



**TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ :

BỆNH PHỤ SẢN



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH
CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG

CHUYÊN ĐỀ
BỆNH PHỤ SẢN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Lời nói đầu

Câu lạc bộ Y Học và Đời Sống Trường Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh ra đời năm 2000 với buổi sinh hoạt đầu tiên ngày 08 - 01.

Trong mỗi buổi, ngoài phần trình bày và trả lời các câu hỏi, báo cáo viên còn cung cấp cho người tham dự những bài viết tương đối đầy đủ về những thông tin có liên quan.

Sau 3 năm, với 150 buổi sinh hoạt, Câu lạc bộ đã tích lũy được hơn 100 bài viết về nhiều đề tài. Để góp phần phổ biến một cách có hệ thống những thông tin bổ ích này, chúng tôi tập hợp các bài viết trong một bộ sách chuyên đề.

Chúng tôi xin cảm ơn các giảng viên của trường, các bác sĩ ở các bệnh viện đã giúp cho Câu lạc bộ thực hiện nhiệm vụ đưa thông tin y học đến nhiều người. Chúng tôi cũng cảm ơn những người tham dự đã giúp Câu lạc bộ hoạt động có hiệu quả. Mong rằng những cuốn sách này có ích cho bạn đọc.

Trong lần xuất bản đầu tiên này, chắc chắn bộ sách không tránh khỏi thiếu sót. Chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của bạn đọc gần xa.

Hiệu Trưởng,
GS. TS. NGUYỄN ĐÌNH HỒI

HIỂM MUỘN - VÔ SINH

Thạc sĩ **VƯƠNG THỊ NGỌC LAN**

Thạc sĩ **HỒ MẠNH TƯỜNG**

Khoa hiếm muộn Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ

I. HIỂM MUỘN LÀ GÌ?

Hiếm muộn được định nghĩa là tình trạng một cặp vợ chồng không thể có thai hoặc không có con sau ít nhất 1 năm giao hợp bình thường, không ngừa thai. Người càng lớn tuổi, đặc biệt sau 35 tuổi, khả năng có thai sẽ giảm. Hiện nay, người ta có khuynh hướng rút ngắn thời gian chẩn đoán hiếm muộn xuống 6 tháng (thay vì 1 năm) cho những cặp vợ chồng lớn tuổi (trên 35). Do đó, bạn nên đi điều trị sớm nếu có vấn đề về hiếm muộn.

Tỉ lệ về hiếm muộn là bao nhiêu?

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), có khoảng 8 - 10% cặp vợ chồng có vấn đề liên quan đến hiếm muộn. Tuy nhiên, tỉ lệ hiếm muộn ở một số quốc gia có thể cao hơn do hoàn cảnh và tập quán sinh sống. Ví dụ, ở Pháp, một nghiên cứu ước tính có khoảng 18% số cặp vợ chồng trong tuổi sinh sản có một vấn đề hiếm muộn. Ở nước ta, theo số liệu điều tra dân số từ những năm 80, tỉ lệ hiếm muộn có thể trên 10%.

II. HIẾM MUỘN LÀ DO BỆNH CỦA VỢ HAY CHỒNG?

Bạn nên biết hiếm muộn được xem là một tình trạng bệnh lý của một cặp vợ chồng. Tỷ lệ hiếm muộn nguyên nhân do vợ và chồng là tương đương nhau. Theo nhiều số liệu thống kê, nguyên nhân do vợ thường chiếm khoảng 30 - 40% trường hợp, nguyên nhân do chồng chiếm khoảng 30% trường hợp, nguyên nhân do cả vợ và chồng chiếm khoảng 15 - 30% trường hợp, có khoảng 10% trường hợp hiếm muộn là không rõ nguyên nhân.

III. CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY HIẾM MUỘN - VÔ SINH THƯỜNG GẶP ?

* Đối với người vợ, thường có một trong các nguyên nhân sau:

- Tổn thương vòi trứng.

- Không có hiện tượng rụng trứng hay rụng trứng không thường xuyên.

- Lạc nội mạc tử cung.

* Đối với người chồng:

- Thường gặp nhất là bất thường về số lượng và chất lượng tinh trùng, chiếm đến trên 90% trường hợp hiếm muộn do nam giới.

IV. XÉT NGHIỆM THƯỜNG THỰC HIỆN KHI KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN

* Người vợ thường được thực hiện các xét nghiệm sau:

– Siêu âm

– Xét nghiệm định lượng nội tiết: tùy từng xét nghiệm, phải được làm theo đúng ngày nhất định trong chu kỳ kinh nguyệt.

– Chụp X quang tử cung – vòi trứng (HSG) : thường thực hiện sau khi sạch kinh

– Nội soi chẩn đoán

Hầu như tất cả người chồng hiếm muộn đều phải được thử tinh dịch đồ (phân tích tinh dịch). Đây là xét nghiệm cơ bản và cần thiết để chẩn đoán và điều trị cho dù nguyên nhân hiếm muộn là do chồng hay vợ.

Các phương pháp điều trị hiếm muộn hiện nay ở Việt Nam?

Hiện nay việc điều trị hiếm muộn ở Việt Nam phát triển nhanh so với trước đây. Các phương pháp thường được áp dụng bao gồm:

– Hướng dẫn cách canh thời điểm rụng trứng và giao hợp quanh thời điểm rụng trứng

– Kích thích buồng trứng bằng thuốc để làm cho có trứng rụng (đối với trường hợp không rụng trứng) hoặc làm tăng số trứng rụng (bình thường mỗi tháng chỉ có một trứng) để tăng khả năng có thai.

– Bơm tinh trùng đã lọc, rửa vào buồng tử cung

– IUI (còn gọi là thụ tinh nhân tạo), phương pháp này thường kết hợp với dùng thuốc kích thích buồng trứng (thực hiện ở Việt Nam từ năm 1995).

- Thụ tinh trong ống nghiệm - IVF (khác với thụ tinh nhân tạo): chủ yếu cho những người bị tắc hai vòi trứng (từ năm 1997).

- Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng - ICSI: cho những người tinh trùng quá yếu và quá ít (từ năm 1998).

- Thụ tinh trong ống nghiệm với trứng người cho - Oocyte donation: cho những phụ nữ không thể có con với trứng của mình được (từ năm 1999).

V.CANH GIAO HỢP QUANH NGÀY RỤNG TRỨNG LÀ NHƯ THẾ NÀO?

Để tăng khả năng có thai, nhân viên y tế thường khuyên canh giao hợp quanh ngày rụng trứng. Quanh thời điểm rụng trứng là lúc người phụ nữ dễ có thai nhất. Có nhiều cách xác định thời điểm rụng trứng:

- Nếu bạn có chu kỳ kinh thật đều, 28 ngày một lần, thì ngày rụng trứng thường là ngày thứ 14 kể từ ngày bắt đầu hành kinh.

- Theo dõi nhiệt độ mỗi sáng từ ngày bắt đầu có kinh. Sau khi rụng trứng nhiệt độ cơ thể bạn sẽ tăng khoảng $0,5^{\circ}\text{C}$.

- Thử nước tiểu mỗi 12 giờ khoảng hai ngày trước thời điểm nghi ngờ rụng trứng. Trứng thường rụng trong vòng một ngày sau khi test dương tính.

- Nếu có kích thích buồng trứng, rụng trứng thường xảy ra 36 giờ sau khi tiêm thuốc hCG (Pregnyl, Profasi).

Tinh trùng có thể sống được trong cơ thể phụ nữ sau 3 - 4 ngày, trong khi trứng chỉ có khả năng thụ tinh trong vòng 24 giờ sau khi rụng trứng. Do đó, bạn nên giao hợp cách ngày một lần, từ 3 - 4 ngày trước thời điểm nghi ngờ rụng trứng cho đến 1 - 2 ngày sau khi xác định có rụng trứng.

Kích thích buồng trứng

Điều trị cho những phụ nữ có vấn đề rối loạn phóng noãn.

Các thuốc kích thích buồng trứng thường được sử dụng gồm :

Thuốc	Tên thương mại	Đường dùng
Anti - estrogens • Clomiphene citrate • Tamoxifen • Cyclofenil	Clomid Serophene Nolvadex Rehibin	Uống Uống Uống Uống
Gonadotrophins • hMG • FSH • FSH tái tổ hợp	Humegon Pergonal Metrodin Metrodin - HP Puregon Gonal - F	Tiêm bắp Tiêm bắp Tiêm bắp Tiêm bắp Tiêm dưới da Tiêm dưới da

hCG	Pregnyl Profasi	Tiêm bắp Tiêm bắp
GnRHα • Buserelin • Goserelin • Naferelin • Triptorelin	Suprefact Zoladex Synarel Decapeptyl	Tiêm dưới da/ Xịt mũi Tiêm dưới da Xịt mũi Tiêm dưới da

- Trong quá trình sử dụng thuốc kích thích buồng trứng cần theo dõi sự phát triển nang noãn buồng trứng bằng siêu âm đầu dò âm đạo và định lượng nội tiết trong máu.

- Khi nang noãn buồng trứng đủ lớn, trưởng thành và rụng trứng, bệnh nhân có thể được hướng dẫn giao hợp hay bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

VI. ĐIỀU TRỊ HIẾN MUỘN CÓ GÌ NGUY HIỂM KHÔNG?

Nói chung, việc điều trị hiến muộn là tương đối an toàn, ít biến chứng nặng. Biến chứng thường gặp nhất là "Quá kích buồng trứng" sau khi dùng thuốc kích thích buồng trứng. Ngoài ra có thể có một số biến chứng khác ít gặp như chảy máu (khi chọc hút trứng) hoặc nhiễm trùng..

VII. QUÁ KÍCH BUỒNG TRỨNG LÀ GÌ?

Quá kích buồng trứng là một tác dụng phụ khi sử dụng các thuốc kích thích buồng trứng. Trong quá kích buồng trứng, hai buồng trứng thường lớn lên

nhiều kèm với có dịch trong bụng do buồng trứng tiết ra và tình trạng thoát mạch. Khi bị quá kích buồng trứng bạn có thể thấy bụng hơi căng đau, kèm với buồn nôn, nôn, đôi khi có tiêu chảy. Hầu hết các trường hợp này đều tự khỏi hoàn toàn sau 2 - 3 tuần, không cần phải nhập viện. Một số ít trường hợp nặng (khoảng 1%) cần phải nhập viện điều trị.

VIII. ĐA THAI

Đa thai là trường hợp có nhiều hơn một thai trong tử cung. Đa thai là tình trạng thường gặp khi gặp hiếm muộn có sử dụng thuốc kích thích buồng trứng. Bình thường trên 80% người có thai sau điều trị hiếm muộn chỉ có một thai, khoảng 20% sẽ có đa thai (chủ yếu là song thai).

Trong thụ tinh trong ống nghiệm, theo nhiều thống kê trên thế giới, khoảng 20 - 30% người có thai sẽ có đa thai, trong đó khoảng 20 - 25% song thai và dưới 5% có 3 - 4 thai. Tỷ lệ này cũng phù hợp, tỷ lệ đa thai hiện tại ở Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ (theo số liệu năm 1999).

IX. SỬ DỤNG THUỐC KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG CÓ LÀM TĂNG NGUY CƠ BỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG KHÔNG?

Không. Cho đến nay chưa có nghiên cứu dịch tễ nào cho thấy thuốc kích thích buồng trứng có liên quan đến ung thư buồng trứng.

Tuy nhiên người ta thấy rằng phụ nữ bị hiếm muộn – vô sinh có nguy cơ ung thư buồng trứng cao hơn người có thai. Khi có thai, nguy cơ ung thư buồng trứng sẽ giảm còn 25%.

X. SẤY THAI

Tỉ lệ sẩy thai ở các thai kỳ điều trị hiếm muộn khoảng 20 – 30%, cao hơn các thai kỳ bình thường. Lý do chưa được hiểu rõ nhưng có lẽ có sự liên quan giữa sẩy thai và các bệnh nhân điều trị lớn tuổi. Các phụ nữ lớn tuổi thường có tỉ lệ bất thường nhiễm sắc thể của trứng cao hơn, do đó dễ sẩy thai hơn. Cần khám và theo dõi thai thường xuyên và cẩn thận đối với những thai kỳ sau sau điều trị hiếm muộn.

XI. THAI NGOÀI TỬ CUNG

Bình thường thai đậu bên trong buồng tử cung. Nếu thai đậu ở vị trí bất thường bên ngoài tử cung thì gọi là thai ngoài tử cung. Các thai này sẽ bị sẩy. Khi thai ngoài tử cung sẩy, có thể gây chảy máu trong bụng rất nhiều, nguy hiểm đến tính mạng, do đó cần phải mổ để lấy đi khối thai sẩy. Khoảng 1% trường hợp mang thai ngoài tử cung. Thai ngoài tử cung có thể do vòi trứng bị dính, tổn thương do viêm nhiễm...

Sau điều trị vô sinh, vẫn có thể bị thai ngoài tử cung. Nếu hiếm muộn do nguyên nhân vòi trứng, tỉ

lệ thai ngoài tử cung khi có thai cao hơn bình thường.

XII. CÁC EM BÉ SINH RA DO ĐIỀU TRỊ HIẾM MUỘN CÓ HAY BỊ BẤT THƯỜNG KHÔNG?

Không. Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy tỉ lệ dị tật ở các em bé sinh ra do điều trị hiếm muộn tương đương với các em sinh ra bình thường. Bạn cần biết rằng, các bé sinh ra bình thường có tỉ lệ bị dị tật khoảng 1%.



THỤ TINH NHÂN TẠO BẰNG PHƯƠNG PHÁP BƠM TINH TRÙNG VÀO BUỒNG TỬ CUNG

(INTRA-UTERINE INSEMINATION - IUI)

Thạc sĩ **VƯƠNG THỊ NGỌC LAN**

Thạc sĩ **HỒ MẠNH TƯỜNG**

Khoa hiếm muộn Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ

I. GIỚI THIỆU

- Được áp dụng từ những năm 80.
- Là phương pháp điều trị vô sinh phổ biến nhất hiện nay tại Việt Nam
- Nguyên tắc là làm giảm các tác động bất lợi của chất nhầy cổ tử cung lên tinh trùng, đồng thời đặt tinh trùng ở vị trí gần trứng nhất và gần thời điểm rụng trứng nhất.

II. CHỈ ĐỊNH

Do tính hiệu quả, giá thành thấp và kỹ thuật đơn giản, kỹ thuật IUI hiện được áp dụng rộng rãi cho nhiều chỉ định.

1. Bất thường phóng tinh.

- Giải phẫu: lỗ tiểu đóng thấp
- Thần kinh: chấn thương tủy sống.

- Xuất tinh ngược dòng.
- Bất lực do nguyên nhân thực thể hay tâm lý.

2. Yếu tố cổ tử cung.

- Chất nhầy cổ tử cung không thuận lợi.
- Ít chất nhầy ở cổ tử cung.

3. Vô sinh nam.

- Tinh trùng ít.
- Tinh trùng di động kém.
- Tinh trùng dị dạng.
- Phối hợp các bất thường trên.

4. Miễn dịch

- Kháng thể kháng tinh trùng ở nam giới (tự kháng thể).
- Kháng thể có tinh trùng ở nữ (ở cổ tử cung, trong huyết thanh).

5. Vô sinh không rõ nguyên nhân.

6. Lạc nội mạc tử cung.

- Nhẹ, vừa.

7. Rối loạn phóng noãn.

Sau khi điều trị gây phóng noãn, người ta phối hợp với IUI để tăng tỉ lệ thành công của chu kỳ điều trị.

8. Phối hợp nhiều bất thường trên.

9. Bơm tinh trùng người cho (đối với trường hợp người chồng không có tinh trùng).

III. ĐIỀU KIỆN ĐỂ THỰC HIỆN IUI

– Vợ : Ít nhất 1 trong 2 vòi trứng thông và buồng trứng còn hoạt động

– chồng : Tinh dịch đồ bình thường hoặc bất thường ở mức độ nhẹ và vừa. Mẫu tinh trùng sau rửa phải đạt tối thiểu 1.000.000 tinh trùng di động

IV. KỸ THUẬT THỰC HIỆN

Kỹ thuật thực hiện IUI hiện nay thường bao gồm 3 bước: Kích thích buồng trứng – Chuẩn bị tinh trùng – Bơm tinh trùng

1. Kích thích buồng trứng (Ovarian stimulation).

Mục đích của kích thích buồng trứng là tạo được sự phát triển của 3, tối đa là 4 nang noãn trưởng thành và chứa noãn có khả năng thụ tinh, đồng thời chuẩn bị nội mạc tử cung cho sự làm tổ của phôi.

Có thể sử dụng hầu hết các phác đồ kích thích buồng trứng với các loại thuốc kích thích buồng trứng khác nhau tùy theo tuổi và cơ địa của bệnh nhân.

2. Chuẩn bị tinh trùng.

Trong sinh lý thụ tinh bình thường, sau khi giao hợp, tinh dịch được phóng vào âm đạo. Những tinh trùng di động tốt, có thể thụ tinh trứng sẽ tự bơi qua lớp chất nhầy cổ tử cung để đi lên đường sinh dục nữ. Kết quả của hiện tượng này là tinh trùng với khả

năng di động tốt sẽ tự tách khỏi tinh dịch để tiếp tục đường đi vào tử cung và đi đến vòi trứng để thụ tinh trứng. Tinh dịch có chức năng trung hòa và bảo vệ tinh trùng khỏi môi trường acid của âm đạo. Nó còn có một phần chức năng ổn định và nuôi dưỡng tinh trùng. Tuy nhiên, tinh dịch có nhiều ảnh hưởng xấu lên tinh trùng sau khi phóng vào âm đạo phụ nữ. Người ta thấy rằng tinh dịch có thể làm giảm sức sống của tinh trùng, giảm độ di động của tinh trùng và khả năng thụ tinh của tinh trùng.

Dựa trên cơ sở sinh lý đó, người ta áp dụng nhiều biện pháp để tách tinh trùng ra khỏi tinh dịch để sử dụng tinh trùng vào mục đích điều trị. Đây là cơ sở của các phương pháp chuẩn bị tinh trùng.

Lợi ích của các phương pháp chuẩn bị tinh trùng.

- Chọn được các tinh trùng bình thường, di động tốt cho các phương pháp điều trị. Đồng thời cô đặc các tinh trùng này trong một thể tích nhỏ, thuận lợi cho các phương pháp điều trị.

- Loại được các tế bào chết, hầu hết các vi sinh vật và phần lớn các chất độc với tinh trùng.

- Loại được phần lớn prostaglandins trong tinh dịch, tránh co thắt tử cung trong phương pháp IUI.

- Kích thích sự hoạt hóa đầu tinh trùng, tạo thuận lợi cho quá trình thụ tinh với trứng.

- Giảm được phần lớn nguy cơ nhiễm trùng từ tinh dịch, do các phương pháp chuẩn bị tinh trùng hiện nay có thể phát hiện và loại được hầu hết các vi sinh vật có trong tinh dịch

- Tránh được nguy cơ sốc phản vệ đôi khi xảy ra khi cho tinh dịch vào buồng tử cung.

- Giảm nguy cơ tạo kháng thể kháng tinh trùng ở người vợ khi cho quá nhiều tinh trùng chết vào buồng tử cung.

Do các ưu điểm vượt trội của nó so với phương pháp bơm tinh dịch tươi về mặt kỹ thuật, cũng như về mặt an toàn và y đức, hiện nay người ta chỉ áp dụng IUI với tinh trùng đã chuẩn bị mà ***không còn sử dụng tinh dịch tươi để bơm vào buồng tử cung nữa.***

Các kỹ thuật chuẩn bị tinh trùng nói chung tương đối đơn giản, dễ thực hiện. Có nhiều phương pháp chuẩn bị tinh trùng đã được áp dụng. Hai phương pháp đạt hiệu quả cao và được áp dụng rộng rãi nhất hiện nay là phương pháp bơi lên (*swim-up*) và phương pháp lọc sử dụng thang nồng độ (*gradient*).

3. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung

Tinh trùng sau khi chuẩn bị phải được giữ ấm và bơm vào buồng tử cung trong thời gian sớm nhất. Phải đảm bảo vô trùng để tránh nhiễm trùng đường sinh dục nữ.

Kỹ thuật thực hiện:

– Người thực hiện kỹ thuật (có thể là bác sĩ hay nữ hộ sinh đã được huấn luyện) phải rửa tay, đội mũ, mang mask, găng tiệt trùng.

– Bệnh nhân nằm ở tư thế phụ khoa.

– Rửa âm hộ bằng nước muối sinh lý

– Đặt mỏ vịt.,

– Lau nhẹ cổ tử cung, âm đạo bằng nước muối sinh lý

– Gắn catheter vào bơm tiêm 1ml, hút tinh trùng đã chuẩn bị vào catheter. Chú ý, thể tích bơm trung bình khoảng 3ml (không quá 0,5ml).

– Catheter được đưa thật nhẹ nhàng qua cổ tử cung, vào buồng tử cung khoảng 5 – 6 cm. Trường hợp khó đưa catheter qua cổ tử cung, có thể sử dụng kim pozzi để hỗ trợ. Tuy nhiên, kỹ thuật này sẽ gây xuất huyết ở cổ tử cung và kích thích tử cung, ảnh hưởng nhiều đến tỉ lệ thành công.

– Sử dụng bơm tiêm, bơm từ từ tinh trùng trong catheter vào buồng tử cung.

– Từ từ rút catheter ra khỏi buồng tử cung.

– Cho bệnh nhân nằm nghỉ tại chỗ khoảng 1 giờ trước khi đứng dậy ra về. Có thể cho bệnh nhân nằm ở tư thế mông cao để hạn chế sự chảy ngược tinh trùng ra âm đạo và tạo thuận lợi để dịch bơm vào chảy lên 2 vòi trứng.

Chúng ta có thể thực hiện bơm tinh trùng một lần hoặc hai lần sau khi tiêm hCG. Nếu bơm một lần, IUI được thực hiện vào khoảng 36 giờ sau tiêm hCG. Nếu bơm 2 lần IUI được thực hiện vào thời điểm 24 và 48 giờ sau tiêm hCG.

Sau khi bơm tinh trùng khoảng 14 ngày, bệnh nhân được hẹn để làm xét nghiệm thử thai. Nếu xét nghiệm máu dương tính, bệnh nhân được hẹn trở lại 2 - 3 tuần sau để siêu âm xác định thai.

V. KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ

Tỉ lệ thành công thay đổi khoảng 10 - 40% mỗi chu kỳ. Bệnh nhân lớn tuổi, tỉ lệ có thai thấp hơn và tỉ lệ sẩy thai cao hơn. Nếu thực hiện đúng chỉ định và phương pháp, tỉ lệ có thai sau 6 lần điều trị có thể lên tới 80 - 90%.

Tỉ lệ thành công phụ thuộc vào việc thực hiện đúng kỹ thuật các bước cơ bản của IUI:

- ♦ Kích thích buồng trứng
- ♦ Chuẩn bị tinh trùng
- ♦ Bơm tinh trùng

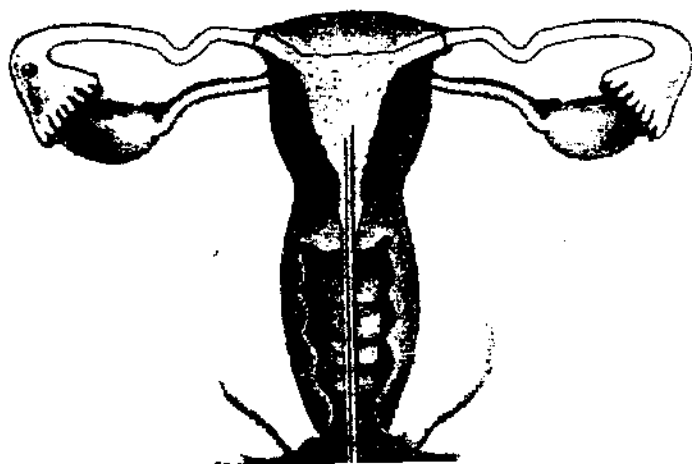
Để thực hiện đảm bảo đúng kỹ thuật các bước cơ bản đòi hỏi người thực hiện phải có nhiều kinh nghiệm, đôi khi đòi hỏi một nghệ thuật trong điều trị:

- Chọn lựa phác đồ kích thích buồng trứng, theo dõi đáp ứng, chọn thời điểm cho hCG.

- Điều chỉnh các phương pháp chuẩn bị tinh trùng để tăng tối đa số tinh trùng có khả năng thụ tinh cao nhất.

- Kỹ thuật bơm tinh trùng phải được thực hiện đúng thời điểm, thật nhẹ nhàng, hạn chế tối đa những tổn thương có thể có.

Có thể thực hiện từ 4 đến 6 chu kỳ điều trị cho mỗi cặp vợ chồng, tùy chỉ định. Nếu vẫn không thành công, nên chuyển sang làm thụ tinh trong ống nghiệm.



Bơm tinh trùng vào buồng tử cung

VI. KẾT LUẬN

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung là một kỹ thuật tương đối đơn giản và ít nguy hiểm, hiệu quả điều trị tương đối cao nếu thực hiện đúng chỉ định và kỹ thuật. Đây là phương pháp điều trị hiếm muộn phổ biến, rẻ tiền và đạt hiệu quả điều trị khá cao hiện nay trên thế giới.

Ở Việt Nam, kỹ thuật này có thể áp dụng rộng rãi đến các cơ sở điều trị sản phụ khoa ở tuyến tỉnh. Thực hiện bơm tinh trùng vào buồng tử cung đúng chỉ định và phương pháp có thể giải quyết được ít nhất là 50% nhu cầu điều trị hiếm muộn.



THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM

(IN-VITRO FERTILIZATION – IVF)

Thạc sĩ VƯƠNG THỊ NGỌC LAN

Thạc sĩ HỒ MẠNH TUỜNG

Khoa hiếm muộn Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ

I. GIỚI THIỆU

– Đứa bé thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đầu tiên trên thế giới ra đời tại Anh vào năm 1978.

– Từ đó đến nay kỹ thuật TTTON đã được ứng dụng rộng rãi trên thế giới để điều trị cho các cặp vợ chồng hiếm muộn với nhiều chỉ định khác nhau.

– Tại Việt Nam, TTTON bắt đầu được thực hiện từ tháng 8/1997 và đứa bé TTTON đầu tiên ra đời vào tháng 30/4/1998.

II. CHỈ ĐỊNH

– Bệnh lý, tắc 2 ống dẫn trứng.

– Lạc nội mạc tử cung.

– Vô sinh do nam mà tinh trùng không đủ điều kiện để bơm tinh trùng vào buồng tử cung.

– Vô sinh không rõ nguyên nhân.

– Thất bại nhiều chu kỳ điều trị vô sinh bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung (> 6 chu kỳ).

III. KỸ THUẬT THỰC HIỆN

TTTON là một kỹ thuật tương đối phức tạp, tốn kém về thời gian và cả tiền bạc. Quy trình thực hiện TTTON thường kéo dài khoảng 6 – 8 tuần. Các bước thực hiện của TTTON gồm:

1. Các khảo sát cơ bản.

Các bệnh nhân tham gia chương trình TTTON thường được thực hiện các khảo sát:

- Khám phụ khoa, nội ngoại khoa tổng quát.
- Thử nghiệm nội tiết: theo ngày kinh để đánh giá chức năng của buồng trứng.
- Tình trạng 2 vòi trứng: qua HSG hay là nội soi.
- Thử nghiệm HbsAg, HIV, BW để loại trừ các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Các thí nghiệm về nhóm máu, đông máu để chuẩn bị cho thủ thuật chọc hút trứng.
- Thử nghiệm nhiễm sắc thể đồ (nếu cần).
- Đối với người chồng cần thực hiện khảo sát tinh dịch đồ để biết chất lượng tinh trùng.

2. Kích thích buồng trứng.

Bệnh nhân sẽ được tiêm các thuốc kích thích buồng trứng để có được khoảng 7 – 8 nang trưởng thành ở 2 buồng trứng. Có thể sử dụng nhiều phác đồ kích thích buồng trứng khác nhau tùy theo tuổi và cơ địa của bệnh nhân.

Trong quá trình kích thích buồng trứng, các bệnh nhân sẽ được theo dõi sự phát triển nang noãn ở 2 buồng trứng bằng siêu âm đầu dò âm đạo và định lượng nội tiết trong máu.

Khi có ít nhất 2 nang noãn lớn nhất ở 2 buồng trứng đạt đến kích thước 17 mm đường kính trên siêu âm, bệnh nhân sẽ được tiêm hCG 5000 đơn vị để kích thích sự trưởng thành của noãn.

3. Chọc hút lấy trứng.

- Thủ thuật được tiến hành vào 35 - 36 giờ sau tiêm hCG.

- Thủ thuật kéo dài trong 15 - 20 phút.

- Bệnh nhân được sử dụng tiền mê với Hypnovel và Fentanyl và phối hợp với gây tê cạnh cổ tử cung bằng Lidocain 2%.

- Chọc hút trứng được tiến hành qua âm đạo dưới sự hướng dẫn của siêu âm đầu dò âm đạo.

4. Tìm trứng, chuẩn bị trứng, chuẩn bị tinh trùng và cấy trứng với tinh trùng

- Được thực hiện trong phòng lab.

- Trứng hút ra được tìm dưới kính hiển vi soi nổi và rửa trong môi trường cấy. Sau đó, trứng được để trong tủ cấy CO₂ ở 37°C và 5% CO₂ chờ cấy.

- Tinh trùng được chuẩn bị bằng phương pháp swim-up và thang nồng độ.

– Trứng và tinh trùng được cấy với nhau trong các hộp cấy chuyên dùng.

5. Kiểm tra sự thụ tinh của trứng

– Được thực hiện vào 16-20 giờ sau khi cấy.

– Trứng sẽ được tách ra khỏi lớp tế bào hạt bao quanh nó bằng pipett Pasteur kéo.

– Kiểm tra sự thụ tinh của trứng dưới kính hiển vi đảo ngược.

6. Đánh giá chất lượng phôi và chọn lựa phôi để chuyển vào buồng tử cung.

Tiến hành từ ngày thứ 2 trở đi sau khi cấy cho đến ngày chuyển phôi.

7. Chuyển phôi vào buồng tử cung.

– Tiến hành vào ngày 2 hay ngày 3 sau khi cấy.

– Phôi sẽ được lấy vào một catheter đặc biệt và được chuyển vào buồng tử cung một cách nhẹ nhàng nhất, hạn chế làm tổn thương nội mạc tử cung ảnh hưởng đến sự làm tổ của phôi.

– Số phôi chuyển trung bình là 3-5 phôi tùy theo chất lượng phôi chuyển, tuổi bệnh nhân, nguyên nhân và thời gian vô sinh, thủ thuật chuyển phôi khó hay dễ...

8. Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.

Sau khi chuyển phôi vào buồng tử cung, bệnh nhân thường được sử dụng phối hợp progesterone đặt âm đạo và hCG tiêm bắp, để hỗ trợ nội tiết cho giai

đoạn hoàng thể, tạo một môi trường nội mạc tử cung thuận lợi cho sự làm tổ của phôi.

9. Thử thai và theo dõi thai.

– β hCG được thử vào 14 ngày sau chuyển phôi, β hCG > 25mIU/ml được xem là dương tính, bệnh nhân có thai

– Siêu âm được tiến hành 2 – 3 tuần sau thử β hCG để xác định túi thai, phôi và tim thai

– Bệnh nhân được khám và theo dõi thai mỗi tháng cho đến khi sanh

IV. KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ

Tỉ lệ có thai lâm sàng từ kỹ thuật TTTON trên thế giới thay đổi 15-40%, trung bình là 25%.

Từ tháng 8/1997 đến nay, chương trình TTTON tại bệnh viện Từ Dũ đã thực hiện được khoảng 700 trường hợp. Tỉ lệ có thai lâm sàng đã được nâng lên từ 15% lúc mới thực hiện đến hiện nay là 35% và được duy trì ổn định trong hơn 1 năm nay. Hiện tại đã có 70 cháu bé chào đời từ chương trình TTTON và còn hơn 60 bà mẹ đang mang thai chờ sanh.

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của kỹ thuật TTTON:

1. Tuổi của người phụ nữ: tuổi càng cao tỉ lệ thành công càng giảm, đây là yếu tố quan trọng nhất. Nếu người phụ nữ trên 35 tuổi, tỉ lệ thành

công giảm rõ rệt; trên 40 tuổi, tỉ lệ thành công dưới 2%.

2. Nguyên nhân hiếm muộn.

3. Thời gian hiếm muộn.

4. Các phác đồ điều trị và kỹ năng của người thực hiện kỹ thuật.

Chi phí cho 1 ca TTTON tại bệnh viện Từ Dũ trung bình là 20.000.000 đồng, bao gồm tiền thuốc chích để kích thích buồng trứng và thực hiện kỹ thuật TTTON.



THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM VỚI TRỨNG NGƯỜI CHO (OOCYTE DONATION)

Thạc sĩ **VƯƠNG THỊ NGỌC LAN**

Thạc sĩ **HỒ MẠNH TƯỜNG**

Khoa hiếm muộn Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ

I. GIỚI THIỆU

Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) với trứng người cho lần đầu tiên trên thế giới thành công vào năm 1994 tại Monash, Úc. Từ đó đến nay, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm cho trứng ngày càng phát triển rộng rãi và trở thành một phương pháp điều trị thường qui tại các trung tâm TTTON trên thế giới với tỉ lệ có thai lâm sàng từ 22-67% tùy trung tâm, trung bình là 53,4% và tỉ lệ trẻ sinh sống là 42,6%.

Ban đầu, kỹ thuật cho trứng được áp dụng cho những trường hợp suy buồng trứng sớm (premature ovarian failure). Suy buồng trứng sớm là tình trạng vô kinh, giảm estrogen, tăng gonadotrophins xảy ra trước tuổi 40 của người phụ nữ. Tần suất của suy buồng trứng sớm là khoảng 1% các phụ nữ ở tuổi 40,

khoảng 1/1000 các phụ nữ ở tuổi 30. Ở những phụ nữ bị vô kinh nguyên phát, tần suất này là 10 – 28% và ở những phụ nữ bị vô kinh thứ phát, suy buồng trứng sớm chiếm 4 – 18%. Sau đó, kỹ thuật cho trứng được mở rộng áp dụng cho các chỉ định khác như đáp ứng kém với kích thích buồng trứng (có dưới 3 nang noãn trưởng thành ở ngày cho hCG gây phóng noãn), các phụ nữ bị cắt 2 buồng trứng do u nang buồng trứng, ung thư buồng trứng, xạ trị và hóa trị trên buồng trứng, các phụ nữ bị bất thường nhiễm sắc thể như hội chứng Turner và các phụ nữ đã thất bại nhiều chu kỳ TTON.

Chương trình TTON tại bệnh viện Từ Dũ bắt đầu từ tháng 8/1997, với tỉ lệ có thai lâm sàng khoảng 30 – 35% được duy trì ổn định. Tuy nhiên, do hoàn cảnh khách quan, số bệnh nhân lớn tuổi chiếm tỉ lệ khá cao, buồng trứng bắt đầu suy yếu hoặc đã vào giai đoạn tiền mãn kinh và quanh mãn kinh. Vì vậy, nhu cầu áp dụng kỹ thuật TTON với trứng người cho là rất lớn nhằm mang lại hạnh phúc cho những cặp vợ chồng vô sinh tưởng như không thể điều trị được.

Trong kỹ thuật cho trứng, người cho trứng sẽ được dùng thuốc kích thích buồng trứng, chọc hút lấy trứng qua siêu âm đầu dò âm đạo. Người nhận trứng sẽ dùng nội tiết để chuẩn bị nội mạc tử cung để đón nhận phôi hình thành sau khi cấy trứng người cho và tinh trùng người nhận trong phòng thí

nghiệm. Tuổi người cho trứng không quá 35 tuổi. Người nhận trứng lớn tuổi nhất có thai sau khi nhận trứng là 63 tuổi, được báo cáo tại Mỹ năm 1997.

Đồng thời với việc triển khai thành công kỹ thuật TTON ở Việt Nam, việc áp dụng sớm kỹ thuật cho trứng sẽ giải quyết yêu cầu rất lớn từ bệnh nhân và từng bước theo kịp các tiến bộ trên thế giới trong lãnh vực này hiện nay.

II. CHỈ ĐỊNH

Kỹ thuật TTON với trứng của người cho được thực hiện cho các phụ nữ được chỉ định sau:

1. Suy buồng trứng sớm.
2. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng.
3. Thất bại trên > 4 chu kỳ TTON.
4. Bất thường nhiễm sắc thể.
5. Bị cắt hai buồng trứng do u nang buồng trứng, ung thư buồng trứng.
6. Có xạ trị hay hóa trị trên buồng trứng.

III. KỸ THUẬT THỰC HIỆN

1. Các điều kiện của người cho và nhận trứng để tiến hành kỹ thuật TTON cho trứng.

a. Người nhận trứng:

- Tuổi từ 50 trở xuống

– Có một trong các chỉ định như đã trình bày ở trên

b. Người cho trứng:

- Tuổi từ 35 trở xuống.
- Đã có gia đình.
- Có ít nhất một con khỏe mạnh.
- Có các khảo sát cơ bản về nội tiết, nhiễm sắc thể đều là bình thường.
- Không có các bệnh lý nội ngoại khoa nào.
- Test HbsAg, HIV, BW âm tính.

2. Các hợp đồng cam kết giữa người cho và người nhận trứng

Các bệnh nhân tự nguyện yêu cầu thực hiện kỹ thuật TTTON với trứng người cho.

Cần thực hiện đầy đủ các hợp đồng sau có công chứng:

- + Hợp đồng giữa hai vợ chồng người xin trứng: tự nguyện và thống nhất giữa 2 vợ chồng
- + Hợp đồng giữa 2 vợ chồng người cho trứng: tự nguyện và thống nhất giữa 2 vợ chồng
- + Hợp đồng giữa 2 vợ chồng người xin trứng và 2 vợ chồng người cho trứng: cả 2 bên đều tự nguyện và thống nhất.
- + Đơn xin bệnh viện thực hiện kỹ thuật TTTON với trứng người cho của 2 vợ chồng người xin trứng.

3. Kỹ thuật thực hiện.

* Đối với người cho trứng:

a. Các khảo sát cơ bản:

- Thực hiện các khảo sát nội tiết ngày 2 vòng kinh gồm: FSH, LH, E 2.
- Thử nhiễm sắc thể đồ.
- Khám phụ khoa, nội ngoại khoa tổng quát.
- Thực hiện các xét nghiệm HbsAg, HIV, BW.

b. Kích thích buồng trứng:

- Kích thích buồng trứng với các phác đồ và thuốc kích thích buồng trứng tùy theo cơ địa từng bệnh nhân.
- Theo dõi sự phát triển nang noãn bằng siêu âm đầu dò âm đạo và nội tiết (LH, E2) bắt đầu từ ngày 6 sau kích thích buồng trứng, sau đó, mỗi 1-3 ngày tùy theo số lượng và kích thước nang noãn.
- Khi có ít nhất 2 nang lớn nhất đạt đến kích thước 17mm đường kính trên siêu âm, tiêm hCG (Pregnyl 5000IU, Profasi 5000IU) để kích thích sự trưởng thành của noãn.

c. Chọc hút trứng

- Tiến hành 35 - 36 giờ sau tiêm hCG.
- Bệnh nhân được tiền mê với Hypnovel và Fentanyl và kết hợp gây tê cạnh cổ tử cung bằng Lidocain 2%.

– Chọc hút trứng được tiến hành dưới hướng dẫn của siêu âm đầu dò âm đạo

*** Đối với người nhận trứng:**

a. Các khảo sát cơ bản.

– Thử nghiệm nội tiết để có các chẩn đoán và chỉ định chính xác.

– Khám phụ khoa, nội ngoại tổng quát.

– Thử nghiệm HbsAg, HIV, BW.

b. Chuẩn bị nội mạc tử cung.

– Kết hợp sử dụng estradiol đường uống (Provames) và progesterone đặt âm đạo (Utrogestan) với liều lượng tùy theo từng bệnh nhân theo phác đồ đơn giản (liều lượng cho các ngày trong nang noãn và pha hoàng thể giống nhau).

– Siêu âm theo dõi sự phát triển của nội mạc tử cung bắt đầu từ ngày thứ 6 sau khi sử dụng estradiol, song song với người cho trứng.

– Kết hợp sử dụng GnRHa hay không tùy theo nhóm bệnh nhân có buồng trứng còn chức năng hay không.

*** Thụ tinh trong ống nghiệm**

– Trứng được rút ra từ các nang noãn sẽ được chuyển qua phòng lab để xác định dưới kính hiển vi soi nổi.

– Cấy trứng người cho với tinh trùng người nhận.

– Kiểm tra sự thụ tinh của trứng vào 16 – 20 giờ sau cấy.

– Đánh giá phôi và chọn lựa phôi để chuyển phôi vào buồng tử cung người nhận vào ngày thứ 2 sau cấy dưới kính hiển vi đảo ngược.

*** Chuyển phôi vào buồng tử cung người nhận trứng.**

– Tiến hành 2 ngày sau cấy.

– Số phôi chuyển trung bình từ 3 – 6 phôi tùy theo chất lượng phôi và yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân.

*** Hỗ trợ giai đoạn hoàng thể.**

– Sử dụng phối hợp progesterone đặt âm đạo và tiêm bắp hCG.

*** Thử thai.**

– β hCG trong máu được thử vào ngày 14 sau chuyển phôi. β hCG được xem là dương tính khi có giá trị trên 25 mIU/ml.

– Siêu âm để xác định túi thai, phôi và tim thai được tiến hành 5 tuần sau ngày chuyển phôi.

*** Hỗ trợ nội tiết cho thai kỳ**

– Tiếp tục kết hợp sử dụng estradiol đường uống và progesterone đặt âm đạo cùng với progesterone tiêm bắp với liều lượng tùy theo từng bệnh nhân đến ít nhất là tuần thứ 14 của thai kỳ.

IV. KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ

TTTON với trứng người cho được bắt đầu thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ từ tháng 4/1999 và đưa bé từ kỹ thuật này đã ra đời vào tháng 1/2000. Từ đó đến nay, đã có 13 trường hợp được thực hiện kỹ thuật này và tỷ lệ có thai lâm sàng là 7 trường hợp chiếm tỉ lệ 53,8%

Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả:

1. Làm sao đồng bộ hoá chu kỳ buồng trứng của người cho trứng với chu kỳ nội mạc tử cung của người nhận trứng.
2. Tuổi của người cho trứng.
3. Chất lượng phôi chuyển vào buồng tử cung người nhận trứng có được từ sự thụ tinh của trứng người cho và tinh trùng người nhận.
4. Tình trạng tử cung của người nhận trứng.



TIÊM TINH TRÙNG VÀO BÀO TƯƠNG TRÚNG

(INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION - ICSI)

Thạc sĩ VƯƠNG THỊ NGỌC LAN

Thạc sĩ HỒ MẠNH TƯỜNG

Khoa hiếm muộn Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ

Hơn hai mươi năm qua thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) đã gặt hái rất nhiều thành công trong điều trị hiếm muộn do vòi trứng, hiếm muộn vô căn hoặc do chồng. Tuy nhiên, tỉ lệ thành công của TTTON với nguyên nhân do chồng thấp hơn so với trường hợp tinh trùng chồng bình thường. Nếu tinh trùng chồng có vấn đề, tỉ lệ thụ tinh trong TTTON chỉ đạt khoảng 20 - 30% (bình thường 60 - 70%) và khoảng 1/3 bệnh nhân hoàn toàn không có hiện tượng thụ tinh giữa tinh trùng và trứng. Đa số các trung tâm TTTON đều có tiêu chuẩn nhất định cho tinh trùng khi nhận bệnh nhân làm TTTON (trên 0.5 triệu tinh trùng di động tốt sau khi rửa)

Do đó, nhiều cố gắng nhằm cải thiện tỉ lệ thụ tinh cho những trường hợp tinh trùng yếu đã được thử nghiệm trong những năm đầu thập kỷ 90. Vào năm 1992, phương pháp ICSI được giới thiệu sau một loạt trường hợp thành công của Palermo (Bỉ) và cộng sự

khi tiêm tinh trùng trực tiếp vào bào tương trứng. Từ đó đến nay, kỹ thuật ICSI đã không ngừng được cải tiến và áp dụng ngày càng rộng rãi. Ở Mỹ, năm 1996, ICSI đã chiếm đến hơn 30% các chu kỳ hỗ trợ sinh sản. Hiện nay tỉ lệ này có thể còn cao hơn. ICSI là kỹ thuật hỗ trợ cho quá trình thụ tinh giữa tinh trùng và trứng *in-vitro*. Khi điều trị với ICSI, các bước tiến hành hoàn toàn tương đương như TTON thông thường, chỉ khác ở giai đoạn thụ tinh, một tinh trùng được tiêm trực tiếp vào trứng dưới sự hỗ trợ của hệ thống vi thao tác (*micromanipulation system*).

Việc thành công của ICSI đã tạo một tiếng vang lớn và làm thay đổi nhiều quan niệm về quá trình thụ tinh giữa tinh trùng và noãn. Đồng thời ICSI trở thành một công cụ đắc lực để nghiên cứu về quá trình thụ tinh ở người và động vật nói chung. Kỹ thuật ICSI từ khi thành công đã được xem là một cuộc cách mạng trong điều trị vô sinh nam.

Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ là nơi đầu tiên ở Việt Nam thực hiện thành công kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng vào năm 1998, em bé đầu tiên được sinh ra do kỹ thuật này vào tháng 2/1999. Hiện nay, ở Việt Nam đã có gần 20 em bé ra đời và khoảng 15 trường hợp đang mang thai do kỹ thuật ICSI.

Chỉ định của ICSI bao gồm:

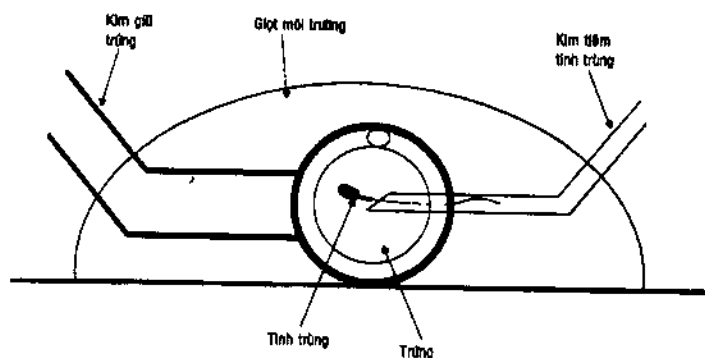
- Thiếu năng tinh trùng (vừa và nặng). Gần đây được mở rộng sang các trường hợp hoàn toàn

không có tinh trùng (sử dụng tinh trùng sinh thiết từ tinh hoàn).

- Các trường hợp tinh trùng bình thường hoặc yếu nhẹ, điều trị không hiệu quả với IUI và IVF.

Tỉ lệ thành công của kỹ thuật ICSI phụ thuộc vào nhiều yếu tố: phác đồ chuẩn bị trứng, phác đồ chuẩn bị tinh trùng, chất lượng kỹ thuật của máy móc và dụng cụ hỗ trợ như kính hiển vi, kim giữ trứng, kim tiêm tinh trùng... Tuy nhiên vấn đề quan trọng nhất là kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng và kỹ thuật nuôi cấy trứng và phôi.

Sơ đồ kỹ thuật ICSI



Kỹ thuật ICSI thường được thực hiện dưới kính hiển vi ở độ phóng đại 200 – 300 lần, bao gồm một sự phối hợp rất chính xác của 2 tay của người thực hiện trên nhiều công đoạn: bất động tinh trùng, hút tinh trùng vào kim, giữ trứng và đặt kim đúng vị trí, đâm kim qua màng trong suốt, làm thủng màng tế bào

trứng, tiêm tinh trùng... Để đảm bảo một tỉ lệ trứng sống, thụ tinh và có khả năng phát triển thành phôi cao, người thực hiện cần phải có sự kiên nhẫn, khéo tay và tỉ mỉ. Các kết quả hiện nay tại bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ cho thấy dù mới bắt đầu một kỹ thuật rất mới ở Việt Nam, chúng ta đã đạt được một kết quả hết sức khả quan. Điều này mở ra triển vọng ứng dụng và phát triển kỹ thuật này ở Việt Nam.

Một vấn đề thường được đặt ra kể từ khi kỹ thuật ICSI được đưa vào ứng dụng trên người để điều trị vô sinh là tỉ lệ dị tật và bất thường nhiễm sắc thể ở trẻ sinh ra do ICSI. Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đã được thực hiện để xác định các nguy cơ có thể có, đặc biệt là về bất thường về di truyền đối với trẻ sinh ra do kỹ thuật ICSI. Hầu hết các nghiên cứu lớn, với số liệu và phân tích hoàn chỉnh đều cho thấy ICSI là một kỹ thuật an toàn cho đến thời điểm hiện nay (gần 10 năm sau khi đưa vào ứng dụng). Nhiều nghiên cứu cho thấy trẻ sinh ra do ICSI có tỉ lệ dị tật bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể tương đương với dân số bình thường hoặc cao hơn không đáng kể (OR từ 1 đến 1,28). Trong đó, người ta ghi nhận có một số yếu tố chủ quan và khách quan trong khi thống kê có thể làm tỉ lệ dị tật và bất thường nhiễm sắc thể ở trẻ sinh ra do ICSI cao hơn:

- Các trẻ sinh ra do ICSI được theo dõi trước và sau sanh kỹ hơn nên tần suất phát hiện bất thường cao hơn.

- Tỷ lệ đa thai cao hơn ở các chu kỳ ICSI (so với bình thường) nên tỷ lệ các bất thường cao hơn

- Các bất thường về cấu trúc nhiễm sắc thể thường do truyền từ cha (khoảng 10% trường hợp thiếu năng tinh trùng nặng và vô tinh có bất thường về cấu trúc nhiễm sắc thể gây thiếu năng tinh trùng).

- Ít có nghiên cứu nào ghi nhận các dị tật và bất thường nhiễm sắc thể do bản thân kỹ thuật ICSI gây ra. Do đó cho đến nay, kỹ thuật ICSI vẫn được đánh giá là một kỹ thuật điều trị an toàn, mặc dù vấn đề theo dõi lâu dài vẫn được đặt ra.

Trong số các trẻ sinh ra do ICSI tại bệnh viện Từ Dũ cho đến nay, chúng tôi chưa phát hiện trường hợp dị tật bẩm sinh và bất thường nhiễm sắc thể nào trên việc theo dõi sau sanh và nhiễm sắc thể đồ. Chúng tôi cũng chưa phát hiện dị tật bẩm sinh nào trên siêu âm theo dõi tiền sản của các trường hợp có thai sau thực hiện ICSI.

Kỹ thuật ICSI từ khi được báo cáo thành công năm 1992 đã phát triển rất nhanh trên toàn thế giới. Ở một số trung tâm lớn, tỷ lệ áp dụng ICSI vào các chu kỳ hỗ trợ sinh sản lên đến 60%. Từ hơn 5 năm nay, người ta cũng đã mở rộng kỹ thuật ICSI cho các trường hợp không có tinh trùng. Trong những trường hợp này, người ta sẽ sinh thiết từ mào tinh hoặc tinh hoàn để tìm tinh trùng sau đó thực hiện ICSI như bình thường. Hầu hết các kết quả đều báo cáo đạt được tỷ lệ thành công tương đương với

các trường hợp có tinh trùng trong tinh dịch, nếu các tinh trùng từ sinh thiết đã trưởng thành về mặt hình thái.

KẾT LUẬN

Việc ứng dụng thành công kỹ thuật ICSI mang lại khả năng có con cho nhiều cặp vợ chồng hiếm muộn do nguyên nhân bất thường chất lượng và số lượng tinh trùng, mà trước nay tưởng chừng như không còn hy vọng. Một lần nữa, kết quả này cho thấy khả năng tiếp thu các kỹ thuật điều trị hiện đại trên thế giới vào Việt Nam.

ICSI được thực hiện bằng kỹ thuật vi thao tác (micromanipulation) dưới kính hiển vi đảo ngược với sự hỗ trợ của hệ thống vi thao tác (micromanipulation system). Vi thao tác là kỹ thuật được sử dụng để thao tác trên tế bào, trên giao tử và phôi. Như vậy với sự hỗ trợ của vi thao tác, hiện nay chúng ta có thể “phẫu thuật” trên giao tử để tạo phôi. Nếu vi phẫu thuật trong ngoại khoa giúp ta phẫu thuật để bảo toàn hay thay đổi chức năng của một tổ chức, một cơ quan trong cơ thể người thì vi thao tác có thể giúp ta hình thành một cá thể hoàn chỉnh.

Những nghiên cứu đầu tiên trên tế bào ứng dụng vi thao tác được báo cáo ở đầu thế kỷ XX. Hiện nay, đây là kỹ thuật cơ bản để nghiên cứu trong sinh học ở mức độ can thiệp lên tế bào, đặc biệt trong ngành sinh học sinh sản. Kỹ thuật vi thao tác đã và đang

được ứng dụng vào nhiều công nghệ khác nhau trong nghiên cứu và ứng dụng như: chuyển gen, tạo giống, nhân giống, sinh thiết phôi, sinh sản vô tính (cloning)... Vì những khả năng ứng dụng rộng rãi, vi thao tác được xem làm một trong những công nghệ sinh học cơ bản của tương lai trong thế kỷ XXI – thế kỷ của sinh học.

Theo chúng tôi được biết,, chương trình ICSI tại Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ là một trong những chương trình đầu tiên ứng dụng kỹ thuật vi thao tác trên tế bào động vật, đặc biệt là trên trứng và tinh trùng người, ở Việt Nam. Hiện nay chúng tôi đã tiếp xúc và có một số bước ban đầu chuẩn bị để triển khai hỗ trợ chuyển giao công nghệ và hợp tác trong việc ứng dụng vi thao tác và nuôi cấy phôi cho các trung tâm Sản phụ khoa và một số trung tâm nghiên cứu và giảng dạy trong cả nước. Với sự quan tâm của nhiều cơ quan nghiên cứu, giảng dạy và ứng dụng vào ICSI nói riêng và kỹ thuật vi thao tác nói chung, hy vọng các công nghệ sinh học này sớm được đưa vào ứng dụng rộng rãi ở Việt Nam để góp phần thúc đẩy sự phát triển công nghệ sinh học còn non trẻ ở nước ta.



KẾT LUẬN

Chỉ vài năm trước đây, hiểm muộn – vô sinh vẫn còn là một vấn đề khá mới mẻ đối với ngành y nước ta, hiểm muộn – vô sinh còn chưa được đưa vào chương trình giảng dạy ở trường đại học. Chỉ trong vòng một thời gian ngắn, vấn đề hiểm muộn đã trở thành một vấn đề gây nhiều chú ý trong ngành y cũng như ngoài xã hội.

Trước đây, một số quan điểm cho rằng hiểm muộn là một vấn đề của các nước phát triển, ở các nước đang phát triển như Việt Nam, không cần thiết phát triển lãnh vực điều trị hiểm muộn. Đây có thể là một trong những nguyên nhân khiến vấn đề này đã từng bị “cố ý” lãng quên. Thực chất hiểm muộn là một vấn đề luôn luôn tồn tại, nó vừa mang tính chất y tế và tính chất xã hội, xét trên phạm vi và mức độ ảnh hưởng.

Theo quan điểm của tổ chức y tế thế giới, quyền được sinh sản là quyền bình đẳng của mỗi con người dù giàu hay nghèo hoặc ở vị trí nào trong xã hội. Đảm bảo quyền sinh sản của mỗi con người là nhiệm vụ của ngành y nói riêng và xã hội nói chung.

Trong những năm gần đây, khi bắt đầu chú ý hơn về hiếm muộn - vô sinh, chúng tôi nhận thấy rằng nhu cầu khám và điều trị của người dân là rất lớn. Chỉ riêng tại phòng khám hiếm muộn Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ, hàng năm đã có trên 10.000 cặp vợ chồng đến khám và điều trị. Bên cạnh đó, những khóa học khám và điều trị hiếm muộn trong thời gian gần đây được tổ chức tại Bệnh viện Phụ Sản Từ Dũ đã nhận được sự hưởng ứng của rất nhiều trung tâm, bệnh viện trong cả nước. Điều này chứng tỏ việc điều trị hiếm muộn cũng là một áp lực lớn tại nhiều cơ sở điều trị. Gần đây, Bộ Y tế cũng đã có chương trình và kế hoạch hỗ trợ việc phát triển công tác chẩn đoán và điều trị hiếm muộn và vô sinh tại nhiều cơ sở điều trị và nghiên cứu. Đây là những tín hiệu báo trước những bước phát triển sắp tới của ngành y chúng ta trong lĩnh vực này.

Thụ tinh trong ống nghiệm được đánh giá là một trong mười thành tựu khoa học ảnh hưởng lớn nhất đến cuộc sống nhân loại trong thế kỷ qua. 20 năm sau khi đứa bé thụ tinh trong ống nghiệm đầu tiên thế ra đời tại Anh, những đứa bé TTON đầu tiên ở Việt Nam ra đời. Dù bắt đầu khá muộn màng, với các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như bơm tinh trùng vào buồng tử cung, TTON, ICSI, TTON - xin trứng, chúng ta đã từng bước theo kịp các nước trong khu vực và trên thế giới trong một thời gian ngắn. Việc áp dụng thành công các kỹ thuật nói trên, không chỉ

có ý nghĩa về mặt y học. Các kỹ thuật trên còn là những kỹ thuật cơ bản của các công nghệ sinh học trong lãnh vực sinh học sinh sản (Reproductive Biology), một lãnh vực đã, đang và sẽ tạo những phát kiến lớn, dự đoán sẽ làm thay đổi cuộc sống con người trong tương lai, đặc biệt trong lãnh vực y học và nông nghiệp.



ĐAU BỤNG KHI CÓ KINH

Phó Giáo sư, Tiến sĩ TRẦN THỊ LỢI

Phó Trưởng Bộ môn Sản

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Một số phụ nữ bị chứng đau bụng khi có kinh (thống kinh). Mức độ đau thay đổi theo từng trường hợp, có người chỉ bị trần nặng ở vùng hạ vị (vùng dưới rốn), có người đau dữ dội đến mức phải nghỉ ở nhà trong những ngày có kinh. Nói chung, trước khi có kinh, nếu có một vài dấu hiệu nhẹ như căng ngực, trần nặng hạ vị, tăng cân ít, dễ nóng giận ... là hiện tượng bình thường, do ảnh hưởng các hormon của buồng trứng. Nếu ra kinh mà không có một dấu hiệu nào cả, cũng là một hiện tượng không tốt, đó có thể là chu kỳ không phóng noãn (không rụng trứng). Tuy nhiên nếu ra kinh mà đau quặn quại đến mức không thể làm việc nổi thì cần phải đi khám chuyên khoa vì có một số bệnh lý gây ra tình trạng thống kinh.

Người ta phân biệt hai nhóm nguyên nhân gây ra thống kinh: nhóm không rõ nguyên nhân và nhóm do các nguyên nhân thực thể.

I. THỐNG KINH KHÔNG RÕ NGUYÊN NHÂN:

Thường xảy ra ở các cô gái trẻ, không có tiền sử bệnh lý phụ khoa đặc biệt. Sau vài chu kỳ kinh

không đau bụng, bệnh nhân bị thống kinh với mức độ nặng nhẹ và tính chất cơn đau thay đổi tùy trường hợp. Bệnh nhân thường bị đau ở vùng hạ vị, lan ra sau lưng, lan xuống trực tràng và xuống hai chân. Khi thăm khám, bệnh nhân không có dấu hiệu bệnh lý nào rõ rệt, vì vậy người ta xếp loại này vào nhóm thống kinh không rõ nguyên nhân. Một số giả thuyết cố gắng giải thích nguyên nhân của hiện tượng này như: cổ tử cung mở chậm gây ứ máu kinh, hoặc cơ tử cung co thắt và thiếu máu gây ra cơn đau. Yếu tố thần kinh, tâm lý, sự lo lắng thái quá cũng có thể là nguyên nhân của thống kinh.

Điều trị chứng thống kinh không rõ nguyên nhân, có thể dùng các thuốc đối kháng Prostaglandin (như Ponstyl, Indométacin, ít dùng Aspirin vì làm tăng lượng máu kinh). Cũng có thể dùng các thuốc giảm co, giãn cơ ...

II. THỐNG KINH DO NGUYÊN NHÂN THỰC THỂ

1. Lạc nội mạc tử cung:

Đây là nguyên nhân hàng đầu gây ra thống kinh, với các triệu chứng:

- Đau bụng thường kèm với đau lưng, tràn nặng vùng hạ vị.
- Đau bụng xuất hiện trễ, thường xảy ra 2 hoặc 3 ngày sau khi bắt đầu ra kinh.

Lạc nội mạc tử cung là một bệnh lý tương đối thường gặp, đặc biệt là ở những người hiếm muộn. Đây là tình trạng lớp niêm mạc tử cung hiện diện ở các vị trí bất thường: ở trong lớp cơ tử cung, ở buồng trứng, hoặc ở vùng tiểu khung ...

Niêm mạc tử cung tuy hiện diện ở các vị trí bất thường, nhưng vẫn giữ được đặc tính riêng là mỗi tháng có ra kinh. Máu kinh không thoát ra ngoài được sẽ đọng lại tạo thành một khối u thường gọi là "nang lạc nội mạc tử cung". Mỗi tháng máu kinh chảy ra làm nang bị căng to gây đau bụng.

2. U xơ tử cung.

U xơ tử cung cũng là một bệnh lý thường gặp. Ở những phụ nữ khoảng 40 tuổi, tỉ lệ người bị u xơ tử cung lên đến 30%. Đa số u xơ tử cung diễn tiến âm thầm, không triệu chứng. Chỉ có những u xơ dưới niêm mạc tử cung hoặc trở thành polyp trong lòng tử cung mới gây ra thống kinh.

3. Các nguyên nhân khác.

- Dụng cụ tử cung (vòng tránh thai): đôi khi có thể gây ra thống kinh, nhất là dụng cụ tử cung bị lệch hoặc không hợp với thể tích buồng trứng.

- Đính buồng tử cung sau nạo, sau thủ thuật trong buồng tử cung.

- Viêm sinh dục mạn tính gây viêm dính nhiều trong vùng chậu cũng có thể gây ra thống kinh.

Tóm lại thống kinh chỉ là một dấu hiệu của nhiều bệnh lý khác nhau. Có thể chỉ là thống kinh không rõ nguyên nhân và chỉ cần điều trị triệu chứng, nhưng cũng có thể do các bệnh cần can thiệp phẫu thuật. Do đó khi bị thống kinh, các bạn nên đi khám chuyên khoa để được chẩn đoán và điều trị đúng mức.



U XƠ TỬ CUNG - U NANG BUÔNG TRỨNG KHI NÀO CẦN MỔ?

Phó Giáo sư, Tiến sĩ NGUYỄN DUY TÀI

Bộ môn Sản Trường Đại học Y Dược

TP. Hồ Chí Minh

I. U XƠ TỬ CUNG

1. Như thế nào là u xơ tử cung (UXTC)?

- Tử cung là cơ quan tạo thành bởi lớp cơ dày.
- Nơi làm tổ và phát triển của trứng thụ tinh cho đến khi trưởng thành (chứa thai nhi)
- Khối lượng tử cung thay đổi tùy:
 - Giai đoạn phát triển của người phụ nữ (trẻ em - thiếu niên - tuổi sinh sản - mãn kinh).
 - Chu kỳ kinh nguyệt.
 - Tình trạng thai nghén.
- Bình thường : Tử cung : 4 x 5cm, nặng 50g.
- UXTC : khối u lành tính thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi hoạt động tình dục, UXTC phát triển từ cơ tử cung (TC), tròn, chắc, giới hạn khá rõ cho phép bóc tách dễ dàng ra khỏi tử cung (bóc tách u xơ).
- Tại sao mắc bệnh UXTC? Vấn đề này hiện nay vẫn chưa rõ, nhưng giả thuyết do cường nội tiết tố nữ (estrogen) được nhiều người ủng hộ. UXTC có

thể có một hay nhiều u, đường kính thay đổi từ vài milimet đến vài chục centimet. Khó xác định được tỉ lệ UXTC vì nhiều khi khối u kích thước nhỏ (vài milimet), không phát hiện được khi khám. Tuổi xuất hiện: 30 - 50 tuổi. Không thấy có sự tương quan giữa UXTC và số lần có thai. Tuy nhiên có nhiều nghiên cứu thấy rằng phụ nữ vô sinh sẽ là nguyên nhân thuận lợi đưa đến UXTC. Yếu tố di truyền không được ghi nhận.

- Vị trí thường gặp của u xơ là thành tử cung, đôi khi nằm nhô hẳn ra ngoài hoặc xuống sâu vào lòng tử cung

2. Khi nào biết u xơ tử cung?

- Đa số bệnh nhân đến khám vì bụng to hay có cảm giác tràn bụng dưới.

- Hoặc đến khám vì biến chứng của khối u như:

1. Chèn ép bóng đái, gây tiểu nhiều lần, tiểu khó đôi khi bí tiểu.

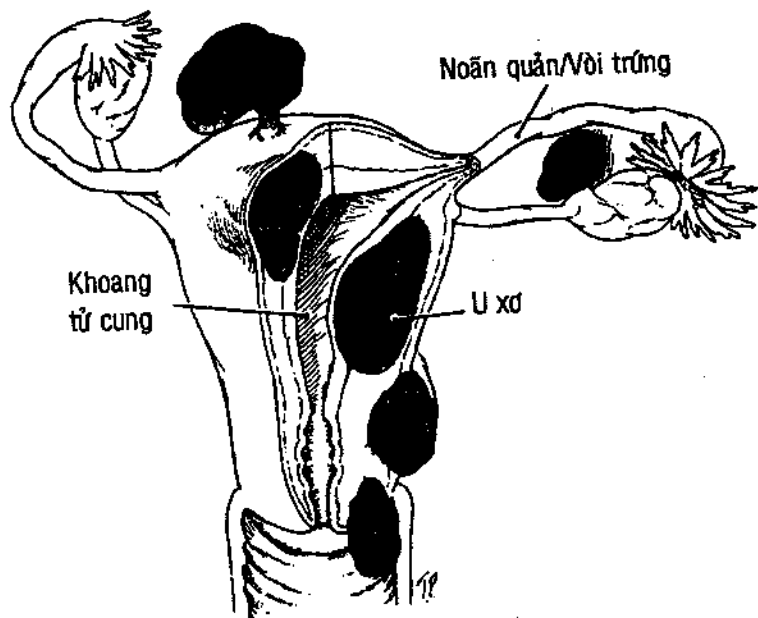
2. Chèn ép lên niệu quản gây thận ứ nước.

3. Chèn vào trực tràng gây táo bón hay đau khi đại tiện.

4. Chèn ép tĩnh mạch gây phù chi dưới.

5. Khối u to chèn vào ruột, dạ dày làm rối loạn tiêu hóa.

6. Xoắn gây hoại tử khối u gây đau dữ dội, nôn, toàn thân suy sụp, bụng trướng, chạm vào rất đau.



7. Ra huyết âm đạo gặp trong nhiều trường hợp, thể hiện dưới dạng cường kinh. Dần dần kinh nguyệt trở nên rối loạn và ra nhiều (số lượng, nhiều máu cục và máu loãng). Kéo dài 7 - 10 ngày có khi còn nhiều hơn. Nếu để kéo dài, bệnh nhân bị thiếu máu (mệt mỏi, chóng mặt khi thay đổi tư thế) làm ảnh hưởng đến sức khỏe chung.

- Chậm có thai hoặc vô sinh tương đương 27%.
- Dễ sảy thai.

- Tăng nguy cơ viêm nội mạc tử cung (NMTC), nhân xơ hoại tử sau khi sanh.

- Nhiều trường hợp không có triệu chứng. Phát hiện nhờ khám định kỳ hay khám do có nhiều huyết trắng.

3. Nên làm gì khi được biết là u xơ tử cung?

Các xét nghiệm bổ sung:

- Siêu âm : khảo sát tính chất cơ tử cung, kích thước tử cung, vị trí nhân xơ tử cung.

- Nạo sinh thiết niêm mạc tử cung: phát hiện tổn thương đi kèm (tăng sản, hay teo NMTC, polyp NMTC, ung thư MNTC...)

- 1/3 trường hợp UXTC không triệu chứng ở quanh tuổi 40 sẽ đi vào thời kỳ mãn kinh, UXTC sẽ không tiến triển

- Nên mổ sớm trong những trường hợp sau:

- UXTC to dần lên trên 8cm vì trường hợp này u dễ có khả năng gây biến chứng chèn ép lên các cơ quan trong ổ bụng và dễ bị thoái hóa.

- UXTC có biến chứng: xoắn, hoại tử, cường kinh...

- UXTC phối hợp với các thương tổn khác ở cơ quan sinh dục : sa tử cung, u nang buồng trứng, dị sản cổ tử cung ...

- UXTC làm biến dạng tử cung, UXTC dưới niêm mạc gây chảy máu hay nhiễm khuẩn.

4. Mổ như thế nào?

Có thể:

- Bóc UXTC.
- Cắt tử cung toàn phần.
- Cắt tử cung toàn phần + 2 phần phụ.

II. KHỐI U BUỒNG TRỨNG

- Buồng trứng là cơ quan rất quan trọng đối với người phụ nữ vì vừa có chức năng phóng noãn (trứng) vừa có chức năng nội tiết (Estrogen - Progesteron). Bình thường có 2 buồng trứng nằm 2 bên tử cung, hình hạt, kích thước 3,5 x 2 x 1cm, nặng khoảng 8 - 15g. Buồng trứng có nhiều nang noãn. Số lượng giảm rất nhanh theo thời gian (thai nhi # 20 tuần khoảng 15 - 20 triệu, bé sơ sinh # 200.000 - 300.000 dậy thì 20.000 - 30.000...).

- Khối u buồng trứng là bệnh khá phổ biến và đang tăng. Ở Mỹ, Canada ung thư buồng trứng đứng hàng thứ 5 sau ung thư vú, đại tràng, cổ tử cung và thân tử cung. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở người độc thân, vô sinh, có mức sinh hoạt cao, chế độ ăn nhiều mỡ động vật. Nguy cơ ung thư buồng trứng tăng ở tuổi sau 40.

- Khối u buồng trứng có 2 nguy cơ lớn: Biến chứng và thoái hóa ác tính. Với ung thư buồng trứng là vấn đề rất đáng quan tâm vì thời gian sống thêm 5 năm không tới 30%. Điều đó cho thấy tầm quan trọng của bệnh

- Khi chẩn đoán là khối u buồng trứng phải có chỉ định lấy u và xét nghiệm tổ chức học để có hướng điều trị và theo dõi tiếp.

- Các xét nghiệm hỗ trợ:

- ♦ Siêu âm hình ảnh
- ♦ Siêu âm Dopler màu
- ♦ CA 125 CA 15.3

1. Hoàn cảnh phát hiện khối u buồng trứng

Khối u buồng trứng thường không có triệu chứng gì rõ rệt. Phần lớn được phát hiện nhờ khám định kỳ hoặc khám vì lý do khác (vô sinh, rong kinh...).

U buồng trứng có triệu chứng khi quá to hay khi có biến chứng như :

- Chèn ép : bọng đái, trực tràng, niệu quản.
- Xoắn: gây đau đột ngột, dữ dội, buồn nôn, đôi khi choáng nên phải đi bệnh viện cấp cứu.
- Xuất huyết và vỡ : đau nhiều, vã mồ hôi, mạch nhanh, bụng gồng cứng.
- Nhiễm khuẩn: sốt, rét run, đau khắp bụng. Xảy ra sau khi xoắn nang
- Có thai kèm u nang : có thể gây sẩy thai, đẻ non, gây cản trở đường đi của thai
- Ung thư: thường gây tử vong cao, bệnh nhân cảm thấy bụng to lên nhanh, cảm giác khó chịu, đôi khi có thể ra huyết âm đạo. Nếu đến muộn hơn thì

toàn thân bị ảnh hưởng: gầy, ăn uống kém, phù hai chi, bụng căng to (có dịch trong bụng) đau

– Phụ nữ sau khi mãn kinh có rong huyết chất nhầy tử cung nhiều.

2. Phẫu thuật sẽ làm gì?

- Bóc u nang buồng trứng.
- Cắt buồng trứng.
- Cắt phần phụ.
- Cắt tử cung và 2 phần phụ.

Kết luận: Khối u buồng trứng khi phát hiện cần phẫu thuật khối u để biết độ lành - ác của nó, hy vọng cải thiện được tiên lượng (trong trường hợp ung thư)

Như vậy vấn đề khám phụ khoa định kỳ hàng năm không thể bỏ qua đối với phụ nữ (độc thân + có gia đình) đặc biệt là đối tượng sau 40 tuổi. Khi đã mãn kinh nếu có chỉ định cắt tử cung, cắt cả 2 phần phụ.



MÃN KINH & LOÃNG XƯƠNG

Bác sĩ TRẦN THỊ MINH CHÂU

Phó Trưởng Bộ môn Sản

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. NHẬP ĐỀ

Xương không chỉ là cơ quan vận động mà còn là kho dự trữ bảo đảm sự ổn định nội môi trường cho một nguyên tố quan trọng ảnh hưởng đến toàn thể chức năng của cơ thể là calci.

Không kể các trường hợp bệnh lý, với thời gian xương hao mòn dần đi, trở nên yếu và dễ gãy. Gãy xương là nguyên nhân gây tử vong ở nhiều người, nhất là phụ nữ mãn kinh lâu năm.

Gãy xương do loãng xương là một bệnh lý có thể tiên đoán phòng ngừa và đôi khi điều trị được, vậy ta nên tìm hiểu:

- Thế nào là gãy xương do loãng xương ở thời kỳ mãn kinh.
- Khía cạnh dịch tễ học gãy xương do loãng xương.
- Nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh.
- Chẩn đoán.
- Yếu tố thuận lợi gây xương loãng xương.

– Xác định phụ nữ có nguy cơ loãng xương trước khi xảy ra gãy xương.

– Xử trí và đề phòng mất xương do mãn kinh và loãng xương.

1. Thế nào là gãy xương do loãng xương ở thời kỳ mãn kinh.

Loãng xương là bệnh làm tăng nguy cơ gãy xương do sự suy giảm khối lượng xương và vi cấu trúc xương làm yếu xương. Gãy xương là một biến chứng của loãng xương tương tự như tăng cholesterol máu đối với bệnh tim mạch và huyết áp cao đối với tai biến mạch máu não. Mãn kinh là sự chấm dứt chu kỳ kinh nguyệt, chấm dứt đời sống sinh sản do suy giảm chức năng buồng trứng. Tiền mãn kinh để chỉ giai đoạn buồng trứng còn sản xuất estrogen. Tiền mãn kinh bắt đầu khi xuất hiện rối loạn kinh nguyệt về thời gian hoặc tính chất kinh nguyệt, thời kỳ này có thể kéo dài 1 - 8 năm trước khi thật sự mãn kinh.

Thời gian mãn kinh:

Vì chỉ có thể nói là mãn kinh khi ít nhất không có kinh 12 tháng liên tục nên thời điểm mãn kinh là một khái niệm do hồi cứu, do đó phải có thêm khái niệm thời quanh mãn kinh để chỉ khoảng thời gian trước khi hoàn toàn chấm dứt kinh nguyệt.

Mãn kinh để chỉ thời điểm có kinh lần cuối cùng. Thời hậu mãn kinh để chỉ thời gian sau kinh lần cuối.

Buồng trứng thời mãn kinh không sản xuất hoặc sản xuất rất ít estradiol; chính sự suy giảm estrogen là nguồn gốc của các biến chứng xảy ra trong thời kỳ mãn kinh, đó là:

- Biến chứng sớm: bốc hỏa, mất ngủ, thay đổi tính tình, rối loạn tiêu tiểu, suy giảm hoạt động tình dục

- Biến chứng muộn: loãng xương, bệnh mạch vành, bệnh Alzheimer

2. Khía cạnh dịch tễ học của loãng xương.

Loãng xương bao gồm 2 yếu tố: giảm khối lượng xương và giảm chất lượng xương. Khối lượng xương được biểu thị bằng số đo mật độ xương (BMD). Để đánh giá chất lượng xương người ta phải dựa vào những khảo sát mô học trên mẫu sinh thiết xương; điều này không thể thực hiện thường quy được. Do đó Tổ chức y tế thế giới (WHO) chấp nhận định nghĩa loãng xương là sự suy giảm khối lượng xương. Định nghĩa này bao gồm hai ý:

- Nguy cơ gãy xương thấp nhất khi mật độ xương cao nhất. Điều kiện này nằm trong khoảng 20 - 40 ở người khỏe mạnh (đỉnh khối xương). Nguy cơ tương đối gãy xương cho nhóm này gọi là 1.

- Nguy cơ tương đối gãy xương sẽ tăng hai lần cho mỗi khi BMD giảm một độ lệch chuẩn. Như vậy một phụ nữ có BMD ở một độ lệch chuẩn dưới số đo trung bình của đỉnh khối xương ở người khỏe mạnh

thì nguy cơ tương đối gãy xương là 2, nếu dưới hai độ lệch chuẩn thì nguy cơ là 4. Tương quan giữa BMD và nguy cơ gãy xương là liên tục, không có ngưỡng gãy xương.

Cũng theo quan niệm này, WHO quy định:

- Bình thường: khi BMD nhỏ hơn hoặc bằng 1 độ lệch chuẩn dưới trị số trung bình của đỉnh khối xương

- Thiếu xương: khi BMD dưới trị số trung bình của đỉnh khối xương 1 - 2,5 độ lệch chuẩn

- Loãng xương: khi BMD dưới trị số trung bình của đỉnh khối xương $> 2,5$ độ lệch chuẩn

Về phương diện thực hành, đa số công nhận là khi BMD giảm < 2 độ lệch chuẩn, thì nên bắt đầu điều trị

Kết quả khảo sát của 1 nghiên cứu cấp quốc gia (NHANES III) từ 1988 - 1994 đo BMD bằng DXA ở xương đùi của dân da trắng, lấy BMD của 182 đàn ông và 409 phụ nữ tuổi 20 - 29 làm chuẩn đỉnh khối xương. Dựa theo tiêu chuẩn của WHO, đã ghi nhận được:

- 13 - 18% nữ > 50 tuổi bị loãng xương

- 37 - 50% nữ > 50 bị thiếu xương, có nghĩa đã có nguy cơ tương đối gãy xương bằng 2 lần so với tuổi trẻ hơn. Với dân số phụ nữ sống trung bình hiện nay là 83 tuổi nghĩa là tới 30 năm sau mãn kinh, các con số này nói lên gánh nặng của cá nhân

gia đình và xã hội với số ca gãy xương ở người già ngày càng cao. (NHANES: National health and nutrition examination - survey)

3. Thiếu estrogen gây loãng xương.

Khối xương tại một thời điểm tùy thuộc vào đỉnh khối xương đạt được lúc trưởng thành. Và vận tốc mất xương từ lúc trưởng thành đến hiện tại.

Xương là một mô sống liên tục, mất đi và được đổi mới xương trong một quá trình gọi là chu kỳ đổi mới xương (bone modeling). Chu kỳ đổi mới xương bắt đầu huỷ xương cũ (do osteoclast) rồi tạo xương mới (do osteoblast). Tại bất cứ một thời điểm nào, luôn có khoảng 10% xương trong chu kỳ đổi mới, số còn lại chỉ khoảng 95% xương vỏ và 80% xương xốp đang ở trạng thái ngủ. Giai đoạn huỷ xương kéo dài đến 1-3 tuần, chu kỳ đổi xương mới là 100 ngày cho xương vỏ và 200 ngày cho xương xốp, trong đó giai đoạn tạo xương chiếm 65 - 75% thời gian. Khối lượng xương được duy trì nên phần xương bị huỷ được thay thế hoàn toàn đủ sau mỗi chu kỳ hoàn tất. Nếu sự huỷ xương vượt trội sự sinh xương và nhất là vận tốc luân chuyển xương (bone turnover) càng mạnh thì tiêu xương loãng càng mau xảy ra.

Về phương diện sinh lý, 90% khối xương đạt được lúc 18 tuổi, đỉnh khối xương đạt được lúc 30 tuổi. Phụ nữ bắt đầu mất xương từ năm 35 tuổi, 0,5%/năm, giai đoạn mất xương nhanh bắt đầu 1 - 2

năm trước mãn kinh, kéo dài 5 - 10 năm: 1-2%/năm. Trong thời mãn kinh (sinh lý hoặc sự suy kém estrongen do các nguyên nhân khác) sự hủy xương ưu thế hơn sự tạo xương, đồng thời sự luân chuyển xương cũng tăng, làm khối xương suy giảm nhanh rõ nhất ở xương xốp nơi các đầu xương, đốt sống và cổ xương đùi.

Trong suốt cuộc đời, nữ có thể mất 30% xương vô (chiếm 4/5 bộ xương), mất 50% xương xốp (ở đầu các chi, đốt sống và các xương dẹp). Do đó sự mất xương nhanh của thời mãn kinh có thể dự phòng được bằng liệu pháp estrogen thay thế. Nên nhớ ngay khi ngưng liệu pháp estrogen thay thế thì sự hủy xương ngay lập tức lại xảy ra nhanh như trước khi điều trị.

4. Yếu tố nguy cơ gây thiếu xương.

Các yếu tố nguy cơ gây thiếu xương là các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành lập đỉnh khối xương lúc trưởng thành và các yếu tố ảnh hưởng đến sự mất xương trong suốt cuộc đời. Sự mất xương là hiệu số của sự sinh xương và sự hủy xương, đỉnh khối xương chủ yếu được quy định bởi di truyền. Ngoài ra yếu tố dinh dưỡng (Canxi, protein) và vận động cũng giúp cho đạt được đỉnh khối xương tối đa mà đã được quy định bởi di truyền. Các yếu tố ảnh hưởng trên sự ổn định của khối xương là:

a. Cường hormon:

– Cận giáp (nguyên phát, thứ phát).

- Tuyến giáp (thyroxin nội sinh, ngoại sinh).
- Thượng thận (cortison nội sinh, ngoại sinh).

b. Thiếu hormon:

- Estrogen: vô kinh thứ phát, mãn kinh sớm, prolactin, tiền mãn kinh nhược yên.
- Testosteron: nhược tinh hoàn.
- Vitamin D : do dinh dưỡng hoặc hấp thu kém.

c. Các yếu tố khác không liên quan đến bất thường nội tiết:

- Bệnh lý: cắt da dày, tăng canxi niệu vô căn, bất động lâu (liệt), systemic mastocytosis.
- Cách sống: thuốc lá, cà phê, ăn muối nhiều (tăng canxi niệu).

d. Thuốc dùng:

- Thuốc chống đông, cyclosporin.

5. Yếu tố nguy cơ gãy xương:

- Tiền căn gãy xương trước mãn kinh
- Tiền căn gia đình gãy xương do yếu xương (sau chấn thương nhỏ) từ một khoảng cách nhỏ hơn hoặc bằng độ cao đứng.
- Chiều cao thể trọng, tăng trọng sau 25 tuổi
- Thuốc an thần tác dụng dài
- Các nguy cơ té ngã ở người già
- Vitamin D, canxi.

6. Chẩn đoán loãng xương:

Loãng xương không cho một bệnh cảnh lâm sàng đặc biệt nào cho đến khi người phụ nữ ghi nhận biến dạng hình thể hoặc lùn đi, hoặc xuất hiện một gãy xương cổ tay, lún đốt sống hoặc gãy cổ xương đùi sau một chấn thương rất nhẹ.

Dùng kỹ thuật đo mật độ xương để đánh giá một khối xương. Có 2 câu hỏi cần được đặt ra khi có quyết định đo mật độ xương.

- Nên đo cho ai.
 - Bao lâu cần đo lại để đánh giá hiệu quả điều trị.
- Và sau đó là những vấn đề cần lưu ý :
- Kỹ thuật đo nào.
 - Diễn giải kết quả như thế nào.
 - Gợi ý nào trên báo cáo kết quả đo.

Đo BMD cho ai:

(Nên biết rằng đỉnh khối xương hoàn tất lúc 30 tuổi và sự mất xương để có thể đo được trong 5 - 10 năm sau đó).

- Phụ nữ trẻ có bệnh lý hoặc đang dùng loại thuốc có thể làm giảm khối lượng xương hoặc tăng vận tốc mất xương.

- Phụ nữ sau mãn kinh sớm có nguy cơ gãy xương, có nghĩa là việc đo BMD sẽ dẫn tới quyết định điều trị.

- Phụ nữ tiền mãn kinh có một hay hơn các nguy cơ sau:

Hút thuốc lá nhiều, tiền căn gia đình gây xương/ loãng xương, tiền căn gây xương do yếu xương, gây yếu chỉ số khối lượng cơ thể hoặc cân nặng thấp.

– Phụ nữ già chưa được đo BMD lúc 65 tuổi, đặc biệt những người giảm chiều cao và có biểu hiện gây xương do loãng xương.

– Bệnh lý giảm khối lượng xương và tăng vận tốc mất xương:

Nhược tuyến sinh dục: vô kinh, tăng prolactin máu, thiếu kinh, mãn kinh sớm, đang điều trị bằng đồng vận GnRH.

– Dùng thuốc: chống co giật, glucocortisol lâu ngày, Heparin.

– Rối loạn nội tiết về chuyển hoá: hội chứng Cushing, tăng calci niệu, cường cận giáp, cường giáp.

– Rối loạn ăn: chán ăn thần kinh, ăn dở.

– Vấn đề tiêu hoá: đau dạ dày, ruột, xơ gan, bệnh không hấp thu.

Khi nào đo lại BMD:

Tùy thuộc tốc độ mất xương và đáp ứng điều trị

– liệu pháp Estrogen (E) thay thế hoặc Alendronate sodium (Fosamax) có thể làm tăng BMD 5% trong năm đầu tiên. Đáp ứng nhanh nhất và mạnh nhất ở đốt sống, chậm và ít hơn ở cổ xương đùi rất ít hoặc không đáp ứng ở cổ tay.

- Độ chính xác của cuộc đo cũng ảnh hưởng tới yêu cầu đo lại. Đo lại ở đốt sống và cổ tay chính xác hơn đo ở cổ xương đùi.

- Nếu bệnh nhân không điều trị thì nên đo BMD mỗi 2 - 3 năm một lần trừ khi bệnh nhân đang dùng glucocortisone hoặc mang yếu tố nguy cơ mất xương nhanh.

- Để đánh giá hiệu quả điều trị nên đo ở đốt sống mỗi năm một lần.

- Tốt nhất là nên đo cùng một máy, cùng một kỹ thuật viên.

Kỹ thuật đo:

- Phim X quang chuẩn chỉ cho thấy loãng xương khi đã mất 30 - 40% khối xương và có thể cho kết quả sai do kỹ thuật đo đặc.

- DXA là kỹ thuật thông dụng nhất cho phép đo mật độ xương vùng trung tâm là những nơi đặc biệt gãy xương do loãng xương.

- Đo mật độ xương vùng ngoại vi với DXA hoặc siêu âm định lượng cho phép tiên đoán khả năng gãy xương đùi trong tương lai không giá trị bằng đo trực tiếp tại hông nhưng kỹ thuật này rẻ tiền hơn phù hợp với tuyến y tế cơ sở.

- Kỹ thuật đo BMD định lượng:

• Đo ngoại vi: DXA, QCT, siêu âm định lượng, Radiographic absorptiometry, single energy X - ray.

- Đo trung tâm: DXA, QCT

Diễn giải kết quả đo BMD

– BMD được biểu hiện bằng gram/cm^2 , xác định Tscore và Zscore

– Tscore: Đánh giá nguy cơ gãy xương, so sánh BMD của người được đo với số đo trung bình của đỉnh khối xương chuẩn tuổi 30, cùng phái. Biểu diễn bằng sự khác biệt về độ lệch chuẩn. Tscore chỉ ra BMD của đối tượng được đo so với mức độ lý tưởng. Đối tượng có BMD 1SD dưới chuẩn có Tscore = - 1. Nếu ở đốt sống 1SD = 10%. Như vậy nếu Tscore = - 1 có nghĩa là đối tượng có BMD kém 10% so với chuẩn 30 tuổi.

– Zscore: chỉ ra đối tượng bị mất xương có vượt quá sự mong đợi không (mất xương sinh lý). So sánh BMD của đối tượng bằng sự khác biệt SD.

Như thế một phụ nữ 70 tuổi có Zscore = - 1 là có BMD thấp hơn chuẩn cùng tuổi 1 SD, nhưng phụ nữ này lại có thể có Zscore = - 3 nghĩa là BMD = 3SD thấp hơn số đo trung bình của nữ tuổi 30.

WHO đề nghị dùng tiêu chuẩn sau để chẩn đoán loãng xương.

- Tscore giữa -1 và -2,5 : thiếu xương.
- Tscore < -2,5 : loãng xương.

Tscore được dùng để đánh giá nguy cơ gãy xương. Tất cả phụ nữ có Tscore < -2 nên được điều trị. Nếu phụ nữ có Tscore chỉ ra thiếu xương nên

được điều trị nếu như có kèm theo yếu tố nguy cơ mất xương nhanh.

Nhiều nghiên cứu cho thấy nếu BMD giảm 1SD thì nguy cơ gãy xương tăng gấp đôi bất kể ở xương nào hay loại gãy xương như thế nào. Dù đo BMD ở bất cứ xương nào cũng có thể chỉ ra nguy cơ gãy xương nhưng có sự khác biệt giữa vị trí xương. Ví dụ BMD ở hông thấp phù hợp với nguy cơ cao gãy cổ xương đùi hơn là BMD thấp đo ở vị trí xương khác. Tscore = -2 ở đốt sống chỉ ra tăng 4 lần nguy cơ gãy xương cổ đùi, trong khi cũng là Tscore = -2 đo ở cổ xương đùi chỉ ra tăng 7 lần nguy cơ gãy cổ xương đùi. Hầu hết các trung tâm đo BMD ở đốt sống và hông, nếu không thực hiện được mới đo ở cổ tay.

BMD ở vị trí đo cũng quan trọng nếu dùng để đánh giá hiệu quả điều trị. Hiệu quả điều trị rõ nhất ở đốt sống, ít hơn ở hông và không có ở cổ tay. Vì vậy đo BMD ở cổ tay chỉ đánh giá nguy cơ gãy xương chứ không dùng để đánh giá hiệu quả điều trị.

7. Điều trị và để phòng loãng xương:

Chẩn đoán loãng xương chỉ có giá trị khi có phương pháp phòng ngừa và điều trị. Từ nhiều năm qua liệu pháp estrogen thay thế là chủ yếu trong để phòng và điều trị loãng xương sau mãn kinh. Nhưng không phải tất cả phụ nữ mãn kinh đều muốn và đều có thể dùng estrogen, vì vậy nhiều phương pháp khác được dần dần phổ biến.

Sau khi đạt được đỉnh khối xương ở tuổi 30, nữ bắt đầu mất xương. Vậy đầu tiên là nữ phải được:

– Cung cấp canxi trong suốt cuộc đời nhất là khoảng 20 - 30 tuổi để đạt được đỉnh khối xương tối ưu: 1000mg/ngày. Phụ nữ mãn kinh không dùng estrogen thay thế thì cần 1500mg/ngày (canxi citrate hoặc carbonate trong sữa không béo)

– Lối sống: tránh hút thuốc, cà phê, rượu, nên tập thể dục có tạ ít nhất 3 - 5 lần tuần

– Liệu pháp estrogen thay thế khi bước vào giai đoạn suy giảm estrogen:

- Estrogen làm tăng BMD (nghiên cứu 3 - 5 năm)

- Lợi ích tối đa nếu estrogen thay thế bắt đầu trong vòng 3 năm đầu mãn kinh.

- Mất xương nhanh lại xảy ra ngay khi ngưng estrogen.

- Estrogen có hiệu quả ngăn mất xương nếu bắt đầu muộn, nhưng không hiệu quả bằng bắt đầu sớm (ngăn mất xương pha nhanh).

- Tần suất mới mắc gãy xương giảm với BMD tăng (giảm 50-60% nếu đã dùng estrogen thay thế $\geq$ 6 năm.

- Estrogen thay thế cũng làm tăng BMD ở người đã loãng xương (tăng rõ rệt ở đốt sống, ít ở cổ xương đùi, đáp ứng điều trị lớn nhất ở nữ đã mãn kinh càng lâu).

Estrogen thay thế phải dùng ở liều phù hợp mới có giá trị bảo vệ xương, tối thiểu là:

- ♦ Estrogen (E) liên hợp 0,625 mg/ngày.
- ♦ E₂ micronized 0,5 mg/ngày.
- ♦ E₂ qua da : 0,05 mg/ngày.

– Estron sulfate 0,625/ngày bảo vệ đốt sống nhưng không bảo vệ cổ xương đùi

• Phụ nữ còn tử cung cần dùng progesterone ít nhất 12 ngày mỗi tháng để ngừa tăng sinh nội mạc tử cung, ung thư nội mạc tử cung. Loại progestin có thể làm tăng hoặc không hiệu quả bảo vệ xương của estrogen. FDA chấp nhận dùng esterified estrongen (estrotab): 0,3 - 1,25 mg/ngày để phòng ngừa loãng xương.

• Thuận lợi khác của estrogen thay thế là làm giảm các triệu chứng liên quan mãn kinh như bốc hỏa, rối loạn giấc ngủ, thay đổi tâm tính, giảm nguy cơ ung thư đại tràng, ngăn mất collagen ở da, rụng răng, bệnh Alzheimer, bệnh tim mạch.

• Ung thư nội mạc tử cung và ung thư vú là 2 nguy cơ luôn ám ảnh bác sĩ điều trị và bệnh nhân. Ung thư nội mạc tử cung hoàn toàn có thể phòng ngừa được bằng dùng progestin, ung thư vú còn nhiều nghiên cứu đang thực hiện để rút ra kết luận liên quan giữa estrogen thay thế và ung thư vú.

• Lý do làm phụ nữ không thích dùng estrogen thay thế là xuất huyết tử cung. Thực ra xuất huyết tử

cung sẽ giảm dần và biến mất sau vài năm. Ngoài ra có Tibolon (tương tự với norethynodrel, norethisteron) không gây xuất huyết tử cung.

- Nguy cơ thuyên tắc mạch liên quan với dùng hormon, thực ra không có với estrogen thay thế liều thấp.

8. Các phương pháp khác:

Ở nữ có chống chỉ định estrogen hoặc không muốn dùng estrogen thay thế có thể dùng một trong các phương pháp sau (luôn kèm với vit.D 400 - 800 UI/ngày và calcium)

- Alendronate (Fosamax): ngăn huỷ xương, liều 5 mg/ngày; sau điều trị 2 năm có thể tăng BMD 3,5% ở đốt sống thắt lưng và 1,9% ở xương đùi; không tăng ở xương cổ tay. Nếu bệnh nhân có loãng xương rồi thì liều phải là 10mg/ngày.

- Raloxifene (Evista); là chất điều chỉnh thụ thể E có chọn lọc (SERM), liều 60mg/ngày để đề phòng loãng xương, không ảnh hưởng trên vú và nội mạc tử cung (khác với Tamoxifene). Làm giảm LDL cholesterol nhưng không làm tăng HDL cholesterol hay triglycerid do đó không có tác dụng trên động mạch vành và các hiệu ứng khác của mãn kinh. Tác dụng bất ứng là tăng bốc hỏa và tăng tần suất huyết thuyên tắc mạch sâu.

- Calcitonin salmon: 200 UI/ngày dạng xịt mũi, làm tăng BMD, đặc biệt dùng cho nữ loãng xương đã mãn kinh trên 5 năm.

– Các chất đang nghiên cứu: Biphosphonate mới, SERM mới, sodium fluoride chưa được chấp nhận, hormon cường giáp.

II. KẾT LUẬN

Đối với mãn kinh và loãng xương, các vấn đề sau đây cần lưu ý trong đề phòng và điều trị:

– Nữ phải được cung cấp canxi đủ suốt đời để có trị số BMD tốt lúc vào mãn kinh.

– Chọn lựa tốt nhất là estrogen thay thế - P thay thế (progestin giảm nguy cơ ung thư nội mạc tử cung nhưng không được làm giảm tác dụng bảo vệ xương của estrogen).

– Nữ không được hoặc không muốn dùng estrogen có thể dùng Elendronat, Raloxifene cũng bảo vệ xương nhưng không hiệu quả bằng estrogen và alendronat, lại không có hiệu quả làm mát các biến chứng sớm mãn kinh.

– Calcitonin an toàn, hiệu quả nhưng chưa được nghiên cứu đủ.

– Canxi bổ sung và vận động rất cần thiết để điều trị loãng xương nhưng không có tác dụng đề phòng loãng xương ở phụ nữ mãn kinh.

Đo BMD cho nữ tiền mãn kinh chỉ có chỉ định nếu người đó mang nhiều nguy cơ loãng xương hoặc nếu họ cần có thêm bằng chứng rõ ràng thiếu xương để quyết định cho estrogen thay thế và sau cùng đo BMD nên

làm ở nữ đang điều trị loãng xương để đánh giá hiệu quả điều trị (có thể phải thay đổi cách điều trị).

Tóm lại:

Estrogen ngăn sự hủy xương. Thiếu estrogen trong 5 - 10 năm đầu mãn kinh là nguyên nhân gây mất xương nhanh, có thể đi đến gãy xương do yếu xương. Đo mật độ xương bằng phương pháp hấp thụ tia năng lượng X2 nguồn là phương tiện chính để đánh giá khối lượng xương, tiên đoán nguy cơ gãy xương và đánh giá hiệu quả điều trị loãng xương, thiếu xương. Các thuốc khác được dùng hoặc đang nghiên cứu để áp dụng cho nữ không thể hoặc không muốn dùng estrogen thay thế Alendronate, Taloxifene, Calcitonin, fluoride, hormon cận giáp. Không phải tất cả phụ nữ mãn kinh đều bị gãy xương do loãng xương, do đó ***vấn đề phòng ngừa chính là dinh dưỡng để có một dinh khối xương tối ưu***, giảm bớt những yếu tố gây mất xương nhanh, canxi bổ sung suốt đời và vận động.

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lawrence Riggs, L.Joshep methon III - Osteoporosis: etology, dianosis and management 2th addition.
2. The second international training course on osteoporosis for industry and practioners: 1-2 May 1993 - The pathophy-
siology of osteoporosis and bone diseases.
3. The proceeding of the 8th international congress on
menopause: progress in management of the menopause.

VIÊM SINH DỤC

Bác sĩ TRẦN BÌNH TRỌNG

Bộ môn Sản

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Viêm sinh dục là một bệnh lý rất phổ biến ở phụ nữ. Hơn 1/3 số các phụ nữ đến khám tại các phòng khám phụ khoa là vì một triệu chứng có liên quan đến viêm sinh dục.

Bệnh lý viêm sinh dục có liên quan mật thiết đến các bệnh lây truyền qua đường giao hợp (sexually transmitted diseases = STD) và có thể để lại các dư chứng lâu dài như gây vô sinh, tăng nguy cơ thai ngoài tử cung hoặc đau vùng chậu mãn tính dai dẳng.

Viêm sinh dục được chia thành:

– Viêm sinh dục dưới, bao gồm:

- ♦ Viêm âm hộ
- ♦ Viêm âm đạo
- ♦ Viêm cổ tử cung

– Viêm sinh dục trên hay còn gọi là viêm vùng chậu (pelvic inflammatory disease = PID) bao gồm triệu chứng viêm nhiễm ở tử cung, vòi trứng, buồng trứng, phúc mạc vùng chậu và các cơ quan lân cận.

I. VIÊM SINH DỤC DƯỚI

1. Viêm âm hộ

Hầu hết các nhiễm trùng ở âm hộ được gây nên bởi các tác nhân lây lan qua đường giao hợp và phần lớn thể hiện dưới dạng một sang thương loét. Các bệnh lý loét sinh dục thường gặp là săng giang mai, hạ cam mềm và herpes sinh dục.

2. Săng giang mai:

Triệu chứng:

- Sau một thời gian ủ bệnh 2 - 3 tuần lễ, xuất hiện một vết sẩn đỏ 0,5 - 2cm đường kính. Vết sẩn này sẽ bị loét vài ngày sau đó, tạo thành sang thương săng giang mai. Săng giang mai thường thấy ở môi lớn, vùng chửa sau, ngoài ra còn có thể thấy cả ở cổ tử cung hoặc âm đạo. Săng giang mai có đặc điểm là có bờ rõ, hơi gồ cao, không đau, nền đỏ màu thịt tươi, đáy cứng.

- Săng giang mai thường kèm theo hạch bẹn 2 bên, cứng, không đau.

Chẩn đoán:

- Dựa vào đặc điểm lâm sàng của săng
- Tìm xoắn khuẩn dưới kính hiển vi nền đen

- Các phản ứng huyết thanh đặc hiệu (TPI, FTA, TPHA) thường chỉ xuất hiện một thời gian sau khi xuất hiện săng giang mai.

Điều trị:

- Benzathin Penicillin G 2,4 triệu đv TB hoặc
- Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày x 14 ngày hoặc
- Tetracyclin 500mg x 4 lần/ngày x 14 ngày hoặc
- Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 14 ngày.

3. Hạ cam mềm

Là một bệnh lây lan qua đường giao hợp, tác nhân gây bệnh là *Hemophilus ducreyi*, một loại trực khuẩn hiếu khí Gram (-).

Triệu chứng:

- Sau một thời gian ủ bệnh từ 3 - 7 ngày xuất hiện tại cơ quan sinh dục một mụn mủ. Mụn mủ này sẽ loét ra trong vòng 48 giờ sau đó, trở thành sang thương hạ cam mềm. Đặc điểm của sang thương hạ cam mềm là vết loét sâu, bờ không đều, thường là bờ đôi với viền ngoài màu đỏ, viền trong màu vàng, bề mặt vết loét thường có mủ. Khác với sang giang mai, sang hạ cam mềm bóp mềm và đau.

- Hạch chỉ có trong 1/3 trường hợp và chỉ ở một bên. Hạch mềm, đau, bị viêm trở thành bu-bông và có thể vỡ ra, chảy mủ và tạo thành lỗ rò.

Chẩn đoán:

- Dựa vào đặc điểm lâm sàng của sang thương sang.
- Tìm trực khuẩn *H. ducreyi* bằng nhuộm Gram: trực khuẩn có dạng hình thoi, ăn màu Gram (-), ở giữa nhạt màu còn 2 đầu sẫm màu.

– Cây trên môi trường thạch máu có chứa 4% CO₂: mọc thành chuỗi như xích xe đạp.

– Phản ứng miễn dịch huỳnh quang.

Điều trị:

– Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày *hoặc*

– Azithromycin 1g uống liều duy nhất *hoặc*

– Ceftriaxone 250mg TB liều duy nhất *hoặc*

– Ciprofloxacin 500mg x 2 lần/ngày x 3 ngày *hoặc*

– Amoxicillin 500mg + clavulanic acid 125 mg uống 3 lần/ngày x 7 ngày.

4. Herpes sinh dục:

Do Herpes simplex virus (HSV), HSV-1 thường gây mụn rộp ở miệng và chỉ thấy trong 10 - 30% các trường hợp herpes sinh dục. Ngược lại HSV-2 được tìm thấy trong 70 - 90% các trường hợp herpes sinh dục.

Triệu chứng :

– Bệnh nhân có cảm giác nóng rát, sau đó sẽ xuất hiện các mụn nước trên một mảng hồng ban. Các mụn nước trong, nhỏ bằng đầu kim, mọc thành từng chùm, thường rất đau; sau đó sẽ vỡ ra và đóng mào màu vàng xám. Sang thương thường thấy ở âm hộ, tầng sinh môn, vùng mông, niêm mạc âm đạo và cổ tử cung.

– Các triệu chứng đi kèm: huyết trắng nhiều, tiểu khó, bí tiểu, sốt ...

Tiến triển:

Các tổn thương sơ nhiễm sẽ tự khỏi sau khoảng 1 - 2 tuần nhưng thường hay tái phát (60 - 80%), cách quãng bởi một khoảng thời gian từ vài tuần đến vài năm. Triệu chứng ở các lần tái nhiễm thường ít nặng nề hơn và ít có triệu chứng toàn thân đi kèm.

Chẩn đoán:

- Chủ yếu dựa vào lâm sàng.
- Nhuộm Papanicolaou: thể ẩn trong nhân tế bào, tế bào khổng lồ đa nhân.
- Xét nghiệm miễn nhiễm huỳnh quang.

Điều trị:

Hiện nay chưa có loại thuốc nào có thể tiêu diệt được siêu vi HSV. Các loại thuốc kháng siêu vi hiện đang dùng chỉ có mục đích giảm nhẹ triệu chứng và rút ngắn giai đoạn triệu chứng lâm sàng.

- Acyclovir 200mg x uống 5 lần/ngày x 7 - 10 ngày;
(Acyclovir dạng kem bôi tại chỗ không có tác dụng nhiều trong giai đoạn sơ nhiễm)

Nếu sản phụ đang có sang thương herpes lúc chuyển dạ thì có chỉ định mổ lấy thai để tránh nguy cơ lây nhiễm cho con.

5. Mào gà (condylomata acuminata):

Là những u lành tính của tế bào thượng bì, gây nên bởi human papillomavirus (HPV) type 6 và 11, lây truyền chủ yếu qua đường giao hợp.

Triệu chứng:

Mào gà xuất hiện 1 - 3 tháng sau khi bị lây bệnh, sang thương là những nốt sùi màu hồng, không đau, có thể hơi ngứa. Sang thương mào gà thường thấy ở âm hộ, vùng quanh hậu môn, quanh lỗ tiểu, và còn có thể thấy cả trong âm đạo hoặc trên cổ tử cung.

Chẩn đoán:

Trong trường hợp điển hình, chẩn đoán dựa vào lâm sàng.

Trong trường hợp tổn thương không điển hình, cần sinh thiết để loại trừ những tổn thương ác tính của lớp tế bào thượng bì.

Điều trị:

Điều trị mào gà chủ yếu nhằm phá huỷ sang thương chứ không thể tiêu diệt được siêu vi khuẩn. Tùy theo vị trí và độ lớn của sang thương mà có thể chọn lựa một trong những cách điều trị sau: chấm podophyllotoxine 20 - 25%, chấm trichloroacetic acid, đốt nhiệt, đốt lạnh, đốt laser.

Podophyllotoxine thường chỉ dùng cho những sang thương nhỏ ở âm hộ, *chấm mỗi tuần một lần và phải rửa sạch thuốc sau 1 - 3 giờ (để lâu quá sẽ gây loét da). Thuốc không được dùng khi đang mang thai.*

Đối với những sang thương rộng hoặc nhiều nơi thường phải điều trị bằng đốt laser.

II. VIÊM ÂM ĐẠO

1. Dịch tiết âm đạo bình thường.

Bao gồm các chất tiết từ các tuyến bã, tuyến mồ hôi, tuyến Bartholin, tuyến Skènes; dịch thấm qua thành âm đạo; dịch nhầy từ cổ tử cung, niêm mạc âm đạo và vòi trứng; các vi sinh vật và các tế bào thượng bì tróc ra. Số lượng các tế bào thượng bì tróc và dịch nhầy ở cổ tử cung thay đổi tùy theo nồng độ nội tiết trong chu kỳ kinh nguyệt.

Vi trùng thường trú trong âm đạo phần lớn là các vi trùng ái khí, chủ yếu là các lactobacilli có khả năng chuyển hoá glycogen trong tế bào thành lactic acid, giữ cho pH âm đạo ở mức $< 4,5$. Nếu pH âm đạo bị kiềm hoá sẽ gây xáo trộn môi trường âm đạo, tạo điều kiện cho các vi trùng cơ hội và các tác nhân khác phát triển, gây viêm âm đạo.

Dịch tiết âm đạo bình thường có màu trắng đục, mịn như bông và thường đọng ở túi cùng sau. Phết âm đạo bình thường gồm các tế bào thượng bì, vài bạch cầu ($< 1\text{BC}/\text{TB}$ thượng bì) và các lactobacilli (trực trùng hình que, Gram +).

2. Viêm âm đạo do vi trùng

Khi môi trường âm đạo bị xáo trộn sẽ tạo điều kiện cho các loại vi trùng hiếm khí, các vi trùng cơ hội phát triển - chủ yếu là *Gardnerella vaginalis* - gây viêm âm đạo.

Nhiều nghiên cứu cho thấy viêm âm đạo do Gardnerella làm tăng nguy cơ bị viêm vùng chậu, nhiễm trùng mồm âm đạo sau cắt tử cung. Thai phụ bị nhiễm Gardnerella có nhiều nguy cơ bị vỡ ối sớm, nhiễm trùng ối, tăng nguy cơ sanh non, viêm nội mạc tử cung sau mổ lấy thai.

Chẩn đoán:

- Huyết trắng nhiều, màu vàng xám, có mùi hôi, nhất là sau giao hợp.

- pH âm đạo $> 4,5$.

- Whiff test dương tính: nhỏ 1 giọt KOH 10% vào huyết trắng sẽ bốc mùi hôi như cá ươn.

- Phết âm đạo: rất ít hoặc không có lactobacilli, ít bạch cầu, nhiều "clue cell" (là những tế bào thượng bì được bám trên bề mặt bởi nhiều vi trùng khiến cho bờ tế bào bị mờ đi). Nhuộm Gram thấy có nhiều cocobacille nhỏ.

Điều trị

- Metronidazol 2g uống liều duy nhất *hoặc*

- Metronidazol 500mg 2 lần/ngày x 7 ngày *hoặc*

- Clindamycin 300mg uống 2 lần/ngày x 7 ngày *hoặc*

- Clindamycin cream thoa âm đạo 1 lần/ngày x 7 ngày.

(Metronidazol không dùng trong 3 tháng đầu thai kỳ).

2. Viêm âm đạo do nấm

Người ta ước tính có đến 75% phụ nữ bị viêm âm đạo một lần trong đời. Tác nhân gây bệnh là vi nấm *Candida albicans*, một số ít trường hợp do các loại nấm khác như *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*

Các yếu tố thuận lợi để bị nhiễm nấm âm đạo là:

- Dùng kháng sinh phổ rộng như Penicillin, Cephalosporin, Tetracyclin ...

- Gia tăng glycogen âm đạo: hay gặp trong thai kỳ, bệnh tiểu đường, thuốc ngừa thai liều cao

- Suy giảm miễn dịch: dùng các thuốc ức chế miễn dịch, bệnh AIDS.

- Các yếu tố tại chỗ như môi trường âm đạo nóng, mặc quần bó chặt.

Triệu chứng:

- Ngứa âm hộ - âm đạo, đôi khi có cảm giác nóng hoặc tiểu rát.

- Âm hộ đỏ rực.

- Huyết trắng màu vàng đục, lợn cợn đóng thành mảnh giống như sữa đông.

Chẩn đoán:

- pH âm đạo $\leq 4,5$.

- Soi tươi huyết trắng thấy có sợi tơ nấm hoặc bào tử nấm. Soi tươi sẽ dễ thấy hơn nếu nhỏ thêm 1 giọt KOH 10% vào bệnh phẩm.

Điều trị:

- Nystatin 100.000 đv đặt âm đạo 1 viên/ngày x 14 ngày *hoặc*
- Miconazol hay Clotrimazol 100mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 6 ngày *hoặc*
- Miconazol hay Clotrimazol 200mg đặt âm đạo 1 lần/ngày x 3 ngày *hoặc*
- Clotrimazol 500mg đặt âm đạo 1 viên duy nhất *hoặc*
- Itraconazol 100mg 2 viên/lần x 2 lần uống trong 1 ngày ; 2 viên/lần/ngày x 3 ngày *hoặc*
- Fluconazol 150mg, uống 1 viên duy nhất.

Khả năng lây lan của nấm qua đường giao hợp thấp, do đó chỉ cần thiết điều trị cho người bạn tình nếu có triệu chứng viêm ngứa quy đầu hay có nấm trong nước tiểu. Trường hợp bị tái phát nhiều lần cũng nên điều trị cho bạn tình.

3. Viêm âm đạo do Trichomonas.

Trichomonas vaginalis là một loại trùng roi lây qua giao hợp và có thể tìm thấy ở âm đạo, niệu đạo, các tuyến chất nhờn ở âm hộ.

Triệu chứng:

- Huyết trắng ra nhiều, màu vàng hay xanh, loãng, có bọt, có mùi tanh.
- Có thể kèm theo triệu chứng ngứa, tiểu rát.

- Trong trường hợp nhiễm nặng, niêm mạc âm đạo và cổ tử cung ngoài có những điểm xuất huyết nhỏ lấm tấm (dạng trái dâu tây).

Chẩn đoán:

- pH âm đạo thường $\geq 4,5$.
- Soi tươi huyết trắng thấy trùng roi di động và nhiều bạch cầu

Điều trị:

- Metronidazol 2g uống 1 liều duy nhất *hoặc*
- Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày x 7 ngày

Điều trị cho bạn tình:

- Metronidazol 2g uống liều duy nhất.

III. VIÊM CỔ TỬ CUNG

Về phương diện mô học, cổ tử cung được chia làm cổ tử cung ngoài, được lót bởi lớp tế bào lát tầng; và cổ tử cung trong hay kênh cổ tử cung gồm những tế bào tuyến hình trụ. Niêm mạc cổ tử cung ngoài được xem như nối tiếp với niêm mạc âm đạo, do đó các trường hợp viêm âm đạo có thể ảnh hưởng đến cổ tử cung ngoài. Danh từ viêm cổ tử cung - hay chính xác hơn là viêm cổ tử cung trong có mủ (mucopurulent endocervicitis) - được dùng để chỉ tình trạng viêm nhiễm các tế bào tuyến của kênh cổ tử cung.

Hai tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là *Neisseria gonorrhoeae* và *Chlamydia trachomatis*. Từ 10 - 20% các bệnh nhân bị viêm cổ tử cung sẽ

diễn tiến đến viêm sinh dục trên hay còn gọi là viêm vùng chậu.

Triệu chứng:

– Viêm cổ tử cung thường không có triệu chứng lâm sàng nổi bật nào ngoài việc khám thấy có nhiều huyết trắng màu vàng hay xanh đọng nhiều ở lỗ cổ tử cung.

– Cổ tử cung có thể bị lộ tuyến, viêm đỏ, phù nề, dễ chảy máu khi chạm.

Chẩn đoán:

– Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm vi trùng học mẫu huyết trắng lấy từ kênh cổ tử cung sau khi đã chùi sạch cổ ngoài. Trên phết nhuộm Gram sẽ thấy nhiều tế bào bạch cầu (> 30 bạch cầu/quang trường $\times 1.000$). Nếu thấy có song cầu Gram (-) hình hạt cà phê trong tế bào thì có thể chẩn đoán tác nhân là do lậu cầu. Ngoài ra, có thể dùng các test miễn nhiễm huỳnh quang để chẩn đoán viêm do Chlamydia.

Điều trị :

♦ Điều trị lâu dài

- Ceftriaxone 250mg tiêm bắp liều duy nhất *hoặc*
- Spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất *hoặc*
- Ofloxacin 400mg uống liều duy nhất *hoặc*
- Ciprofloxacin 500mg uống liều duy nhất.

(Ofloxacin và Ciprofloxacin không dùng cho phụ nữ có thai, cho con bú và < 18 tuổi).

♦ *Phối hợp với điều trị Chlamydia:*

- Doxycyclin 100mg x 2 lần/ngày x 7 ngày hoặc
- Tetracyclin 500 mg x 4 lần/ngày x 7 ngày hoặc
- Erythromycin 500mg x 4 lần/ngày x 7 ngày hoặc
- Azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất.

(Doxycycline và Tetracyclin không dùng cho phụ nữ có thai, cho con bú).

IV. VIÊM SINH DỤC TRÊN

Viêm sinh dục trên hay viêm vùng chậu được định nghĩa như là "một hội chứng lâm sàng gây nên bởi tình trạng nhiễm trùng của tử cung, vòi, buồng trứng, phúc mạc và các cơ quan lân cận". Phần lớn các trường hợp viêm vùng chậu là do sự phát tán một nhiễm trùng trước đó ở âm đạo, cổ tử cung.

Tại Mỹ người ta ước tính hàng năm có 2,5 triệu người khám vì triệu chứng liên quan đến viêm vùng chậu.

Viêm vùng chậu có thể để lại những di chứng ảnh hưởng đến sức khỏe sinh sản của phụ nữ. Nếu đã bị viêm vùng chậu thì nguy cơ bị thai ngoài tử cung tăng gấp 6 - 10 lần. Bị mắc bệnh 1 lần thì 12% bệnh nhân có nguy cơ vô sinh, mắc bệnh 2 lần nguy cơ vô sinh là 25% và nếu mắc bệnh 3 lần thì nguy cơ này tăng đến 50%.

1. Yếu tố nguy cơ:

- Tuổi càng trẻ nguy cơ mắc bệnh càng cao.

- Có nhiều bạn tình.
- Giao hợp nhiều.
- Không điều trị cho bạn tình.
- Tiền căn viêm cổ tử cung.
- Tiền căn viêm vùng chậu.
- Điều trị bệnh viêm vùng chậu trước đó không đầy đủ.

• Đặt dụng cụ tử cung tránh thai có làm tăng nguy cơ viêm vùng chậu hay không? Câu hỏi này đã được nhiều tác giả nghiên cứu và kết quả rất trái ngược nhau.

2. Yếu tố bảo vệ.

Bên cạnh các yếu tố nguy cơ nêu trên, cũng có một số các yếu tố bảo vệ người phụ nữ ít bị viêm vùng chậu hơn:

- Lớn tuổi.
- Một vợ một chồng.
- Giao hợp ít.
- Các biện pháp tránh thai màng chắn (condom).
- Thuốc viên ngừa thai: người ta nhận thấy các phụ nữ dùng thuốc ngừa thai, đặc biệt là các loại thuốc có progesteron liều cao rất ít bị viêm vùng chậu. Có thể do những thay đổi ở dịch nhầy cổ tử cung khiến cho vi trùng khó xâm nhập vào đường sinh dục trên. Mặt khác, khi dùng thuốc viên tránh thai thì số ngày hành kinh và lượng máu kinh cũng

ít hơn bình thường, khiến vi trùng không có điều kiện thuận lợi để phát triển.

3. Triệu chứng lâm sàng.

Tùy theo tác nhân gây bệnh, tùy theo mức độ nhiễm trùng mà triệu chứng lâm sàng trong viêm vùng chậu rất đa dạng từ người này sang người khác, có thể chỉ là một cảm giác trần nhẹ bụng dưới ở thể nhẹ đến kích xúc nhiễm trùng trong những thể nặng. Điều này gây khó khăn cho việc chẩn đoán, từ đó dẫn đến việc điều trị không đúng mức (điều trị quá liều hoặc không đủ).

Để giảm bớt khó khăn trong việc chẩn đoán lâm sàng, tác giả Hager và cộng sự đã đề nghị các tiêu chuẩn sau đây:

Bắt buộc phải có đủ các triệu chứng sau:

- Đau vùng bụng dưới
- Đau khi lắc cổ tử cung
- Đau khi khám 2 phần phụ

Kèm với một hay nhiều triệu chứng sau:

- Nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$.
- Bạch cầu $> 10.500/\text{mm}^3$
- Có khối u vùng chậu qua khám lâm sàng hoặc qua siêu âm.
- Có bạch cầu hoặc vi trùng trong dịch chọc dò cùng đồ sau.
- Tốc độ lắng máu (VS) $> 15 - 20\text{mm/giờ}$.

- Có triệu chứng viêm cổ tử cung.

4. Điều trị:

Điều trị viêm vùng chậu chủ yếu là điều trị nội khoa với kháng sinh thích hợp. Một vài nghiên cứu cho thấy nếu bắt đầu điều trị càng sớm thì càng có cơ may tránh được các di chứng về sau của viêm vùng chậu.

Đối với các thể bệnh nhẹ, có thể điều trị ngoại trú với một trong các phác đồ sau đây:

Điều trị ngoại trú:

**** Lựa chọn 1:***

- Ceftriaxone 250mg tiêm bắp một liều duy nhất (hoặc cephalosporine tương đương)

Phối hợp với :

- Doxycycline 100mg x 2 lần/ngày x 14 ngày.

**** Lựa chọn 2 :***

- Ceftriaxone 400mg x 2 lần/ngày x 14 ngày.

Phối hợp với :

- Metronidazol 500mg x 2 lần/ngày x 14 ngày.

Đối với các thể bệnh nặng, cần cho bệnh nhân nhập viện để được theo dõi sát và điều trị tích cực hơn với kháng sinh qua đường tĩnh mạch.

Tiêu chuẩn điều trị nội trú:

- < 18 tuổi.
- Đang có thai.
- Chẩn đoán chưa rõ ràng.

- Có khối áp xe vùng chậu.
- Sốt $\geq 39^{\circ}\text{C}$ hoặc bạch cầu $\geq 15.000/\text{mm}^3$
- Không dung nạp được kháng sinh uống.
- Đang đặt dụng cụ tử cung tránh thai.
- Điều trị ngoại trú thất bại.

Điều trị nội trú:

**** Lựa chọn 1:***

- Cefoxitine 2g tĩnh mạch/ 6 giờ hoặc
- Cefotetan 2g tĩnh mạch/ 12 giờ hoặc
- Cephalosporine tương đương

Phối hợp với :

- Doxycycline 100mg tĩnh mạch/12 giờ.

**** Lựa chọn 2 :***

- Clindamycin 900mg tĩnh mạch/8 giờ.

Phối hợp với :

- Gentamycin liều đầu tiên 2 mg/Kgp tĩnh mạch.
- Liều duy trì 1,5mg/Kgp tĩnh mạch /8 giờ.

Tiếp tục đường tĩnh mạch ít nhất 48 giờ sau khi triệu chứng được cải thiện, sau đó chuyển qua Doxycycline 100mg uống x 2 lần/ngày cho đủ 14 ngày điều trị.

5. Biến chứng.

5.1. Áp xe vùng chậu:

Viêm vùng chậu nếu không được điều trị hoặc điều trị không đúng mức có thể diễn tiến đến áp xe

vùng chậu, thường là khối áp xe ở tai vòi buồng trứng nhưng một số ít trường hợp khác có thể là khối áp xe ở ruột non hoặc ruột già hay ruột thừa. Khối áp xe có thể vỡ vào ổ bụng gây viêm phúc mạc.

Điều trị áp xe vùng chậu phải dùng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch phối hợp với một loại kháng sinh có tác dụng với vi trùng hiếm khí như Flagyl. Nếu không đáp ứng tốt với điều trị nội khoa cần phải mổ cắt bỏ khối áp xe.

5.2. Đau vùng chậu mạn tính:

Một số trường hợp viêm vùng chậu tái phát có thể để lại di chứng đau vùng chậu mạn tính dai dẳng. Các trường hợp này thường ít đáp ứng với điều trị nội khoa và đôi khi phải điều trị để triệt để bằng cách mổ cắt tử cung toàn phần và 2 phần phụ.

5.3. Hội chứng Fitz - Hugh - Curtis:

Bệnh nhân bị đau vùng hạ sườn phải. Hội chứng này do viêm dính vùng quanh gan và dưới hoành phải.

Các di chứng khác: vô sinh, nguy cơ thai ngoài tử cung

6. Dự phòng.

Phần lớn các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục lây lan qua đường tình dục. Sự bùng nổ các bệnh lây qua giao hợp lại tùy thuộc vào nhiều yếu tố như văn hoá, kinh tế, xã hội v.v.... Vì vậy, để dự phòng các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục cần phải lưu ý đến một số các biện pháp sau:

- Tuyên truyền giáo dục và thông tin y tế, nhất là đối với đối tượng thanh thiếu niên về những nguy hiểm của các bệnh lây truyền qua đường giao hợp, về các hành vi tình dục có nguy cơ để mỗi cá nhân tránh được các tình huống có thể mắc bệnh.

- Đề cao nền tảng gia đình, tuyên truyền đời sống một vợ một chồng. Đây là cách tốt nhất để tránh các bệnh lây truyền qua đường giao hợp, cũng là cách tốt nhất dự phòng viêm nhiễm sinh dục.

- Đối với các quan hệ nghi ngờ, phải biết cách phòng bệnh cho mình và cho người tiếp xúc. Bao cao su là phương pháp hữu hiệu nhất.

- Đối với ngành y tế cần có chiến dịch phát hiện bệnh sớm, chẩn đoán chính xác, điều trị đầy đủ nhằm hạn chế những hậu quả của bệnh viêm sinh dục. Cần quan tâm hơn nữa đối với việc truy tìm và điều trị cho người tiếp xúc với bệnh nhân.

- Nâng cao hơn nữa vai trò tư vấn của các nhân viên y tế, không chỉ đơn thuần chỉ có nhiệm vụ khám bệnh và trị bệnh mà thôi.



CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

Phó Giáo sư, Tiến sĩ TRẦN THỊ LỢI

Phó Trưởng Bộ môn Sản

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

I. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TẠM THỜI GIAN DÀNH CHO NỮ GIỚI

1. Thuốc ngừa thai, cơ chế tránh thai của thuốc ngừa thai.

– Nhắc lại cơ chế thụ thai :

Ở người phụ nữ trưởng thành, mỗi tháng vào khoảng giữa chu kỳ kinh, sẽ có một noãn (trứng chưa thụ tinh) được phóng thích từ buồng trứng, đó là hiện tượng phóng noãn. Nếu người phụ nữ giao hợp, tinh trùng sẽ được đưa vào âm đạo, sau đó sẽ bơi qua cổ tử cung, buồng tử cung, vòi trứng và sẽ gặp noãn đang đi xuống. Vào thời điểm phóng noãn, có tất cả các điều kiện thuận lợi cho sự thụ tinh: chất nhầy cổ tử cung nhiều, trong suốt, giúp tinh trùng bơi qua dễ dàng; niêm mạc tử cung cũng ở tình trạng sẵn sàng đón nhận trứng thụ tinh đến làm tổ. Trứng thụ tinh đi qua vòi trứng, đến buồng tử cung, chìm vào niêm mạc tử cung, bắt đầu sự làm tổ.

♦ **Cơ chế tránh thai của thuốc ngừa thai:**

Thuốc ngừa thai có các tác dụng sau:

- Tại buồng trứng: ngăn cản sự phóng noãn.
- Niêm mạc tử cung trở nên không thích hợp cho sự làm tổ.
- Chất nhầy cổ tử cung trở nên đặc, ít cản trở không cho tinh trùng bơi qua.

Do tác dụng của 3 cơ chế trên, hiệu quả của thuốc ngừa thai rất cao từ 97% đến 99%.

♦ **Các loại thuốc ngừa thai:**

1.1. Viên thuốc ngừa thai kết hợp gồm cả hai *hoocmon Estrogen và Progesteron*:

Đây là loại thuốc thông dụng nhất hiện nay, được trình bày dưới hai hình thức:

- Viên có 21 viên: bắt đầu uống từ ngày thứ 3 đến thứ 5 của chu kỳ kinh, uống hết vỉ thuốc sẽ ra kinh trong vài ngày sau, bắt đầu vỉ thuốc mới 7 ngày sau khi ngưng thuốc.

- Viên có 28 viên: gồm 21 viên thuốc và 7 viên thuốc bổ. Cũng bắt đầu uống như vỉ 21 viên, có 7 viên thuốc bổ để người sử dụng tập thói quen uống đều mỗi ngày, không bị quên thuốc, khi uống hết vỉ này sẽ bắt đầu ngay vỉ khác.

1.2. Viên thuốc ngừa thai chỉ chứa một loại *hormon* (thường là *progesteron*):

- Viên 28 viên: dùng cho những phụ nữ cho con bú hoặc có lý do nội khoa khiến không sử dụng được estrogen.

- Viên thuốc dùng sau giao hợp: tên thương mại: Postinor: chứa một lượng lớn Levonorgestrel (một loại Progestogel) tối đa mỗi tháng chỉ sử dụng 4 viên, tác dụng tránh thai không cao.

1.3. Thuốc tiêm ngừa thai:

- DMPA (Depo Provera) tiêm 150mg: tránh thai được 3 tháng.

Dạng thuốc này rất tiện dụng vì chỉ cần tiêm thuốc một lần là có tác dụng tránh thai trong vài tháng, tuy nhiên thuốc có tác dụng phụ là gây ra vô kinh sau khi ngưng thuốc hoặc ra huyết dây dưa nên một số người không chấp nhận. Đây cũng là biện pháp tránh thai được khuyến khích sử dụng vì hiệu quả tránh thai rất cao: tỉ lệ dưới 1 ca có thai trên 100 phụ nữ/năm (hiệu quả 99,7% - 99,8%).

2. Dụng cụ tử cung (DCTC).

Cũng là một biện pháp tránh thai hữu hiệu.

Ngày nay, chỉ được đặt những dụng cụ tử cung có dây để tiện việc theo dõi xem DCTC còn nằm trong tử cung hay không, loại DCTC không có dây đã bị ngưng sử dụng. Ở Việt Nam hiện nay có 2 loại DCTC hiện đang được sử dụng là Multiload 375 và tcu 380A. Hai loại DCTC này đều có bọc đồng xung

quanh để tăng hiệu quả ngừa thai (tỉ lệ thất bại dưới 1%). Thời gian sử dụng tối đa của Multiload 375 là 5 năm, của Tcu 380 là 10 năm. Dụng cụ tử cung là biện pháp thích hợp cho những phụ nữ:

- Có bộ máy sinh sản bình thường.

- Có quan hệ tình dục chung thủy từ cả hai phía (những người sử dụng DCTC nếu bị bệnh lây truyền qua đường tình dục có nguy cơ cao bị viêm vùng chậu mà hậu quả vô sinh, thai ngoài tử cung, đau âm ỉ vùng hạ vị mãn tính).

- Có ít nhất một con, hoặc đã đủ số con cần thiết, muốn có một biện pháp ngừa thai lâu dài.

3. Phương pháp tránh thai phóng noãn.

Phương pháp này có tỉ lệ thất bại cao và chỉ có thể áp dụng cho những người có vòng kinh đều. Người ta dựa vào một số hiểu biết:

- Noãn chỉ có khả năng thụ tinh trong vòng tối đa 24 giờ sau khi phóng noãn.

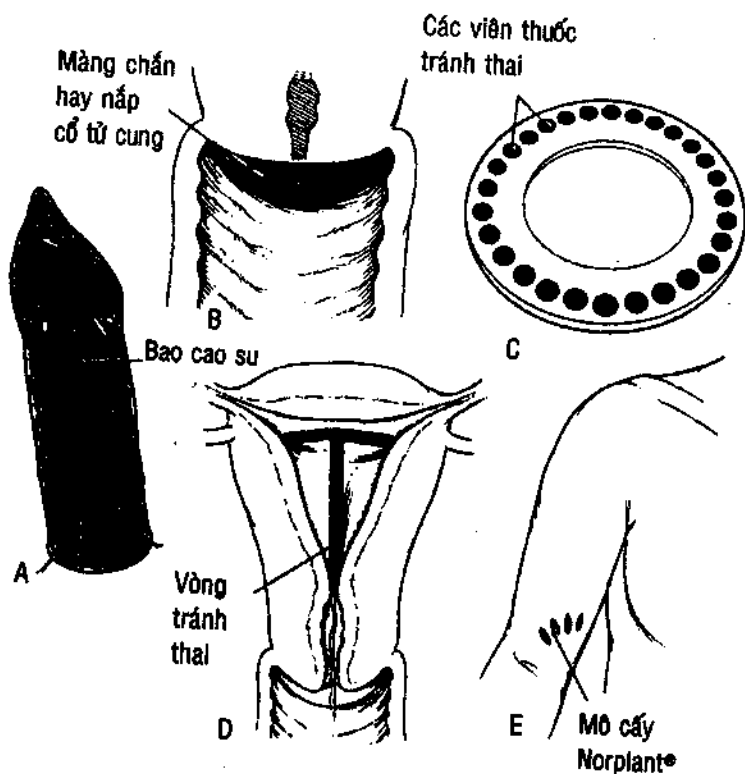
- Tinh trùng có khả năng hoạt động tối đa 72 giờ sau khi được phóng thích vào cùng đồ âm đạo.

- Thời điểm phóng noãn từ 12 - 16 ngày trước khi kỳ kinh sắp tới.

Do đó phải kiêng giao hợp từ ngày thứ 10 - 17 tính từ ngày đầu của kỳ kinh trước (nếu chu kỳ 28 ngày).

4. Thuốc diệt tinh trùng.

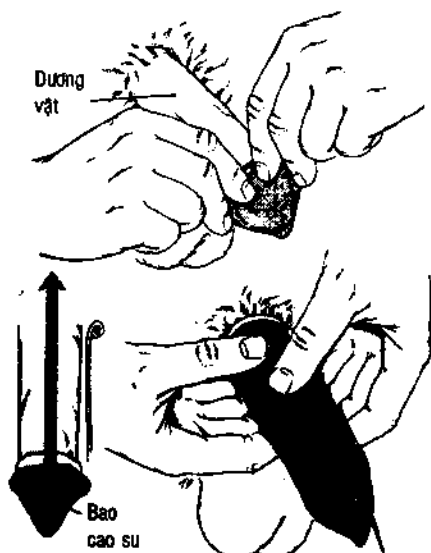
Hiện nay đang có trên thị trường một số thuốc diệt tinh trùng dưới dạng viên thuốc hoặc miếng phim đặt trong âm đạo để diệt tinh trùng. Theo sự giới thiệu của một số hãng dược phẩm thì các loại thuốc này có thể diệt cả HIV.



II. CÁC BIỆN PHÁP THÁNH THAI TẠM THỜI DÀNH CHO NAM GIỚI

1. Bao cao su.

Đây là biện pháp ngừa thai được đặc biệt khuyến khích sử dụng hiện nay, vì dùng bao cao su còn giúp phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục, trong đó có HIV/AIDS.



Bao cao su được làm bằng Latex rất mỏng, có bôi dầu trơn, là biện pháp ngừa thai hữu hiệu nếu được dùng thường xuyên.

Nói chung bao cao su có nhiều ưu điểm, không có chống chỉ định. Tuy nhiên theo một số công trình điều tra ở Bangladesh, người ta thấy ngay cả ở những người đàn ông chỉ dựa duy nhất vào bao cao su để tránh thai, cũng chỉ sử dụng bao cao su khoảng 60% các lần giao hợp.

2. Giao hợp gián đoạn:

Giao hợp gián đoạn, còn gọi là xuất tinh ngoài âm đạo là một biện pháp cổ điển, không tốn kém, được nhiều người áp dụng. Tuy nhiên biện pháp này có tỉ lệ thất bại cao.

III. BIỆN PHÁP TRÁNH THAI VĨNH VIỄN:

Triệt sản nam hoặc nữ là biện pháp tránh thai bất hồi phục, chỉ dành cho những người đã có đủ con và tương đối lớn tuổi.



XƠ NANG VÚ CÓ PHẢI UNG THƯ?

Phó Giáo sư, Tiến sĩ NGUYỄN SÀO TRUNG

Phó Trưởng Bộ môn Giải Phẫu Bệnh

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Bà N.T.A, 37 tuổi, vú có nhiều cục u, đau nhẹ khi đụng vào và thỉnh thoảng căng đau khi sắp đến ngày hành kinh. Kết quả siêu âm cho biết bà bị xơ nang tuyến vú, bác sĩ cho bà xúc kem có chứa Progesteron và uống thuốc có chứa nội tiết tố nữ liên tục trong 3 tháng nhưng không thấy chuyển biến gì. Bà A cứ lo sợ mình sắp bị ung thư vú.

Xơ nang tuyến vú - còn gọi là thay đổi sợi bọc tuyến vú, không phải là ung thư. Đó chỉ là hiện tượng thường gặp dưới ảnh hưởng của nội tiết tố nữ ở phụ nữ từ 30 đến 50 tuổi. Kết quả nhiều nghiên cứu cho biết trên 60% các cục u trong vú phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ không phải là ung thư, trên 90% phụ nữ tuổi tiền mãn kinh có xơ nang tuyến vú và được xem là một biểu hiện của quá trình lão hóa. Tuy nhiên xơ nang tuyến vú thường bị nhầm với ung thư vú vì cũng xuất hiện những cục "bướu" và thường xảy ra ở độ tuổi phụ nữ dễ bị ung thư vú nhất. Nếu có sự phối hợp tốt giữa kinh nghiệm của bác sĩ và các phương

tiện chẩn đoán như siêu âm, nhũ ảnh, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, sinh thiết ... thì tỷ lệ chẩn đoán nhầm sẽ rất thấp.

1. Nguyên nhân của xơ nang tuyến vú:

Trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt dưới tác động của nội tiết tố nữ Estrogen và Progesteron, mô tuyến vú giãn nở, giữ nước lại và căng lên, những vùng có mật độ chắc hơn bình thường sẽ cho cảm giác như "bướu". Sau khi hành kinh, các cảm giác này giảm dần rồi trở lại bình thường. Qua các chu kỳ kinh nguyệt, sự kích thích lặp đi lặp lại làm cho mô vú trở nên chắc và hình thành các nang nhỏ chứa dịch trên các ống sữa bị tắc hoặc bị giãn; nhất là ở người mất sự quân bình giữa 2 nội tiết tố nữ như phụ nữ ở thời kỳ tiền mãn kinh hoặc người thường xuyên bị stress... Khi đó, tuyến vú có những vùng bất thường tạo thành những cục "bướu" hay những mảng chắc gồ lên dưới da hoặc những hạt rất nhỏ rải rác khắp 2 vú.

Xơ nang tuyến vú thường có ở cả 2 vú, nhất là 1/4 trên ngoài và phần dưới vú. Ở phụ nữ tiền mãn kinh, các nang bị xơ có thể to lên và gây cảm giác khó chịu như bị căng tức, rất nhạy cảm khi sờ vào, có cảm giác nóng phồng và đau lặn tăn, có khi đau nhiều đến nỗi hạn chế cử động và khó nằm sấp... nhưng sau khi mãn kinh hiện tượng này thường giảm dần và mất đi. Trong một số trường hợp xơ nang tuyến vú phát triển thành nang to, tròn, chắc,

di động, chứa dịch loãng trắng đục, tạo cảm giác căng căng khi ấn lên và có thể đau khi khám. Cảm giác đau và kích thích cục "bướu" thường tăng và giảm trước và sau khi hành kinh khoảng một tuần. Loại nang này thường biến mất sau vài lần hút dịch hoặc sau mãn kinh và không chuyển sang ung thư.

2. Phụ nữ cần làm gì để phòng bệnh và phát hiện cục "bướu" ở vú?

Mỗi tháng phải tự khám vú, tốt nhất là một tuần sau khi có kinh: nếu đã mãn kinh thì nên chọn một ngày cố định trong tháng. Dùng đầu ngón tay kiểm tra toàn bộ vú 2 bên từ trên xuống dưới và cả vùng hố nách. Qua những lần đầu tự khám, phụ nữ sẽ cảm nhận và "làm quen" với mật độ mềm hay chắc hay lổn nhổn ở vú và khi có bất kỳ một sự thay đổi nào trong vú sẽ được nhận ra ngay.

Khi phát hiện có "chuyện lạ" trong vú thì cần đến bác sĩ khám và theo dõi ngay. Phụ nữ từ 30 đến 40 tuổi nên đi khám vú 3 năm/lần và từ 40 tuổi trở đi nên siêu âm hoặc chụp nhũ ảnh mỗi năm một lần.

3. Điều trị.

Tùy trường hợp cụ thể, việc điều trị có thể là:

- Theo dõi và làm giảm cảm giác đau và khó chịu tại chỗ: uống thuốc giảm đau và Vitamin E; tránh dùng thức ăn thức uống có cafein như cà phê, trà đặc, sôcôla tại chỗ, dùng nịt ngực thích hợp.

Cần lưu ý: Một số thuốc thoa có chứa Progesterone hoặc thuốc uống có nội tiết tố nữ thường không có hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc có thể gây buồn nôn, rối loạn kinh nguyệt, tăng cân hoặc nổi mụn.

- Nếu chỉ có một cục u hoặc các xét nghiệm không cho chẩn đoán rõ rệt, bác sĩ cho mổ sinh thiết hoặc làm xét nghiệm giải phẫu bệnh để chẩn đoán xác định.

- Nếu bướu là nang chứa dịch, bác sĩ sẽ rút hết dịch ra và làm xét nghiệm tế bào học để xác định rõ hơn tính chất bệnh.

- Theo dõi định kỳ 6 tháng - một năm/lần vì có khoảng 1% - 5% trường hợp xơ nang tuyến vú trở thành ung thư.



MỤC LỤC

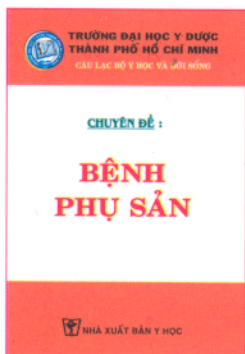


♦ Lời nói đầu	5
♦ Hiếm muộn vô sinh	7
♦ Thụ tinh nhân tạo bằng phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung	16
♦ Thụ tinh trong ống nghiệm.....	25
♦ Thụ tinh trong ống nghiệm với trứng người cho .	31
♦ Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng	39
♦ Kết luận	46
♦ Đau bụng khi có kinh	49
♦ U xơ tử cung – U nang buồng trứng khi nào cần mổ	53
♦ Mãn kinh & loãng xương	60
♦ Viêm sinh dục	77
♦ Các biện pháp tránh thai	96
♦ Xơ nang vú có phải ung thư ?	103



MỜI BẠN TÌM ĐỌC SÁCH CHUYÊN ĐỀ

Của **CÂU LẠC BỘ Y HỌC VÀ ĐỜI SỐNG**



Phát hành

QUA

416 Nguyễn

ĐT : 8322386 - 8.

E.mail : qu

chuyên đề bệnh phụ sản



1

003080

500360

11.000 VNĐ

Giá: 11.000đ