẹ: nguy cơ chủ yếu là chảy máu (71%) đe dọa tính mạng của mẹ và con.

83% phải mổ lấy thai để cầm máu, 17% phải cắt tử cung mới cầm được máu, tỷ lệ tử vong cho mẹ 3,23%.

- Con: 52% con non tháng, cân nặng lúc sinh thấp (2500g). Tỷ lệ tử vong chu sản cao từ 8- 12,2%.

8. Chẩn đoán

8.1. Chẩn đoán xác định

8.1.1. Tuyến cơ sở

- Ra huyết trong 3 tháng cuối với tính chất ra máu trong rau tiền đạo như đã mô tả ở trên.
- Khám phát hiện được ngôi bất thường hoặc ngôi đầu cao lỏng.

8.1.2. Tuyến chuyên khoa

- Dựa vào triệu chứng lâm sàng.
- Cận lâm sàng: Đã mô tả ở trên.

8.2. Chẩn đoán phân biệt

- Rau bong non: ra huyết đen loãng không đông, có hội chứng nhiễm độc thai nghén, tử cung co cứng như gỗ, tim thai khó nghe hoặc mất, bệnh nhân choáng.
- Vỡ tử cung trong khi có thai: ra huyết đỏ tươi, đau bụng dữ dội, khám thấy thai dưới da bụng, tim thai mất, tử cung là khối cạnh thai nhi, bệnh nhân choáng nặng.

9. Xử trí

9.1. Tuyến y tế cơ sở

Khi chẩn đoán được hoặc nghi ngờ là rau tiền đạo, phải cho thuốc giảm co bóp tử cung và chuyển tuyến trên ngay để điều trị ngay.

9.2. Tuyến chuyên khoa

9.2.1. Trong thời kỳ mang thai

Nguyên tắc cầm máu cứu mẹ, có ưu tiên cho con khi thai gần đủ tháng hoặc đủ tháng.

- Chế độ chăm sóc
 - + Khuyến bệnh nhân vào viện điều trị để theo dõi, mặc dù máu đã ngừng chảy và dự phòng cho lần chảy máu sau.
 - + Hạn chế vận động ở mức tối đa.
 - + Ăn chế độ dinh dưỡng tốt, chống táo bón.

- Chế độ thuốc

+ Dùng các thuốc ức chế cơn co tử cung như Papaverin, Salbutamol.

+ Nếu bệnh nhân thiếu máu, có thể truyền máu.

+ Dùng kháng sinh: Ampicilin.

- Điều trị sản khoa

+ Nếu điều trị chảy máu không kết quả thì chủ động mổ lấy thai.

+ Nếu điều trị chảy máu có kết quả có thể giữ thai đến đủ tháng. Xác định lại chẩn đoán để có thái độ xử trí phù hợp.

Nếu là rau tiền đạo chảy máu ít, có thể theo dõi chờ chuyển dạ đẻ tự nhiên, nếu là rau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm thì chủ động mổ lấy thai.

Tuyệt cơ sở nếu phát hiện được rau tiền đạo dù ở bất cứ tuổi thai nào cũng cần phải tổ chức chuyển tuyến ngay để phòng biến chứng chảy máu nặng. Trước khi chuyển cần cho bệnh nhân dùng thuốc giảm co mạnh, hồi sức chống choáng nếu cần thiết.

9.2.2. Trong khi chuyển dạ.

- Nguyên tắc xử trí: Cầm máu để cứu mẹ là chính nếu cứu được con thì càng tốt vì thai của rau tiền đạo thường là non tháng và mất máu nên khó sống, nếu không xử trí nhanh để mẹ chảy máu nhiều có thể làm chết cả mẹ và con.

+ Loại rau tiền đạo bám thấp bám bên

Khi chuyển dạ phải bấm ối để cầm máu, nếu cầm được máu chờ chuyển dạ tiến triển bình thường và cho đẻ đường dưới. Nếu không cầm được máu thì phải mổ lấy thai để cầm máu.

+ Loại rau tiền đạo bám mép

Bấm ối để cầm máu, sau bấm ối phải xé rộng màng ối giúp cầm máu. Nếu không cầm được máu phải mổ lấy thai. Cách bấm ối ta dùng kim bấm ối như bình thường, nhưng sau khi bấm ối như bình thường ta phải xé rộng màng ối song song với mép bánh rau để tránh xé vào bánh rau.

+ Loại rau tiền đạo trung tâm không hoàn toàn

Thường phải mổ lấy thai vì chảy máu nhiều, trước khi mổ ta phải bấm ối và dùng thuốc giảm co bóp tử cung để cầm máu tạm thời.

+ Loại rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn.

- Chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối, dùng thuốc giảm co trong khi chuẩn bị mổ, cần phối hợp hồi sức chống choáng trước trong và sau khi phẫu thuật. Trong khi phẫu thuật nếu không cầm được máu thì phải thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị hoặc cắt tử cung bán phần.

10. Phòng bệnh

Cần làm tốt công tác vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh thai nghén

Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch. Giảm tỷ lệ nạo hút thai

Làm tốt công tác vô khuẩn trong sản khoa

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Lý thuyết thực hành tại bệnh viện

1. Bảng kiểm tự học mô tả đặc điểm giải phẫu bệnh và phân loại RTĐ

Những nội dung chính	Có	Không
1. Đặc điểm giải phẫu bệnh - Bánh rau không tròn đều, chỗ dày chỗ mỏng - Màng rau dày, chun giãn kém - Dây rau cắm bên cạnh, dễ sa khi ối vỡ - Đoạn dưới không co hồi, chảy máu khi sờ rau		
2. Phân loại: - Theo giải phẫu. - Theo lâm sàng. - Theo siêu âm		

2. Bảng kiểm tự học triệu chứng, chẩn đoán và xử trí RTĐ

Các nội dung chính	Có	Không
1. Trong khi có thai - Cơ năng + Ra huyết đột ngột, đỏ tươi, ngừng chảy lại tái phát - Toàn thân: thiếu máu, da xanh - Thực thể: + Có ngội bất thường - Cận lâm sàng: + Siêu âm: bánh rau bám ở đoạn dưới và cổ tử cung. + Chụp X quang tia mềm + Chụp X quang bơm cản quang bàng quang + Chụp X quang lode 131 - Xử trí: + Nằm nghỉ tuyệt đối + Giảm co, cầm máu, kháng sinh		
2. Trong chuyển dạ - Cơ năng + Ra huyết dữ dội, đỏ tươi, máu cục - Toàn thân: thiếu máu, da xanh, choáng - Thực thể: + Có ngội bất thường + Cổ tử cung mở sờ thấy múi rau, màng rau dày + Đặt mỏ vịt nhìn thấy múi rau + Tim thai suy hoặc mất - Cận lâm sàng: + CTM: có thiếu máu + Siêu âm: bánh rau bám ở đoạn dưới và cổ tử cung. - Xử trí: + Bấm ối cầm máu nếu có thể + Chảy máu nhiều: mổ cấp cứu lấy thai + Mổ lấy thai với loại trung tâm và bán trung tâm hoặc kèm theo yếu tố nguy cơ khác + Kết hợp cắt tử cung nếu không cầm được máu		

Bước 2: Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình

Mục tiêu:

- Tóm tắt thăm khám, chẩn đoán và điều trị tại viện
- Liệt kê được những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình
- Phân công công việc cụ thể cho từng cá nhân khi đến hộ gia đình

Nội dung:

Phỏng vấn

- Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp....
- Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình
- Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình
- Tình hình sử dụng các dịch vụ y tế
- Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh
- Các thói quen xã hội: rượu, thuốc lá.
- Thói quen vệ sinh thân thể
- Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện.

- Quan sát
- Điều kiện vệ sinh
- Điều kiện nhà ở
- Nguồn nước sử dụng
- Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi tiếng ồn...
- Công trình vệ sinh

Tư vấn: tư vấn cho hộ gia đình cách chăm sóc bệnh nhân, và cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe phát hiện được trong quá trình phỏng vấn và quan sát

Bước 3: Tại hộ gia đình: Tiến hành phỏng vấn, quan sát, và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Hình thành giả thuyết các yếu tố nguy cơ gây rau tiền đạo trên cá thể người bệnh.
- Rút ra bài học kinh nghiệm

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Công cụ lượng giá

* Lý thuyết: Câu hỏi trắc nghiệm

Khoanh tròn vào câu trả lời sinh viên cho là đúng:

1. Một thai phụ có thai 36 tuần, tự nhiên ra ít huyết màu đỏ tươi, cách xử trí tại tuyến xã là:

- A. Thăm âm đạo để xác định nguyên nhân chảy máu
- B. Cho dùng thuốc cầm máu
- C. Tư vấn và chuyển tuyến.
- D. Theo dõi và điều trị tại trạm

2. Tại trạm y tế cơ sở, một thai phụ đang chuyển dạ khám thấy: con co tử cung thưa, cổ tử cung mở 3 cm, sờ thấy mép bánh rau, ối phòng, ngôi cao, ra ít huyết đỏ âm đạo. Hướng xử trí là:

- A. Chuyển tuyến trên điều trị.
- B. Theo dõi nếu chảy máu nhiều thì chuyển tuyến.
- C. Bấm ối, giảm co bóp tử cung, chuyển tuyến.
- D. Bấm ối, chuyển tuyến

3. Một thai phụ có thai 32 tuần, siêu âm kết quả rau tiền đạo trung tâm, chưa có chảy máu. Hướng xử trí:

- A. Cho về theo dõi tại nhà nếu có chảy máu thì vào viện điều trị
- B. Chỉ định mổ lấy thai ngay, tránh biến chứng chảy máu cấp.
- C. Cho vào viện theo dõi, khi thai > 2500gam chỉ định mổ lấy thai.

D. Theo dõi tại y tế cơ sở nếu chảy máu thì chuyển tuyến

4. Trong rau tiền đạo nguyên nhân chính gây tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cho trẻ sơ sinh là

A. Suy dinh dưỡng trong tử cung

B. Non tháng.

C. Thiếu máu.

D. Sang chấn sản khoa

5. Tất cả các câu sau đây về phòng bệnh rau tiền đạo đều đúng. Ngoại trừ:

A. Làm tốt công tác vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh thai nghén

B. Quản lý thai nghén tốt.

C. Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch.

D. Làm tốt công tác vô khuẩn trong sản khoa

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết rau tiền đạo.

- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.

- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.

- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phần học lâm sàng xã hội.

Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giáo viên, thảo luận với sinh viên cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết. Tại phòng bệnh khoa sản: hỏi bệnh, thăm khám, tham khảo hồ sơ bệnh án bệnh nhân rau tiền đạo để làm sáng tỏ phần lý thuyết.

2. Vận dụng thực tế

Sinh viên làm bệnh án hoàn chỉnh cho bệnh nhân rau tiền đạo tại khoa Sản sau đó lập kế hoạch và đến gia đình người bệnh để thăm hỏi, quan sát điều kiện sinh hoạt, môi trường... tìm yếu tố ảnh hưởng đến quá trình bệnh lý, như:

- Có tiền sử rau tiền đạo trước đó.
- Tiền sử đã mổ tử cung lấy thai.
- Tiền sử đã mổ u xơ tử cung, chữa góc tử cung, mổ tạo hình tử cung....
- Tiền sử nạo thai, nạo sảy, hút điều hoà kinh nguyệt.
- Tiền sử đẻ có kiểm soát tử cung hay bóc rau nhân tạo.
- Tiền sử đẻ nhiều lần.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học năm 2002.

TĂNG HUYẾT ÁP VỚI THAI NGHÉN (THAVTN)

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. Liệt kê tiêu chuẩn chẩn đoán và trình bày được cách phân loại tăng huyết áp với thai nghén*
- 2. Trình bày được triệu chứng chẩn đoán, hướng xử trí THAVTN theo thể lâm sàng, và phòng THAVTN*
- 3. Xác định các yếu tố nguy cơ tại cộng đồng tác động đến bệnh nhân tăng huyết áp.*

1. Nguyên nhân và dịch tễ học

"Tăng huyết áp và thai nghén" là tên mới chỉ bệnh lý phức tạp xảy ra trong 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén mà thuật ngữ cổ điển gọi là nhiễm độc thai nghén. Đây là bệnh lý hay gặp, là nguyên nhân gây tử vong mẹ, nếu không tử vong có thể để lại những di chứng nặng nề, đặc biệt là não và thận. Với trẻ sơ sinh, là nguyên nhân gây tử vong chu sản, thai chậm phát triển trong tử cung và là nguyên nhân gây trì trệ tâm thần của trẻ.

Tỷ lệ gặp: theo các nghiên cứu ở Mỹ tỷ lệ THAVTN là 8% trong tổng số phụ nữ mang thai, trong số đó có 5% là sản giật và 5% trong số sản giật sẽ tử vong.

Trong những năm trở lại đây, do làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và có những tiến bộ vượt bậc trong thăm dò trước sinh đã làm giảm tỷ lệ tai biến cho mẹ và thai. Tuy nhiên do bệnh sinh chưa thực sự rõ ràng nên việc phòng và điều trị đôi khi gặp nhiều khó khăn cần phải nghiên cứu tiếp.

Nguyên nhân sinh bệnh chưa thực sự rõ ràng tuy nhiên người ta nghĩ đến một số giả thuyết sau:

- Giả thuyết về dị ứng
- Giả thuyết về chất độc sản sinh ra trong thời kỳ có thai.

- Giả thuyết về nội tiết
 - Giả thuyết về phản xạ tử cung - thận liên quan đến hệ Rennin-Angiotensin - Andosteron gây co mạch, tăng huyết áp.
 - Giả thuyết về cơ chế tổn thương nội mạc mạch máu.
 - Trong tiền sản giật người ta còn tìm thấy sự mất cân bằng giữa 2 loại prostaglandin do rau sinh ra đó là prostacyclin là chất có tác dụng tại chỗ gây giãn mạch, ngăn cản sự kết dính tiểu cầu, ngăn sự co cơ tử cung và thromboxane là chất gây co mạch, kích thích sự kết dính tiểu cầu và co tử cung.

Tuy nhiên tất cả chỉ là giả thuyết. Người ta thấy có một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện của bệnh.

- Thời tiết: bệnh hay xuất hiện vào mùa lạnh và ẩm ướt hơn là mùa ấm nóng
- Tuổi: hay gặp sản phụ >35 hoặc < 20 tuổi.
- Số lần có thai: hay gặp con so hơn con Ạ, đặc biệt là con so lớn tuổi.
- Đời sống kinh tế và trình độ văn hoá thấp kém cũng làm tăng tỷ lệ bệnh.
- Chế độ dinh dưỡng: hay gặp ở những sản phụ có chế độ ăn thiếu axit Folic, thiếu các yếu tố vi lượng, thừa cacbonhydrat và nạm.
- Chế độ làm việc căng thẳng thần kinh, nặng nhọc.
- Đã có tiền sử bệnh thận, THAVTN, hoặc phối hợp với đa ối, thai đôi.

2. Phân loại tăng huyết áp và thai nghén

2.1. Phân loại theo phát sinh bệnh

Có rất nhiều kiểu phân loại THAVTN nhưng cách phân loại của các nhà sản khoa Mỹ hay được ứng dụng.

- Loại I: nhiễm độc thai nghén hay tiền sản giật: được đặc trưng bởi tam chứng cao huyết áp, phù, protein niệu. Hay xảy ra ở người con so trẻ tuổi có thai ở quý ba của thai kỳ, không có tiền sử các bệnh về thận. Bệnh cảnh nặng nề đe dọa tính mạng mẹ và thai nhi. Tuy nhiên các triệu chứng mất đi nhanh chóng sau đẻ.

- Loại II: cao huyết áp mãn tính: xuất hiện trong 5 tháng đầu của thai nghén, không có protein niệu. Tiên lượng sản khoa tốt hơn loại I nhưng chắc chắn tái phát ở lần có thai sau. Bệnh nhân sẽ bị cao huyết áp trong tương lai.

Loại III: nhiễm độc thai nghén thêm vào: là cao huyết áp loại II nhưng có Albumin niệu ở quý III của thai kỳ. Tiên lượng gần giống loại I nhưng tiên lượng xa giống loại II.

- Loại IV: cao huyết áp đơn thuần của thai nghén. Cao huyết áp xuất hiện đơn thuần khi có thai và biến mất giữa các lần có thai.

2.2. Phân loại theo mức độ trầm trọng của triệu chứng lâm sàng (hình thái lâm sàng)

THAVTN nhẹ

THAVTN trung bình

THAVTN nặng

Tiền sản giật

Sản giật.

Có tác giả còn phân loại thành

- Tiền sản giật nhẹ
- Tiền sản giật nặng
- Sản giật

3. Triệu chứng của tăng huyết áp và thai nghén

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán cao huyết áp

Có 4 tiêu chuẩn để xác định cao huyết áp khi so sánh huyết áp lúc khám với trị số huyết áp ở thời điểm trước tuần lễ 21 của thai kỳ.

- Huyết áp tâm thu tăng quá 30 mmHg
- Huyết áp tâm trương tăng quá 15 mmHg
- Huyết áp trung bình tăng quá 20 mmHg

$$\text{HATB} = \frac{\text{HA tối đa} + 2 (\text{HA tối thiểu})}{3}$$

Trường hợp không xác định được huyết áp lúc trước của thai phụ thì sử dụng trị số HA 140/90 mmHg làm giới hạn cao huyết áp. Nếu thai phụ có HA $\geq 140/90$ gọi là cao huyết áp.

Các giá trị huyết áp trên có giá trị nếu đo hai lần cách nhau 4 giờ.

Đặc điểm huyết áp cao khi có thai là huyết áp tâm thu và tâm trương tăng giảm không đồng đều, thay đổi theo ngày và theo giờ trong ngày, thường tăng sau tuần 21 của thai kỳ và trở về bình thường sau thời kỳ hậu sản. Trong đó giá trị huyết áp tâm trương đặc biệt có giá trị tiên lượng.

3.1.2. Protein niệu

Thường xuất hiện muộn hơn cao HA. Gọi là dương tính khi $> 0,3\text{g/l}$ ở mẫu nước tiểu trong 24 giờ và $> 0,5\text{ g/l}$ ở mẫu nước tiểu lấy ngẫu nhiên.

3.1.3. Phù

Do giữ nước ngoài tế bào, phù được xác định khi trọng lượng cơ thể tăng $> 2250\text{ g/ tháng}$, phù trắng, phù mềm, ấn lõm. Có thể phù hai chi hoặc phù toàn thân, trong trường hợp nặng có thể phù màng. Thường phù không giảm khi nghỉ ngơi.

- Ngoài ra có thể có một số triệu chứng khác như đái ít, thiếu máu, tràn dịch màng phổi, cổ chướng, nhìn mờ trong một số trường hợp nặng.

3.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận.
- + Nước tiểu: có protein niệu, cận mếu như hồng cầu, bạch cầu, trụ.
- + Máu: creatinin, acid uric, ure tăng chứng tỏ có tổn thương thận.
- Đánh giá chức năng gan: định lượng men SGOT và SGPT tăng là có tổn thương gan.
- Công thức máu: hồng cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu giảm. Nếu hematocrit tăng chứng tỏ máu bị cô đặc.
- Protit máu giảm
- Soi đáy mắt có dấu hiệu Gunn nếu tổn thương nặng.

- Thăm dò sự phát triển của thai và suy thai bằng siêu âm và định lượng estriol niệu.

4. Chẩn đoán

4.1. Tại tuyến cơ sở

Tất cả những phụ nữ có thai trong 3 tháng cuối của thai kì có một trong những dấu hiệu sau: nặng mặt, nặng chân, đái ít, tăng cân nhanh, đau đầu... đều phải nghĩ tới THAVTN. Vì vậy cần được kiểm tra huyết áp và xét nghiệm nước tiểu tìm protein niệu sau đó tư vấn chuyển tuyến chuyên khoa điều trị

4.2. Tại tuyến chuyên khoa

4.2.1. Hình thái nhẹ

- Huyết áp
 - + $140 \leq$ Huyết áp tối đa < 150 mmHg
 - + $90 \leq$ Huyết áp tối thiểu < 100 mmHg
- Phù nhẹ hai chi.
- Xét nghiệm
 - + Protein niệu $< 2g/1$
 - + Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường
- Thai phát triển bình thường.

4.2.2. Hình thái trung bình

- Huyết áp
 - + $150 \leq$ Huyết áp tối đa < 160 mmHg
 - + $100 \leq$ Huyết áp tối thiểu < 110 mmHg
- Phù toàn thân tăng cân > 500 gam/tuần.
- Xét nghiệm
 - + Protein niệu 2 - < 5 gam/1
 - + Các xét nghiệm khác trong giới hạn bình thường hoặc có thay đổi nhưng ở mức độ nhẹ.

- Thai phát triển bình thường nếu kéo dài có thể thai suy hoặc kém phát triển.

4.2.3. Hình thái nặng khi có một trong các triệu chứng chính sau:

- Huyết áp
- + Huyết áp tối đa ≥ 160 mmHg
- + Huyết áp tối thiểu ≥ 110 mmHg
- Phù to toàn thân hoặc phù màng
- Toàn thân: người mệt mỏi, đi lại khó khăn, đái ít.
- Xét nghiệm:
 - + Protein niệu ≥ 5 gam/l
 - + Cặn niệu: có thể có cặn hồng cầu, bạch cầu hoặc trụ.

4.2.4. Tiền sản giật

Khái niệm về tiền sản giật ngày nay có nhiều thay đổi. Cổ điển khi hình thái nặng kết hợp với các dấu hiệu thần kinh như đau đầu, nôn mửa, đau thượng vị, buồn nôn, nôn. Một số tác giả coi nhiễm độc thai nghén nặng là tiền sản giật và xử trí như một tiền sản giật. Giai đoạn này có thể rất ngắn, chỉ thoáng qua, trong vòng một giờ nhưng cũng có thể kéo dài vài ngày và đôi khi không có. Nếu chúng ta phát hiện sớm thì đây là dấu hiệu có giá trị để ngừa cơn giật.

Xu hướng ngày nay nhiều tác giả coi THAVTN thể nhẹ như một tiền sản giật ở mức độ nhẹ. Đây là xu hướng mang tính dự phòng. Tiền sản giật theo cổ điển:

- Triệu chứng và chẩn đoán
- + Huyết áp $\geq 160/110$ mmHg
- + Protein niệu > 5 g/l
- + Phù toàn thân, có thể phù màng.
- + Nước tiểu giảm, nước tiểu càng ít bệnh càng nặng.
- Các dấu hiệu thần kinh:
 - + Đau đầu ở vùng chẩm, dùng giảm đau không đỡ. Tình thần chậm chạp,

thờ ơ với ngoại cảnh.

- + Thị giác: hoa mắt, chóng mặt, sợ ánh sáng, mắt mờ, thị lực giảm dần hoặc đột ngột.

- + Xuất hiện thêm các biến chứng suy tim, phù phổi cấp, khó thở, đau tức ngực cũng được xem là tiền sản giật cho dù các triệu chứng khác chưa điển hình.

- + Tiêu hoá: buồn nôn, nôn, đau thượng vị hoặc đau hạ sườn phải.

- Cận lâm sàng:

- + Nước tiểu: Protein niệu tăng, hồng cầu, bạch cầu và trụ niệu.

- + Công thức máu: hồng cầu, huyết sắc tố giảm, tiểu cầu giảm.

- + Men gan SGOT, SGPT tăng.

- + Creatinin, me, acid uric trong máu tăng.

- Hội chứng HELLP (H: Hemolyse = tan huyết, EL: Elevated Liver enzyme = men gan, LP: Low Platelets = tiểu cầu giảm). Bệnh nhân bị THAVTN nếu có thêm các triệu chứng như vàng da, nước tiểu sẫm như nước vối, men gan tăng và tiểu cầu giảm $< 100\ 000/\text{mm}^3$ máu, khi có hội chứng này tiên lượng rất nặng, nguy cơ cho cả mẹ và thai.

- Chẩn đoán phân biệt:

- + Bệnh về mắt khi có dấu hiệu mờ mắt.

- + Đau vùng thượng vị phân biệt với bệnh dạ dày khi có thai.

- + Vàng da, tăng men gan phân biệt với các bệnh về gan như viêm gan virus hoặc gan thoái hoá mỡ

- + Suy tim, phù phổi phân biệt với bệnh tim và thai nghén.

- Tiến triển tiên lượng: nếu không xử trí kịp thời bệnh nhân sẽ lên cơn sản giật, có thể gây tử vong mẹ và thai.

4.2.5. Sản giật

Sản giật là một trong 5 tai biến sản khoa, đây là hình thái nặng nhất của THAVTN. Có thể gặp trong khi có thai, khi chuyển dạ và cả sau khi đã đẻ. Tỷ lệ gặp 0,1- 0,3% ở phụ nữ có thai, 1- 1,5% ở những thai phụ có THAVTN. Tuy nhiên đây là biến chứng có thể phòng chống được nếu phát hiện sớm

THAVTN và xử trí kịp thời.

- Triệu chứng và chẩn đoán xác định

Lâm sàng: cơn sản giật điển hình qua 4 giai đoạn

+ Giai đoạn xâm nhiễm: kéo dài 30 - 60 giây. Biểu hiện bằng sự kích thích và co giật các cơ tại chỗ ở mặt, cổ, làm cho mặt nhăn nhúm, sắc mặt thay đổi, mi mắt hấp háy, nhãn cầu đảo đi, đảo lại rồi kéo lệch về một bên, lưỡi thè ra thụt vào. Đầu cổ lắc lư cuối cùng ngã sang một bên.

Sau đó cơn co giật lan xuống 2 chi trên vì vậy các ngón tay dúc lại rồi chuyển sang giai đoạn sau.

+ Giai đoạn giật cứng: kéo dài khoảng 30 giây, tất cả các cơ đều bị co cứng, toàn thân ưỡn ngửa, đầu nghiêng về một bên, nhãn cầu trắng dã, trợn ngược. Hai hàm răng cắn chặt nên rất dễ cắn phải lưỡi, miệng sùi bọt mép. Các cơ thanh quản và cơ hô hấp khác bị co thắt làm bệnh nhân ngạt thở, môi tím ngắt. Lưng ưỡn cong, hai tay duỗi thẳng, đồng tử co nhỏ. Bệnh nhân có thể tử vong ở giai đoạn này do ngạt thở.

+ Giai đoạn giật giãn cách: sau cơn co cứng các cơ giãn ra trong chốc lát làm chấm dứt tạm thời tình trạng ngạt. Sau đó là các cơn giật liên tiếp nhưng không đồng đều, mặt nhăn nhúm, nhãn cầu đảo đi đảo lại, lưỡi thè ra thụt vào, hai tay co giật liên tiếp như người đánh trống. Người ưỡn cong, hai chân duỗi thẳng hoặc đập lung tung. Các cơ hô hấp lúc co lúc giãn làm cho nhịp thở không đều, thở rít lên lọc sọc, sùi bọt mép. Các cơn giật thưa và nhẹ dần, cuối cùng sau 2 - 3 phút bệnh nhân thở mạnh rồi nằm vật ra và bước vào giai đoạn hôn mê. Giai đoạn này rất dễ cắn vào lưỡi hoặc ngã xuống đất.

+ Giai đoạn hôn mê: tùy cơn giật nặng hay nhẹ mà có hôn mê nông hay sâu. Hôn mê có thể kéo dài 5 - 7 phút hoặc 1 - 2 ngày. Trong giai đoạn này mất tri giác, đồng tử giãn. Bệnh nhân khó thở, thở ngáy to có tiếng lọc sọc ở cổ do tăng tiết đờm dãi. Giãn các cơ thất bàng quang và hậu môn làm đại tiểu tiện không tự chủ.

Đôi khi trong cơn hôn mê xuất hiện cơn giật khác. Có bệnh nhân hôn mê do tai biến xuất huyết não và tử vong trong cơn hôn mê kéo dài.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Cơn co giật của động kinh: có tiền sử động kinh, bệnh nhân biết trước khi lên cơn giật, cơn giật không có 4 giai đoạn, không có rối loạn tăng huyết

áp và sau khi hết cơn giật bệnh nhân tỉnh không hôn mê.

- + Co giật của Tetani: có dấu hiệu kiến bò ở tay, có dấu hiệu bàn tay người đỡ đẻ, điều trị thử bằng gluconat calci bệnh nhân khỏi.

- + Co giật do viêm tắc mạch não: có kèm theo dấu hiệu tổn thương não khư trú.

- + Cơn Hysteria: giật không theo quy luật, các triệu chứng lâm sàng không ăn khớp với bệnh lý. Bệnh nhân biết mọi việc diễn ra xung quanh. Tri giác và phản xạ bình thường.

- + Bệnh nhân hôn mê cần phân biệt với hôn mê do đái đường, hôn mê do ure máu tăng, hôn mê do xuất huyết não màng não. Để xác định cần hỏi tiền sử và làm các xét nghiệm liên quan.

- Tiên lượng:

- + Tuỳ thuộc vào số lượng cơn giật, thời gian của các cơn giật, khoảng cách giữa các cơn giật, mức độ hôn mê.

- + Tuỳ thuộc vào sự tiến triển của các triệu chứng lâm sàng, đặc biệt là dấu hiệu huyết áp và số lượng nước tiểu.

- + Tuổi thai càng non tiên lượng càng nặng.

- + Con so tiên lượng nặng hơn con rạ, người có bệnh mãn tính tiên lượng nặng hơn người không mắc bệnh.

- Biến chứng:

Biến chứng cho mẹ:

- + Cản phải lưỡi, ngạt thở trong cơn giật.

- + Xuất huyết não, màng não.

- + Phù phổi cấp, viêm gan cấp, viêm thận cấp.

- + Rau bong non.

- + Bệnh nhân có thể tử vong, nếu sống để lại di chứng như mù, thông manh, ngớ ngẩn, viêm thận mãn, viêm gan mãn.

Biến chứng cho con: thai chết lưu, thai non tháng, thai kém phát triển, suy thai mãn trong tử cung. Ngạt khi đẻ, nhẹ cân khi sinh và tỷ lệ mắc bệnh cao sau sinh.

5. Điều trị

5.1. Mục tiêu điều trị

- Với mẹ: cải thiện tình trạng mẹ, ngăn cản sự tiến triển của bệnh và tránh biến chứng.
- Với thai: cố gắng bảo đảm sự phát triển bình thường của thai, giảm đến mức tối đa các nguy cơ cho thai, cố duy trì thai đến đủ tháng (hoặc thai có thể sống được) nếu tình trạng cho phép.
- Phương châm là ưu tiên cứu mẹ trong những trường hợp nặng.

5.2. Thái độ xử trí

- Thể nhẹ: theo dõi, điều trị ngoại trú tại cơ sở xã, hoặc tại nhà có cán bộ y tế theo dõi sát. Chủ yếu là điều chỉnh chế độ ăn uống và nghỉ ngơi. Có thể cho thêm an thần, kháng sinh, lợi tiểu đông y, nếu chuyển dạ có thể theo dõi cho đẻ thường.

- Thể trung bình: theo dõi và điều trị tại tuyến huyện hoặc tỉnh. Điều trị tích cực theo phác đồ. Khi chuyển dạ, theo dõi sát phòng biến chứng, đủ điều kiện lấy thai bằng forceps.

- Thể nặng, tiền sản giật: điều trị tích cực phòng cơn giật, phòng tai biến cho mẹ và thai, khi cần thiết đình chỉ thai nghén ở bất kỳ tuổi thai nào cứu mẹ. Trong chuyển dạ, theo dõi sát khi đủ điều kiện lấy thai bằng forceps, không đủ điều kiện mổ lấy thai.

- Sản giật:

+ Tại cơ sở:

Trong cơn giật: xử trí sơ cứu tránh các tai biến như cắn phải lưỡi, ngã, tắc đường hô hấp...Dùng các thuốc cắt cơn giật có tại tuyến cơ sở.

Ngoài cơn giật: chuyển bệnh nhân đến bệnh viện nơi có điều kiện cấp cứu, chú ý phải có cán bộ y tế kèm theo những thuốc và phương tiện cấp cứu sản giật.

+ Tại tuyến huyện hoặc tỉnh: điều trị tích cực cắt cơn giật, chăm sóc tốt phòng biến chứng.

5.3. Điều dưỡng

- Chăm sóc: nghỉ ngơi ở nơi ẩm áp, tránh ồn ào, ánh sáng dịu, tạo cảm giác thoải mái. Nằm nghiêng trái để tăng cường tuần hoàn tử cung rau.

Ăn tăng đậm, giảm muối, uống đủ nước.

- Với bệnh nhân sản giật đặt trong phòng yên tĩnh, tránh những kích thích như ánh sáng và ồn ào.

- Bàn nằm phải có chỗ để giữ bệnh nhân tránh ngã.

- Ngáng miệng bằng que bọc bông, tránh cắn phải lưỡi.

- Hút đờm dãi, thở oxy, đặt sonde bàng quang theo dõi nước tiểu.

- Theo dõi: tiến triển các triệu chứng (trong đó chú ý số lượng nước tiểu trong 24 giờ, cân nặng), và sự đáp ứng với điều trị.

5.4. Điều trị nội khoa

- An thần: Seduxen viên 5 mà (diazepam ống 10mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch), đây là thuốc hay được sử dụng vừa có tác dụng an thần vừa có tác dụng cắt co giật và ngừa cơn giật rất tốt. Hình thái nhẹ có thể dùng đường uống. Các hình thái khác tùy mức độ nặng nhẹ và dùng liều và các đường khác nhau. Hình thái nặng có thể tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch hoặc thậm chí truyền tĩnh mạch.

- Hạ áp: chỉ dùng khi huyết áp $\geq 160/110\text{mmHg}$ nên duy trì huyết áp ở mức độ vừa phải, không nên cho huyết áp về mức bình thường sẽ ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung rau. Một số thuốc hay sử dụng trong sản khoa:

+ Alpha methyl dopa (Aldomet) 0,25g viên nén uống 2-6 viên/24 giờ, không quá 3 gr/ngày.

+ Hydralazine viên 25 mà uống 2- 4 viên/ngày. Nếu dạng ống pha dung dịch glucose 5% truyền tĩnh mạch chậm. Liều tối đa không quá 200 mg/24 giờ.

Chú ý dễ tụt huyết áp khi đứng. Cả hai loại thuốc này an toàn cho thai nên hay được sử dụng trong sản khoa.

+ Nifedipin 10 mg ngâm dưới lưỡi trong trường hợp nguy kịch.

- Dung dịch Magnesium sulphate 15% có tác dụng giãn mạch, hạ huyết

áp, chống phù não, cắt cơn giật. Liều trung bình 3- 4 g/24 giờ tiêm bắp hoặc tĩnh- mạch.

+ Trường hợp tiền sản giật hoặc THAVTN thể nặng có thể dùng theo cách: Liều ban đầu: 4 gam tiêm tĩnh mạch chậm với tốc độ 1 g/phút hoặc pha dung dịch glucose truyền tĩnh mạch chậm, sau đó cứ 4 giờ tiêm bắp sâu 2 g/lần

Trường hợp sản giật để cắt cơn dùng 4g tiêm tĩnh mạch chậm sau đó cứ 5-10 phút tiêm bắp sâu 4 gam cho đến khi cắt cơn giật.

Liều duy trì: kéo dài 24 giờ sau cơn giật cuối cùng. Cách dùng: 1-2 gam/giờ tiêm tĩnh mạch chậm hoặc 4-5 gam/4 giờ tiêm bắp. Trước mỗi lần tiêm phải kiểm tra để phát hiện dấu hiệu ngộ độc là giảm phản xạ gân gối, nhịp thở chậm <16 lần/phút, nước tiểu <30 ml/giờ trong 4 giờ trước đó phải ngừng thuốc ngay và tiêm tĩnh mạch 10 g gluconat calci.

Thông thường sử dụng Seduxen tiêm tĩnh mạch để phòng cơn giật và cắt cơn giật, nếu đã dùng tích cực, đúng phác đồ mà cơn giật không cắt hoặc có xu hướng tăng lên thì có thể dùng giãn cơ có đặt nội khí quản.

Cổ điển dùng đông miền (đây là loại thuốc rất độc cho gan và thận):

Dolosal 100 mg

Aminazin 25 mg

Pipolphone 50 mg

Dung dịch glucose 5% vừa đủ 20 ml.

Tiêm 1/3 dung dịch trên vào tĩnh mạch, sau đó cứ 1-2 giờ tiêm 2 ml vào bắp và theo dõi diễn biến của bệnh và xử trí cho phù hợp.

Chống phù bằng cách giảm lượng muối đưa vào cơ thể, tăng cường chế độ đậm bằng truyền đậm kéo nước ngoài gian bào vào lòng mạch.

- Lợi tiểu chỉ sử dụng khi lượng nước tiểu < 800 ml/24 giờ. Thuốc được chọn là trofurit tiêm tĩnh mạch. Khi dùng chú ý cân bằng lượng nước vào và ra, bổ sung thêm khu.

Kháng sinh chống bội nhiễm, thông thường hay dùng nhóm β lactam ít ảnh hưởng tới thai.

Truyền dịch bù nước, cung cấp năng lượng và điện giải. Tuy nhiên phải

truyền tốc độ chậm, luôn luôn theo dõi sát cân bằng giữa lượng nước đưa vào và nước ra tránh phù phổi cấp do thừa nước.

- Tăng cường các yếu tố vi lượng như calci, magiê, acid folic.

5.5. Sản khoa

Theo dõi sát tình trạng thai, nước ối qua lâm sàng, siêu âm và monitor.

Trường hợp nhẹ điều trị nội khoa tích cực chờ đủ tháng

Trường hợp nặng, tiền sản giật không phụ thuộc vào tuổi thai, nếu điều trị nội khoa thấy không có xu hướng thuyên giảm, đình chỉ thai nghén trong vòng 24 giờ.

Trường hợp sản giật, đình chỉ thai nghén sau cơn sản giật đầu tiên 12 giờ

Nếu đã chuyển dạ: rút ngắn thời gian chuyển dạ, theo dõi sát tình trạng mẹ, thai và các yếu tố chuyển dạ nếu đủ điều kiện lấy thai bằng forceps. Nếu không đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

Sau đẻ cần theo dõi tiến triển của các triệu chứng để điều trị giúp ngăn chặn sản giật sau đẻ và phòng di chứng sau này.

6. Phòng bệnh

Các hoạt động phối hợp giữa y tế và các tổ chức xã hội

Giáo dục phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và những người sống trong cộng đồng biết về bệnh, chế độ ăn uống và chế độ lao động, nghỉ ngơi khi mang thai để hạn chế bệnh.

Cung cấp cho họ kiến thức để họ có thể phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để đi khám

Phối hợp giữa thai phụ, gia đình, các tổ chức y tế và xã hội trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của phụ nữ có thai

Các hoạt động của y tế

- Làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho phụ nữ tuổi sinh đẻ.

- Đăng ký quản lý thai nghén cho thai phụ, tổ chức khám thai định kỳ. Mỗi thai phụ phải được khám ít nhất 3 lần. Trong khi khám bắt buộc phải kiểm tra huyết áp và cân nặng và các xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm đánh giá chức năng thận nếu có điều kiện.

Khi chẩn đoán có THAVTN, đánh giá thể lâm sàng, phân tuyến điều trị cho phù hợp. Nếu là THAVTN thể nặng, tiền sản giật bệnh nhân phải được điều trị tích cực ở bệnh viện tuyến tỉnh để ngừa cơn giật.

Kết luận: THAVTN là một bệnh mang tính xã hội cao. Nếu chúng ta làm tốt công tác chăm sóc trước sinh, khám quản lý thai nghén thường xuyên sẽ phát hiện sớm và xử lý kịp thời các tình huống THAVTN. Từ đó sẽ làm giảm tử vong chu sinh, giảm nguy cơ cho mẹ và đặc biệt là ngăn chặn được sản giật là một trong 5 tai biến sản khoa.

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Tại bệnh viện

1. Bảng kiểm tự học xác định các tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại THAVTN

Các tiêu chuẩn và phân loại THAVTN	Có	Không
1. Có 4 tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp: - Huyết áp tâm thu tăng quá 30 mmHg - Huyết áp tâm trương tăng quá 15 mmHg - Huyết áp trung bình tăng quá 20 mmHg		
2. Các hình thái (phân loại) 2.1. Protein niệu: - Khi > 0.3g/l/24 giờ và > 0,5 g/l mẫu ngẫu nhiên. 2.2. Phù:		

Các tiêu chuẩn và phân loại THAVTN	Có	Không
- Phù trắng, phù mềm, ấn lõm. không giảm khi nghỉ ngơi. - Đái ít thiếu máu ...		

3. Chỉ định và phân tích xét nghiệm: - Những xét nghiệm cơ bản - Xét nghiệm giúp chẩn đoán, điều trị và tiên lượng: - Các xét nghiệm chức năng thận + Nước tiểu: có hồng cầu, bạch cầu, trụ. + Máu: creatinin, acid uric, ure - Chức năng gan: SGOT và SGPT . - Công thức máu: SLHC, Hb, tiểu cầu, hematocrit. - Protit máu giảm - Soi đáy mắt có dấu hiệu Gunn. - Thăm dò thai: estriol niệu và siêu âm.		
---	--	--

2. Bảng kiểm tự học triệu chứng chính và các thể lâm sàng THAVTN

Chẩn đoán và các hình thái THAVTN	Có	Không
4. Chẩn đoán		
4.1. Tại tuyến cơ sở		
Cần kiểm tra và gửi tuyến trên		
4.2. Tại tuyến chuyên khoa		
4.2.1. Hình thái nhẹ		
- Huyết áp + $140 \leq \text{Huyết áp tối đa} < 150 \text{ mmHg}$ + $90 \leq \text{Huyết áp tối thiểu} < 100 \text{ mmHg}$ - Phù nhẹ hai chi. - Xét nghiệm + Protein niệu $< 2\text{g/l}$ + Xét nghiệm khác giới hạn bình thường - Thai phát triển bình thường.		
4.2.2. Hình thái trung bình		
- Huyết áp + $150 \leq \text{Huyết áp tối đa} < 160\text{mmHg}$ + $100 \leq \text{Huyết áp tối thiểu} < 110\text{mmHg}$		

Chẩn đoán và các hình thái THAVTN	Có	Không
- Phù toàn thân tăng cân > 500 gam/tuần. - Xét nghiệm + Protein niệu 2 gr < Protein niệu < 5gam/l + - Xét nghiệm bình thường hoặc có thay đổi nhưng ở mức độ nhẹ. - Thai phát triển bình thường. thai suy hoặc kém phát triển.		
4.2.3. Hình thái nặng khi có một trong các triệu chứng chính sau: Huyết áp + Huyết áp tối đa $\geq 160\text{mmHg}$ + Huyết áp tối thiểu $\geq 110\text{mmHg}$ - Phù to toàn thân hoặc phù màng - Toàn thân: mệt mỏi, đi lại khó khăn, đái ít. Xét nghiệm: + Protein niệu $\geq 5 \text{ gam/l}$ + Cận niệu: hồng cầu, bạch cầu hoặc trụ.		
4.2.4. Tiền sản giật - Triệu chứng và chẩn đoán + Huyết áp $\geq 160/110\text{mmHg}$ + Protein niệu > 5 g/l + Phù toàn thân, có thể phù màng. + Nước tiểu giảm. - Các dấu hiệu thần kinh: + Đau đầu ở vùng chẩm, + Tỉnh thần chậm chạp, thờ ơ. + Thị giác: hoa mắt, chóng mặt, sợ ánh sáng, mắt mờ, thị lực giảm. + Suy tim, phù phổi cấp, khó thở, đau tức ngực + Tiêu hoá: buồn nôn, nôn, đau thượng vị hoặc đau hạ sườn phải. - Cận lâm sàng: + Protein niệu, hồng cầu, bạch cầu và trụ niệu. + Hồng cầu, huyết sắc tố giảm, tiểu cầu giảm. + Men gan SGOT, SGPT tăng. + Creatinin, ure, acid uric tăng.		

Chẩn đoán và các hình thái THAVTN	Có	Không
- Hội chứng HELLP. + Bệnh về mắt, mờ mắt. + Đau vùng thượng vị. + Vàng da, ông men gan + Suy tim, phù phổi - Tiến triển tiên lượng tử vong mẹ và thai.		
4.2.5. Sản giật - Triệu chứng và chẩn đoán xác định - Sản giật điển hình có 4 giai đoạn + Giai đoạn xâm nhiễm. + Giai đoạn giật cứng. + Giai đoạn giật giãn cách. + Giai đoạn hôn mê. - Chẩn đoán phân biệt: + Con co giật của động kinh. + Co giật của Tetani. + Co giật do viêm tắc mạch não. + Con Hysteria + Bệnh nhân hôn mê - Tiên lượng: + Tùy thuộc số lượng cơn giật, khoảng cách, mức độ hôn mê. + Tùy thuộc vào huyết áp + Tuổi thai càng non tiên lượng càng nặng. + Con so tiên lượng nặng hơn con Ạ. - Biến chứng: + Cấn phải lưỡi, ngạt thở. + Xuất huyết não, màng não; + Phù phổi cấp, viêm gan, thận cấp. + Rau bong non + Bệnh nhân có thể tử vong.		

Bước 2: Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình

Mục tiêu:

- Tóm tắt thăm khám, chẩn đoán và điều trị tại viện
- Liệt kê được những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình
- Phân công công việc cụ thể cho từng cá nhân khi đến hộ gia đình

Nội dung:

Phỏng vấn

- Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp....
- Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình
- Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình
- Tình hình sử dụng các dịch vụ y tế
- Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh
- Các thói quen xã hội: rượu, thuốc lá.
- Thói quen vệ sinh thân thể
- Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện

Quan sát

- Điều kiện vệ sinh
- Điều kiện nhà ở
- Nguồn nước sử dụng
- Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi tiếng ồn...
- Công trình vệ sinh

Tư vấn: tư vấn cho hộ gia đình cách chăm sóc bệnh nhân, và cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe phát hiện được trong quá trình phỏng vấn và quan sát

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi lượng giá

Lý thuyết: Câu hỏi lượng giá

Khoanh tròn vào câu trả lời sinh viên cho là đúng:

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp với thai nghén là huyết áp tâm thu tăng quá:

- A. 10 mmHg.
- B. 20 mmHg
- C. 30 mmHg.
- D. 40 mmHg

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp với thai nghén là huyết áp tâm trương tăng quá:

- A. 15 mmHg
- B. 20 mmHg
- C. 25 mmHg.
- D. 30 mmHg

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp với thai nghén là huyết áp trung bình tăng quá:

- A. 15 mmHg
- B. 20 mmHg
- C. 25 mmHg
- D. 30 mmHg

4. Các cách phân loại tăng huyết áp với thai nghén sau đây đều đúng, ngoại trừ:

- A. Theo phát sinh bệnh.
- B. Theo hình thái lâm sàng.
- C. Theo tuổi thai.
- D. Theo ý nghĩa dự phòng

5. Cao huyết áp xuất hiện trong 5 tháng đầu của quá trình thai nghén kèm theo không có protein niệu, trong bảng phân loại theo phát sinh bệnh được xếp vào:

- A. Loại I
- B. Loại II
- C. Loại III
- D. Loại IV

Thực hành:

- Bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội
- Báo cáo học lâm sàng xã hội
- Bệnh án

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết tăng huyết áp với thai nghén.
- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.
- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.
- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phần học lâm sàng xã hội.
- Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giáo viên, thảo luận với sinh viên cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết. Tại phòng bệnh khoa sản: hỏi bệnh, thăm khám, tham khảo hồ sơ bệnh án bệnh nhân nhiễm độc thai nghén để làm sáng tỏ phần lý thuyết

2. Vận dụng thực tế

Sinh viên làm bệnh án hoàn chỉnh cho bệnh nhân nhiễm độc thai nghén tại khoa Sản sau đó lập kế hoạch và đến gia đình người bệnh để thăm hỏi, quan sát điều kiện sinh hoạt, môi trường... tìm yếu tố ảnh hưởng đến quá trình bệnh lý, như:

- Thời tiết lạnh và ẩm ướt.
- Tuổi sản phụ >35 hoặc < 20 tuổi.
- Số lần có thai nhiều, con so lớn tuổi.
- Đời sống kinh tế và trình độ văn hoá thấp kém.
- Chế độ dinh dưỡng có chế độ ăn thiếu acid folic, thiếu các yếu tố vi lượng, thừa cacbonhydrat và natri.
- Chế độ làm việc căng thẳng thần kinh, nặng nhọc.
- Đã có tiền sử bệnh thận, THAVTN.
- Tư vấn chăm sóc sức khoẻ cho gia đình người bệnh

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II.

4. Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Khoa Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II Nhà xuất bản Y học Năm 2002.

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. Trình bày được nguyên nhân và các yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn hậu sản.*
- 2. Trình bày được triệu chứng, chẩn đoán, hướng xử trí từng hình thái nhiễm khuẩn hậu sản*
- 3. Xác định các yếu tố nguy cơ tại cộng đồng tác động đến bệnh nhân bị nhiễm khuẩn hậu sản.*
- 4. Thực hiện được việc tư vấn cho sản phụ và gia đình về cách chăm sóc bệnh nhân nhiễm khuẩn hậu sản.*

1. Đại cương

- Định nghĩa: nhiễm khuẩn hậu sản (NKHS) là nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục sau khi đẻ (từ âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, tử cung, hai phần phụ và tiểu khung). Loại trừ những nhiễm khuẩn xảy ra ở thời kỳ hậu sản do vi khuẩn viêm nhiễm ở bộ phận khác như: viêm ruột thừa, viêm đường hô hấp, viêm đường tiết niệu cấp, lao phổi, viêm gan...

- Khoảng năm 1865 Pasteur đã tìm ra cầu khuẩn gây bệnh thì các phương pháp khử khuẩn, vô khuẩn đẻ ra đã làm giảm tử vong do nhiễm khuẩn hậu sản rõ rệt. Tỷ lệ tử vong từ 9,5% xuống còn dưới 1% cho bà mẹ khi bị bệnh này.

- Từ khi có Penicilin (năm 1940) và các loại kháng sinh khác, loài người đã khắc phục hầu hết các trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản (kể cả sau này tìm ra các loại vi khuẩn nguy hiểm khác nữa như: Con, tụ cầu vàng và vi khuẩn yếm khí). Ngày nay hầu như chỉ còn ít tử vong.

2. Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi

- Nguyên nhân: do các loại vi khuẩn: tụ cầu, liên cầu, yếm khí hay kỵ khí...

- Yếu tố thuận lợi:

+ Do thủ thuật, kỹ thuật đỡ đẻ không vô khuẩn tốt đưa tới nhiễm khuẩn, hoặc do gây sang chấn tại chỗ dẫn đến nhiễm khuẩn (từ âm hộ, tầng sinh môn trở lên cho tới cổ tử cung...)

+ Do vỡ ối sớm, do bề sản dịch đưa tới nhiễm khuẩn qua niêm mạc tử cung.

+ Qua vùng rau bám: đo sót rau, sót màng rau.

+ Do người đỡ đẻ (tay, dụng cụ đỡ đẻ không vô khuẩn).

+ Do thăm khám nhiều.

+ Do thể trạng của sản phụ yếu, suy nhược, có bệnh lý, nhiễm độc thai nghén, thiếu máu, do chuyển dạ kéo dài...đưa đến nhiễm khuẩn..

3. Các thể lâm sàng

3.1. Nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

Đây là hình thái thường gặp của nhiễm khuẩn hậu sản.

Nguyên nhân:

- Khâu tầng sinh môn, âm đạo không đúng kỹ thuật, không được vô khuẩn tốt

- Rách tầng sinh môn, rách âm đạo không khâu.

- Quên gạc thấm máu trong âm đạo.

- Vệ sinh tầng sinh môn sau đẻ không tốt.

Triệu chứng chẩn đoán:

- Tại chỗ có vết rách, khâu, sưng tấy, nóng đỏ, mưng mủ, đau, ấn vào chân chỉ có mủ chảy ra.

- Tử cung co hồi bình thường, sản dịch có thể hôi.

- Có thể có kèm theo sốt nhẹ, nhiệt độ 38 - 38,5⁰C.

Hình thái này tiên lượng thường là tốt.

Điều trị:

+ Ở tuyến cơ sở:

Cắt chỉ sớm để dẫn lưu mủ.

Vệ sinh tại chỗ: rửa vùng âm hộ, tăng sinh môn bằng nước chín, thuốc sát khuẩn hàng ngày, đóng khô vô khuẩn, đặc biệt sau mỗi lần đại tiểu tiện. Có thể rửa bằng Betadin

Kháng sinh toàn thân.

Nếu sau khi điều trị như vậy tình trạng nhiễm khuẩn nặng lên: dịch mủ hôi bắn tại vị trí rách, khô, đau nhức, vết khô khô 7 liên thì chuyển tuyến trên điều trị tiếp.

+ Ở tuyến chuyên khoa:

Kháng sinh liều cao, phối hợp theo kháng sinh đồ.

Vệ sinh tăng sinh môn, âm hộ, âm đạo bằng thuốc sát khuẩn.

Khâu lại tăng sinh môn khi hết thời kỳ hậu sản.

3.2. Viêm nội mạc tử cung

Là một hình thái thường gặp của nhiễm khuẩn tử cung. Từ hình thái này nếu không phát hiện sớm điều trị kịp thời, quá trình viêm nhiễm có thể phát triển nặng hơn thành viêm phần phụ, viêm phúc mạc tiểu khung, viêm tử cung toàn bộ...

Nguyên nhân:

- Sốt rau, sốt màng
- Nhiễm khuẩn ối
- Chuyển dạ kéo dài

Thủ thuật bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung mổ lấy thai, các thủ thuật đường dưới không bảo đảm vô khuẩn.

- Bé sản dịch.

Triệu chứng:

- Cơ năng:

+ Sau đẻ vài ba ngày sản phụ mệt mỏi, khó chịu, nhức đầu, chán ăn, tiết sữa kém.

+ Sản dịch ra nhiều, mùi hôi, có thể lẫn máu hoặc có mủ.

- Toàn thân:

+ Sản phụ sốt, nhiệt độ 38 - 38,5°C có ích; gai rét.

+ Mạch nhanh, huyết áp có thể thay đổi.

- Thực thể:

+ Tử cung to, co hồi chậm, mật độ mềm, ấn vào tử cung đau tức.

+ Mở mỏ vịt: nhìn thấy dịch nâu bẩn từ buồng tử cung chảy ra.

+ Cổ tử cung hé mở có thể cho ngón tay vào lấy ra sản dịch bẩn, rau, màng rau...

+ Cấy sản dịch xác định vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

Chẩn đoán:

- Ở tuyến cơ sở:

+ Dựa vào khám lâm sàng: tử cung to, co hồi chậm, ấn đau tức.

+ Mở mỏ vịt thấy dịch bẩn từ buồng tử cung chảy ra

+ Cho tay vào cổ tử cung lấy ra sản dịch, rau, màng rau.

- Ở tuyến chuyên khoa:

+ Dựa vào triệu chứng lâm sàng như trên.

+ Cận lâm sàng: siêu âm: có thể thấy hình ảnh rau sót, dịch trong buồng tử cung.... Cấy dịch làm kháng sinh đồ.

Điều trị:

- Ở tuyến cơ sở:

+ Khám co hồi tử cung, đánh giá sản dịch, theo dõi nhiệt độ

+ Dùng kháng sinh toàn thân, thuốc co hồi tử cung.

+ Theo dõi hàng ngày, nếu không đỡ chuyển tuyến trên

- Ở tuyến chuyên khoa:
- + Điều trị triệu chứng:
 - Kháng sinh toàn thân (tốt nhất theo kháng sinh đồ).
 - Tăng co bóp tử cung bằng: oxytocin, ergometrin.
- + Điều trị nguyên nhân:
 - Nếu có sốt rau sau khi dùng kháng sinh đỡ hoặc hết sốt nạo sạch buồng tử cung.
 - Nếu bế sản dịch: nong cổ tử cung để sản dịch chảy ra hoặc lau buồng tử cung.

3.3. Viêm tử cung toàn bộ

Là hình thái nặng hơn viêm niêm mạc tử cung.

Nguyên nhân

Cũng như viêm nội mạc tử cung nhưng do không được phát hiện, điều trị kịp thời, triệt để làm cho vi khuẩn xâm nhập vào cơ tử cung tạo ra các ổ mủ (Micro absces) gây nhiễm trùng, hoại tử.

Triệu chứng

- Toàn thân: Toàn trạng suy sụp.
- Cơ năng: Đau bụng quặn từng cơn, có khi bị chảy máu nhiều từ sau đẻ 8- 10 ngày.
- Thực thể:
 - + Tử cung to, mềm, nhão.
 - + Khí hư đen, hôi thối.
 - + Nắn tử cung đau nhất là hai sừng tử cung và eo tử cung.
- Cận lâm sàng:
 - + Siêu âm: thấy được hình ảnh sót rau, hình ảnh âm vang cơ tử cung không đều, có những vùng tăng âm do hoại tử...
 - + Cây dịch trong buồng tử cung làm kháng sinh đồ.

Chẩn đoán

- Ở tuyến cơ sở:

Dựa vào triệu chứng lâm sàng.

- Ở tuyến chuyên khoa:

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

* Tổn thương giải phẫu bệnh lý

- Bề mặt tử cung xung huyết có cảm giác như sốt và có những hốc chứa mủ to nhỏ khác nhau.

- Cơ tử cung màu nâu bẩn. Nếu có chỗ thủng do thủ thuật thì chỗ đó hoại tử, sẽ là hoại thư sinh hơi nếu có vi trùng yếm khí, khi ấn vào tử cung có cảm giác lạo xạo

Tiến triển

Nếu không điều trị đúng cách, kịp thời sẽ gây viêm phúc mạc hay nhiễm trùng huyết.

Điều trị

- Ở tuyến cơ sở:

Khi phát hiện bệnh giải thích cho bệnh nhân và gia đình chuyển tuyến ngay

- Ở tuyến chuyên khoa:

+ Điều dưỡng:

- Nâng cao thể trạng: ăn uống tốt, truyền dịch, truyền đạm...
- Động viên tinh thần yên tâm điều trị.

+ Nội khoa:

- Kháng sinh liều cao (tiêm bắp hoặc tĩnh mạch theo kháng sinh đồ).
- Giảm đau.

+ Ngoại khoa: nếu điều trị nội khoa không kết quả, sau vài ngày phải cắt tử cung bán phần thấp.

3.4. Viêm phần phụ

Hiếm gặp sau đẻ, tuy nhiên nếu đã bị thì thường là viêm quanh tử cung và quanh hai phần phụ, nhiều hơn là viêm trong vòi trứng. Bệnh thường không đơn thuần mà phối hợp.

Dùng kháng sinh liều cao, chườm đá, nằm nghỉ sau 1-2 tuần lễ khỏi viêm giảm dần, khí hư ra nhiều, bệnh nhân thấy đỡ đau, hết sốt, rồi hết đau.

Nếu điều trị không tốt, không kết quả, có thể xuất hiện hai khối mủ ở hai bên hố chậu (ở hai vòi trứng), viêm phúc mạc tiểu khung hoặc viêm phúc mạc toàn thể. Có thể trở thành viêm phần phụ mạn tính.

Nếu túi mủ khu trú thì mở thông túi mủ ra ngoài qua túi cùng âm đạo. Chỉ mổ theo đường bụng khi bị viêm phúc mạc toàn bộ.

3.5. Viêm phúc mạc

- Nguyên nhân:

+ Viêm phúc mạc tiểu khung có thể bị sau viêm tử cung và vòi trứng, các dây chằng và cũng có thể là nguyên phát qua đường bạch huyết tới phúc mạc.

Vì viêm nên phúc mạc bị tiết dịch, tạo nên giả mạc, mủ...tuỳ theo từng loại vi khuẩn mà dịch đó có màu (xanh hoặc trắng đục là liên cầu, con, tụ cầu, não mô cầu thì cho mủ màu vàng..).

+ Viêm phúc mạc toàn bộ là hậu quả của viêm phúc mạc tiểu khung

- Triệu chứng:

+ Sốt 39- 40⁰C, có khi rét run.

+ Thở trạng nhiễm trùng, nhiễm độc rõ.

+ Tử cung to, đau, cổ tử cung hé mở.

+ Cùng đồ đầy, căng phồng, ấn đau.

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng cao và đa nhân trung tính tăng cao trên 80- 85%

- Tiên lượng:

Chẩn đoán sớm, điều trị hoặc chuyển tuyến đúng lúc, đúng cách tiên lượng sẽ tốt.

Mổ chậm có nhiều biến chứng khó lường (áp xe dưới cơ hoành, liệt ruột, viêm phúc mạc, nhiễm độc nặng), tiên lượng xấu, nếu mổ di chứng cũng nhiều, nếu có khối thì di chứng xa hay gây dính và tắc ruột.

- Điều trị:

+ Điều dưỡng: nghỉ ngơi, chườm đá, vệ sinh sạch sẽ vùng âm hộ, tăng sinh môn, đặc biệt sau mỗi lần đại tiểu tiện.

+ Điều trị triệu chứng: kháng sinh liều cao, phối hợp, tốt nhất theo kháng sinh đồ.

Nếu khối mủ ở túi cùng đồ sau chọc dò và chích dẫn lưu qua đường âm đạo để đặt một ống dẫn lưu cho hết mủ rồi rút.

Cắt tử cung bán phần và phần phụ nếu có tổn thương. Lau sạch ổ bụng, cho kháng sinh vào ổ bụng. Đặc biệt đặt ống dẫn lưu từ chỗ thấp nhất của ổ bụng ra thành bụng bên.

+ Điều trị nguyên nhân: trường hợp có sót rau sau khi đã điều trị kháng sinh, nạo sạch buồng tử cung.

- Phòng bệnh: để tránh viêm phúc mạc toàn bộ sau đẻ phải chú ý vô khuẩn, khử khuẩn khi khám âm đạo, khi làm các thủ thuật ở tử cung, không để sót rau, điều trị tích cực các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản.

3.6. Viêm tắc tĩnh mạch

- Nguyên nhân:

Gặp ở người con rạ, chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, chảy máu nhiều, thường ở chi dưới.

- Điều kiện thuận lợi: nằm nhiều, ít vận động, máu di chuyển chậm trong tĩnh mạch, máu dễ đông do tăng sinh sợi huyết, số lượng tiểu cầu phát triển hoặc do yếu tố thần kinh giao cảm ở chi dưới.

- Tiến triển: nếu điều trị không kịp thời, gây viêm tắc động mạch phổi (khó thở, khạc ra máu, tức ngực), thận (vô niệu hoặc đái ra máu)..., bệnh nhân có thể tử vong đột ngột.

- Xử trí:
 - + Chuyển tuyến sớm.
 - + Xét nghiệm: thời gian máu chảy, máu đông, đếm tiểu cầu, thời gian Quick ... , chụp tĩnh mạch nếu có điều kiện.
 - Phòng bệnh:
 - + Vận động sớm sau đẻ, sau mổ
 - + Heparin 5000 UI tiêm dưới da, 12 giờ tiêm một lần.
- Nếu khi phát hiện ra bệnh phải chuyển tuyến trên điều trị.

3.7. Nhiễm khuẩn huyết

Là hình thái nặng nhất của nhiễm khuẩn hậu sản, tiên lượng xấu, tử vong cao.

- Nguyên nhân: do điều trị các tình trạng nhiễm khuẩn không đúng cách, không đủ liều lượng, không kịp thời vì đã không chẩn đoán ra để tiên lượng giải quyết

- Triệu chứng:
- + Sốt cao, dao động
- + Suy sụp toàn trạng.
- + Choáng do độc tố(nhiễm độc và đưa đến hôn mê, vô niệu...
- Chẩn đoán xác định dựa vào hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng biểu hiện ở nhiều cơ quan và kết quả cấy máu đúc nhiệt độ cao)

Cấy sản dịch làm kháng sinh đồ.

- Tiên lượng: nếu chỉ có một ổ nhiễm khuẩn đầu tiên là tử cung. Cho kháng sinh và cắt bỏ tử cung có thể khỏi bệnh. Nếu đã có những ổ nhiễm khuẩn thứ phát

Ở các tạng gan, thận, phổi... các dấu hiệu phụ: thiếu máu, gan to, vàng da, xuất huyết dưới da, có dấu hiệu thần kinh (đau đầu), apxe phổi, viêm cơ tim, apxe não..., thì rất khó điều trị, tỷ lệ tử vong hầu như 100%.

- Điều trị:

+ Kháng sinh liều cao phối hợp.

+ Hồi sức tích cực, bồi phụ nước, điện giải.

+ Nếu thiếu máu nặng phải truyền máu.

+ Khi đỡ sốt: mổ cắt tử cung và phần phụ và gửi bệnh phẩm để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

4. Dự phòng nhiễm khuẩn hậu sản

Các thủ thuật và phẫu thuật trong sản khoa phải thật vô khuẩn và tiệt trùng tốt đối với các dụng cụ kim loại, đồ vải, bông, băng... theo đúng quy trình và quy tắc chuyên môn quy định.

Mọi thủ thuật viên phải có ý thức tự giác thực hiện vô khuẩn (ví dụ: đã vô ý chạm tay đã đi găng vào chỗ không vô khuẩn thì phải thay găng ngay, không tùy tiện trong mọi thủ thuật sản phụ khoa).

Không để xảy ra sót rau sau đẻ, hút, nạo phá thai an toàn, thai to nếu có chỉ định phá phải làm ở tuyến y tế đã được bộ y tế quy định (nói chung từ tuyến tỉnh trở lên và làm đúng kỹ thuật đã quy định cho các tuyến được làm).

Điều trị kháng sinh đúng và đủ liều cho các hình thái NKHS.

Giáo dục, tuyên truyền tốt cho nhân dân và phụ nữ mang thai, cho thầy thuốc và các nữ hộ sinh, y sĩ sản, kể cả dịch vụ y tế tư nhân về nội dung đỡ đẻ sạch và làm mẹ an toàn cũng có thể khỏi bệnh.

Do đó:

- Trong lúc mang thai:

+ Chữa thiếu máu, suy dinh dưỡng, tránh giao hợp trong những tuần chót của thai kỳ.

+ Khám phát hiện các bệnh viêm nhiễm sinh dục để điều trị.

+ Giáo dục vệ sinh chung.

+ Vệ sinh thai nghén.

- Trong lúc chuyển dạ: tránh đẻ chuyển dạ kéo dài, tôn trọng vô khuẩn khi làm thủ thuật, giới hạn chấn thương vùng sinh dục, giảm thiểu vấn đề mất máu.

- + Bệnh nhân: thực tháo, thông tiểu, sát khuẩn vùng âm hộ, tăng sinh môn.
- + Thầy thuốc: trang phục sạch sẽ, đeo găng vô khuẩn khi khám, đỡ đẻ.
- + Thủ thuật: tuyệt đối vô khuẩn khi làm thủ thuật hoặc phẫu thuật sản phụ khoa.
- + Dụng cụ: tuyệt đối vô khuẩn.
- Trong thời kỳ hậu sản:
 - + Giữ vệ sinh bộ phận sinh dục, tránh ỏ nhiễm trùng (cách ly những người bị bệnh nhiễm trùng hay người lành mang mầm bệnh).
 - + Phát hiện sớm sốt rau, bế sản dịch để xử trí.
 - + Điều trị triệt để bệnh, nếu nặng chuyển tuyến chuyên khoa điều trị.

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Tại bệnh viện.

1. Bảng kiểm tự học liệt kê các nguyên nhân và yếu tố thuận lợi gây NKHS

Các nguyên nhân và yếu tố thuận lợi	Có	Không
- Nguyên nhân: + Do thủ thuật, kỹ thuật đỡ đẻ không vô khuẩn tốt. + Do vỡ ối sớm, do bế sản dịch. + Do sốt rau, sốt màng rau. + Do thăm khám nhiều. + Do thể trạng của sản phụ yếu. suy nhược.		
- Yếu tố thuận lợi: + Dinh dưỡng kém. + Thiếu máu. + Nhiễm độc thai nghén. + Tại chỗ có viêm âm đạo, viêm cổ tử cung. + Ối vỡ non, vỡ sớm. + Chuyển dạ kéo dài. thăm khám nhiều. + Chấn thương đường sinh dục. + Thủ thuật bóc rau, mổ lấy thai.		

2. Bảng kiểm tự học triệu chứng, 5 hình thái NKHS chủ yếu

Triệu chứng, các hình thái NKHS	Có	Không
1. Nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo * Nguyên nhân: - Khâu tầng sinh môn, âm đạo không được vô khuẩn tốt - Rách tầng sinh môn, rách âm đạo không khâu. - Quên gạc trong âm đạo.		

Triệu chứng, các hình thái NKHS	Có	Không
- Vệ sinh tầng sinh môn sau trẻ không tốt. * Triệu chứng chẩn đoán: - Tại chỗ có vết rách, khâu, sưng tấy, nóng đỏ, mưng mủ, đau, ấn vào chân chỉ có mủ chảy ra. - Tử cung co hồi bình thường, sản dịch có thể hôi. - Có thể có kèm theo sốt nhẹ. nhiệt độ 38 - 38,5⁰C. Hình thái này tiên lượng thường là tốt. * Điều trị: + Ở tuyến cơ sở: Cắt chỉ sớm để dẫn lưu mủ. Vệ sinh tại chỗ. Kháng sinh toàn thân. + Ở tuyến chuyên khoa: Kháng sinh liều cao, phối hợp theo kháng sinh đồ. Vệ sinh. Khâu lại tầng sinh môn.		

2. Viêm gộp mạc tử cung * Nguyên nhân: - Sốt rau, sốt màng - Nhiễm khuẩn ối - Chuyển dạ kéo dài - Thủ thuật không bảo đảm vô khuẩn. - Bế sản dịch. * Triệu chứng: - Cơ năng: + Mệt mỏi, khó chịu, nhức đầu, chán ăn, tiết sữa kém. + Sản dịch mùi hôi, có thể lẫn máu hoặc có mủ. - Toàn thân: + Sản phụ sốt, nhiệt độ 38 - 38,5⁰C có khi gai rét. + Mạch nhanh, huyết áp có thể thay đổi. - Thực thể: + Tử cung to, co hồi chậm, mật độ mềm, ấn vào tử cung bệnh nhân đau tức. + Mở mỏ vịt: nhìn thấy dịch nâu bẩn từ buồng tử cung chảy ra. + Cổ tử cung hé mở, sản dịch bên, có rau, màng rau... + Cây sản dịch		
--	--	--

Triệu chứng, các hình thái NKHS	Có	Không
* Chẩn đoán: - Ổ tuyến cơ sở: + Dựa vào khám lâm sàng: tử cung to, co hồi chậm, ấn đau tức. + Mở mổ vạt thấy dịch bắn từ buồng tử cung chảy ra + Cho tay vào cổ tử.cung đẩy ra sản dịch, rau, màng rau. - Ổ tuyến chuyên khoa: + Dựa vào triệu chứng lâm sàng như trên. + Cận lâm sàng: + Siêu âm: có thể thấy hình ảnh rau sót.... + Cây dịch làm kháng sinh đồ. * Điều trị: - Ổ tuyến cơ sở: + Khám co hồi tử cung, đánh giá sản dịch. theo dõi nhiệt độ + Dùng kháng sinh toàn thân. + Theo dõi hàng ngày. - Ổ tuyến chuyên khoa: - Điều trị triệu chứng: + Kháng sinh toàn thân. + Co hồi tử cung: Oxytocin, ergometrin. - Điều trị nguyên nhân: + Nếu có sót rau, nạo sạch buồng tử cung. + Nếu bế sản dịch: nong cổ tử cung, lau buồng tử cung.		
3. Viêm tử cung toàn bộ Nguyên nhân Cũng như viêm nội mạc tử cung, không phát hiện điều trị kịp thời. Triệu chứng - Toàn thân: toàn trạng suy sụp. - Cơ năng: đau bụng quặn từng cơn, có khi bị chảy máu nhiều từ sau đẻ 8- 10 ngày. - Thực thể: + Tử cung to, mềm, nhão. + Khí hư đen, hôi thối. + Nắn tử cung đau nhất là hai sừng tử cung và eo tử cung. - Cận lâm sàng: + Siêu âm: có thể thấy được hình ảnh sót rau.		

Triệu chứng, các hình thái NKHS	Có	Không
+ Cấy dịch làm kháng sinh đồ. Chẩn đoán: Dựa vào các triệu chứng trên Tiến triển Nếu không điều trị đúng cách, kịp thời sẽ gây viêm phúc mạc hay nhiễm trùng huyết. Điều trị - Ở tuyến cơ sở: Khi phát hiện bệnh giải thích cho bệnh nhân và gia đình chuyển tuyến ngay - Ở tuyến chuyên khoa: + Điều dưỡng: * Nâng cao thể trạng: ăn uống tốt, truyền dịch, truyền đạm... * Động viên tinh thần yên tâm điều trị. + Nội khoa: * Kháng sinh liều cao (tiêm bắp hoặc tĩnh mạch theo kháng sinh đồ) * Giảm đau. + Ngoại khoa		

4. Viêm phần phụ Hiếm gặp sau đẻ 5. Viêm phúc mạc - Nguyên nhân: + Viêm phúc mạc tiểu khung. + Viêm phúc mạc toàn bộ. - Triệu chứng: + Sốt 39- 40⁰C, có khi rét run. + Thở trạng nhiễm trùng, nhiễm độc rõ. + Tử cung to, đau, cổ tử cung hé mở. + Càng đồ đầy, căng phồng, ấn đau. + Xét nghiệm: bạch cầu tăng. - Tiên lượng: Chẩn đoán sớm sẽ tốt. Mổ chậm xấu, - Điều trị: + Điều dưỡng: nghỉ ngơi, chườm đá, vệ sinh sạch sẽ vùng âm hộ, tăng sinh môn, đặc biệt sau mỗi lần đại tiểu tiện.		
--	--	--

Triệu chứng, các hình thái NKHS	Có	Không
+ Điều trị kháng sinh liều cao, phối hợp, theo kháng sinh đồ. + Cắt tử cung, lau sạch ổ bụng ống dẫn lưu. + Điều trị nguyên nhân		

5. Nhiễm khuẩn huyết Là hình thái nặng, tử vong cao. - Nguyên nhân: không điều trị kịp thời các thể nhẹ khác - Triệu chứng: + Sốt cao, dao động. + Suy sụp toàn trạng. + Choáng do độc tố. - Chẩn đoán xác định dựa vào hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng. Cấy sản dịch - Tiên lượng tốt: chỉ có một ổ viêm mủ tử cung - Tiên lượng xấu có nhiều ổ viêm mủ. - Điều trị: + Kháng sinh liều cao phối hợp. + Hồi sức tích cực, bồi phụ nước, điện giải, truyền máu. + Mổ cắt tử cung		
---	--	--

Bước 2. Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện.
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công sinh viên chuẩn bị đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:
 - + Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
 - + Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.
 - + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
 - + Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh.
 - + Các thói quen xã hội: uống các chất kích thích, hút thuốc...
 - + Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện.

- Quan sát:
- + Điều kiện nhà ở.
- + Nguồn nước sử dụng.
- + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
- + Các công trình vệ sinh.

- Tư vấn cho hộ gia đình cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn.

Bước 3: Tại hộ gia đình:

Tiến hành phỏng vấn, quan sát và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị.

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Hình thành giả thuyết các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn hậu sản trên bệnh nhân.
- Rút bài học kinh nghiệm

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi lượng giá

Lý thuyết: Câu hỏi trắc nghiệm

Khoanh tròn vào câu trả lời sinh viên cho là đúng:

1. Yếu tố không phải là nguyên nhân của nhiễm khuẩn hậu sản là:

- A. Thủ thuật không vô khuẩn
- B. Thai to.
- C. Sốt rau.
- D. Chuyển dạ kéo dài.

2. Nguyên nhân của nhiễm khuẩn tầng sinh môn là:

- A. Sốt rau.
- B. Chuyển dạ kéo dài.
- C. Thai to
- D. Khâu tầng sinh môn không đúng kỹ thuật.

3. Khi vết khâu tầng sinh môn bị toác, thời điểm khâu phụ hồi lại là:

- A. Sau một ngày
- B. Bất kể ngày nào khi bệnh nhân hết sốt.
- C. Khi tổ chức hạt bắt đầu lên.
- D. Khi hết thời kỳ hậu sản.

4. Khi điều trị bệnh viêm nội mạc tử cung nếu có sốt rau thì tiến hành nạo buồng tử cung:

- A. Càng sớm càng tốt.
- B. Sau khi dùng kháng sinh.
- C. Sau khi dùng thuốc co hồi tử cung.
- D. Khi đã dùng thuốc và bệnh nhân hết sốt.

5. Điều không phải là yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn hậu sản là:

- A. Sốt rau.
- B. Đẻ non.
- C. Bế sản dịch.
- D. Chuyển dạ kéo dài.

Thực hành:

- Bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội
- Báo cáo học lâm sàng xã hội
- Bệnh án

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết nhiễm khuẩn hậu sản.
- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.
- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.
- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phân học lâm sàng xã hội.
- Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giáo viên, thảo luận với sinh viên cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết. Tại phòng bệnh khoa sản: hỏi bệnh, thăm khám, tham khảo hồ sơ bệnh án bệnh nhân nhiễm khuẩn hậu sản để làm sáng tỏ phần lý thuyết.

2. Vận dụng thực tế

Sinh viên làm bệnh án hoàn chỉnh cho bệnh nhân nhiễm khuẩn hậu sản tại khoa Sản sau đó lập kế hoạch và đến gia đình người bệnh để thăm hỏi, quan sát điều kiện sinh hoạt, môi trường... tìm yếu tố ảnh hưởng đến quá trình bệnh lý, như:

- Dinh dưỡng kém.
- Thiếu máu.
- Nhiễm độc thai nghén.
- Tại chỗ có viêm âm đạo, viêm cổ tử cung.
- Ôi vỡ non, vỡ sớm.
- Chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.
- Chấn thương đường sinh dục.
- Thủ thuật bóc rau.

Tư vấn chăm sóc sức khỏe cho gia đình người bệnh.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Khoa Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học Năm 2002.

VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC (VNĐSD)

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. Trình bày được các nguyên nhân và điều kiện thuận lợi gây viêm nhiễm đường sinh dục (VNĐSD).*
- 2. Phán đoán và xử trí được VNĐSD.*
- 3. Phát hiện các yếu tố nguy cơ tại hộ gia đình bên quan đến VNĐSD và tư vấn được cách phòng bệnh.*

1. Đại cương

- Nhiễm trùng sinh dục bao gồm
 - + Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs).
 - + Các nhiễm trùng sinh dục.
 - + Các nhiễm trùng thủ thuật trong sản phụ khoa.
- Tình hình chung: viêm nhiễm sinh dục là bệnh phổ biến nhất trong các bệnh lý phụ khoa, chiếm tới 80% trong số các bệnh phụ khoa.
- Đặc điểm: bệnh thường không có triệu chứng điển hình, và rất đa dạng mà bệnh nhân lại hay đến muộn, nhiều khi bệnh nhân còn dấu diếm, không khai bệnh trung thực hoặc đã điều trị không triệt để, bởi vậy làm khó khăn cho chẩn đoán và điều trị.

Bệnh không đe dọa đến tính mạng, song ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, năng suất lao động, chất lượng cuộc sống và sức khỏe sinh sản.

Bệnh có thể điều trị khỏi, nhưng thường kéo dài và để lại những biến chứng như gây hẹp, tắc vòi trứng có thể dẫn đến chửa ngoài tử cung, vô sinh hoặc những thương tổn tâm lý.

2. Nguyên nhân

2.1. Vệ sinh cá nhân và môi trường lao động

- Đặc điểm những VNĐSD do vệ sinh cá nhân như vệ sinh kinh nguyệt, giao hợp, vệ sinh trong lao động, điều kiện lao động, điều kiện sống, nguồn nước... thường có thể chỉ là những viêm nhiễm do herpes, tạp trùng, trùng roi, nấm và Chlamydia.

- Chủ yếu là những viêm nhiễm sinh dục dưới, như: viêm âm hộ, âm đạo, các tuyến sinh dục dưới, viêm loét cổ tử cung.

- Mức độ bệnh không nặng nề, nhưng số lượng phụ nữ mắc bệnh có thể lớn, việc điều trị và ngăn chặn, làm giảm tỷ lệ bệnh phải được các cấp các ngành quan tâm, tuyên truyền rộng rãi, mỗi cá nhân, gia đình, xã hội, cơ quan, nhà máy xí nghiệp có biện pháp tích cực phù hợp.

2.2. Vệ sinh vô khuẩn kém trong các thủ thuật sản phụ khoa

- Nạo phá thai, sinh đẻ, đặt dụng cụ tử cung...

- Đây là dạng viêm sinh dục xảy ra trong và sau sảy, nạo phá thai và sinh đẻ hay đặt dụng cụ tử cung... Đó là hình thái viêm nhiễm đặc biệt, có thể gọi chung hoặc giống như là "nhiễm trùng hậu sản", vì đường vào chủ yếu là từ đường sinh dục.

- Nguyên nhân chủ yếu do kém vệ sinh trong khi làm thủ thuật, do môi trường, dụng cụ, phương tiện vô khuẩn không tốt. Nếu tại cơ sở y tế, thì trách nhiệm chính là của thầy thuốc.

- Tác nhân chủ yếu của dạng viêm sinh dục này là tạp khuẩn, có thể là hen cầu, tụ cầu, yếm kỵ khí, sinh hơi... cũng có thể lây truyền các bệnh nguy hiểm khác (HIV, viêm gan virus).

- Mức độ bệnh có thể từ nhẹ đến rất nặng, nếu viêm kéo dài thường dẫn tới viêm nhiễm phần phụ, ứ nước, ứ mủ vòi trứng. Bệnh có thể đe dọa tính mạng, ảnh hưởng lớn tới sức khỏe, là nguyên nhân của vô sinh, chửa ngoài tử cung.

- Ngăn chặn bệnh bằng tôn trọng mọi nguyên tắc vệ sinh vô khuẩn trong thủ thuật sản phụ khoa.

2.3. Bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs):

- Tác nhân chủ yếu là HIV, herpes sinh dục, giang mai, lậu, Trichomonas, nấm Candida, Chlamydia.

- Bệnh có tính chất xã hội, liên quan tới lối sống không lành mạnh, tệ nạn xã hội (như HIV, giang mai, lậu).

- Mức độ và diễn biến bệnh tùy từng căn nguyên có khác nhau, với giang mai, lậu hay HIV thường nghiêm trọng và phức tạp. Song với các ký sinh trùng và chlamydia nếu phát hiện kịp thời, điều trị kết quả tốt.

2.4. Viêm nội tiết: Ít gặp, không nghiêm trọng

2.5. Các yếu tố thuận lợi

- Quan hệ tình dục với người mang bệnh: là nguyên nhân nhiễm khuẩn đặc hiệu các bệnh như HIV, Herpes sinh dục, giang mai, lậu, Chlamydia, Trichomonas, nấm Candidas.

- Thầy thuốc gây ra nhiễm khuẩn do thực hiện các thủ thuật sản phụ khoa không đúng quy trình vô khuẩn như:

+ Khi làm thủ thuật chụp tử cung, đặt dụng cụ tử cung, nạo sinh thiết, khám phụ khoa...

+ Thủ thuật trong nạo phá thai, đỡ đẻ, kiểm soát tử cung...

- Bản thân người bệnh: suy nhược, dị dạng, có khối u sinh dục, mạn kinh, thiếu năng nội tiết, đái đường, suy giảm miễn dịch.

3. Các hình thái viêm sinh dục

Dựa vào vị trí giải phẫu, chia viêm sinh dục ra 2 loại:

3.1. Viêm sinh dục dưới (dưới vòng bám âm đạo) bao gồm:

Viêm cổ tử cung, viêm âm hộ âm đạo và tuyến sinh dục. Loại này chiếm 80 - 90% tổng số các bệnh viêm sinh dục, đây là loại viêm nhiễm hờ, chẩn đoán và điều trị kịp thời kết quả tốt.

Cụ thể có một số bệnh sau:

3.1.1. Viêm âm hộ, âm đạo do tạp khuẩn

Đây là loại hay gặp nhất, nguyên nhân do sự mất thăng bằng các vi khuẩn, nội tiết, pH âm đạo.

- Triệu chứng:

- + Ra khí hư nhiều, màu vàng hoặc xanh, như mủ, mùi hôi, bẩn.
- + Dầm dết khó chịu.
- + Khám thấy âm đạo xung huyết đỏ.
- + Xét nghiệm khí hư nhiều bạch cầu, tạp khuẩn.

- Điều trị: vệ sinh, đặt thuốc tại chỗ.

3.1.2. Viêm âm hộ, âm đạo cổ tử cung do *Trichomonas vaginalis*

Hay gặp, chỉ sau tạp khuẩn, tỷ lệ 10% tổng số viêm sinh dục.

- Đường lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục với người mắc bệnh, ngoài ra do nguồn nước nhiễm bẩn.

- Triệu chứng:

- + Ngứa ngứa, đau rát, dầm dết khó chịu.
- + Ra khí hư loãng, trắng đục hoặc vàng nhạt, thường có bọt.
- + Khám thấy âm đạo, cổ tử cung viêm đỏ, có những chấm đỏ (đào lympho bào). Bôi luôm, có những chấm trắng hay mảng trắng không bắt màu iod, gọi là hình ảnh "da báo" hay "sao đêm".

+ Xét nghiệm soi tươi khí hư có trùng *Trichomonas*, pa âm đạo kiềm.

- Điều trị có thuốc đặc hiệu: Metronidazol.

3.1.3. Viêm âm đạo do nấm *Candida Albicans*, *Tropicalis*, *Krusei*

Bệnh gặp ở người đang có thai, đài đường khó điều trị dứt điểm. Thường gặp do dùng chung đồ dùng tắm giặt, lây qua quan hệ tình dục.

- Triệu chứng:

- + Ngứa rát âm hộ âm đạo, chủ yếu giai đoạn cấp.
- + Khí hư ít, đặc, dính như bột gạo.

- + Khám có thể thấy viêm đỏ âm đạo, nhất là thành âm đạo 1/2 ngoài.
- + Xét nghiệm soi tươi/ nhuộm fuchsin thấy nhiều sợi nấm và bào tử nấm.
- Điều trị: Nistatin, sporol.

3.1.4. Viêm sinh dục do lậu

Bệnh lần đầu thường gặp ở thể cấp tính bởi tình trạng viêm cơ quan niệu dục, diễn biến khá rầm rộ, sau đó có thể chuyển thành mạn tính, biểu hiện bằng các viêm niệu đạo, viêm tuyến Bartholein, viêm cổ tử cung, tử cung vòi trứng. Chữa khỏi nhưng vẫn thường để di chứng dính tắc vòi trứng, dính niêm mạc tử cung và chít hẹp cổ tử cung.

- Triệu chứng

Với lậu cấp:

- + Sưng đau bộ phận niệu dục.
- + Đái buốt, khó đái.
- + Sốt 38 - 39°C
- + Khí hư nhiều, lẫn mủ.
- + Khám thấy âm hộ, âm đạo xung đỏ.
- + Xét nghiệm khí hư nhuộm Giem, thấy song cầu hình hạt cà phê Gr (-).

Với lậu mạn tính: triệu chứng giống như viêm sinh dục do tạp khuẩn, nếu có gợi ý hay nghĩ tới lậu mới xét nghiệm ra bệnh lậu.

- Điều trị: đặc hiệu với kháng sinh peniciline, ciprofloxacin, ceftriaxon.

3.1.5. Viêm tuyến Bartholein

- Có thể viêm do tạp khuẩn, hay lậu. Diễn biến có thể cấp, mạn tính có đợt cấp và nang hoá.

- Triệu chứng:

+ Tại tuyến Bartholein (thường ở 1 bên) sưng, to, nóng đỏ và đau trong đợt cấp sau đó dịu và nhỏ đi. Sau nhiều đợt viêm tuyến bị nang hoá phát triển to ra.

- + Khám thấy nang tuyến to, có thể có kích thước như quả trứng gà.
- + Gây đau, khó khăn trong giao hợp.

- + Đôi khi nang dò mủ nang hơi sọc, sau tự tiêu nhưng không mất hẳn.
- Điều trị: bóc bỏ nang hoặc chích mủ sau khi đã dùng kháng sinh.

3.1.6. Viêm loét cổ tử cung

Viêm loét thường kèm theo lộ tuyến cổ tử cung, có thể là sau các viêm nhiễm kể trên không được giải quyết tốt.

Viêm cổ tử cung cũng có 2 thể là cấp tính và viêm mạn tính. Triệu chứng cơ bản vẫn là tình trạng viêm loét tại chỗ của cổ tử cung.

- Khí hư bất thường, ra nhiều, như mủ, hôi, bẩn, có khi lẫn máu (do loét trợt, tổn thương mạch máu).

- Khám thấy cổ tử cung loét trợt, màu đỏ, mất lớp biểu mô bóng trắng ngà, loét làm lộ các chùm tuyến. Bôi luôm vùng loét không bắt màu iod.

Điều trị: kháng sinh toàn thân và đặt thuốc tại chỗ, đốt diệt tuyến khi tình trạng viêm nhiễm ổn định và loét sâu, rộng.

3.2. Viêm sinh dục trên

3.2.1. Viêm niêm mạc tử cung

- Là bệnh thường gặp tiếp sau viêm cổ tử cung, sau nạo thai, sau đẻ hay can thiệp vào buồng tử cung như đặt dụng cụ tử cung, nạo sinh thiết niêm mạc, chụp tử cung vòi trứng.

- Triệu chứng:

- + Sốt 38 – 39⁰C.

- + Ra khí hư hôi bẩn.

- + Đau âm ỉ bụng dưới.

- + Đặt mỏ vịt thấy dịch bẩn hoặc mủ chảy ra từ lỗ cổ tử cung.

- + Tử cung hơi to hơn bình thường.

- Điều trị: kháng sinh toàn thân.

- Biến chứng có thể dính buồng tử cung một phần hay toàn phần.

3.2.2. Viêm phần phụ

- Viêm phần phụ cấp tính:

+ Đặc điểm thường gặp sau nạo phá thai, do vô khuẩn không tắt, với bệnh nhân chưa chữa đẻ thì thường do lậu.

+ Điều trị không triệt để dễ biến chứng: ứ nước, ứ mủ vòi trứng, áp xe phần phụ, tắc dính vòi trứng, viêm phúc mạc tiểu kháng và viêm phúc mạc toàn thể hoặc chuyển thành mạn tính và dẫn tới vô sinh và chữa ngoài tử cung.

+ Triệu chứng: sốt cao 38 – 39⁰C. Đau bụng vùng hạ vị. Khí hư hôi bẩn. Khám có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc hạ vị, vùng tử cung phần phụ nề đau.

+ Điều trị: kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm viêm, an thần, vitamin.

- Viêm phần phụ mạn tính:

+ Biến chứng sau viêm cấp tính phần phụ hoặc sau viêm sinh dục điều trị không triệt để, điều trị thường khó khăn, kéo dài, hay có đợt bán cấp, khỏi thường để lại di chứng dính tắc vòi trứng, vô sinh hay chữa ngoài tử cung.

+ Triệu chứng: sốt nhẹ, gai gai rét. Đau âm i bụng dưới, có lúc đau trội lên. Ra khí hư nhiều, hôi bẩn. Phần phụ 2 hoặc một bên nề đau, ranh giới không rõ. Siêu âm có đám nề, có thể có ứ nước hoặc mủ. Chụp X quang thấy vòi tử cung dính tắc hoặc có ứ nước...

+ Điều trị: kháng sinh phối hợp, chống viêm, chống phù nề, corticoid, lý liệu pháp và bó nén.

4. Phòng bệnh

Viêm sinh dục là bệnh khu trú ở bộ phận sinh dục nữ, có liên quan mật thiết với yếu tố môi trường, kinh tế, xã hội, phong tục tập quán, trình độ nhận thức, ý thức và công tác quản lý, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, bảo vệ sức khỏe ban đầu và chăm sóc sức khỏe sinh sản của các ngành các cấp, đặc biệt là của ngành y tế, mà trách nhiệm chủ yếu là của các thầy thuốc sản phụ khoa. Trong đó phòng bệnh tích cực là quan trọng, hiệu quả và kinh tế nhất

- Giữ vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày, đặc biệt trong khi có kinh, hoạt động sinh dục, thời kỳ mang thai và sau đẻ.

- Quan hệ tình dục lành mạnh và an toàn.

- Không đặt thuốc hay thắt rửa âm đạo khi không có chỉ định của thầy thuốc.

- Cần khám, điều trị sớm khi có viêm nhiễm sinh dục.

- Cần tuân thủ nguyên tắc tuyệt đối vô khuẩn trong các thăm khám và làm thủ thuật sản phụ khoa.

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Tại bệnh viện

1. Bảng kiểm tự học liệt kê các nguyên nhân chủ yếu aân VNĐSD

Các nguyên nhân chủ yếu gây VNĐSD	Có	Không
1. Vệ sinh cá nhân và môi trường lao động - Chủ yếu là VNĐSD dưới.		
Các nguyên nhân chủ yếu gây VNĐSD	Có	Không
2. Vệ sinh vô khuẩn kém trong các thủ thuật sản phụ khoa - Nạo phá thai, sinh đẻ, đặt dụng cụ tử cung... - Nguyên nhân vệ sinh, do môi trường, dụng cụ, phương tiện vô khuẩn không tốt. - Tác nhân chủ yếu là tạp khuẩn. - Mức độ bệnh có thể từ nhẹ đến rất nặng.		
3. Bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs): - Tác nhân chủ yếu là HIV, herpes sinh dục, giang mai, lậu, trichomonas, nấm candida, chlamydia. - Bệnh có tính chất xã hội - Tùy mức độ		
4. Viêm nội tiết: ít gặp, không nghiêm trọng 5. Các yếu tố thuận lợi - Quan hệ tình dục với người mang bệnh - Thầy thuốc: + Khi làm thủ thuật phụ khoa + Thủ thuật trong nạo phá thai, đỡ đẻ, kiểm soát tử cung... - Các bệnh toàn thân		

2. Bảng kiểm tự học chẩn đoán, xử trí các hình thái VNĐSD

Các hình thái VNĐSD	Có	Không
1. Viêm sinh dục dưới bao gồm: 1.1. Viêm âm hộ, âm đạo do tạp khuẩn: - Triệu chứng: + Ra khí hư nhiều, màu vàng hoặc xanh, như mủ, mùi hôi, bần. + Dầm dết khó chịu. + Khám thấy âm đạo xung huyết đỏ. + Xét nghiệm khí hư nhiều bạch cầu, tạp khuẩn. - Điều trị: vệ sinh, đặt thuốc tại chỗ.		
1.2. Viêm âm hộ, âm đạo cổ tử cung do trichomonas vaginalis - Tỷ lệ 10% tổng số viêm sinh dục. - Đường lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục . - Triệu chứng: + Ngứa ngứa, đau rát, dầm dết khó chịu. + Ra khí hư loãng, trắng đục hoặc vàng nhạt, thường có bọt.		
Các hình thái CNĐSD	Có	Không
+ Khám thấy âm đạo, cổ tử cung viêm đỏ, cũng có những chấm đỏ (đào lympho bào). Bôi lugol, có những chấm trắng hay mảng trắng không bắt màu iod, gọi là hình ảnh “da báo” hay “sao đêm”. + Xét nghiệm có Trichomonas - Điều trị: metronitazol		
1.3. Viêm âm đạo do nấm Candida albicans, Tropicalis, krusei. - Triệu chứng: + Ngứa rát âm hộ âm đạo, chủ yếu giai đoạn cấp. + Khí hư ít, đặc, dính như bột gạo. + Khám có thể thấy viêm đỏ âm đạo, nhất là thành âm đạo 1/2 ngoài. + Xét nghiệm sợi nấm và bào tử nấm. - Điều trị nistatin, sporol		
1.4. Viêm tuyến Bartholin		

1.5. Viêm loét cổ tử cung Viêm loét thường kèm theo lộ tuyến Viêm cổ tử cung cấp tính và viêm mạn tính. - Khí hư ra nhiều, như mủ, hôi, bẩn, có khi lẫn máu. - Khám thấy cổ tử cung loét trợt. Bôi lugol vùng loét không bắt màu iod. Điều trị: Kháng sinh, đặt thuốc tại chỗ, đốt diệt tuyến		
2. Viêm sinh dục trên 2.1. Viêm niêm mạc tử cung - Là bệnh thường gặp tiếp sau viêm tử cung, sau nạo thai, sau đẻ hay can thiệp vào buồng trứng tử cung. - Triệu chứng: + Sốt 38-39⁰C. + Ra khí hư hôi bẩn. + Đau âm ỉ bụng dưới. + Đặt mỏ vịt: mủ chảy ra từ lỗ cổ tử cung. + Tử cung hơi to hơn bình thường. - Điều trị: kháng sinh hoàn toàn - Biến chứng có thể dính tử cung một phần		
2.2. Viêm phần phụ - Viêm phần phụ cấp tính:		

Các hình thái VNĐSD	Có	Không
+ Sau nạo phá thai, vô khuẩn kém, do lậu. + Điều trị không triệt để dễ biến chứng: ứ nước, ứ mủ vòi trứng, áp xe phần phụ, tắc dính vòi trứng. + Triệu chứng: sốt cao 38 – 39⁰C. Đau bụng vùng hạ vị. Khi hư hôi bẩn. Phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc hạ vị, vùng tử cung phần phụ nề đau. + Điều trị: kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm viêm, an thần. - vitamin. - Viêm phần phụ mạn tính: + Biến chứng sau viêm cấp tính		

3. Tư vấn vệ sinh phòng bệnh - Sử dụng nguồn nước sạch, hợp vệ sinh - Vệ sinh kinh nguyệt - Khám phụ khoa định kỳ, điều trị sớm các bất thường - Không dùng kháng sinh bừa bãi, uống và đặt AĐ - Quan hệ tình dục an toàn		
--	--	--

Bước 2. Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện.
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công sinh viên chuẩn bị đi đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:

- + Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
- + Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.
- + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
- + Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh.
- + Các thói quen xã hội: uống các chất kích thích, hút thuốc...
- + Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều tẽ tại bệnh viện.

- Quan sát:

- + Điều kiện nhà ở.
- + Nguồn nước sử dụng.
- + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
- + Các công trình vệ sinh.
- Tư vấn cho hộ gia đình cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn.

Bước 3: Tại hộ gia đình:

Tiến hành phỏng vấn, quan sát và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị.

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Hình thành giả thuyết các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn sinh dục trên bệnh nhân.
- Rút ra bài học kinh nghiệm.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi lượng giá

Lý thuyết: Câu hỏi

Khoanh tròn vào câu trả lời sinh viên cho là đúng

1. Điều nào sau đây không phải là yếu tố thuận lợi gây viêm sinh dục nữ

A. Chấn thương do sinh đẻ.

B. Thay đổi pa âm đạo.

C. Giao hợp không an toàn.

D. Dùng thuốc viên tránh thai.

2. Dịch tiết sinh lý thường gặp:

A. Ở trẻ vị thành niên

B. Phụ nữ sau đẻ

C. Quanh ngày phóng noãn

D. Phụ nữ đã mãn kinh

3. Khí hư trong viêm âm đạo do nấm có đặc điểm:

A. Nhầy, lẫn mủ

B. Loãng, có bọt

C. Đặc, dính như hồ

D. Xanh, lẫn mủ có mùi hôi

4. Khí hư trong viêm âm đạo do trùng roi có đặc điểm:

A. Nhầy, lẫn mủ

B. loãng, có bọt

C. Đặc, dính như hồ

D. Xanh, lẫn mủ có mùi hôi

5. Khí hư trong viêm âm đạo do tạp khuẩn có đặc điểm:

A. Nhầy, lẫn mủ

B. Loãng, có bọt

C. Đặc, dính như hồ

D. Xanh, lẫn mủ có mùi hôi

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết viêm nhiễm đường sinh dục.

- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án cuối sách để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.

- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.

- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phân học lâm sàng xã hội.

Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giáo viên, thảo luận với sinh viên cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết. Tại phòng bệnh khoa sản: hỏi bệnh, thăm khám, tham khảo hồ sơ bệnh án bệnh nhân nhiễm trùng sinh dục để làm sáng tỏ phần lý thuyết:

2. Vận dụng thực tế

Sinh viên làm bệnh án hoàn chỉnh cho bệnh nhân nhiễm trùng sinh dục tại khoa Sản sau đó lập kế hoạch và đến gia đình người bệnh để thăm hỏi, quan sát điều kiện sinh hoạt, môi trường... tìm yếu tố ảnh hưởng đến quá trình bệnh lý, như vấn đề sinh kinh nguyệt chưa tốt, nước sinh hoạt bị ô nhiễm, các dịch vụ y tế chưa bảo đảm vô khuẩn tất... và tư vấn chăm sóc sức khỏe cho gia đình người bệnh

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II.

4. Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Khoa Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học Năm 2002.

VỆ SINH THAI NGHÉN VÀ QUẢN LÝ THAI NGHÉN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

1. Trình bày được những nội dung của vệ sinh thai nghén (VSTN) và đăng ký quản lý thai nghén (QLTN).
2. Thực hành được các nội dung khám thai định kỳ.
3. Tư vấn cho các bà mẹ thực hiện được vệ sinh thai nghén và quản lý thai nghén cộng đồng.

1. Đặc điểm chung của thai nghén

- Thai nghén và sinh đẻ là thiên chức của người phụ nữ, thai nghén là một tình trạng sinh lý bình thường, nhưng cũng có thể chuyển sang trạng thái bệnh lý ở bất kỳ tuổi thai nào. Khi có thai các nhu cầu cơ thể người phụ nữ tăng lên như: dinh dưỡng, vitamin, các yếu tố vi lượng... Vì vậy trong thời kỳ có thai người phụ nữ cần được chăm sóc chế độ dinh dưỡng và nghỉ ngơi hợp lý.

Là phụ nữ, là một người mẹ, từ khi biết được có một con người mới đang dần dần phát triển, hình thành ngay trong cơ thể mình, ai cũng mong muốn là mình sẽ cho ra đời một cháu bé khoẻ mạnh, thông minh, có ích cho xã hội sau này.

Những người cán bộ y tế cũng hết lòng chăm lo để mỗi trường hợp thai nghén đều được kết thúc tốt đẹp, "mẹ tròn con vuông". Vì thế, khi có thai, người phụ nữ cần phải đến những cơ sở chuyên khoa sản để được khám thai, theo dõi kỹ, phát hiện ngay những triệu chứng bất thường để điều trị, bảo đảm sức khoẻ bình thường cho người mẹ cũng như sự phát triển của bào thai.

- Những bệnh lý hay gặp ở người mang thai có thể là thiếu máu, nhiễm độc thai nghén, bệnh tim, bệnh thận. Mặt khác nếu người phụ nữ mắc các bệnh mạn tính (tim, gan, thận, phổi...) khi có thai bệnh sẽ nặng lên.

- Khi có thai người phụ nữ cần giữ vệ sinh thai nghén gồm vệ sinh trong sinh hoạt và vệ sinh trong lao động để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ và thai nhi đến đủ tháng.

Bởi vậy vệ sinh thai nghén đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản.

2. Những vấn đề cơ bản của vệ sinh thai nghén

2.1. Trang phục

- Quần áo mặc phải rộng rãi, thoáng mát vào mùa hè, ấm vào mùa đông, không bó sát vào người. Thắt lưng, chun quần, bít tất, nịt vú cần được nới rộng.

- Nên mặc nịt vú để nâng cặp vú lên không bị sệ xuống, nhưng phải mặc nịt vú rộng không bó chặt lấy ngực gây khó thở.

- Đi giày dép gót thấp, đế gót rộng bản tránh vấp ngã.

2.2. Vệ sinh thân thể

- Tắm hàng ngày bằng nước sạch, mát thoáng vào mùa hè, ấm kín vào mùa đông. Tắm dưới vòi nước hay dùng gáo dội, không tắm gội lâu, không ngâm mình trong nước.

- Hàng ngày cần rửa sạch, lau khô bộ phận sinh dục ngoài, thay quần lót, đặc biệt sau mỗi lần đại tiểu tiện cần rửa và lau sạch.

- Rửa sạch hai đầu vú, có thể xoa nhẹ nhàng thường xuyên hai đầu vú và bầu vú cho mềm đầu vú và nở nang cân đối hai vú. Sau khi lau khô hai núm vú, có thể xoa thêm glyxerin hoặc thuốc mỡ có sinh tố.

- Đánh răng kỹ mỗi ngày, nếu răng bệnh lý có thể đến các cơ sở nha khoa khám và chữa răng như bình thường.

2.3. Vận động, làm việc và nghỉ ngơi

- Vận động:

+ Không tập các môn thể thao với động tác mạnh, tốn sức, thời gian lâu, làm người mẹ phải cố gắng nhiều về thể lực, gây khó thở. Nên tập thể dục buổi sáng với những động tác nhẹ nhàng và tập hít thở sâu, hoặc đi bách bộ 5-10 phút, nên tắm nắng buổi sáng.

+ Không đi xa bằng bất kể phương tiện nào nhất là trong 3 tháng đầu dễ gây sảy thai và 3 tháng cuối dễ gây đẻ non.

- Làm việc: khi có thai vẫn có thể lao động bình thường, nên tránh làm việc nặng, quá sức và kéo dài trên tục.

- Nghỉ ngơi: nên nghỉ lao động trước đẻ 4 tuần giúp cho người mẹ nghỉ ngơi, thai phát triển tốt, để người mẹ có thời gian chuẩn bị đồ dùng cho mẹ và con trong cuộc đẻ. Đặc biệt có chế độ nghỉ ngơi đối với những người có con co liên tục hoặc đã có tiền sử sảy thai đẻ non.

2.4. Sinh hoạt tình dục

Quan hệ tình dục cần điều độ, nhẹ nhàng, nên hạn chế trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối tránh gây sảy thai và đẻ non.

3. Nội dung đăng ký thai nghén

3.1. Đối tượng làm nhiệm vụ đăng ký

Mạng lưới là các bác sỹ, y sỹ, y tá, các cộng tác viên dân số hoặc các trưởng thôn, trưởng xóm, hội phụ nữ. Các cán bộ nêu trên tập hợp danh sách đẻ trạm y tế xã, phường lập danh sách càng sớm càng tốt.

3.2. Đối tượng và thông tin đăng ký

- Tất cả phụ nữ đang mang thai đều được đăng ký để chăm sóc.

- Thông tin cần tổng hợp:

+ Thông tin về độ tuổi, theo tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chia làm 7 nhóm tuổi:

15- 19 35- 39

20- 24 40- 44

25- 29 45- 49

30- 34

Có 3 nhóm trong độ tuổi phù hợp cho sinh đẻ là 20 đến 34 (nhóm 2, nhóm 3, nhóm 4).

+ Phụ nữ khoẻ mạnh được đăng ký thai nghén hợp lệ: khi tuổi từ 20 trở lên chưa sinh con.

+ Phụ nữ có một con với tuổi từ 3 trở lên.

4. Nội dung quản lý thai nghén

4.1. Cơ sở quản lý

Trạm y tế của xã, phường là cơ sở quản lý và chăm sóc thai nghén ban đầu, thường xuyên theo dõi sức khỏe của mẹ và sự phát triển của thai, phát hiện kịp thời các nguy cơ cao để xử trí và chuyển lên tuyến trên.

4.2. Các việc cần làm của công tác quản lý

- Phải đăng ký được toàn bộ số phụ nữ có thai tại cơ sở.
- Phải lập phiếu hay sổ khám thai cho mỗi thai phụ sau khi đăng ký.
- Phải tổ chức khám thai định kỳ từ 3 lần trở lên trong kỳ thai cho các thai phụ.
- Phải phân loại được số người thai nghén bình thường và số có nguy cơ cao.
- Phải nắm được số thai phụ sẽ đẻ trong từng tháng, danh sách số đẻ tại trạm và số phải chuyển tuyến trên.
- Phải phát hiện được số thai phụ không đến khám thai định kỳ, hoặc quá ngày sinh chưa đến đẻ, phải đến tận nhà xem xét, giúp đỡ nếu họ có khó khăn.

5. Nội dung khám thai định kỳ

5.1. Mục đích khám thai định kỳ

5.1.1. Khám thai lần I (3 tháng đầu)

- Xác định được có thai sớm, thai bình thường để quản lý thai nghén.
- Phát hiện sớm thai nghén bất thường để điều trị kịp thời.
- Nếu thai nghén ngoài ý muốn phải được giải quyết sớm.

5.1.2. Khám thai lần II (3 tháng giữa)

- Đánh giá được sự phát triển của thai.
- Điều trị được những trường hợp thai nghén bất thường.
- Tư vấn về vệ sinh thai nghén cho sản phụ.
- Hướng dẫn tiêm phòng các vaccin và uống viên sắt.

5.1.3. Khám thai lần III (3 tháng cuối)

- Đánh giá sự phát triển của thai, xác định ngôi, thế của thai.
- Phát hiện các nguy cơ cao trong 3 tháng cuối: Nhiễm độc thai nghén, rau tiền đạo, khung chậu bất thường, các ngôi thai bất thường ...
- Giám sát thực hiện tiêm phòng và uống viên sắt.
- Dự kiến ngày đẻ, nơi đẻ an toàn.
- Tiên lượng cuộc đẻ.
- Tư vấn cho bà mẹ chuẩn bị tinh thần, vật chất cho mẹ và con trong cuộc đẻ.
- Hướng dẫn cách làm mẹ và nuôi con bằng sữa mẹ.

5.2. Các bước tiến hành trong khám thai định kỳ

5.2.1. Hỏi

- Tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, văn hoá.
- Số lần có thai và đặc điểm tiền sử của những lần có thai, đẻ, sảy, nạo...
- Lịch sử thai nghén lần này: kỳ kinh cuối cùng, tình trạng nghén, thai máy, thai đạp... Tình trạng sức khoẻ của mẹ, của thai.

5.2.2. Khám toàn thân

- Đo chiều cao, cân nặng.
- Đo mạch, huyết áp.
- Khám tim, phổi.
- Khám da, niêm mạc, tìm dấu hiệu thiếu máu, phù...
- Khám vú.

5.2.3. Khám sản khoa

- Nhìn toàn trạng: dáng đi, đứng, phát hiện gù, vẹo cột sống.....
- Nhìn hình dáng tử cung: hình trứng, hình trụ, hình tim hay bè ra.
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.
- Sờ nắn ngoài xác định ngôi, thế, kiểu thế.
- Nghe tim thai.

- Đo khung chậu ngoài, đo hình trám Michaelis.

- Thăm âm đạo khi có nghi vấn: ra nước, ra máu hoặc có các nghi ngờ khác.

5.2.4. Xét nghiệm nước tiểu và siêu âm

- Tìm Protein niệu bằng xét nghiệm sinh hoá, bằng nhiệt, bằng acid acetic, giấy thử.

- Siêu âm: để xác định ngôi thai, đo đường kính lưỡng đỉnh, theo dõi tim thai, tình trạng và vị trí bánh rau, tình trạng và số lượng nước ối...

5.2.5. Tiêm phòng đủ hai mũi vaccin chống uốn ván

- Tất cả thai phụ đã tiêm phòng đều được tiêm một mũi vào tháng thứ 4 trở đi và chậm nhất là trước khi đẻ một tháng.

- Nếu thai phụ chưa bao giờ được tiêm uốn ván hoặc đã được tiêm 2 mũi nhưng thời gian tiêm đã quá 5 năm, thì lần này phải tiêm hai mũi, mũi thứ nhất từ tháng thứ 4 trở đi, mũi hai cách mũi đầu ít nhất 1 tháng và trước khi đẻ ít nhất 1 tháng.

5.2.6. Giáo dục sức khoẻ (như mục tư vấn ở mỗi lần khám đã nêu).

5.2.7. Ghi, chép các nội dung khám vào sổ, phiếu khám hai đầu

Cơ sở y tế lưu giữ một bản, sản phụ giữ một bản để tiện theo dõi ở tuyến trên.

5.2.8. Kết luận sau khi khám

- Đánh giá tình trạng sức khoẻ của người mẹ
- Đánh giá tình trạng phát triển của thai nhi
- Dự kiến ngày đẻ cho thai phụ
- Hẹn ngày đến khám lại

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1: Tại bệnh viện

1. Bảng kiểm tự học các nội dung của VSTN và đăng ký QLTN

Các nội dung chính	Có	Không
Nội dung cơ bản của VSTN		
1. Trang phục: quần áo mặc phải rộng rãi, thoáng hợp vệ sinh		
2. Vệ sinh thân thể - Tắm hàng ngày bằng nước sạch, không ngâm mình vào chậu, bồn tắm - Vệ sinh bộ phận sinh dục - Vệ sinh và xoa nhẹ 2 vú - Vệ sinh răng miệng		
3. Vận động, làm việc và nghỉ ngơi - Vận động: + Tập thể dục nhẹ nhàng + Tránh đi lại nhiều - Nghỉ ngơi: Nên nghỉ lao động hợp lý		
4. Sinh hoạt tình dục Quan hệ tình dục cần điều độ, nên hạn chế.		
Nội dung đăng ký thai nghén		
1. Đối tượng làm nhiệm vụ đăng ký Mạng lưới là các bác sỹ, y sỹ, y tá, các cộng tác viên dân số hoặc các trưởng thôn, trưởng xóm, hội phụ nữ.		
2. Đối tượng và thông tin đăng ký - Tất cả phụ nữ đang mang thai. - Thông tin cần tổng hợp: + Thông tin về độ tuổi + Phụ nữ khỏe mạnh được đăng ký thai nghén hợp lệ: Khi tuổi từ 20 trở lên chưa sinh con. + Phụ nữ có một con với tuổi từ 3 trở lên.		

2. Bảng kiểm tự học các nội dung khám thai định kỳ

Nội dung khám thai định kỳ	Có	Không
1. Mục đích khám thai định kỳ 1.1. Khám thai lần I (3 tháng đầu): - Xác định được có thai, để quản lý. - Phát hiện sớm thai nghén bất thường. - Giải quyết sớm nghén ngoài ý muốn.		
1.2. Khám thai lần II (3 tháng giữa): - Đánh giá được sự phát triển của thai. - Điều trị được những trường hợp thai nghén bất thường. - Tư vấn về vệ sinh thai nghén - Hướng dẫn tiêm phòng, và uống viên sắt.		
1.3. Khám thai lần III (3 tháng cuối): - Đánh giá sự phát triển của thai, xác định ngôi, thế của thai. - Phát hiện các nguy cơ cao. - Giám sát thực hiện tiêm phòng và uống viên sắt. - Dự kiến ngày đẻ, nơi đẻ an toàn. - Tiên lượng cuộc đẻ. - Tư vấn làm mẹ - Hướng dẫn cách làm mẹ và nuôi con		
2. Các bước tiến hành trong khám thai định kỳ 2.1. Hỏi: - Tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, văn hoá. - Số lần có thai và đặc điểm tiền sử. - Lịch sử thai nghén lần này.		
2.2. Khám toàn thân: - Đo chiều cao, cân nặng. - Đo mạch, huyết áp. - Khám tim. phổi. - Khám da, niêm mạc, tìm dấu hiệu thiếu máu, phù... - Khám vú.		

2.3. Khám sản khoa: - Nhìn toàn trạng: dáng đi, đứng, phát hiện gù, vẹo cột sống..... - Nhìn hình dáng tử cung. - Đo chiều cao tử cung, vòng bụng. - Sờ nắn ngoài xác định ngôi, thế, kiểu thế. - Nghe tim thai.		
- Đo khung chậu, trám Michaelis. - Thăm âm đạo khi có nghi ngờ.		
2.4. Xét nghiệm nước tiểu và siêu âm: - Tìm Protein - Siêu âm thai		
2.5. Tiêm phòng đủ hai mũi vaccin chống uốn ván: - Chỉ định thời điểm và số lượng mũi tiêm		
2.6. Giáo dục sức khoẻ (như mục tư vấn ở mỗi lần khám đã nêu).		
2.7. Ghi, chép các nội dung khám vào sổ, phiếu khám hai đầu: Cơ sở y tế lưu giữ một bản, sản phụ giữ một bản để tiện theo dõi ở tuyến trên.		
2.8. Kết luận sau khi khám: - Đánh giá tình trạng của người mẹ - Đánh giá tình trạng của thai nhi - Dự kiến ngày đẻ cho thai phụ - Hẹn ngày đến khám lại		

Bước 2: Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt thăm khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công sinh viên chuẩn bị đi đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:

- + Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
- + Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.
- + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
- + Tình hình sử dụng các dịch vụ y tế.
- + Tập quán ăn uống thường xuyên và khi bị bệnh.
- + Các thói quen xã hội: rượu, thuốc....
- + Nhận thức về cách chăm sóc và vệ sinh thai nghén

- Quan sát:

- + Điều kiện nhà ở.
- + Nguồn nước sử dụng.
- + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
- + Các công trình vệ sinh.

- Tư vấn cho hộ gia đình cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn và quan sát.

Bước 3: Tại hộ gia đình: Tiến hành phỏng vấn, quan sát, và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Hình thành giả thuyết các yếu tố nguy cơ đối với thai phụ nếu có
- Rút ra bài học kinh nghiệm

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Câu hỏi lượng giá

Lý thuyết: Câu hỏi:

Khoanh tròn vào câu trả lời sinh viên cho là đúng:

1. Phụ nữ có thai nên nghỉ trước đẻ:

A. 2 tuần.

B. 3 tuần.

C. 4 tuần

D. 5 tuần

2. Một phụ nữ có thai cần được khám thai tối thiểu:

A. 1 lần

B. 2 lần

C. 3 lần

D. 4 lần

3. Mục đích khám thai 3 tháng đầu để:

A. Xác định có thai để quản lý thai nghén

B. Tiên lượng cuộc đẻ

C. Xác định ngôi thai

D. Tiêm phòng uốn ván

4. Quản lý thai nghén là:

A. Khám thai định kỳ

B. Khám thai và khám toàn trạng người phụ nữ

C. Khám thai, khám toàn trạng người phụ nữ, tư vấn vệ sinh thai nghén

D. Khám thai, khám toàn trạng người phụ nữ, tư vấn vệ sinh thai nghén và làm một số xét nghiệm cần thiết

5. Bệnh lý hay gặp nhất ở phụ nữ có thai là:

- A. Thiếu máu
- B. Nhiễm độc thai nghén.
- C. Bệnh thận.
- D. Bệnh tim

* *Thực hành:*

Bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội

Báo cáo học lâm sàng xã hội

Bệnh án

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết về sinh thai nghén và quản lý thai nghén.
- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.
- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.
- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phần học lâm sàng xã hội.
- Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự học phần lý thuyết, có sự hướng dẫn của giảng viên, thảo luận với sinh viên cùng nhóm những vấn đề chưa rõ để tìm cách giải quyết. Tại phòng khám khoa sản: hỏi bệnh, thăm khám, tham khảo cách quản lý thai nghén và khám thai để làm sáng tỏ phần lý thuyết:

2. Vận dụng thực tế

Sinh viên thực hiện khám thai, tư vấn về vệ sinh thai nghén, quản lý thai nghén, nuôi con bằng sữa mẹ cho phụ nữ đến khám thai tại khoa Sản. Sau đó lập kế hoạch và đến gia đình người bệnh để thăm hỏi, quan sát điều kiện sinh hoạt, môi trường... tìm yếu tố ảnh hưởng đến quá trình thai nghén và tư vấn chăm sóc sức khỏe cho gia đình thai phụ.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học, năm 2002.

THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, sinh viên sẽ có khả năng:

- 1. Phát hiện được các yếu tố nguy cơ khi thăm khám thai phụ.*
- 2. Đưa ra được hướng xử trí các yếu tố nguy cơ có trước, trong khi mang thai và khi chuyển dạ.*
- 3. Phát hiện được các yếu tố nguy cơ ở cộng đồng và tư vấn cho thai phụ và gia đình về cách chăm sóc thai nghén có nguy cơ.*

Đại cương

Thai nghén có nguy cơ bao gồm các trường hợp có thai trong tình huống không có lợi cho sự phát triển bình thường của thai, và diễn biến bình thường của cuộc đẻ.

1. Hỏi và khám phát hiện những yếu tố nguy cơ cao trong thai nghén

1.1. Hỏi bệnh

- Hỏi ngày bắt đầu có kinh của kỳ kinh cuối để giúp chẩn đoán tuổi thai và dự kiến ngày đẻ.
- Phát hiện triệu chứng cơ năng bất thường của thai nghén trong lần thai này.
- Hỏi tiền sử sản khoa những lần đẻ trước. Hỏi về tuổi mẹ, số lần, quan tâm tới vấn đề tâm tư tình cảm, hoàn cảnh kinh tế
- Hỏi tiền sử bệnh tật của mẹ. Tình trạng bệnh lý của mẹ có từ trước khi có thai hoặc các bệnh lý cấp tính mắc phải trong lúc có thai lần này.
- Hỏi tiền sử gia đình: bệnh di truyền, bệnh nhiễm độc mãn tính, bệnh lây truyền.

1.2. Khám

- Khám toàn thân: da, niêm mạc, đánh giá các chỉ số sinh tồn mạch, nhiệt độ huyết áp, chiều cao, cân nặng, dáng đi.

- Khám sản:

+ Thăm khám ngoài thành bụng: qua nhìn, sờ nắn phát hiện ngôi bất thường ngôi ngang, ngôi ngược, đa thai, đa ối....

+ Đo chiều cao tử cung và vòng bụng kết hợp với sờ nắn đầu thai nhi, sờ nắn tìm độ di động của khối thai giúp chẩn đoán độ lọt, chẩn đoán độ cúi, chẩn đoán thai to thai, đa thai.

+ Nghe tim thai đánh giá tình trạng thai nhi.

+ Đo chiều cao, cân nặng, đo khung xương chậu sản phụ

+ Khám phát hiện thai nghén bất thường: nhiễm độc thai nghén, thai kém phát triển, rau tiền đạo...

+ Khám phát hiện ngôi bất thường, thai bất thường như thai to, thai dị dạng, thai nhỏ, thai kém phát triển, suy thai mãn tính, số lượng thai. Phát hiện tình trạng bất thường của nước ối như đa ối, thiếu ối.

+ Đo chiều cao, cân nặng, đo khung xương chậu để phát hiện khung chậu hẹp, khung chậu méo.

+ Trong chuyển dạ: khám phát hiện tình trạng bất thường của con co tử cung, tình trạng cổ tử cung, ối, độ lọt của ngôi...

- Khám cơ quan khác: tuần hoàn, hô hấp, tiết niệu...

Tóm tắt:

Tóm tắt những triệu chứng vừa hỏi được và qua thăm khám để có thể hướng tới đây là một trường hợp thai nghén có nguy cơ.

2. Nguyên nhân

2.1. Do mẹ

2.1.1. Điều kiện kinh tế và sinh hoạt

2.1.2. Các bệnh di truyền

2.1.3. Các bất thường về khung chậu

2.1.4. Các bệnh tật của mẹ

- Bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do virus cúm, sốt xuất huyết, Rubella, do ký sinh trùng Toxoplasma

- Các bệnh lý mãn tính của mẹ: bệnh tim mạch
- Các bệnh ung thư
- Các bệnh phụ khoa
- Thiếu năng nội tiết gây sảy thai liên tiếp, đẻ non.

- Viêm nhiễm sinh dục gây viêm màng thai, nhiễm khuẩn ối.

- Các bệnh lý của tử cung như hở eo tử cung, u xơ tử cung.

- Đẻ khó phải can thiệp mổ lấy thai, các thủ thuật forceps, giác hút do nhiều nguyên nhân đẻ khó khác nhau gây ra.

- Tiền sử sản khoa nặng nề như muộn con, điều trị vô sinh nhiều năm, đẻ non, sảy thai liên tiếp, tiền sử đẻ con chết chu sinh.

- Thai bệnh lý như nhiễm độc thai nghén, dọa đẻ non, rau tiền đạo, thai kém phát triển...làm tăng nguy cơ cho thai và cả cho mẹ.

2.2. Nguyên nhân về phía thai

Như thai già tháng, thai dị dạng, thai bị nhiễm khuẩn, đa thai, thai to, ngôi thế, kiểu thế bất thường, bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con.

2.3. Những bất thường về phần phụ của trứng

Có thể đe dọa đến thai nhi như rau bám thấp, rau bong non, viêm các màng rau, đa ối, thiếu ối, sa dây rau. Trong các yếu tố nguy cơ, có những yếu tố gây nguy cơ chủ yếu cho mẹ (tắc tĩnh mạch), hoặc chủ yếu cho con (bất đồng nhóm máu Rh), hay cho cả mẹ và con (sản giật, bệnh tim, gan)

3. Phân loại các yếu tố gây nguy cơ

3.1. Các yếu tố gây nguy cơ có trước và trong khi mang thai

3.1.1. Các yếu tố gây nguy cơ về phía mẹ

- Tình trạng bệnh lý của mẹ có từ trước khi có thai
- Các bệnh lý cấp tính mắc phải trong lúc có thai lần này
- Các dị tật hoặc di chứng từ bé ở khung chậu, ở tử cung, âm đạo

- Tuổi của mẹ qua trẻ < 18 tuổi, hoặc quá già > 35 tuổi,
- Mẹ đã đẻ nhiều lần
- Có yếu tố di truyền từ người mẹ hoặc người bố như rối loạn nhiễm sắc (bội thể, tam bội thể)
- Các bệnh và các tệ nạn xã hội có trước và trong khi có thai
- Các bệnh nghề nghiệp như nhiễm độc chì, nhiễm độc hoá chất,
- Tiền sử có mô ở tử cung, như mô đẻ, mô bóc tách nhân xơ, mô cắt vách ngăn tử cung...

3.1.2. Các yếu tố nguy cơ về phía thai

- Đa thai
- Ngôi thai bất thường như ngôi mặt, ngôi trán, ngôi ngang, ngôi ngược.
- Thai to: thai to bình thường, thai to bệnh lý, thai dị dạng
- Thai non tháng, thai già tháng, thai suy dinh dưỡng, suy thai mãn tính
- Các bệnh lý bẩm sinh khác của thai khi còn nằm trong bụng mẹ

3.1.3. Các yếu tố nguy cơ thuộc về phần phụ của thai nhi

- Bánh rau
- Về dây rau: sa dây rau, dây rau thắt nút, dây rau cuốn cổ
- Do màng rau: Vỡ ối non, vỡ ối

3.2. Các yếu tố gây nguy cơ trong chuyển dạ

3.2.1. Toàn thân của mẹ

3.2.2. Diễn biến của cơn co

- Rối loạn tăng co bóp tử cung
- Rối loạn co bóp tử cung giảm

3.2.3. Tình trạng cổ tử cung

3.2.4. Đầu ối

3.2.5. Tình trạng tim thai

3.2.6. Độ lọt của ngôi

3.2.7. Tai biến và biến chứng trong chuyển dạ và sau đẻ

- Chảy máu
- Sa dây rau, sa chi
- Thai chết rất nhanh là do dây rau bị chèn ép

4. Cách phát hiện yếu tố gây nguy cơ

4.1. Ở tuyến y tế cơ sở

- Tuyến y tế cơ sở: làm tốt công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản cho các bà mẹ ở độ tuổi sinh đẻ từ 15 tuổi - 49 tuổi. Thực hiện tốt công tác đăng kí quản lí thai nghén khám thai định kỳ để phát hiện những nguy cơ, lựa chọn nơi đẻ an toàn nhất cho sản phụ.

- Tổ chức mạng lưới y tế rộng khắp ở cộng đồng tạo điều kiện thuận lợi cho việc đăng ký, quản lý khám phát hiện và theo dõi các trường hợp có nguy cơ một cách kịp thời. Phòng khám phải được trang bị những phương tiện cần thiết để phát hiện và chẩn đoán như cân, huyết áp, thước dây, biểu đồ theo dõi thai nghén, bảng kiểm khám thai, ống nghe tim thai.

- Phát hiện yếu tố nguy cơ dựa vào:

+ Hỏi tiền sử bệnh tật, tiền sử sản khoa những lần đẻ trước, hỏi phát hiện triệu chứng cơ năng bất thường của thai nghén trong lần thai này. Hỏi ngày bắt đầu có kinh của kỳ kinh cuối để giúp chẩn đoán tuổi thai và dự kiến ngày đẻ. Hỏi về tuổi sinh đẻ, số lần đẻ, quan tâm tới vấn đề tâm tư tình cảm, hoàn cảnh kinh tế.

+ Khám lâm sàng: thăm khám ngoài thành bụng phát hiện ngôi bất thường ngôi ngang, ngôi ngược, đa thai, đa ối. Đo chiều cao tử cung và vòng bụng kết hợp với sờ nắn đầu thai nhi, sờ nắn tìm độ di động của khối thai giúp chẩn đoán thai to, đa thai. Nghe tim thai đánh giá tình trạng thai nhi. Đo chiều cao, cân nặng, đo khung xương chậu sản phụ

+ Khám phát hiện các bệnh lý của người mẹ

+ Khám phát hiện thai nghén bất thường: nhiễm độc thai nghén, thai kém phát triển, rau tiền đạo...

+ Khám phát hiện ngôi bất thường, thai bất thường như thai to, thai dị dạng, thai nhỏ, thai kém phát triển, suy thai mãn tính, số lượng thai. Phát hiện tình trạng bất thường của nước ối như đa ối, thiếu ối.

+ Đo chiều cao, cân nặng, đo khung xương chậu để phát hiện khung chậu hẹp, khung chậu méo.

+ Tiêm phòng uốn ván mũi thứ hai.

+ Tư vấn cho các bà mẹ mang thai biết rõ việc cần thiết phải đi khám thai và những nội dung về vệ sinh thai nghén nhằm giúp họ tự chăm sóc tốt trước đẻ (khi mang thai). Chăm sóc tốt trong khi đẻ và sau đẻ.

+ Cận lâm sàng: thử nước tiểu tìm protein niệu.

+ Khi chuyển dạ phải theo dõi sát cơn co tử cung, tim thai, sự tiến triển của ngôi, của cổ tử cung để phát hiện sớm và kịp thời chuyển tuyến.

+ Gửi bệnh nhân tới tuyến chuyên khoa khi nghi ngờ hoặc chẩn đoán được yếu tố nguy cơ.

4.2. Ở tuyến chuyên khoa

Phải có phòng chuyên theo dõi và điều trị các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao. Phải có nhân viên được đào tạo chuyên khoa để xử trí được các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao.

Tại các tuyến này được trang bị đầy đủ các phương tiện cho phép chẩn đoán sớm và xử trí chủ động các trường hợp thai nghén có nguy cơ.

- Dụng cụ soi ối.
- Điện tâm đồ.
- Dụng cụ soi đáy mắt
- Phương tiện hồi sức tại chỗ cho mẹ và thai nhi.
- Montitor sản khoa.
- Siêu âm.

Ngoài ra cần có sự phối hợp giữa bác sĩ sản khoa, nhi khoa và nội khoa, hoặc các chuyên khoa khác trong những trường hợp cần thiết để theo dõi và quyết định xử trí, nhất là khi có nguy cơ cho người mẹ.

5. Theo dõi và xử trí thai nghén có nguy cơ

5.1. Ở tuyến y tế cơ sở

- Tất cả những trường hợp thai nghén có nguy cơ đều phải gửi đến tuyến chuyên khoa để xử trí

- Đối với những trường hợp tiên lượng dễ dàng dưới theo dõi chuyển dạ ở tuyến cơ sở, mặc dù hiện tại không có yếu tố gây nguy cơ nhưng vẫn cần thiết phải theo dõi sát cuộc chuyển dạ, nhằm phát hiện sớm những nguy cơ phát sinh như rối loạn co bóp tử cung, thai suy, ngôi tiến triển chậm hoặc không lọt, hoặc cổ tử cung tiến triển chậm. Để phát hiện sớm yếu tố nguy cơ phát sinh trong chuyển dạ cần theo dõi những vấn đề quan trọng sau:

- + Theo dõi toàn thân: mạch, huyết áp, nhiệt độ
- + Theo dõi cơn co
- + Theo dõi nhịp tim thai
- + Theo dõi tình trạng ối
- + Theo dõi mức độ xoá mở cổ tử cung
- + Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi
- + Theo dõi khi thai sổ
- + Theo dõi khi sổ rau
- Chuyển tuyến khi:
 - + Mạch > 90 lần/phút, hoặc < 60 lần/phút
 - + Huyết áp tối đa >140mmHg hoặc <90mmHg, huyết áp tối thiểu >90mmHg hoặc < 60mmHg.
 - + Nhiệt độ 38⁰C trở lên
 - + Toàn trạng rất mệt mỏi
 - + Có dấu hiệu suy thai: nước ối xanh bẩn, hoặc có máu. Nhịp tim thai nhanh > 160 lần/phút hoặc < 120 lần/phút hoặc không đều
 - + Cơn co tử cung rối loạn có liên quan đến tiến triển chậm của cổ tử cung
 - + Ngôi thai tiến triển chậm

- + Giai đoạn sỏ thai chậm
- + Thời kỳ sỏ rau chậm > 1 giờ

5.2. Tuyến chuyển khoa

Chỉ định mổ chủ động, mổ cấp cứu hay theo dõi sát cho đẻ đường dưới là tùy từng trường hợp cụ thể, song điều quan trọng là phải khám xét kỹ lưỡng, thận trọng, theo dõi sát sao để phát hiện kịp thời yếu tố nguy cơ và xử trí sớm.

Đối với tất cả những trường hợp đẻ khó do nguyên nhân cơ học chỉ định mổ tuyệt đối

Các trường hợp khác theo dõi sát trong chuyển dạ, tùy từng trường hợp cụ thể mà chỉ định mổ cấp cứu hay đẻ đường dưới.

PHẦN THỰC HÀNH

Bước 1. Tại bệnh viện

1. Bảng kiểm tự học cách phát hiện các yếu tố nguy cơ cao trong thai nghén

Các bước tiến hành chủ yếu	Có	Không
1.1. Hỏi bệnh: - Hỏi kỳ kinh cuối cùng. - Phát hiện triệu chứng bất thường - Hỏi tiền sử sản khoa - Hỏi tiền sử bệnh tật của mẹ - Hỏi tiền sử gia đình		
1.2. Khám: - Khám toàn thân - Khám sản: + Thăm khám: qua nhìn, sờ nắn + Đo + Nghe tim thai + Khám phát hiện thai nghén bất thường + Khám phát hiện ngôi bất thường, thai, nước ối bất thường. + Đo chiều cao, cân nặng, đo khung xương chậu + Trong chuyển dạ: khám phát hiện tình trạng bất thường của con co tử cung, tình trạng cổ tử cung, ối, độ lọt của ngôi... - Khám cơ quan khác: tuần hoàn. hô hấp, tiết niệu.		

Ghi chép, nhận định kết quả, đánh dấu rõ ràng.		
--	--	--

2. Bảng kiểm tự học về các nguyên nhân và phân loại yếu tố nguy cơ

Các nguyên nhân		
1. Do mẹ		
1.1. Điều kiện kinh tế và sinh hoạt:		
1.2. Các bệnh di truyền		

1.3. Các bất thường về khung chậu:		
1.4. Các bệnh tật của mẹ		
- Bệnh nhiễm khuẩn cấp tính		
- Các bệnh lý mãn tính của mẹ		
- Các bệnh ung thư		
- Các bệnh phụ khoa		
- Thiếu năng nội tiết		
- Viêm nhiễm sinh dục		
- Các bệnh lý của tử cung		
- Đẻ khó phải can thiệp		
- Tiền sử sản khoa nặng nề		
2.2. Nguyên nhân về phía thai		
Như thai già tháng, thai dị dạng...		
2.3. Những bất thường về phần phụ của trứng		
Rau tiền đạo, dây rau ngắn, thiếu ối. đa ối...		
<i>Phân loại các yếu tố gây nguy cơ</i>		

1. Các yếu tố gây nguy cơ có trước và trong khi mang thai 1.1. Các yếu tố gây nguy cơ về phía mẹ - Tình trạng bệnh lý của mẹ có từ trước khi có thai - Các bệnh lý cấp tính mắc phải trong lúc có thai lần này - Các dị tật hoặc di chứng từ bé - Tuổi của mẹ quá trẻ, hoặc lớn tuổi - Mẹ đã đẻ nhiều lần - Có yếu tố di truyền - Các bệnh và các tệ nạn xã hội - Các bệnh nghề nghiệp - Tiền sử có mổ ở tử cung		
1.2 Các yếu tố nguy cơ về phía thai - Đa thai - Ngôi thai bất thường - Thai to - Thai non tháng, thai già tháng, thai suy dinh dưỡng, suy thai mãn tính		

- Các bệnh lý bẩm sinh khác của thai		
1.3 Các yếu tố nguy cơ thuộc về phần phụ của thai nhi - Bánh rau - Về dây rau: sa dây rau, dây rau thắt nút, dây rau cuốn cổ - Do màng rau: vỡ ối non, vỡ ối		
2. Các yếu tố gây nguy cơ trong chuyển dạ 2.1. Toàn thân của mẹ 2.2. Diễn biến của cơn co - Rối loạn tăng co bóp tử cung - Rối loạn co bóp tử cung giảm		
2.3. Tình trạng cổ tử cung		
2.4. Đầu ối		
2.5. Tình trạng tim thai		
2.6. Độ lọt của ngôi		

2.7. Tai biến và biến chứng trong chuyển dạ và sau đẻ - Chảy máu - Sa dây rau, sa chi - Thai chết do dây rau bị chèn ép		
--	--	--

3. Bảng kiểm tự học cách phát hiện yếu tố nguy cơ ở các tuyến y tế

Các nội dung chính	Có	Không
1. Ở tuyến y tế cơ sở - Tuyến y tế cơ sở chăm sóc tốt sức khỏe sinh sản - Tổ chức mạng lưới y tế - Phát hiện yếu tố nguy cơ dựa vào: + Hỏi tiền sử bệnh tật, tiền sử sản khoa + Khám phát hiện các bệnh lý của người mẹ + Khám phát hiện thai nghén bất thường + Khám phát hiện ngôi bất thường, thai bất thường. + Phát hiện tình trạng bất thường của nước ối như đa ối, thiếu ối. + Đo chiều cao, cân nặng, phát hiện khung chậu hẹp, khung chậu méo. + Tiêm phòng uốn ván đủ.		

Các nội dung chính	Có	Không
+ Tư vấn chăm sóc tốt khi đẻ và sau đẻ. + Cận lâm sàng: thử nước tiểu tìm protein niệu. + Khi chuyển dạ phải theo dõi sát, kịp thời chuyển tuyến. + Gửi bệnh nhân tới tuyến chuyên khoa		
2. Ở tuyến chuyên khoa Phải có phòng chuyên theo dõi: - Dụng cụ soi ối. - Điện tâm đồ. - Dụng cụ soi đáy mắt - Phương tiện hồi sức tại chỗ cho mẹ và thai nhi. - Montitor sản khoa. - Siêu âm.		

4. Bảng kiểm theo dõi và xử trí thai nghén có nguy cơ

Cách xử trí	Có	Không
1. Ổ tuyến y tế cơ sở - Gửi đến tuyến chuyên khoa để xử trí		
2. Tuyến chuyên khoa - Chỉ định mổ chủ động, - Mổ cấp cứu hay theo dõi sát		

Bước 2. Thảo luận nhóm trước khi đến hộ gia đình:

Mục tiêu:

- Tóm tắt khám, chẩn đoán, điều trị tại bệnh viện.
- Liệt kê những nội dung cần điều tra tại hộ gia đình.
- Phân công chuẩn bị đi đến hộ gia đình.

Nội dung:

- Phỏng vấn:

- + Các thành viên trong gia đình: tuổi, nghề nghiệp.
- + Điều kiện kinh tế, mức thu nhập của gia đình.
- + Tình trạng ốm đau của các thành viên trong gia đình.
- + Tập quán ăn uống thương xuyên và khi bị bệnh.
- + Các thói quen xã hội: trong các chất kích thích, hút thuốc...

+ Nhận thức về bệnh và cách chăm sóc bệnh nhân khi mắc bệnh và khi điều trị tại bệnh viện.

- Quan sát:

- + Điều kiện nhà ở.
- + Nguồn nước sử dụng.
- + Tình hình vệ sinh xung quanh nhà ở: bụi, tiếng ồn...
- + Các công trình vệ sinh.

- Tư vấn cho hộ gia đình cách giải quyết một số vấn đề có liên quan đến sức khỏe được phát hiện trong quá trình phỏng vấn.

Bước 3: Tại hộ gia đình:

Tiến hành phỏng vấn, quan sát và tư vấn theo những nội dung đã chuẩn bị.

Bước 4: Thảo luận, viết báo cáo và rút kinh nghiệm sau khi thu thập thông tin tại hộ gia đình:

- Tổng hợp toàn bộ vấn đề trên bệnh nhân tại bệnh viện và tại hộ gia đình.
- Phân tích những ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ tới mẹ, thai, tới cuộc chuyển dạ, tới thời kỳ hậu sản
- Rút ra bài học kinh nghiệm.

TỰ LƯỢNG GIÁ**Câu hỏi lượng giá**

* Lý thuyết: Câu hỏi trắc nghiệm

Trả lời ngắn bằng cách điền từ hoặc cụm từ vào khoảng trống

1. Nguy cơ có trước và trong khi mang thai thuộc về mẹ là:

A. Điều kiện kinh tế và sinh hoạt

B. Tuổi, lần có thai và tiền sử.

C.....

D.....

2. Yếu tố cần theo dõi để phát hiện nguy cơ trong chuyển dạ là:

A. Toàn trạng mẹ, đầu ối và độ lọt

B.....

C.....

D. Tình trạng cổ tử cung

3. Ở tuyến y tế cơ sở, khi quản lý thai nghén cần lưu ý cho những trường hợp sau:

A. Tiền sử sảy, đẻ non, thai lưu

B. Sản phụ thấp bé

4. Nguyên nhân dễ khó thuộc dây rau là:

A. Dây rau ngắn , thắt nút dây rau,

B. Dây rau quấn cổ.

C.....

D.....

5. Liệt kê 2 nguyên nhân dễ khó thuộc về nước ối

A

B

*Phân biệt đúng sai cho các câu sau bằng cách đánh dấu X vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

TT	Câu hỏi	A	B
6	Khám thai định kỳ là khám 3 lần vào quý đầu, quý giữa và quý cuối		
7	Thai suy trường diễn là hậu quả của rối loạn tuần hoàn tử cung rau		
8	Gọi là yếu tố nguy cơ khi ối vỡ lúc cổ tử cung mở 8 cm		
9	Thai có trọng lượng 2500g, tiên lượng đẻ dễ		
10	Đường kính lưỡng ụ ngồi < 9 cm, tiên lượng sổ thai khó khăn		
11	Đẻ non thì cuộc đẻ sẽ diễn ra sẽ dễ dàng		
12	Các dị tật bất thường của mẹ là yếu tố nguy cơ cho thai		
13	Bệnh di truyền của mẹ là yếu tố nguy cơ khi sản phụ mang thai		

* Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu sau bằng cách đánh dấu x vào ô có chữ cái tương ứng với chữ cái đứng đầu câu trả lời mà sinh viên chọn

Nội dung	A	B	C	D	E
14. Số lần khám thai cho những trường hợp thai nghén có nguy cơ là: A. 3 lần B. 5 lần C. 7 lần D. 9 lần					

Nội dung	A	B	C	D	E
15. Để phân biệt phù do nhiễm độc và do chèn ép cần khai thác những thông tin sau , <i>NGOẠI TRỪ</i>. A. Thời gian phù trong ngày B. Đau đầu C. Phù liên quan đến chế độ nghỉ ngơi D. Phù liên quan đến chế độ ăn					
16. Thai nghén có nguy cơ là thai nghén trong tình huống: A. Không có lợi cho sự phát triển bình thường của thai. B. Không có lợi cho sức khỏe của người mẹ khi mang thai. C. Không có lợi cho diễn biến bình thường của chuyển dạ. D. Không có lợi cho sự phát triển bình thường của thai, sức khỏe của người mẹ và diễn biến bình thường của chuyển dạ.					
17. Trường hợp được nhận đề ở tuyến y tế cơ sở là: A. Con so > 35 tuổi. B. Con rạ lần 2 mẹ cao im 5 C. Cổ tử cung có sẹo sơ trai. D. Con rạ lần 5.					
18. Phần mềm của mẹ có đặc điểm sau đây sẽ gây đẻ khó, ngoại trừ: A. Âm đạo có vách ngăn dọc hay ngang. B. Âm đạo hẹp bẩm sinh. C. Âm đạo có sẹo do phẫu thuật tạo hình. D. Đường kính lỗ ụng ngồi 9 cm					
19. Phù nề tử cung thường do các nguyên nhân sau, Ngoại trừ: A. Cơ co tử cung dồn dập. B. Ối vỡ sớm. C. Dùng thuốc tăng co quá liều. D. Thăm khám âm đạo nhiều lần.					
20. Bất thường thuộc phần mềm của mẹ ít gặp khi mổ đẻ là: A. Vách ngăn âm đạo. B. Ung thư cổ tử cung. C. Tử cung đôi. D. U xơ tử cung					

Nội dung	A	B	C	Đ	E
21. Trong chuyển dạ, khi cổ tử cung bị phù nề, xử trí thích hợp nhất là: A. Điều trị theo nguyên nhân B. Tiếp tục nong cổ tử cung bằng tay. C. Mổ lấy thai. D. Điều chỉnh lại cơn co bằng oxytocin					
Tình huống 3 22. Sản phụ mang thai 8 tháng, thăm khám phát hiện thấy khối u ở túi cùng sau. Bệnh nhân hầu như không có triệu chứng gì.. <i>Hướng xử trí thích hợp là:</i> A. Phẫu thuật cắt bỏ khối u ngay. B. Chấm dứt thai nghén. C. Mổ lấy thai ngay. D. Theo dõi sát cho đến khi đủ tháng					
Tình huống 4 23. Một phụ nữ có thai, ở tuổi thai 3 tháng cuối, nếu pH âm đạo > 4,5 phân lập dịch âm đạo có vi khuẩn gây bệnh thì ta phải: A. Cho bệnh nhân nằm nghỉ. B. Có chế độ ăn uống riêng. C. Cho thuốc kháng sinh. D. Cho thuốc cắt cơn co tử cung.					
Tình huống 5 24. Phụ nữ trẻ 16 tuổi, có thai lần đầu, thai 26 tuần. Vào viện khám vì có những cơn co tử cung đều đặn cách nhau 10 phút, không ra máu, không ra nước âm đạo, không sốt. Sau khi thăm khám bệnh nhân sơ bộ thấy, đúng là có cơn co tử cung, cơn co mạnh, cổ tử cung hơi hé lỗ ngoài, tim thai tốt. Hướng xử trí là: A. Cho bệnh nhân vào nằm viện ngay. B Cho bệnh nhân đơn thuốc về nhà điều trị ngoại trú. C. Theo dõi monitoring sản khoa D. Soi cổ tử cung.					

25. Trường hợp có khả năng bị thai nghén có nguy cơ là: A. Có thai lần đầu đã bị sảy do ngã B. Thai lần trước con chết vì dây rau quấn cổ C. Thai lần đầu đẻ con to > 4000g nên rách tầng sinh môn D. Thai lần đầu đẻ phải rặn gần một giờ, mới đẻ được con nặng 2800g					
26. Thai phụ có tiền sử mổ sản. Trường hợp sẽ bị thai nghén có nguy cơ là: Tiền sử mổ chữa ngoài dạ con Tiền sử mổ u nang buồng trứng C. Khi thai được 5 tháng phải mổ viêm ruột thừa D. Tiền sử mổ lấy thai 18 tháng					
27. Thai phụ sẽ bị thai nghén nguy cơ khi có tiền sử nội khoa là: A. Thương hàn. B. Viêm loét dạ dày C. Viêm thận mãn tính D. Viêm đại tràng mãn tính					
28. Để phát hiện được thai nghén nguy cơ cần phải: A. Hỏi kỹ bệnh sử rồi hãy khám. B. Hỏi kỹ tiền sử sản khoa khi làm bệnh án C. Cho siêu âm trước khi làm bệnh án sản khoa D. Vừa khám thực thể vừa hỏi tiền sử và bệnh sử để làm bệnh án					
29. Định nghĩa đúng nhất về thai nghén có nguy cơ là thai nghén trong tình huống: A. Không có lợi cho sự phát triển bình thường của thai. B. Không có lợi cho sức khỏe của người mẹ khi mang thai. C. Không có lợi cho diễn biến bình thường của chuyển dạ. D. Không có lợi cho sự phát triển bình thường của thai, sức khỏe của người mẹ và diễn biến bình thường của chuyển dạ.					

* Thực hành:

- Bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội
- Bản báo cáo tổng kết học lâm sàng xã hội
- Bệnh án

2. Hướng dẫn sinh viên tự lượng giá

- Sinh viên tự đọc toàn bộ phần lý thuyết thai nghén có nguy cơ.
- Tự trả lời câu hỏi ở phần cuối của bài nếu không rõ xem đáp án để rõ hơn hoặc hỏi giảng viên để được giải đáp.
- Khám bệnh nhân và làm bệnh án, qua đó đánh giá được kỹ năng phát hiện triệu chứng, kỹ năng chẩn đoán, xử trí và tìm nguyên nhân để điều trị và tư vấn cách phòng bệnh cho bệnh nhân.
- Dựa vào bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội để tự kiểm tra kiến thức phân học lâm sàng xã hội.
- Viết báo cáo thu hoạch kỹ năng học lâm sàng xã hội.

HƯỚNG DẪN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ

1. Phương pháp học

Sinh viên tự đọc trước tài liệu, chuẩn bị, khám bệnh nhân và làm bệnh án, chuẩn bị tài liệu và phương tiện cho việc đi tới hộ gia đình học lâm sàng xã hội

2. Vận dụng thực tế

- Sinh viên khám bệnh nhân đã được chẩn đoán là thai nghén có nguy cơ và làm bệnh án bệnh nhân này.
- Thảo luận bệnh án dưới sự hướng dẫn của giảng viên
- Sinh viên cùng giảng viên xuống hộ gia đình học cách tiếp cận hộ gia đình và cộng đồng. Khai thác để phát hiện một số yếu tố nguy cơ như:
 - + Điều kiện kinh tế và sinh hoạt khó khăn.
 - + Các bệnh di truyền
 - + Bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do virus cúm, sốt xuất huyết...
 - + Các bệnh lý mãn tính của mẹ: bệnh tim mạch
 - + Các bệnh ung thư
 - + Các bệnh phụ khoa
 - + Đẻ khó phải can thiệp mổ lấy thai, các thủ thuật toóc xép...
 - + Tiền sử sản khoa nặng nề như muộn con, điều trị vô sinh.

- + Thai bệnh lý như nhiễm độc thai nghén, dọa đẻ non.
- + Nguyên nhân về phía thai như thai già tháng...
- Môi trường ô nhiễm chất thải của xúc vật, hôi thối có thể gây nhiễm khuẩn, ô nhiễm khí thải chất đốt: bếp than, bếp dầu
- Trình độ văn hóa thấp, mang thai nhiều lần, đẻ quá sớm, đẻ quá muộn.
- Sinh viên tư vấn cho bệnh nhân và gia đình thực hiện chế độ lao động, sinh hoạt hợp lý, chế độ ăn đủ chất khi mang thai, thực hiện sinh đẻ có kế hoạch phòng nguy cơ cho thai nghén.

3. Tài liệu đọc thêm

Bộ môn Sản Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Bài giảng sản phụ khoa, tập I và tập II

4. Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Hà Nội, Bài giảng sản phụ khoa Tập I tập II, Nhà xuất bản Y học, năm 2002.

HƯỚNG DẪN SINH VIÊN TỰ HỌC, TỰ NGHIÊN CỨU, VẬN DỤNG THỰC TẾ HỌC PHẦN

Phần 1. Trong quá trình thực hiện môn học

Sinh viên tự nghiên cứu môn học này bằng cách nghiên cứu mục tiêu bài học, tìm kiếm nội dung trong tài liệu cũng như tham khảo thêm các tài liệu khác để đạt được mục tiêu. Phần thực hành giúp sinh viên có cơ hội vận dụng kiến thức lý thuyết đã học được trên lâm sàng, kết hợp với các kiến thức về dịch tễ học để phân tích, phát hiện những yếu tố nguy cơ với bệnh của bệnh nhân. Từ đó, có những lời khuyên, tư vấn giáo dục sức khỏe thích hợp.

Sinh viên có thể vận dụng phương pháp học Lâm sàng - xã hội này không những chỉ áp dụng cho những bệnh lý lâm sàng mà có thể áp dụng cho những vấn đề sức khỏe khác ở cộng đồng bởi vì sức khỏe chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố bên trong và bên ngoài.

Phần 2. Sau khi kết thúc môn học

Sinh viên vận dụng những kiến thức và kỹ năng học được sau khi kết thúc học phần Lâm sàng - xã hội vào thực tế nghề nghiệp của mình. Khi đứng trước một ca bệnh, người thầy thuốc không chỉ đưa ra các liệu pháp điều trị bệnh, các yếu tố bên trong của người bệnh gây ra bệnh mà cần tìm hiểu các yếu tố bên ngoài như hoàn cảnh gia đình, môi trường, xã hội, tập quán... nào đó ảnh hưởng đến bệnh tật của người bệnh. Từ đó, đưa ra những lời tư vấn phù hợp để giúp phòng bệnh tốt nhất.

HƯỚNG DẪN ĐÁNH GIÁ HỌC PHẦN

1. Công cụ lượng giá/đánh giá kết thúc học phần

- Câu hỏi trắc nghiệm.
- Đánh giá theo nhóm dùng bảng kiểm để lượng giá lâm sàng xã hội.
- Đánh giá bệnh án.
- Bản báo cáo.

2. Phương pháp/hình thức đánh giá kết thúc học phần

Báo cáo học Lâm sàng - Xã hội, đánh giá bệnh án.

3. Thời gian đánh giá học phần

Sau khi kết thúc đợt thực hành lâm sàng xã hội.

4. Điểm tổng kết học phần

Điểm chung cho cả nhóm, lấy điểm xét tư cách thi hết môn học.

ĐÁP ÁN

Bài Sảy thai

Câu hỏi 1. A. Bị tung ra khỏi buồng tử cung; B. có thể sống được

Câu hỏi 2. A. 2 giai đoạn; B. Sảy rau

Câu hỏi 3. A. Có quy luật; B. Đa dạng

Câu hỏi 4. A. Quy luật; B. Nguyên nhân

Bài Thai chết lưu

Câu hỏi: 1D; 2C; 3C; 4B; 5D; 6E; 7C; 8C; 9D.

Bài Chửa ngoài tử cung

Câu hỏi 1. C. Soi ổ bụng bằng nội soi.

Câu hỏi 2. D. Nội soi ổ bụng

Câu hỏi 3. C. Chuyển tuyến ngay đến cơ sở có khả năng phẫu thuật điều trị

Câu hỏi 4. D. Chọc Douglas có máu loãng không đông

Câu hỏi 5. C. Chọc dò Douglas

Bài Chửa trứng và theo dõi sau nạo trứng

Câu hỏi 1. A. Trung sản mạc; B. Gai rau thoái hoá thành các túi trứng

Câu hỏi 2. C. Chửa trứng bán phần; D. Chửa trứng ác tính

Câu hỏi 3. C. Nghén nặng; D. Không thấy thai đập

Câu hỏi 4. C. Thăm âm đạo thấy nang hoàng tuyến; D. Có thể có nhân di căn âm đạo.

Câu hỏi 5. A. Doạ sảy thai thường; B. Thai chết lưu

Câu hỏi 6. B. Sảy trứng băng huyết; C. Ung thư nguyên bào nuôi

Câu hỏi 7. la; 2A; 3B; 4A.

Câu hỏi 8. là; 2A; 3B; 4C; 5B.

Bài Rau tiền đạo

Câu hỏi 1. C. Tư vấn và chuyển tuyến.

Câu hỏi 2. D. Bầm ối, chuyển tuyến

Câu hỏi 3. C. Cho vào viện theo dõi, khi thai > 2500gam chỉ định mổ lấy thai.

Câu hỏi 4. B. Non tháng.

Câu hỏi 5. B. Quản lý thai nghén tốt; C. Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch.
D. Làm tốt công tác vô khuẩn trong sản khoa

Bài Tăng huyết áp thai nghén

Câu hỏi 1. C. 30 mmHg.

Câu hỏi 2. A. 15 mmHg

Câu hỏi 3. B. 20 mmHg

Câu hỏi 4. C. Theo tuổi thai.

Câu hỏi 5. B. Loại II

Bài Nhiễm khuẩn hậu sản

Câu hỏi 1. B. Thai to.

Câu hỏi 2. D. Khâu tầng sinh môn không đúng kỹ thuật.

Câu hỏi 3. C. Khi tổ chức hạt bắt đầu lên.

Câu hỏi 4. B. Sau khi dùng kháng sinh.

Câu hỏi 5. C. Đẻ non.

Bài Viêm nhiễm đường sinh dục

Câu hỏi 1. D. Dùng thuốc viên tránh thai.

Câu hỏi 2. C. Quanh ngày phóng noãn

Câu hỏi 3. C. Đặc, dính như hồ

Câu hỏi 4. B. Loãng, có bọt

Câu hỏi 5. D. Xanh, lẫn mủ có mùi hôi

Bài Vệ sinh thai nghén và quản lý thai nghén

Câu hỏi 1. C. 4 tuần

Câu hỏi 2. C. 3 lần

Câu hỏi 3. A. Xác định có thai để quản lý thai nghén

Câu hỏi 4. C. Khám thai, khám toàn trạng người phụ nữ, tư vấn VSTN

Câu hỏi 5. A. Thiếu máu

Bài Thai nghén có nguy cơ cao

Câu hỏi 1. ĐA. C Khung chậu hẹp; B. Tuổi, lần có thai và tiền sử; D Bệnh lý của mẹ

Câu hỏi 2. ĐA. B. Con co; C. Tim thai

Câu hỏi 3. ĐA. D. Vết mổ đẻ cũ

Câu hỏi 4. ĐA. C. U mạch cuống rau; D. Sa dây rau.

Câu hỏi 5. ĐA. A. Đa ối; B. Thiếu ối

* 6A; 7A; 8A; 9A; 10A; 11B; 12B; 13A; 14B;

15B; 16D; 17B; 18D; 19B; 20B; 21A; 22D;

23C; 24A; 25C; 26D; 27C; 28D; 29D.

PHỤ LỤC 1

BỘ MÔN SẢN

MẪU VIẾT BÁO CÁO CHO SINH VIÊN

CHƯƠNG TRÌNH LÂM SÀNG XÃ HỘI (Y4)

Mục tiêu

1. Xác định được các yếu tố xã hội, môi trường, kinh tế và văn hoá ảnh hưởng đến người bệnh.
2. Thực hiện được các kỹ năng lâm sàng xã hội tại cộng đồng.
3. Thực hiện được kỹ năng tư vấn sức khỏe cho người bệnh và gia đình tại hộ gia đình.

Nhóm SV gồm:

I. Hành chính (Bệnh nhân)

1. Họ và tên
2. Tuổi
3. Nghề nghiệp
4. Nơi ở

II. Nội dung học tập tại hộ gia đình

Phỏng vấn:

1. Thành phần trong gia đình (bố, mẹ, con,... tuổi, nghề nghiệp, nơi công tác của từng người).
2. Tình hình văn hoá của từng người.
3. Thu nhập kinh tế bình quân của gia đình.
4. Yếu tố môi trường.
5. Tiền sử bệnh hệ gia đình có liên quan tới bệnh tật của bệnh nhân.
 - Bệnh truyền nhiễm.
 - Bệnh lây truyền qua đường tình dục.

- Bệnh nghề nghiệp.

6. Dịch tễ học

- Môi trường xung quanh

- Bệnh dịch

7. Xã hội

- Phong tục tập quán (gia đình, xã hội).

- Niềm tin: mất niềm tin sẽ ảnh hưởng tới điều trị.

- Hạnh phúc gia đình (xem xét tới vấn đề bạo lực, gia trưởng, ngược đãi làm ảnh hưởng tới bệnh tật).

8. Tư vấn cho bệnh nhân nội dung phòng bệnh và điều trị tại hộ gia đình

9. Đề xuất ý kiến

10. Bài học thu được.

Ngày tháng năm

Thay mặt nhóm sinh viên

Họ, tên và chữ ký

PHỤ LỤC 2
BỘ MÔN SẢN

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ HỌC LÂM SÀNG
XÃ HỘI TẠI HỘ GIA ĐÌNH KHỐI Y4

Nhóm SV gồm:

Lớp:

Khoá:

TT	Nội dung	Điểm chuẩn	Điểm đạt		
			A	B	C
1	Chào hỏi, làm quen	1	1		
2	Cách tiếp cận hộ gia đình	1	1		
3	Tìm hiểu thành phần trong gia đình (bố, mẹ, con,.. tuổi, nghề nghiệp, nơi công tác của từng người)	1	1		
4	Tình hình văn hoá của từng người	0,5	0 5		
5	Mức thu nhập kinh tế bình quân của gia đình	1	1		
6	Yếu tố môi trường trong gia đình	1	1		
7	Tiền sử bệnh hệ gia đình có liên quan tới bệnh tật của bệnh nhân - Bệnh truyền nhiễm - Bệnh lây truyền qua đường tình dục - Bệnh nghề nghiệp	1	1		
8	Dịch tễ học - Môi trường xung quanh - Bệnh dịch	1	1		
9	Xã hội - Phong tục tập quán (gia đình, xã hội) - Niềm tin: mất niềm tin sẽ ảnh hưởng tới điều trị - Hạnh phúc gia đình (xem xét tới vấn đề bạo lực, gia trưởng, ngược đãi, làm ảnh hưởng tới bệnh tật.)	1	1		

TT	Nội dung	Điểm chuẩn	Điểm đạt		
			A	B	C
10	Tư vấn cho bệnh nhân	1	1		
11	Cẩn dặn bệnh nhân	0 5	0 5		
	Tổng điểm	10	10		

A: Tự sinh viên đạt được

B: Có sự hỗ trợ của giảng viên

C: Không làm

Nhóm trưởng

Ngày tháng năm

Giáo viên hướng dẫn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn sản trường Đại học Y Hà Nội. Bài giảng Sản phụ khoa, năm 2002.
2. Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. Bài giảng Sản phụ khoa năm 1996.
3. Bài giảng sản khoa dùng cho thầy thuốc thực hành - chương trình hợp tác Việt Nam - Thụy điển, Hà Nội 1997
4. Bài giảng phụ khoa dùng cho thầy thuốc thực hành - chương trình hợp tác Việt Nam - Thụy Điển, Hà Nội 1997.
5. Bộ Y tế 2003, Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
6. Sản khoa hình minh họa Nhà xuất bản Y học - Đề án đào tạo 03 sida/1ndevelope, Hà Nội 1994.
7. Phụ khoa hình minh họa Nhà xuất bản Y học - Đề án đào tạo 03 sida/1ndevelope, Hà Nội 1994.
8. Trường Đại học Y Khoa Huế. Bảng hướng dẫn học tập các kỹ năng lâm sàng giảng dạy tại cơ sở thực địa.
9. Trường Đại học Y Khoa Huế. Tài liệu tự học theo định hướng 2004.
- 10 Bộ Y tế. Hướng dẫn, theo dõi giám sát và đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2004.

MỤC LỤC

Hướng dẫn sử dụng tài liệu	6
Sảy thai	8
Thai chết lưu.....	18
Chửa ngoài tử cung	31
Chửa trứng và theo dõi sau nạo trứng	46
Rau tiền đạo.....	59
Tăng huyết áp với thai nghén	74
Nhiễm khuẩn hậu sản	95
Viêm nhiễm đường sinh dục	116
Vệ sinh thai nghén và quản lý thai nghén	130
Thai nghén có nguy cơ	143
Hướng dẫn đánh giá học phần.....	163
Đáp án.....	164
Phụ lục 1: Mẫu viết báo cáo cho sinh viên.....	167
Phụ lục 2: Bảng kiểm lượng giá lâm sàng xã hội.....	169
Tài liệu tham khảo	171

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

LÂM SÀNG - XÃ HỘI SẢN

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập: BS. NGUYỄN THỊ TỐT

Sửa bản in: BS. NGUYỄN THỊ TỐT

Trình bày bìa: CHU HÙNG

Kt vi tính: NGUYỄN THỊ ÂN

In 500 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 22 - 2007/CXB/688 - 151/YH

In xong và nộp lưu chiểu quý I năm 2007.