

RAU TIỀN ĐẠO

1. KHÁI NIỆM

Rau tiền đạo là rau bám một phần hay toàn bộ vào đoạn dưới tử cung gây chảy máu vào 3 tháng cuối của thai kỳ, trong chuyển dạ và sau đẻ. Rau tiền đạo có thể gây tử vong hoặc bệnh lý mắc phải cho mẹ và cho con do chảy máu và đẻ non.

Theo giải phẫu rau tiền đạo được chia thành 5 loại là: rau tiền đạo bám thấp, rau tiền đạo bám bên, rau tiền đạo bám mép, rau tiền đạo bán trung tâm, rau tiền đạo trung tâm.

2. CHẨN ĐOÁN

Triệu chứng lâm sàng:

Trước chuyển dạ:

- Triệu chứng cơ năng: chảy máu âm đạo vào 3 tháng cuối của thai kỳ, chảy máu tự nhiên bất ngờ, không thấy đau bụng, máu đỏ tươi, có khi kèm máu cục, lượng máu có thể chảy nhiều, ồ ạt, sau đó chảy ít dần và tự cầm dù có hay không điều trị. Chảy máu tái phát nhiều lần với tần suất và mức độ ngày càng tăng.

- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy thuộc lượng máu mất mà sản phụ thấy mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, choáng

- Triệu chứng thực thể: không có triệu chứng đặc hiệu, hay gặp ngôi đầu cao hoặc ngôi ngang, ngôi mông.

Khi chuyển dạ:

- Triệu chứng cơ năng: thường có quá trình ra máu trong 3 tháng cuối thai kỳ, đột nhiên ra máu ồ ạt, máu đỏ tươi lẫn máu cục, có đau bụng do cơn co tử cung.

- Triệu chứng toàn thân: thiếu máu tùy mức độ mất máu. Sản phụ có biểu hiện choáng nếu mất máu nhiều.

- Triệu chứng thực thể: nắn ngoài có thể thấy ngôi thai bất thường. Tim thai có thể thay đổi nếu chảy máu nhiều

- Khám âm đạo bằng mỏ vịt thấy máu trong cổ tử cung (CTC) chảy ra, loại trừ các tổn thương CTC

- Thăm ÂĐ: sờ thấy rau qua cổ tử cung
 - + Rau tiền đạo bám mép: thấy mép dưới bánh rau bám tới lỗ trong cổ tử cung.
 - + Rau tiền đạo bán trung tâm: thấy bánh rau che lấp một phần lỗ trong cổ tử cung nhưng không che hết.
 - + Rau tiền đạo trung tâm: thấy bánh rau che lấp hoàn toàn lỗ trong cổ tử cung. Ngôi thai bất thường .
- Chú ý không cố khám tìm rau vì gây chảy máu.

Triệu chứng cận lâm sàng

- Công thức máu: thiếu máu tùy theo lượng máu mất.
- Siêu âm với bàng quang đầy để xác định vị trí bám của bánh rau:
 - + Rau tiền đạo trung tâm: bánh rau bám hoàn toàn vào đoạn dưới tử cung và che lấp lỗ trong cổ tử cung.
 - + Rau tiền đạo bám mép: mép bánh rau bám đến lỗ trong cổ tử cung.
 - + Rau tiền bám bên, bám thấp: khoảng cách giữa mép dưới bánh rau đến lỗ trong cổ tử cung < 20mm.
- Siêu âm rất có giá trị chẩn đoán trong trường hợp rau tiền đạo - rau cài răng lược với các hình ảnh sau: mất khoảng sáng sau rau tại vị trí rau bám, phổ Doppler màu thấy các mạch máu đi xuyên qua thành cơ tử cung hoặc bàng quang. Hình ảnh giả u bàng quang (bánh rau đẩy lùi vào lòng bàng quang).
- Chụp MRI cũng xác định được rau tiền đạo cài răng lược nhưng độ nhạy thấp, hiện ít dùng do có sự phát triển của siêu âm chẩn đoán.
- Soi bàng quang chỉ nên tiến hành khi nghi ngờ rau cài răng lược đâm xuyên cơ bàng quang và người bệnh có biểu hiện đái máu.

3. XỬ TRÍ

Nguyên tắc chung

- Chăm máu cứu mẹ là chính. Tùy theo tuổi thai, mức độ mất máu và khả năng nuôi dưỡng sơ sinh mà quyết định kéo dài tuổi thai hay lấy thai ra. Luôn luôn đánh giá mức độ mất máu để truyền bù máu cho phù hợp.

- Khi nghi ngờ rau tiền đạo phải chuyển người bệnh lên tuyến huyện có trung tâm phẫu thuật ; nghi ngờ hoặc chẩn đoán rau tiền đạo - rau cài răng lược thì chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương.

Điều trị cụ thể

Khi chưa chuyển dạ:

- Nghỉ ngơi, hạn chế đi lại, ăn uống tăng cường dinh dưỡng.
- Thuốc giảm co như: spasmaverin 40mg (1 – 4 viên/ ngày), Salbutamol, progesterone
- Nên dùng corticoid để trưởng thành phổi thai nhi sớm.
- Trường hợp thai nhi đủ tháng: mổ lấy thai chủ động đối với trường hợp tiền đạo trung tâm. Các trường hợp rau tiền đạo khác có thể cân nhắc theo dõi chờ chuyển dạ.
- Trường hợp rau tiền đạo chảy máu nhiều đe dọa tính mạng người mẹ thì mổ lấy thai ở bất kì tuổi thai nào.

Trong khi chuyển dạ:

- Rau tiền đạo trung tâm, rau tiền đạo bán trung tâm: mổ lấy thai.
- Rau tiền đạo bám mép: mổ lấy thai cấp cứu nếu ra máu nhiều. ra máu ít, ngôi thể và cổ tử cung thuận lợi thì bấm ối và xé màng ối về phía không có bánh rau để cầm máu, nếu sau khi xé màng ối vẫn ra máu thì nên mổ lấy thai, nếu không ra máu thì theo dõi để đường âm đạo.
- Rau tiền đạo bám thấp, bám bên: mổ lấy thai nếu ra nhiều máu, nếu ra máu ít hoặc không ra máu thì theo dõi chuyển dạ như các trường hợp thông thường khác.
- Kỹ thuật cầm máu khi mổ trong rau tiền đạo: sau khi lấy thai và rau mà chảy máu thì nên khâu cầm máu bằng các mũi chữ X để cầm máu, vẫn chảy máu thì nên cắt tử cung bán phần thấp với người bệnh đủ con.

Người bệnh chưa có đủ con cần bảo tồn tử cung: thắt động mạch tử cung hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch dây chằng tử cung buồng trứng; khâu mũi B-lynch; chèn bóng hay gạc vào buồng tử cung. Nếu không kết quả thì vẫn phải cắt tử cung.

Rau tiền đạo - rau cài răng lược:

- Rau tiền đạo - rau cài răng lược là hình thái lâm sàng nặng nề nhất của rau tiền đạo vì mạch máu tăng sinh ở đoạn dưới tử cung nhiều, đâm xuyên vào bàng quang, hay gặp ở người có vết mổ đẻ cũ nên phẫu thuật khó khăn, mất máu rất nhiều và thường tổn thương bàng quang.

- Chẩn đoán được rau tiền đạo - rau cài răng lược thì cần chuyển người bệnh lên tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương để nằm viện điều trị.

- Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng. Cần chuẩn bị kíp phẫu thuật viên và kíp gây mê hồi sức có kinh nghiệm; chuẩn bị nhiều máu và các phương tiện hồi sức

- Nên chủ động mổ bóc thân tử cung phía trên chỗ rau bám hoặc ở đáy tử cung để lấy thai, tránh rạch vào bánh rau trước khi lấy thai ra, sau đó không bóc rau và chủ động cắt tử cung để hạn chế tối đa lượng máu mất.

4. BIẾN CHỨNG

Cho mẹ

- Tử vong do mất máu cấp, thiếu máu.
- Cắt tử cung để cầm máu.

Cho con

Non tháng, chết trong chuyển dạ, bệnh lý trẻ sơ sinh do thiếu máu, non tháng

RAU BONG NON

1. KHÁI NIỆM

Định nghĩa

Rau bong non là rau bám đúng vị trí nhưng bong một phần hay toàn bộ bánh rau trước khi sổ thai.

Rau bong non là một cấp cứu sản khoa, thường xảy ra ở 3 tháng cuối thời kì thai nghén, diễn biến nặng đe dọa tính mạng của thai nhi và sản phụ. Đây là bệnh lý của hệ thống mao mạch, xảy ra đột ngột có thể tiến triển rất nhanh từ thể nhẹ thành thể nặng.

Phân loại: 4 thể theo hình thái lâm sàng:

- Rau bong non thể ẩn
- Rau bong non thể nhẹ
- Rau bong non thể trung bình
- Rau bong non thể nặng.

2. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán xác định

Triệu chứng cơ năng

- Thường có dấu hiệu tiền sản giật: cao huyết áp, phù, protein niệu...
- Đau: đau từ từ cung sau lan khắp ổ bụng, nhịp độ cơn đau ngày càng mau mạnh, trường hợp nặng triệu chứng đau bị che lấp do sốc.
- Ra máu âm đạo: máu đỏ thẫm, loãng, không đông...

Triệu chứng toàn thân:

- Người bệnh có biểu hiện choáng do đau và do mất máu: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, thở nhanh, ..
- Huyết áp thường không thay đổi trong những giờ đầu (do người bệnh thường có tiền sử cao huyết áp từ trước), mạch nhanh.

Triệu chứng thực thể

- Tử cung co cứng liên tục hoặc tử cung co cứng như gỗ trong thể nặng.

- Không nắn được các phần thai nhi do tử cung co cứng.
- Chiều cao tử cung tăng dần do sự hình thành khối máu cục sau rau.
- Nghe: nhịp tim thai chậm, không đều, hoặc mất tim thai trong thể nặng.
- Khám âm đạo: ra máu âm đạo, máu đen, không đông; đầu ối căng phồng, nếu ối vỡ thấy nước ối lẫn máu. Dấu hiệu toàn thân đôi khi không phù hợp với số lượng máu chảy ra ngoài âm đạo.

Cận lâm sàng

- Siêu âm: thấy khối máu tụ sau rau, thường là khối tăng âm vang hoặc khối âm vang không đều. Tuy nhiên siêu âm trong rau bong non độ tin cậy không cao vì nếu siêu âm không thấy khối bất thường sau rau cũng chưa loại trừ rau bong non khi có dấu hiệu lâm sàng gợi ý. Siêu âm cũng thấy sự biến đổi của nhịp tim thai hoặc xác định thai chết.

- Monitoring: nhịp tim thai biến đổi: DIP I, DIP II, DIP biến đổi hoặc không bắt được nhịp tim thai.

- Xét nghiệm máu: số lượng hồng cầu giảm, haemoglobin giảm, tiểu cầu giảm, fibrinogen giảm, ATTP tăng hơn so với mức bình thường.

- Xét nghiệm nước tiểu thường có protein.

Các thể lâm sàng

Thể nặng

Không có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt, cuộc chuyển dạ bình thường, sơ sinh khỏe mạnh. Chẩn đoán được sau khi mổ rau thấy có máu tụ sau rau. Ngày nay nhiều trường hợp chẩn đoán được nhờ siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

Thể nhẹ

- Triệu chứng không đầy đủ, có thể có tiền sản giật, cơn co tử cung hơi cường tính, tim thai bình thường hoặc nhanh 160-170 lần/phút.

- Chẩn đoán được sau khi mổ rau thấy có máu tụ sau rau hoặc siêu âm thấy khối máu tụ sau rau.

Thể trung bình

- Thường có tiền sản giật. Có thể choáng nhẹ hoặc vừa.

- Sản phụ đau vừa, tử cung tăng trương lực.
- Ra máu âm đạo lượng vừa, đen, loãng, không đông.
- Suy thai.
- Chẩn đoán phân biệt với: rau tiền đạo, thai chết lưu, dọa vỡ hoặc vỡ tử cung.

Thể nặng (phong huyết tử cung rau hay hội chứng Couvelaire)

Có đủ các triệu chứng nặng, điển hình:

- Tiền sản giật nặng hoặc trung bình.
- Choáng nặng.
- Chảy máu âm đạo nhiều hoặc ít không tương xứng với mức độ mất máu.
- Tử cung to lên nhanh, co cứng như gỗ.
- Tim thai mất.
- Rối loạn đông máu: có thể có dấu hiệu chảy máu do rối loạn đông máu ở các tạng khác ngoài tử cung như phổi, dạ dày, thận, ruột,...

3. XỬ TRÍ

Nguyên tắc chung

- Xử trí tùy thuộc vào hình thái rau bong non và dấu hiệu lâm sàng
- Điều trị toàn diện, kịp thời, cứu mẹ là chính. Hồi sức tích cực nếu có dấu hiệu choáng và rối loạn đông máu.
- Chuyển lên tuyến có khả năng phẫu thuật, nếu người bệnh nặng phải mời tuyến trên về hỗ trợ.
- Mổ lấy thai kể cả khi thai chết.

Hồi sức nội khoa

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy. Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.
- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương Ringer lactat, Natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như Gelafudrin, Heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu, các yếu tố đông máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Điều trị triệu chứng nếu có: HA cao, vô niệu, rối loạn đông máu. Kháng sinh điều trị.

Xử trí sản khoa

- Nếu được chẩn đoán là rau bong non thì nên mổ lấy thai ngay để cứu con và phòng biến chứng nặng hơn cho mẹ. Bảo tồn tử cung: nếu tổn thương nhồi máu ở tử cung không quá nhiều, tử cung còn co hồi được. Nếu sản phụ đủ con, nhiều tuổi, tổn thương nhồi máu tử cung nặng hay không đáp ứng với thuốc co cơ tử cung thì nên cắt tử cung hoàn toàn hay bán phần ngay để tránh nguy cơ chảy máu sau mổ.

- Nếu chẩn đoán rau bong non sau khi sỏ thai thì tiến hành ngay các biện pháp dự phòng chảy máu sau đẻ do rối loạn đông máu.

4. BIẾN CHỨNG

Cho mẹ

- Choáng do mất máu và đau. Rối loạn đông máu. Hoại tử các tạng do nhồi máu và thiếu máu, nguy hiểm nhất là suy thận.

- Cắt tử cung.

- Tử vong cả mẹ và con .

Cho thai:

- Suy thai. Thai chết trong tử cung. Non tháng nhẹ cân.

- Thiếu máu.

ĐẠO ĐỂ NON, ĐỂ NON

1. KHÁI NIỆM:

- Định nghĩa: theo Tổ chức Y tế thế giới, đẻ non là cuộc chuyển dạ xảy ra từ tuần thứ 22 đến trước tuần 37 của thai kỳ tính theo kinh cuối cùng.

- Sơ sinh non tháng có tỷ lệ tử vong và mắc bệnh cao hơn rất nhiều so với trẻ đẻ đủ tháng, nguy cơ cao bị di chứng thần kinh với tỷ lệ 1/3 trước tuần 32, giảm xuống 1/10 sau 35 tuần. Dự phòng và điều trị đạo đẻ non - đẻ non luôn là một vấn đề quan trọng đối với sản khoa, sơ sinh và toàn xã hội.

- Tại Việt nam, chưa có thống kê trên toàn quốc, nhưng theo những nghiên cứu đơn lẻ, tỷ lệ đẻ non khoảng 8-10%.

2. CHẨN ĐOÁN:

Đạo đẻ non:

Triệu chứng cơ năng :

- Đau bụng từng cơn, không đều đặn, tức nặng bụng dưới, đau lưng
- Ra dịch âm đạo dịch nhày, lẫn máu

Triệu chứng thực thể :

- Cơn co tử cung thưa nhẹ (2 cơn trong 10 phút, thời gian co dưới 30 giây)
- Cổ tử cung đóng, hoặc xóa mở dưới 2cm

Đẻ non:

- Triệu chứng cơ năng: đau bụng cơn, đều đặn, các cơn đau tăng dần. Ra dịch âm đạo, dịch nhày, máu, nước ối

- Triệu chứng thực thể: cơn co tử cung (tần số 2-3, tăng dần). Cổ tử cung xóa trên 80%, mở trên 2cm. Thành lập đầu ối hoặc vỡ ối.

Cận lâm sàng:

- Test fibronectin : test dương tính khi nồng độ fibronectin > 50ng/ml, khả năng xảy ra đẻ non trong vòng 7 ngày ở những thai phụ này sẽ cao hơn 27 lần so với những người có test âm tính.

- Đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường bụng, đường âm đạo hoặc tăng sinh môn. Dưới 35mm thai 28-30 tuần thì nguy cơ sinh non là 20%.

- Định lượng hCG dịch cổ tử cung: trên 32mUI/ml nguy cơ đẻ non sẽ cao hơn xấp xỉ 20 lần.

- Monitoring sản khoa: cho phép theo dõi, đánh giá tần số, độ dài, cường độ cơn co tử cung.

- Một số xét nghiệm để tìm nguyên nhân và tiên lượng : xét nghiệm vi khuẩn ở cổ tử cung, nước tiểu, CRP, huyết học, sinh hóa máu, men gan...

Chẩn đoán phân biệt :

- Các tổn thương cổ tử cung, đường sinh dục dưới gây chảy máu âm đạo.

- Rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung.

3. ĐIỀU TRỊ :

Nguyên tắc chung :

- Trì hoãn chuyển dạ để điều trị dọa đẻ non,

- Chuyển sản phụ đến cơ sở có khả năng chăm sóc sơ sinh non tháng

Điều trị cụ thể:

Nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường, nghiêng trái, tránh kích thích

Thuốc giảm - cắt cơn co tử cung:

- Thuốc hướng bê ta giao cảm: Salbutamol.

Chống chỉ định trong bệnh tim, cường giáp, tăng huyết áp, đái tháo đường nặng, chảy máu nhiều, nhiễm khuẩn ối. Tác dụng phụ: tăng nhịp tim, tăng đường huyết, hạ Kali máu. Dừng thuốc nếu nhịp tim >120lần/phút.

Salbutamol : 5mg pha trong 500ml Glucose 5%, truyền tĩnh mạch 20 giọt/phút (10mcg/phút), liều tối đa 45 giọt/ phút. Khi đã cắt được cơn co, chuyển sang điều trị : viên 4mg, ngậm 1 - 2 viên/ngày.

- Thuốc chẹn kênh calci : có thể dùng 1 trong các thuốc sau :

+ Nifedipine : liều tấn công 20mg ngậm dưới lưỡi trong 20 phút, tối đa 03 liều.

Sau khi cắt cơn co duy trì Nifedipine chậm 20mg, uống 6-8h /lần. Theo dõi huyết áp khi dùng thuốc, chống chỉ định nếu huyết áp thấp < 90/50mmHg.

Tác dụng phụ: nóng bừng mặt, buồn nôn, tụt HA thoáng qua.

+ Magnesium Sulfate: liều tấn công 4-6g pha trong 100ml Glucose 5%, truyền TM trong 20 phút. Liều duy trì: 2g/h truyền tĩnh mạch trong 12h, sau đó 1g/h trong 24h. Tai biến: nóng bừng mặt, giảm phản xạ gân xương, ức chế hô hấp, ngừng thở, ngừng tim. Cần theo dõi nồng độ ion Mg huyết thanh 5-7mg/dL.

+ Thuốc đối kháng cạnh tranh với oxytocin: Atosiban có tác dụng cạnh tranh với oxytocin trên các thụ thể tại màng tế bào cơ tử cung làm giảm sự đáp ứng của cơ tử cung với oxytocin.

Chỉ định điều trị dọa đẻ non từ tuần 24-33 của thai kỳ. Chống chỉ định: ối vỡ non, thai suy, thai chậm phát triển, chảy máu nặng, tiền sản giật, rau tiền đạo, rau bong non.

Liều dùng : 75mg Atosiban (10ml) pha trong 90ml dung dịch Glucose 5% hoặc NaCl 0,9%. Truyền tĩnh mạch 24ml/h, sau 3h giảm xuống 8ml/h. Thời gian điều trị không nên quá 48h, không quá 3 đợt điều trị trong thai kỳ.

Liệu pháp Corticoid : tăng cường sản xuất surfactan, thúc đẩy sự trưởng thành của mô liên kết, làm giảm suy hô hấp ở trẻ non tháng. Chỉ định cho thai từ 28 đến hết 34 tuần tuổi, có thể sử dụng một trong các thuốc sau ở các tuyến y tế.

- Bethamethasone 12mg, 2 liều tiêm bắp cách nhau 24h.

- Hoặc Dexamethasone 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần cách nhau 12h.

Xử trí đẻ non khi ức chế chuyển dạ không thành công :

- Tránh sang chấn cho thai : bảo vệ đầu ối đến khi cổ tử cung mở hết, hạn chế sử dụng oxytocin, cắt tầng sinh môn rộng, mổ lấy thai nếu có chỉ định.

- Chống nhiễm khuẩn nếu ối vỡ sớm, dự phòng sót rau, chảy máu sau đẻ.

- Đảm bảo hồi sức, chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng.

CHẢY MÁU SAU ĐẼ

1. KHÁI NIỆM

Chảy máu sau đẻ là tai biến sản khoa thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu. Chảy máu sau đẻ là chảy máu sau khi sổ thai trên 500ml hoặc có ảnh hưởng xấu đến toàn trạng của sản phụ.

Chảy máu sau đẻ có thể xảy ra sớm trong vòng 24 giờ sau đẻ hoặc xảy ra muộn đến 6 tuần của thời kỳ hậu sản.

2. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng:

- Chảy máu ra ngoài âm đạo: chảy máu nhiều, có khi chảy ồ ạt thành tia đỏ tươi hoặc lẫn máu cục; nhiều khi chảy máu rỉ rả liên tục làm cho nhân viên y tế không đánh giá được lượng máu mất nếu không đo lượng máu sau đẻ thường quy và không theo dõi sát sau đẻ.

- Tử cung: trong các trường hợp máu chảy từ tử cung ra ta thấy tử cung to, mật độ mềm; xoa nắn tử cung sẽ thấy máu đỏ tươi lẫn máu cục chảy nhiều ra ngoài âm đạo.

- Toàn thân: biểu hiện tình trạng thiếu máu cấp tính như da xanh, niêm mạc nhợt; những trường hợp mất máu nặng có biểu hiện sốc như mạch nhanh, huyết áp tụt, vã mồ hôi, tay chân lạnh, thiếu niệu, tinh thần hốt hoảng, lơ mơ, có khi hôn mê...

- Tùy theo nguyên nhân mà có các triệu chứng thực thể khác nhau.

Cận lâm sàng:

Các xét nghiệm cần làm là số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit để đánh giá tình trạng mất máu; xét nghiệm tiểu cầu, fibrinogene, prothrombin để đánh giá tình trạng rối loạn đông máu; và xét nghiệm nhóm máu để truyền máu.

3. XỬ TRÍ

Nguyên tắc:

- Hồi sức nội khoa song song với xử trí sản khoa.
- Tìm nguyên nhân sản khoa và xử trí theo nguyên nhân.

Xử trí cụ thể:

Hồi sức nội khoa:

- Đánh giá và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Cho sản phụ nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy.

- Lập đường truyền tĩnh mạch, bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch đẳng trương ringer lactat, natrichlorua 0,9%; dung dịch cao phân tử như gelafudrin, heasteril; truyền máu và các chế phẩm của máu. Lượng dịch, máu truyền và tốc độ truyền phụ thuộc tình trạng sản phụ và lượng máu mất.

- Thông tiểu và theo dõi lượng nước tiểu.

Xử trí sản khoa: xác định nguyên nhân và xử trí theo nguyên nhân.

Rau chưa bong:

- Nguyên nhân là rau bám chặt, rau cầm tù hoặc rau cài răng lược.
- Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung sau khi đã hồi sức và giảm đau cho sản phụ.

- Dùng thuốc co bóp tử cung sau khi kiểm soát tử cung: oxytocin, ergometrin, duratocin hoặc misoprostol. Kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

- Trong quá trình bóc rau có thể chẩn đoán xác định rau cài răng lược. Nếu rau cài răng lược hoàn toàn thì tiến hành cắt tử cung ngay. Nếu rau cài răng lược bán phần thì tùy mức độ gai rau đâm xuyên vào lớp cơ tử cung nhiều hay ít mà xử trí: bảo tồn tử cung nếu có thể bóc được hoàn toàn bánh rau bằng tay, nếu không bóc rau được phải cắt tử cung để cầm máu.

Rau đã bong:

- Nguyên nhân là đờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục, lộn tử cung hoặc rối loạn đông máu.

- Kiểm soát tử cung sau khi giảm đau cho sản phụ: lấy hết rau, màng rau và máu cục trong buồng tử cung; kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.

- Dùng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh.

- Ép tử cung bằng 2 tay và xoa bóp tử cung nếu đờ tử cung.

- Kiểm tra cổ tử cung và âm đạo. Khâu các vết rách cổ tử cung và âm đạo. Nếu có khối máu tụ ở đường sinh dục gây chảy máu thì phải lấy khối máu tụ và khâu cầm máu.

- Nếu chẩn đoán lộn tử cung thì cần giảm đau tốt cho sản phụ (gây mê nếu cần) rồi nắn lại tử cung và tiêm ergometrin làm tử cung co bóp chặt lại sau đó mới rút tay ra.

Phẫu thuật xử trí chảy máu sau đẻ:

- Cắt tử cung: chỉ định cắt tử cung hay bảo tồn tử cung tùy thuộc vào tổn thương tử cung (đờ tử cung không hồi phục, vỡ tử cung, rau cài răng lược, chảy máu tại vị trí rau tiền đạo...) và nhu cầu sinh đẻ của sản phụ.

- Thất động mạch tử cung.

- Thất động mạch hạ vị.

- Khâu mũi B-lynch.

Với các trường hợp chảy máu sau đẻ muộn:

- Nếu sót rau, polyp rau: nạo buồng tử cung kết hợp với thuốc co bóp tử cung và kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

- Nút động mạch tử cung nếu có chỉ định.

4. HẬU QUẢ VÀ BIẾN CHỨNG:

Phải cắt tử cung: do không cầm máu được trong mổ hoặc rau cài răng lược.

Tử vong mẹ: là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, nhất là ở các nước đang phát triển.

Tổn thương tạng: có thể tổn thương bàng quang, niệu quản, mạch hạ vị, đại-trực tràng trong khi mổ xử trí chảy máu sau đẻ.

Hội chứng Sheehan: chảy máu nặng có thể dẫn tới hoại tử một phần hoặc toàn bộ thùy trước tuyến yên gây suy tuyến yên, biểu hiện bằng dấu hiệu vô kinh, rụng lông, rụng tóc, suy tuyến giáp, suy tuyến thượng thận, mất sữa.

Biến chứng khác: sự mất máu nhiều gây ảnh hưởng tới sức khỏe và tinh thần của sản phụ, có thể gây suy gan, suy thận, suy đa tạng, rối loạn đông máu và dễ

nhiễm khuẩn hậu sản. Bên cạnh đó việc truyền máu điều trị chảy máu sau đẻ làm tăng các nguy cơ và biến chứng của truyền máu.

5. PHÒNG BỆNH:

- Quản lý thai nghén, phát hiện các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao chảy máu sau đẻ như đẻ nhiều lần, có vết mổ ở tử cung,...
- Sử dụng thuốc tăng co tử cung đúng chỉ định và liều lượng.
- Thực hiện các phẫu thuật, thủ thuật sản khoa đúng chỉ định, đủ điều kiện và đúng kỹ thuật.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

SUY THAI TRONG TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM

Tuần hoàn tử cung – rau – thai đảm nhiệm việc cung cấp oxy cho thai, nếu vì một nguyên nhân nào đó ảnh hưởng đến tuần hoàn tử cung – rau – thai làm giảm lưu lượng máu đến hồ huyết, hoặc từ gai rau đến thai, sẽ làm giảm lượng oxy ấ thai và gây suy thai. Hiện tượng này có thể xảy ra trong quá trình thai nghén và đặc biệt là khi chuyển dạ. Mức độ thiếu oxy nhiều hay ít, trường diễn hay cấp tính, sẽ ảnh hưởng đến mức độ thai suy và dẫn đến tử vong.

2. CHẨN ĐOÁN

Suy thai trong thời kỳ có thai

Triệu chứng:

- Chiều cao tử cung phát triển chậm (biểu hiện thai kém phát triển)
- Giảm cử động thai (từ 23 giờ trở đi cử động thai dưới 12 lần trong 2 giờ) hay thay đổi cử động thai
- Nhịp tim thai thay đổi (trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút)

Xét nghiệm:

- ối: nước ối có màu xanh (cần soi ối nhiều lần)
- Monitor sản khoa, truyền oxytocin hay vê núm vú có xuất hiện Dip I, Dip II, tim thai không đáp ứng test không đả kích
- Siêu âm xác định chỉ số nước ối (có giá trị trong thai già tháng).

Suy thai trong chuyển dạ

- Nước ối có màu xanh (khi vỡ ối hoặc bấm ối)
- Nghe nhịp tim thai (bằng ống gỗ) thay đổi trên 160 lần/phút hay dưới 120 lần/phút

- Theo dõi liên tục nhịp tim thai bằng máy monitor sản khoa thấy xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn (DipII) hoặc nhịp tim thai biến đổi hoặc nhịp tim thai dao động ít dưới 5 nhịp

- Siêu âm : xác định lượng nước ối giảm (chỉ số nước ối giảm)

- pH máu đầu thai nhi và máu rốn ngay sau đẻ

3. TIẾN TRIỂN

- Thiếu oxy ban đầu thai còn có đáp ứng bù trừ: điều chỉnh sự phân bố máu cung cấp oxy đầy đủ cho não, tim, gan; giảm cung cấp oxy tới ruột, da.

- Thiếu oxy nhiều hoặc kéo dài, thai không còn khả năng đáp ứng bù trừ thiếu oxy ở não, tim, thiếu oxy ở tổ chức, chuyển hóa năng lượng giảm trong điều kiện yếm khí, pH sẽ giảm, thai nhiễm toan và chết trong tử cung, hoặc chết sau khi đẻ ra.

4. XỬ TRÍ

Trong khi có thai: khám thai và theo dõi, đặc biệt những thai nhi có nguy cơ để phát hiện suy thai

- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe) sau khi vê núm vú trong và sau cơn co để phát hiện nhịp tim thay đổi

- Soi ối nhiều lần phát hiện nước ối xanh

- Thử nghiệm oxytocin hay vê núm vú theo dõi bằng máy monitor sản khoa nếu có.

- Xác định độ trưởng thành của thai để đình chỉ thai trong trường hợp có chỉ định

Siêu âm: đường kính lưỡng đỉnh (trên 90mm, thai trên 38 tuần), đường trung bình bụng (trên 94mm, thai nặng trên 2500g), độ canci hóa bánh rau độ 3, chỉ số nước ối (nước ối giảm) trên thai ≥ 42 tuần.

- Chỉ số nước ối: ≤ 28 mm thường phải mổ lấy thai, 28-40mm thì phải đình chỉ thai nghén (gây chuyển dạ đẻ, nếu thất bại thì mổ lấy thai), 40-60mm theo dõi sát, trên 60mm là bình thường

Khi chuyển dạ

- Phát hiện suy thai để lấy thai ra kịp thời . Theo dõi thể trạng, bệnh lý người mẹ, đo nhịp tim thai 10-15 phút/lần, theo dõi con co tử cung phù hợp với giai đoạn chuyển dạ, nếu tăng cường độ, nhịp độ phải dùng thuốc giảm co.

- Theo dõi nhịp tim thai liên tục bằng máy monitor sản khoa để phát hiện DipII, Dip biến đổi, nhịp tim thai dao động ít hơn 5 nhịp. Nếu có Dip II, Dip biến đổi, tim thai dao động ít đủ điều kiện thì chỉ định làm Forceps, không đủ điều kiện làm Forceps thì mổ lấy thai.

- Đo lượng nước ối ở các trường hợp thai nghén quá ngày sinh, lượng nước ối giảm, có phân su sánh đặc thì nên mổ lấy thai, không nên thử thách để đẻ đường dưới.

SINH LÝ CHUYỂN DẠ

1. KHÁI NIỆM

Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý làm cho thai và phần phụ của thai được đẩy ra khỏi tử cung và đường sinh dục của người mẹ.

2. PHÂN LOẠI

- Đẻ thường là cuộc chuyển dạ diễn ra bình thường theo sinh lý, thai nhi được đẻ qua đường âm đạo, không can thiệp gì.

- Đẻ đủ tháng là cuộc chuyển dạ từ đầu tuần thứ 38 (259 ngày) đến cuối tuần thứ 41 (287 ngày).

- Đẻ non tháng khi tuổi thai từ 22 tuần (154 ngày) đến 37 tuần.

- Thai già tháng khi tuổi thai quá 41 tuần (287 ngày)

- Sảy thai là sự chấm dứt thai nghén trước khi thai có thể sống được, thai dưới 22 tuần, nặng dưới 500g

3. CÁC ĐẶC ĐIỂM CỦA CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ có 3 giai đoạn

- Giai đoạn xóa mở cổ tử cung

- Giai đoạn sổ thai

- Giai đoạn sổ rau

Động lực của cuộc chuyển dạ

Cơ co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ đẻ. Rối loạn cơ bóp của tử cung có thể làm cho cuộc chuyển dạ bị kéo dài hoặc gây các tai biến cho người mẹ và cho thai nhi.

Đặc điểm cơ co tử cung

- Cơ co tử cung xuất hiện một cách tự nhiên ngoài ý muốn của sản phụ. Cơ co tử cung gây đau. Ngưỡng đau phụ thuộc theo từng sản phụ. Khi áp lực cơ co đạt tới 25-30 mmHg, sản phụ bắt đầu cảm thấy đau. Cơ đau xuất hiện muộn, sau khi có cơ co tử cung và mất đi trước khi hết cơ co tử cung.

- Điểm xuất phát của cơn co tử cung nằm ở một trong hai sừng của tử cung. Thông thường ở sừng phải tử cung. Sự lan truyền cơn co tử cung cũng theo hướng từ trên xuống dưới. Tốc độ lan truyền cơn co 1-2cm/giây.

- Cơn co tử cung có tính chu kỳ và đều đặn, mau dần lên, dài dần ra, khi bắt đầu chuyển dạ chỉ dài 15 đến 20 giây, sau đạt tới 30 - 40 giây ở cuối giai đoạn xóa mở cổ tử cung. Cường độ cơn co tử cung cũng tăng dần lên. Áp lực cơn co khi mới bắt đầu chuyển dạ từ 30-35 mmHg tăng dần lên đến 50 - 55 mmHg.

- Cơn co tử cung có tính chất ba giảm: áp lực cơn co tử cung giảm dần từ trên xuống dưới, thời gian co bóp của cơn co tử cung cũng giảm dần từ trên xuống dưới

- Số lượng cơn co tử cung trong một cuộc chuyển dạ để thay đổi từ 70- 180, phụ thuộc vào số lần đẻ, đẻ dễ hay khó và chất lượng cơn co tử cung.

Cơn co tử cung và cơn co thành bụng trong giai đoạn sổ thai:

Trong giai đoạn hai của cuộc chuyển dạ đẻ, cơn co thành bụng phối hợp với cơn co tử cung đẩy thai ra ngoài. Cơ hoành được đẩy xuống thấp trong ổ bụng, các cơ thành bụng co lại làm giảm thể tích ổ bụng, áp lực của ổ bụng tăng lên ép vào đáy tử cung góp phần đẩy thai xuống. Áp lực cơn co tử cung ở cuối giai đoạn hai đã tăng cao cùng với cơn co thành bụng sẽ tạo thành áp lực trong buồng ối tăng lên tới 120-150mmHg. Như vậy là áp lực cơn co thành bụng rất cao mà một nửa áp lực này do cơ hoành gây ra. Do vậy việc hướng dẫn sản phụ biết cách rặn đẻ rất có giá trị.

4. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ PHÍA MẸ VÀ THAI, PHẦN PHỤ

Thay đổi về phía người mẹ

Sự xóa mở cổ tử cung và thành lập đoạn dưới:

Thời gian xóa mở cổ tử cung diễn ra không đều. Trong giai đoạn đầu (Ia) từ khi cổ tử cung xóa đến khi mở được 4cm thời gian mất 8-10 giờ. Giai đoạn sau (Ib) thời gian mở tử cung từ 4cm đến mở hết khoảng 4-6 giờ, tốc độ trung bình mở 1cm/1 giờ.

Sự xóa mở cổ tử cung nhanh hay chậm phụ thuộc vào các yếu tố: đầu ối tỳ vào cổ tử cung nhiều hay ít, tình trạng cổ tử cung dày cứng, sẹo xơ cũ. Cơn co tử cung có đồng bộ và đủ mạnh hay không.

Giữa người con so và người con rạ có sự khác biệt nhau về hiện tượng xóa mở tử cung. Ở người con so cổ tử cung xóa hết rồi mới mở và đoạn dưới tử cung thành lập từ các tháng cuối của thai nghén. Còn ở người con rạ, cổ tử cung vừa xóa vừa mở và đoạn dưới tử cung chỉ thành lập khi mới bắt đầu chuyển dạ. Thời gian mở cổ tử cung ở người con rạ nhanh hơn so với người con so

- Thành đoạn dưới lập: đoạn dưới tử cung thành lập do eo tử cung giãn rộng, kéo dài và to ra. Từ 0.5-1 cm, khi đoạn dưới được thành lập hoàn toàn cao đến 10cm.

- Thay đổi ở đáy chậu:

Do áp lực của cơn co tử cung ngôi thai xuống dần trong tiểu khung. Áp lực của ngôi thai đẩy dần móm xương cụt ra phía sau, đường kính móm cụt hạ vệ thay đổi từ 9.5cm thành 11 cm bằng với đường kính móm cùng- hạ vệ. Sức cản của các cơ ở phía tầng sinh môn sau đẩy ngôi thai hướng ra phía trước.

Tầng sinh môn trước phồng to lên, vùng hậu môn – âm hộ dài ra gấp đôi (từ 3-4cm giãn ra 12-15cm). Do có tác dụng của cơn co tử cung và cơn co thành bụng, tầng sinh môn sau bị ngôi thai đè vào giãn dài ra, lỗ hậu môn mở rộng xóa hết các nếp nhăn, Âm môn mở rộng, thay đổi hướng dần dần nằm ngang. Sự tiến triển của ngôi thai thường gây són đái và nếu trực tràng còn phân thì phân sẽ thoát ra ngoài hậu môn khi ngôi thai xuống thấp trong tiểu khung.

Thay đổi về phía thai:

Khi đoạn dưới được thành lập, ngôi thai cũng từ từ tụt dần xuống áp sát vào đoạn dưới làm cho ngôi thai sát với cổ tử cung, tạo điều kiện thuận lợi cho việc mở cổ tử cung. Trong quá trình chuyển dạ đẻ, thai nhi có một số hiện tượng uốn khuôn.

- Hiện tượng chùng xương sọ. Hộp sọ của thai nhi giảm bớt kích thước bằng cách các xương chùng lên nhau. Hai xương đỉnh chùng lên nhau, xương chẩm và xương trán chui xuống dưới xương đỉnh. Hai xương trán cũng có thể chùng lên nhau.

- Thành lập bươu thanh huyết. Đó là hiện tượng phù thấm thanh huyết dưới da, đôi khi rất to. Vị trí bươu thanh huyết thường nằm ở phần ngôi thai thấp nhất giữa lỗ mở của cổ tử cung. Bươu thanh huyết chỉ xuất hiện sau khi vỡ ối. Mỗi một ngôi thai thường có vị trí riêng của bươu thanh huyết

Thay đổi ở phần phụ của thai: con co tử cung làm cho màng rau (trung sản mạc và nội sản mạc) ở cực dưới chỗ cổ tử cung mở bị bong ra, nước ối dồn ~~xống~~ tạo thành túi ối hay đầu ối

-Tác dụng của đầu ối:

- + Giúp cho cổ tử cung xóa và mở trong chuyển dạ để do đầu ối ép vào cổ tử cung
- + Bảo vệ thai nhi với các sang chấn bên ngoài
- + Tránh nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo vào buồng ối

Các hình thái ối vỡ:

- + Vỡ ối đúng lúc là vỡ ối khi cổ tử cung mở hết
- + Vỡ ối sớm là vỡ ối xảy ra khi đã có chuyển dạ nhưng cổ tử cung chưa mở hết
- + Vỡ ối non là vỡ ối xảy ra khi chưa có chuyển dạ.

- Rau bong và sổ rau: sau khi sổ thai , con co tử cung tiếp tục xuất hiện sau một giai đoạn nghỉ ngơi sinh lý làm cho rau thai và màng rau bong ra, xuống dần trong đường sinh dục người mẹ và sổ ra ngoài. Tử cung co chặt lại tạo thành **khó** an toàn gây tắc mạch sinh lý để cầm máu sau khi rau sổ.

Một số thay đổi khác

- Về phía người mẹ:

Thay đổi về hô hấp: sự tăng thông khí trong các cơn co tử cung có thể gây nên tình trạng kiềm hô hấp. Trong khi sổ thai , các cơn rặn đẻ làm tăng PCO₂ và tình trạng tăng hô hấp sẽ làm tăng thêm vào tình trạng toan chuyển hóa.

Thay đổi về huyết động: tư thế sản phụ nằm ngửa, tử cung thường lệch sang phải nên tĩnh mạch chủ bụng bị chèn ép làm giảm tuần hoàn rau thai dẫn đến suy thai. Cho sản phụ nằm nghiêng trái sẽ loại bỏ được tác dụng xấu này.

Các cơn co tử cung mạnh hoặc gắng sức rặn đẻ sẽ chèn ép động mạch chủ bụng dẫn tới giảm lưu lượng tuần hoàn rau thai và gây suy thai. Giảm huyết áp động mạch do giãn mạch hoặc do liệt mạch vì gây tê quanh tủy sống cũng có thể dẫn đến suy thai.

Mẹ bị chảy máu nhiều trong chuyển dạ làm giảm khối lượng tuần hoàn và kèm theo tình trạng co mạch cũng gây ra suy thai.

Thay đổi về chuyển hóa: trọng lượng cơ thể mẹ giảm từ 4-6 kg sau khi đẻ, bao gồm trọng lượng thai nhi, bánh rau, nước ối, máu và các dịch tiết từ da, phổi, thận. Đường huyết cũng giảm do tăng tiêu thụ. Các gắng sức chịu đựng của cơ trong các cơn co tử cung, rặn đẻ có thể dẫn đến tình trạng toan máu và tình trạng toan máu này có thể chuyển sang con. Số lượng bạch cầu cũng tăng lên trong quá trình chuyển dạ đẻ.

Tình trạng lo lắng và đau: trong chuyển dạ đẻ, tình trạng đau do cơn co tử cung và lo lắng sẽ làm tăng bài tiết cortisol và các catecholamin gây ra tình trạng co mạch làm trầm trọng thêm tình trạng toan do acid lactic. Vì vậy phải bằng mọi cách giảm đau và trấn an cho sản phụ.

- Sự đáp ứng của thai: tim thai thay đổi trong cơn co tử cung. Tim thai hơi nhanh lên khi tử cung mới co bóp sau đó chậm lại trong cơn co tử cung. Ngoài cơn co tử cung, tim thai dần dần trở lại bình thường

5.6. Thời gian chuyển dạ

Ở người con so, thời gian chuyển dạ trung bình từ 16 - 20h. Ở người con đẻ thời gian chuyển dạ đẻ ngắn hơn, trung bình từ 8 - 12h. Các cuộc chuyển dạ đẻ quá 24h gọi là chuyển dạ kéo dài

VIÊM ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Mầm bệnh hay gặp: lậu cầu khuẩn, chlamydia trachomatis, hemophilus ducreyi, trichomonas vaginalis, gardnerella vaginalis, candida albicans, virus u nhú, virus herpes.

Đường lây: quan hệ tình dục, nội sinh, thầy thuốc khám bệnh không đảm bảo vô trùng

- Các yếu tố thuận lợi: bộ phận sinh dục nữ có cấu tạo giải phẫu đặc biệt với nhiều góc ngách, nhiều nếp nhăn, nhiều lỗ tuyến thuận lợi cho mầm bệnh cư trú và phát triển. Đường sinh dục nữ thông vào ổ bụng ở đầu loa vòi trứng làm điều kiện cho vi khuẩn phát triển vào phúc mạc gây viêm tiểu khung, hành kinh hàng tháng kèm theo bong niêm mạc tử cung để lại tổn thương trong buồng tử cung, máu kinh là môi trường nuôi cấy vi khuẩn thuận lợi nên viêm nhiễm càng dễ phát triển

2. CÁC HÌNH THÁI CỦA VIÊM ÂM ĐẠO.

Viêm do vi khuẩn:

- Mầm bệnh: Gardenerella vaginalis, Mycoplasma homitis, vi khuẩn kỵ khí
- Triệu chứng: Khí hư hôi, ngứa bộ phận sinh dục, âm đạo có những nốt đỏ
- Xét nghiệm: bệnh phẩm trên phiến kính + KOH => bốc mùi tanh cá
- Điều trị: thụt âm đạo axít axetic 1%

Metronidazol 1g/ngày x 7 ngày, hoặc uống liều duy nhất 2g

Đặt Metronidazol mỗi tối 1v x 2 tuần

Tái phát có thể dùng 2 đợt

Viêm âm đạo do Trichomonas

- Mầm bệnh: trùng roi Trichomonas vaginalis
- Khi thăm khám hoặc đặt mỏ vịt: Thành âm đạo có những nốt tròn hoặc bầu dục.
- Soi tươi thấy hình ảnh trùng roi
- Điều trị: cả vợ và chồng: Metronidazol 1g/ngày x 7 ngày.

- Vợt: đặt thêm Metronidazol trong vòng 10 ngày. Tiêu chuẩn khỏi là tìm Trichomonas 3 vòng kinh liên tiếp (-)

Viêm âm đạo do nấm

- Mầm bệnh: Candida albicans
- Yếu tố thuận lợi: khả năng tự bảo vệ cơ thể giảm sút: đái đường, có thai
- Triệu chứng: ngứa âm hộ, có vết lan đỏ ở sinh dục ngoài
- Xét nghiệm: có sợi nấm, test tanh cá(-)
- Điều trị: đặt Nystatin 100mg âm đạo mỗi tối 1 viên
Mycostatine, Meconazol 100mg mỗi tối 1 viên trong vòng 3 tối
Thụt âm đạo bằng Natri bicacbonat 1-2%, bọm Glyceryl borat 30%

Bệnh lậu

- Mầm bệnh: lậu cầu khuẩn Neisseria gonorrhoea thường gây viêm âm hộ âm đạo, cổ tử cung, vòi trứng
- Triệu chứng: thời gian ủ bệnh 2- 6 ngày
Khí hư âm đạo như mủ xanh, vàng. Chồng có tiền sử đái dắt đái buốt, đái ra mủ
- Biến chứng: viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, nhiễm khuẩn, đẻ non, lậu mắt trẻ sơ sinh
- Điều trị: kháng sinh cephalosporin thế hệ thứ 3

Giang mai

- Mầm bệnh: xoắn khuẩn giang mai Treponema pallidum. Sau khi bị nhiễm bệnh trở thành bệnh toàn thân, vi khuẩn có thể lây sang con qua rau thai
- Triệu chứng: gồm 3 giai đoạn
 - + Thời kỳ 1: xuất hiện sau giao hợp khoảng 3 tuần, tổn thương ở âm hộ là săng (chancre) giang mai, vết loét tròn, bờ cứng hơi nổi cao trên mặt da, không đau, không ngứa kèm theo hạch bẹn, có thể gặp săng ở âm đạo và cổ tử cung. Săng thường tự khỏi sau 2- 6 tuần dù không điều trị.
 - + Thời kỳ 2: xảy ra sau 6 tuần --> 9 tháng sau nhiễm bệnh, vi khuẩn đã vào máu dễ lây lan. Tổn thương là ban đỏ và chồi sùi dính lại thành từng đám, bờ cứng,

xuất tiết và hoại tử, ở khắp nơi trên cơ thể như da, lòng bàn tay, gót chân, niêm mạc miệng, có kèm theo hạch bẹn

+ Thời kỳ 3: tổn thương là gôm (gumma) giang mai, là nốt loét, có thể đau, phù nề do bội nhiễm, có hạch viêm đi kèm.

- Xét nghiệm: các phản ứng huyết thanh VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) và RPR (Rapid Plasma Reagin) ngoài ra có thể thấy xoắn khuẩn trong bệnh phẩm lấy từ sáng hoặc hạch bẹn

- Điều trị: Benzathin penicillin G 2,4 triệu/tuần x 3 tuần (điều trị cả chồng với liều trong tự)

- Biến chứng: sảy thai liên tiếp, đa ối, dị dạng thai, giang mai bẩm sinh

Viêm âm đạo do thiếu Estrogen

Do thiếu estrogen nên biểu mô âm đạo bị teo, tế bào giảm glycogen, pH, âm đạo không toan, không tự bảo vệ và chống vi khuẩn được

- Nguyên nhân: phụ nữ đã mãn kinh, phụ nữ đã cắt bỏ 2 buồng trứng

- Triệu chứng: âm hộ khô, teo, đau. Đặt mở vệt âm đạo đau, thành âm đạo mỏng, dễ chảy máu, cổ tử cung nhỏ

- Điều trị: Mycrofollin 0,05mg 1v/ngày. Tại chỗ Colpotrophine trong 10-20 ngày

Sùi mào gà (Condyloma):

Là bệnh do virus loại Papilloma nhóm 6 hay 11, ủ bệnh 3- 6 tháng

Tổn thương là các khối sùi ở da vùng môi lớn, môi bé, tiền đình, âm đạo, cổ tử cung màu hồng nhạt

- Điều trị: đốt điện, đốt nhiệt, bôi thuốc Podophylin trên bề mặt khối u, điều trị cho cả chồng nếu bị.

3. PHÒNG BỆNH

Rửa sạch mỗi lần đi vệ sinh

Quan hệ tình dục với một người

Sử dụng bao cao su khi quan hệ tình dục.

Khi ra khí hư cần đi khám ngay.

CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

I. KHÁI NIỆM:

Chửa ngoài tử cung là trường hợp thai không làm tổ trong buồng tử cung. Có thể gặp ở nhiều vị trí khác nhau như ở vòi tử cung, buồng trứng, tại ống cổ tử cung hoặc tại các vị trí khác nhau trong ổ bụng, thậm chí ngoài ổ phúc mạc. Tuy nhiên, khoảng hơn 95% trường hợp chửa ngoài tử cung xảy ra ở vòi tử cung (55% ở loa, 25% ở eo, 17% ở đoạn bóng và chỉ 2% đoạn kẽ)

2. CHẨN ĐOÁN

Lâm sàng:

- Cơ năng:

+ Chậm kinh: nhiều trường hợp không rõ vì đôi khi ra máu trước thời điểm dự báo có kinh.

+ Ra máu âm đạo với tính chất: ra ít một, sẫm màu, ra liên tục dai dẳng.

+ Đau bụng: thường xuất hiện do vòi tử cung bị căng giãn và nứt vỡ hoặc máu trong ổ bụng gây kích thích phúc mạc, thường đau ở vị trí chỗ chửa. Đôi khi đau bụng kèm theo mót rặn khi trực tràng bị kích thích.

- Toàn thân:

Có thể choáng ngất do đau, do vỡ khối chửa

Hoặc có dấu hiệu thiếu máu mãn tính, da hơi ánh vàng nhạt trong thể huyết tụ thành nang.

- Thực thể:

+ Khám bụng có điểm đau, phản ứng thành bụng trong trường hợp có máu trong ổ bụng.

+ Khám mở vết: dấu hiệu có thai như cổ tử cung tím khó phát hiện, nhưng âm đạo có máu từ lỗ cổ tử cung ra, số lượng ít, máu sẫm màu giống như bã café.

+ Thăm âm đạo: tử cung to hơn bình thường nhưng không tương xứng ^{thể} thai. Sờ nắn thấy có khối cạnh tử cung, mềm, ranh giới không rõ, đau khi di động tử cung. Túi cùng sau đầy và rất đau khi có chảy máu trong. Đặc trưng là tiếng kêu

“Douglas” khi chạm vào túi cùng sau làm người bệnh đau giật nảy người và hắt tay thầy thuốc ra.

Cận lâm sàng:

- Phản ứng chẩn đoán có thai: xét nghiệm HCG/ nước tiểu dương tính hoặc β HCG/máu > 5UI/ml

+ Trong 3 tháng đầu lượng β HCG tăng gấp đôi sau 48h

+ Trong chữa ngoài tử cung mức độ tăng β HCG chậm nên cần kết hợp với siêu âm.

- Siêu âm: không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung kết hợp với nồng độ β HCG để nghi ngờ nhiều đến chữa ngoài tử cung.

Tìm khối chữa ở xung quanh, cạnh tử cung, có thể có dịch ở túi cùng Douglas. Hình ảnh túi ối giả trong buồng tử cung do máu và màng rụng đọng lại.

Siêu âm đường bụng nhìn thấy túi ối trong buồng tử cung là khoảng 6 tuần (chậm kinh 2 tuần, β HCG đạt 3000-3500 mUI/ml). Siêu âm đường âm đạo có thể nhìn thấy túi ối sớm hơn khoảng 5 ngày (β HCG đạt 1000- 2000mUI/ml). Khi chưa đến các thời điểm này hay dưới các giới hạn này thì không quan sát thấy túi ối trong buồng tử cung cũng là bình thường.

- Một số thăm dò khác:

+ Nạo buồng tử cung tìm phản ứng Arias-Stella, chỉ làm ở những trường hợp nghi ngờ mà lại không muốn giữ thai. Có thể kết hợp với kiểm tra nồng độ β HCG trước và sau nạo, hoặc soi tìm lông rau.

+ Chọc dò túi cùng sau âm đạo có máu không đông

+ Soi ổ bụng: giúp chẩn đoán sớm và điều trị.

Chẩn đoán xác định:

- Dựa vào lâm sàng: chậm kinh + đau bụng dưới + ra máu âm đạo.

- Có thể sờ thấy khối chữa cạnh tử cung

- Dựa vào cận lâm sàng: siêu âm + hCG (hoặc β HCG nếu cần)

Các thể lâm sàng:

Thể chữa ngoài tử cung chưa vỡ

Toàn trạng bình thường, không mất máu. Thăm trong có thể nắn thấy khối cạnh tử cung, khu trú rõ và đau, các túi cùng thường không đầy, không đau. Siêu âm không có máu trong ổ bụng.

Thể lỵ máu ổ bụng

Bệnh cảnh nổi bật là đau và choáng nặng do chảy máu trong, xuất hiện đột ngột. Bụng trướng, ấn đau khắp bụng. Siêu âm dịch nhiều ở cùng đồ và trong ổ bụng.

Thể giả sảy

Khi có biến đổi nội tiết toàn bộ nội mạc tử cung bong ra và bị tống ra ngoài làm dễ nhầm với sảy thai, bỏ sót chửa ngoài tử cung. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tổ chức nạo ra thấy hình ảnh màng rụng, không thấy lông rau - hình ảnh Arias Stella.

Thể huyết tụ thành nang

Do máu chảy ít một, đọng lại sau đó ruột, các tạng và mạc nối phản ứng, bọc lại thành khối huyết tụ. Chẩn đoán thường khó vì triệu chứng không điển hình. Toàn thân có tình trạng thiếu máu. Chọc dò hút ra máu đen lẫn cặn.

Chửa ở buồng trứng

Thường chỉ chẩn đoán được sau khi đã mở bụng hay nội soi. Chẩn đoán li thấy túi thai nằm ở buồng trứng. Theo tiêu chuẩn của Spiegelberg thì đặc điểm của chửa buồng trứng là:

- + Túi ối nằm trên vùng buồng trứng
- + Khối chửa liên tục với tử cung bởi dây chằng tử cung - buồng trứng

Chửa trong ổ bụng

Thai nằm ngoài hoàn toàn tử cung, thường phát triển khá lớn, thậm chí có thể sờ nắn thấy thai ở ngay dưới da bụng. Vị trí chửa có thể ở bất kỳ vị trí nào trong ổ bụng, thường là ở vùng hạ vị nhưng cũng có thể gặp ở vùng gan, vùng lách, thậm chí ở sau phúc mạc

Chửa ống cổ tử cung

Hiếm gặp, là trường hợp thai làm tổ ở phía dưới lỗ trong cổ tử cung. Thường nghèo nàn, không đặc hiệu, khám thấy cổ tử cung phình ra một cách bất thường. Hậu quả gây thai chết lưu hoặc sảy thai, rau cài răng lược, khi rau bong dở dang

làm chảy máu khó cầm. Nạo không cầm được máu mà thường phải tiến hành cắt tử cung.

Chửa sọc mổ tử cung

Phối hợp chữa trong tử cung với chữa ngoài tử cung

Rất hiếm gặp, dễ bỏ sót. Hiện nay hay gặp trong trường hợp thụ tinh ống nghiệm

3. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Sảy thai, dọa sảy thai: siêu âm trước đó đã quan sát thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung.

- Viêm phần phụ: có tình trạng nhiễm khuẩn, để phân biệt có thể dùng xét nghiệm định lượng HCG và soi ổ bụng

- Vỡ nang noãn: trường hợp chảy máu trong ổ bụng gây choáng thì buộc phải phẫu thuật để cầm máu và rửa ổ bụng, thường chẩn đoán sau khi đã mở bụng.

- Khối u buồng trứng: không có dấu hiệu có thai, triệu chứng thường xuất hiện khi cơ biến chứng, thăm trong có khối cạnh tử cung nên cần siêu âm để phân biệt.

- Viêm ruột thừa: đau hố chậu phải, có biểu hiện nhiễm trùng và rối loạn tiêu hoá, không có phản ứng thai nghén. Phân biệt đám quánh ruột thừa với huyết tụ thành nang.

4. ĐIỀU TRỊ

Nguyên tắc chung

Là cấp cứu sản khoa cần chẩn đoán sớm và điều trị sớm. Có thể điều trị nội khoa hay ngoại khoa tùy thuộc vào thể bệnh và biểu hiện lâm sàng của chửa ngoài tử cung.

Điều trị cụ thể:

Phẫu thuật:

Điều kiện: tuần hoàn không ổn định, có dấu hiệu shock do vỡ, dọa vỡ

Có các bệnh nội khoa kết hợp như suy thận, suy giảm miễn dịch $\beta\text{hCG} > 5000$ mIU/ml, siêu âm nhiều dịch ổ bụng

Dị ứng với Methotrexat (MTX) hoặc không chấp nhận điều trị MTX

+ Thẻ lứt máu trong ổ bụng: mổ cấp cứu để cắt khối chứa cầm máu, đồng thời hồi sức tích cực, bồi phụ thể tích tuần hoàn đã mất.

+ Thẻ chưa vỡ: bảo tồn vòi tử cung bằng cách rạch dọc bờ tự do vòi tử cung lấy khối thai nếu khối chứa nhỏ ở đoạn loa, bóng và sau đó phải theo dõi nồng độ βhCG sau mổ, nếu nồng độ βhCG không giảm hoặc thậm chí còn tăng thì phải điều trị tiếp tục bằng tiêm MTX. Thường cắt bỏ khối chứa vì tỷ lệ thành công có thai lại thấp và lại có nguy cơ chứa ngoài dạ con lại cao.

+ Thẻ huyết tụ thành nang: mổ bán cấp cứu để tránh vỡ thứ phát hay tránh nhiễm khuẩn. Lấy hết máu tụ và khối chứa, cầm máu, lau rửa sạch khoang chứa máu, chú ý khi mổ không gây tổn thương ruột, bàng quang khi tách dính.

+ Thẻ chứa trong ổ bụng: nên mổ khi thai nhỏ dưới 32 tuần, thai trên 32 tuần nếu sống có thể theo dõi thêm. Khi mổ lấy thai không nên vội vàng vì sẽ khó trong xử lý bánh rau, đôi khi bánh rau bị bong gây chảy máu rất khó cầm, hoặc khi bánh rau bám rộng và chặt vào tổ chức trong ổ bụng thì phải chèn gạc thật chặt rồi rút dần trong những ngày sau.

+ Thẻ chứa ở ống cổ: thường phải cắt tử cung để cầm máu.

Nội khoa:

Điều kiện: khối chứa có kích thước dưới 3,5 cm

Không có hoạt động của tim thai

Huyết động học ổn định

Nồng độ $\beta\text{hCG} < 5000$ mIU/ml

+ Theo dõi thai ngoài tử cung thoái triển tự nhiên: khoảng 3% với nồng độ βhCG thấp, khối chứa bé.

+ Dùng Methotrexat toàn thân đơn liều hay đa liều:

Methotrexat tiêm bắp, nồng độ tùy thuộc vào diện tích da bệnh nhân, thường dùng đơn liều 50 mg. Cần theo dõi công thức máu, chức năng gan, thận. Theo dõi nồng độ β HCG giảm ít nhất 15% khoảng thời gian từ ngày thứ 4 đến thứ 7 sau khi tiêm. Nếu nồng độ β HCG giảm ít hay không thay đổi mấy thì có thể tiêm thêm mũi MTX thứ 2 hoặc phẫu thuật.

Ngừng theo dõi khi nồng độ β HCG dưới 10 mIU/ml. Nhưng đôi khi có thể thấy đau bụng trở lại, thậm chí sờ thấy khối cạnh tử cung to lên, nhưng β HCG về bình thường thì vẫn coi là điều trị nội thành công và theo dõi thêm. Sau điều trị 6 tháng mới được có thai trở lại.

+ Điều trị tại chỗ bằng cách tiêm vào phôi các chất phá huỷ phôi khi đã chẩn đoán xác định và tiêm dưới hướng dẫn của siêu âm đường âm đạo.

5. TIẾN TRIỂN

Khả năng sinh đẻ của những phụ nữ đã bị mổ chữa ngoài tử cung là rất khó khăn: 50% bị vô sinh và 15% bị tái phát chữa ngoài tử cung. Với những phụ nữ trẻ chưa có đủ con có thể phẫu thuật bảo tồn vòi tử cung, nhưng kết quả cũng hạn chế.

U XƠ TỬ CUNG (FIBROID)

1. KHÁI NIỆM

U xơ tử cung là khối u lành tính, có nguồn gốc từ cơ trơn của tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, tuổi thường gặp 35-50; kích thước khối u thường gặp khoảng dưới 15cm. U xơ tử cung thường ít có triệu chứng nhưng khối u lớn có thể gây rối loạn kinh nguyệt, đau do chèn ép và vô sinh.

2. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

Triệu chứng cơ năng:

- Ra huyết từ buồng tử cung: là triệu chứng chính gặp trong 60% trường hợp, thể hiện dưới dạng cường kinh, dần dần kinh nguyệt rối loạn: rong kinh kéo dài và ra nhiều máu.

- Toàn thân bị thiếu máu, xanh xao, gầy sút nếu ra máu kéo dài.

- Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu, đau kiểu tức, nặng bụng dưới, (40% trường hợp) do khối u chèn ép vào các tạng bên cạnh hoặc do viêm khung chậu.

- Ra khí hư loãng, hoặc ra khí hư do viêm âm đạo, viêm niêm mạc tử cung.

Triệu chứng thực thể :

- Nhìn có thể thấy khối u gồ lên ở vùng hạ vị, nếu khối u to.

- Nắn bụng: có thể thấy khối u (nếu to) ở vùng hạ vị, mật độ chắc, di động liên quan đến tử cung.

- Đặt mỏ vịt: có thể thấy polip có cuống nằm ở ngoài cổ tử cung.

- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng thấy toàn bộ tử cung to, chắc, có khi thấy nhiều khối nổi trên mặt tử cung; di động cổ tử cung thì khối u di động theo.

Cận lâm sàng:

- Siêu âm: thấy tử cung to, đo được kích thước nhân xơ, siêu âm bơm nước buồng tử cung có thể phát hiện polyp buồng tử cung.

- Soi buồng tử cung: chẩn đoán và điều trị các polip dưới niêm mạc.

- Xét nghiệm tế bào học: phát hiện các tổn thương cổ tử cung kèm theo

Chẩn đoán phân biệt

- Với tử cung có thai: hỏi bệnh, khám lâm sàng, thử thai, siêu âm.
- Khối u buồng trứng: thường có vị trí và di động biệt lập với tử cung, siêu âm
- Ung thư niêm mạc tử cung: hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào học và siêu âm.

3. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

- U xơ tử cung thường tiến triển chậm, có thể ngừng phát triển sau khi mãn kinh.
- Biến chứng:
 - + Chảy máu: rong kinh, rong huyết, kéo dài gây thiếu máu.
 - + Chèn ép các tạng chung quanh gây đau, táo bón, bí tiểu.
 - + Thoái hóa, hoại tử vô khuẩn.

4. U XƠ TỬ CUNG VÀ THAI NGHÉN

- Chậm có thai hoặc vô sinh.
- Khi có thai:
 - + Khối u xơ thường to lên.
 - + u xơ có thể gây sảy thai, đẻ non, ngôi thai bất thường
 - Gây rau tiền đạo, rau bong non.
 - Khi đẻ: gây rối loạn con co, trở thành khối u tiền đạo, chuyển dạ kéo dài.
 - Thoái hóa khối u gây đau bụng

5. XỬ TRÍ

Tuyến xā:

Phát hiện ra u xơ tử cung, nếu:

- Khối u nhỏ, không ảnh hưởng đến kinh nguyệt hay không có những rối loạn khác hện theo dõi khám định kỳ sau 6- 12 tháng.

- U xơ tử cung bằng huyết (đã loại trừ các nguyên nhân khác), tiêm bắp oxytocin 5UI x 2 ống, chuyển tuyến trên.

Tuyến huyết:

- Điều trị nội khoa chỉ định đối với một số khối u nhỏ mục đích để hạn chế sự phát triển của khối u và hạn chế rong kinh rong huyết. Thuốc có thể sử dụng:

Medroxyprogesteron acetat 10mg / ngày x 10 ngày từ ngày 16 kỳ kinh

hoặc dùng thuốc Danasol 200mg / ngày x10 ngày

- Điều trị ngoại khoa (mổ nội soi hay mổ mở):

+ U xơ có biến chứng rong kinh, rong huyết , điều trị nội khoa không kết quả.

+ U xơ phối hợp với các tổn thương khác như: u nang buồng trứng, loạn sản cổ tử cung, sa sinh dục.

+ U xơ to, gây chèn ép.

+ U xơ làm biến dạng buồng tử cung, u xơ dưới niêm mạc gây chảy máu và nhiễm khuẩn.

Tùy theo tuổi, số lần có thai, mong muốn có thai để quyết định cách xử trí: bóc nhân xơ bảo tồn tử cung, gây tắc mạch hay cắt tử cung bán phần hoặc hoàn toàn .

U NANG BUỒNG TRỨNG

1. KHÁI NIỆM

U nang buồng trứng là những u có vỏ bọc ngoài, bên trong chứa dịch, có thể gặp ở mọi lứa tuổi. U nang buồng trứng có thể gây rối loạn kinh nguyệt, gây khó chịu tại chỗ, làm giảm chức năng sinh sản, đôi khi gây suy nhược cơ thể hoặc có thể gây tử vong do các biến chứng: tiến triển thành ung thư, tắc ruột.

2. CÁC LOẠI U BUỒNG TRỨNG

Các nang cơ năng

Nang bọc noãn:

Nang bọc noãn do nang De Graff không vỡ vào ngày qui định, lớn dần lên, thường từ 3-8 cm hoặc lớn hơn.

- Triệu chứng: không rõ ràng, đôi khi có ra máu, nang to có thể gây đau tiểu khung, đau khi giao hợp, có thể gây ra chu kỳ kinh dài, hoặc ngắn. Nang có thể bị xoắn hoặc vỡ gây bệnh cảnh cấp cứu.

- Chẩn đoán phân biệt với: viêm vòi trứng, lạc nội mạc tử cung, nang hoàng thể, khối u khác.

- Xử trí: thường nang tự biến mất trong khoảng 60 ngày, không cần điều trị.

Có thể dùng thuốc tránh thai gây vòng kinh nhân tạo.

Nếu nang tồn tại trên 60 ngày với chu kỳ kinh đều thì có khả năng không phải nang cơ năng.

Nang hoàng thể:

Có hai loại nang hoàng thể: nang tế bào hạt và nang tế bào vỏ.

- Nang hoàng thể tế bào hạt: là nang cơ năng, gặp sau phóng noãn, các tế bào hạt trở nên hoàng thể hoá.

+ Triệu chứng: đau vùng chậu, gây vô kinh hoặc chậm kinh, dễ nhầm với chửa ngoài tử cung, có thể xoắn nang, vỡ nang gây chảy máu phải soi ổ bụng hoặc mổ bụng để cầm máu.

- Nang hoàng thể tế bào vô: loại nang này không to, hay gặp ở hai bên buồng trứng, dịch trong nang màu vàng rơm. Loại nang này thường gặp trong buồng trứng đa nang, chứa trứng, chorio hoặc quá mẫn trong kích thích phóng noãn.

+ Xử trí: nang thường biến mất sau điều trị như nạo trứng, điều trị chorio.

- Buồng trứng đa nang (Hội chứng Stein-Leventhal):

Gặp ở hai bên buồng trứng, gây vô kinh, vô sinh, thiếu kinh, 50% có mọc râu và béo. Nhiều trường hợp gây vô sinh thứ phát. Những rối loạn có liên quan đến rối loạn chức năng vùng dưới đồi.

Buồng trứng đa nang có vỏ bị sừng hóa, bề mặt trắng ngà, nhiều nang nhỏ nằm dưới lớp vỏ dày giống hình con sò.

Xét nghiệm: 17 - ketosteroid tăng nhẹ nhưng estrogen và FSH bình thường, LH cao.

Chẩn đoán: dựa vào khai thác tiền sử, khám thực thể, dậy thì sớm, mất kinh kéo dài, xét nghiệm LH tăng cao, theo dõi nhiệt độ cơ thể không có biểu hiện phóng noãn. Buồng trứng to khi khám qua tiểu khung gặp trong 50% trường hợp.

Chẩn đoán xác định: triệu chứng lâm sàng, LH/FSH > 1,5, nếu > 2 chắc chắn, siêu âm nhiều nang noãn nằm ở bề mặt vỏ buồng trứng và soi ổ bụng.

Điều trị: Clomifen 50-100 mg trong 5-7 ngày kết hợp Pregnyl 5000 đơn vị gây phóng noãn, đôi khi phải cắt góc buồng trứng. Người ta thấy cắt góc buồng trứng đem lại thành công trong điều trị vô sinh.

Người bị buồng trứng đa nang thường không phóng noãn trường diễn do đầ
niêm mạc tử cung chịu ảnh hưởng của estrogen nên bị quá sản, có thể gặp cả quá sản
không điển hình do đó cần kết hợp điều trị thêm bằng progestatif.

- Nang hoàng thể trong thai nghén

Là những nang gặp trong khi có thai, có thể cả hai bên buồng trứng, kích thước khoảng < 5cm

U nang buồng trứng thực thể:

U nang biểu mô buồng trứng: chiếm 60-80% tất cả các loại u nang gồm: u nang nước, u nang nhầy, lạc nội mạc tử cung, u tế bào sáng, u Brenner, u đệm buồng trứng.

- U nang nước:

Là loại u có vỏ mỏng, cuống thường dài, chứa dịch trong, kích thước thường to, có khi choán hết ổ bụng, là loại khối u lành tính, có thể có nhú ở mặt trong hoặc mặt ngoài vỏ nang. Những khối u lành tính thường có vỏ nhẵn, chứa dịch vàng nhạt. Nếu có nhú thường là ác tính.

+ Triệu chứng: gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng hay được phát hiện ở tuổi 20-30, cũng gặp cả ở tuổi tiền mãn kinh và sau mãn kinh.

+ Khám tiểu khung thấy khối u.

+ Xử trí: mổ cắt bỏ nang, trong khi mổ nên cắt lạnh để chẩn đoán loại trừ ung thư.

- U nang nhầy:

Chiếm khoảng 10-20% các loại khối u biểu mô, và khoảng 85% u nang nhầy là lành tính, tuổi thường gặp từ 30-50.

U nang nhầy vỏ mỏng và nhẵn, ít khi có nhú, vỏ nang gồm 2 lớp: tổ chức xơ và biểu mô trụ. U nang gồm nhiều thủy ngăn cách bởi các vách ngăn, trong chứa chất dịch nhầy vàng, kích thước thường to nhất trong các u buồng trứng.

Xử trí: mổ cắt bỏ u nang.

- Lạc nội mạc tử cung tại buồng trứng:

Thường phát hiện được qua soi ổ bụng hoặc trong phẫu thuật 10-25% do tuyến nội mạc tử cung lạc chỗ ở buồng trứng.

Cấu tạo vỏ nang mỏng, bên trong chứa dịch màu chocolate (máu kinh), khối u thường dính, dễ vỡ khi bóc tách.

Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng đau hạ vị, đau bụng khi hành kinh, đau khi giao hợp, khám tiểu khung và soi ổ bụng phát hiện khối u.

- Khối u tế bào sáng (Mesonephroid tumour) giống u lạc nội mạc tử cung. Chỉ chẩn đoán xác định được bằng giải phẫu bệnh.

- Khối u Brenner: 80% là lành tính, có nguồn gốc từ một nang De Graff, chiếm khoảng 1-2 % của khối u buồng trứng nguyên phát thường chỉ gặp ở một bên buồng trứng.

Khám tiểu khung: phát hiện khối u, mật độ khối u có chỗ mềm chỗ cứng, do đó dễ nhầm với u xơ tử cung, bỏ ra có màu vàng hoặc trắng, kích thước khối u không to, đường kính 5-8cm.

Xử trí : mổ cắt bỏ khối u

U nang bì (Dermoid cyst):

Chiếm tỷ lệ 25% khối u buồng trứng. Hay gặp là teratome, khối u chứa tổ chức phát sinh từ tế bào mầm. Trong nang chứa các tổ chức như răng, tóc, bã đậu. U nang bì thường lành tính nhưng cũng có thể trở thành ác tính. Hay được phát hiện lứa tuổi 20-30. Khoảng 20% phát triển ở cả hai bên buồng trứng.

- Triệu chứng: thường ít triệu chứng. Phát hiện khi mổ lấy thai hoặc chụp X-quang thấy răng trong khối u.

- Điều trị: phẫu thuật là phương pháp tối ưu. Nếu nang nhỏ nên cắt bỏ phần u, để lại phần buồng trứng lành.

3. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

Nói chung các khối u nếu không được xử trí cắt bỏ sẽ lớn dần lên, gây chèn ép các tạng trong ổ bụng, có thể bị xoắn hoặc bị ung thư hóa.

Biến chứng hay gặp là:

- Xoắn nang: hay gặp ở khối u có kích thước nhỏ, cuống dài, không dính, xoắn nang có thể xảy ra khi đang mang thai (nhất là trong những tháng đầu thai nghén), hoặc sau khi đẻ.

Triệu chứng: đau đột ngột, dữ dội, vã mồ hôi, choáng, nôn.

Xử trí: mổ cấp cứu.

- Vỡ nang: thường xảy ra sau khi nang bị xoắn hoặc sau chấn thương vùng bụng dưới.

- Nhiễm khuẩn nang: xảy ra khi xoắn nang. Nhiễm khuẩn làm nang to lên, dính vào các tạng xung quanh. Biểu hiện lâm sàng giống viêm nội mạc tử cung.

- Chèn ép tiểu khung: khối u đè vào trực tràng, bàng quang. Nang to, tiến triển trong nhiều năm choán hết ổ bụng, chèn ép tĩnh mạch chủ dưới gây phù, tuần hoàn bàng hệ, cổ chướng.

- Có thai kèm u nang buồng trứng:

Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm.

Có thể gặp bất kỳ loại nang nào, nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay u nang bì, ít khi gặp nang ác tính.

Nếu nên mổ vào thời gian sau 13 tuần vì lúc này rau thai đã tiết đủ hocmon để nuôi dưỡng thai, nếu là nang hoàng thể thì thường giảm kích thước hoặc không phát triển nữa, có khi không cần phải mổ.

Nếu u phát triển to nên trong 3 tháng giữa thai kỳ, thì nên mổ ngay, trừ khi chỉ phát hiện được trong thời kỳ cuối thai nghén.

4. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ:

- Khi đã chẩn đoán u nang thực thể nên mổ cắt u sớm.
- Nang nước gặp ở người lớn tuổi nên cắt cả hai buồng trứng
- Nang nhầy cần cắt bỏ cả hai bên buồng trứng để tránh tái phát.
- Nang bì cắt bỏ khỏi u cố gắng bảo tồn nhu mô lành.
- Nếu nang buồng trứng hai bên ở người trẻ tuổi cần bảo tồn bên lành.
- Nang ở người có thai nếu có chỉ định giữ thai nên bóc nang vào tháng thứ tư.
- U nang có dấu hiệu nứt vỡ cần sinh thiết tức thì để phòng ung thư.
- U nang to ở người già chú ý tránh làm giảm áp lực đột ngột ổ bụng.
- Nếu các u nang phát triển trong đáy dây chằng rộng, bóc tách cẩn thận để phòng chạm niệu quản, ruột, bàng quang.