

BÁC SĨ TỐ HOÀI
(Biên soạn)

TUỔI DẬY THÌ

GIỚI TÍNH ● TRÁNH THAI ● BỆNH TẬT



NHÀ XUẤT BẢN TRẺ

Bác sĩ TỐ HOÀI

TUỔI DẬY THÌ

GIỚI TÍNH ● TRÁNH THAI ● BỆNH TẬT

Sachvui.Com

NHÀ XUẤT BẢN TRẺ

THỜI CON GÁI

TUỔI DẬY THÌ

I. SỰ CHUYỂN TIẾP DỊU DÀNG

1. Nhịp sinh học đặc trưng

Mặt trời, mặt trăng, trái đất tương tác tạo ra mưa, năng, thủy triều, tạo ra quy luật sinh học theo vụ, theo mùa, tiếp nối ngày đêm, năm tháng... Sinh vật trên trái đất, tuân theo nhịp sống nảy nở, sinh sôi... Điều đó được hiểu là nhịp sinh học (biorythm).

Cơ thể con người, một vũ trụ huyền bí, từ lâu cũng đã được dày công khám phá. Người ta tìm ra được nhiều nhịp sinh học. Ngoài nhịp thở, nhịp tim ai cũng dễ nhận ra, còn có nhiều nhịp sinh học khác. Chẳng hạn như nhịp bạch cầu cao nhất lúc 17-20 giờ; thấp nhất lúc 11-14 giờ. Nhịp huyết áp, cao vào lúc 11-12 giờ và thấp vào 23-24 giờ.

Chu trình sáng, tối và thăng giáng địa từ qui định nhịp ngày đêm. Vỡng mạc nhận ánh sáng, truyền thông tin tới nhân cận thất (qua nhân trên chéo thị giác) để tuyến Tùng điều tiết Mélatonine. Chu trình tiết Mélatonine đóng vai trò điều nhịp trong cơ thể. Sự tác động của mặt trời lên cơ thể con người vào những năm có bão từ, là những năm bệnh tật nhiều hơn cả. Dễ nhận biết là bệnh tim mạch, hen suyễn,

tâm thần...và mãn tính khác nặng lên. Có lẽ điều này được lý giải sau một khám phá mới, dưới tác động của bão từ, chức năng tuyến giáp trạng bị rối loạn, làm giảm khả năng khôi phục hệ thống miễn dịch và điều hòa nhịp sinh học ở người.

Còn mặt trăng? Vào những ngày mùng một và rằm, lực hấp dẫn của nó đã kéo nước... trong cơ thể lên não, gây tâm trạng bất thường, và tác động bệnh lý mạnh hơn mà bệnh hen suyễn là một ví dụ.

Lợi dụng thời sinh học, theo Thời châm học Đông Y, có các huyết mở theo giờ (huyết khai). Trị liệu bằng châm cứu theo thời châm, thực tế hiệu quả điều trị cao hơn.

Nghiên cứu nhịp sinh học ở người, giáo sư Hermann Swoboda (trường Đại học Viên, Áo) và bác sĩ Wilhem Fleiss (viện trưởng Viện Hàn lâm khoa học Đức), vào đầu thế kỷ XX, đã tìm ra các qui luật, diễn biến *sức khoẻ, cảm xúc và trí tuệ* con người theo chu kỳ hình sin, thứ tự 23, 28 và 33 ngày; khởi đầu từ ngày sinh. Giao điểm xung yếu trong sự chuyển pha có thể gây ra yếu mệt, kém minh mẫn... Nhờ đó giúp cho việc bảo vệ sức khoẻ và để phòng tai nạn tốt hơn.

Có một nhịp sinh học điển hình ở phụ nữ là chu kỳ kinh nguyệt.

2. Tuổi dậy thì con gái

Ý nghĩa “đời người bắt đầu từ tuổi trẻ”, mà bắt đầu hoàn chỉnh thể chất từ tuổi dậy thì. Nó là thời kỳ chuyển tiếp dịu dàng từ một bé gái lên một thiếu nữ, chuẩn bị chức năng làm mẹ. Vì vậy ở bé có sự chuyển đổi về mặt sinh học, hình thái học. Từ đó về tâm lý giới tính có sự thay đổi rõ ràng.

Vậy yếu tố nào dẫn đến tuổi dậy thì?

Trong cơ thể, tuyến nội tiết đóng vai trò cực kỳ quan trọng, liên hệ mật thiết thành hệ thống với đồi thị và tuyến yên. Nó chế tiết nội tiết tố, tác dụng trên quá trình chuyển hóa trung gian và điều hòa chức phận cơ thể bằng thể dịch.

Từ lúc sinh ra, đến năm 2 tuổi, nội tiết tố (stéroid) bé gái được sản xuất từ buồng trứng. Nhưng tiếp đó, tới 8 tuổi, đặc tính sinh dục không phát triển, nội tiết tố hướng dục được ổn định ở mức rất thấp.

Khi cơ thể tăng đủ về chất, thì có sự phát động từ hạ đồi (não), sản xuất ra Lutéinising hormone-Rélasting hormone (LH-RH) chế tiết với nhịp điệu một giờ rưỡi một lần kích thích vào tuyến yên. Tuyến yên tiết ra Follicle Stimulating hormone (FSH) cùng với LH tác động lên buồng trứng. Buồng trứng tiết nội tiết tố Estrogen và tiếp đến là Progesteron, hoạt động mang đặc tính nữ.

Tuổi dậy thì được tính từ khi nào?

Các nhà y học cho rằng sự xuất hiện kinh nguyệt lần đầu tiên, đánh dấu tuổi dậy thì, đánh dấu thời kỳ trẻ con sang người lớn.

Tuy nhiên, khi đời sống kinh tế mỗi ngày một cao, thể chất được nâng nhanh, đồng thời với tác động của yếu tố xã hội hiện đại, thì lần có kinh đầu tiên xảy ra sớm hơn, và tuổi dậy thì cũng sẽ được hạ thấp.

Theo điều tra của Viện Khoa học Giáo dục Việt Nam (VIE88/PO9) 1990 thì:

- Năm 1967 kinh lần đầu ở em gái thành phố là $15,8 \pm 1,4$ tuổi và ở nông thôn là $16,22 \pm 1,7$ tuổi.
- Năm 1972, thành phố là $14,3 \pm 1,2$ và nông thôn là $15 \pm 3,4$ tuổi.
- Năm 1988, thành phố là $13,1 \pm 1,2$ và nông thôn là $14,5 \pm 1,3$ tuổi.

Vậy là tuổi dậy thì được tính “nữ thập tam” nhưng vẫn được kể từ tuổi lên 10, nếu bé hành kinh lần đầu.

II. SỰ BIẾN ĐỔI CƠ BẢN

1. Thay đổi hình thái

Là hậu quả của biến đổi sinh học. Rõ rệt nhất ở cơ quan sinh dục. Dưới tác dụng của Estrogen:

- Vú nở đầy lên. Núm và quầng vú to ra. Tuyến vú bắt đầu hoạt động cùng với chu kỳ kinh.
- Bộ phận sinh dục: âm hộ rộng thêm và chóc xuống dưới. Lông mu (cùng lông nách) phát triển. Còn tử cung và buồng trứng to gấp bốn lần.
- Cơ thể lớn phồng phao. Chiều cao (xương) phát triển nhanh nhất. Khung chậu rộng về bề ngang. Từ sau khi có kinh nguyệt, hệ cơ phát triển tạo ra vòng eo duyên dáng.
- Tuyến bã tăng tiết làm da tươi tắn mịn màng (có thể có trứng cá). Giọng nói thanh hơn.

Sự biến đổi này không phải lúc nào cũng đồng đều. Có khi như là mất cân đối, chẳng hạn vú bên to, bên nhỏ. Và nhanh chậm còn tùy thuộc từng cá thể, theo di truyền và

nuôi dưỡng.

2. Có tuổi dậy thì bất thường

a. Dậy thì sớm

** Có thể sớm từng bộ phận*

Chẳng hạn chỉ có vú phát triển đầy đặn ở trước tuổi 12. Do tuyến vú sớm nhạy cảm với Estrogen.

Hoặc là, lông mọc sớm ở vùng mu và nách, do vùng này sớm nhạy cảm với Androgen, một nội tiết tố (mang đặc tính nam) từ thượng thận tiết ra.

** Và có dậy thì sớm toàn thể :*

Đó là hình ảnh một bé gái lớn nhanh quá mức bình thường cả về trọng lượng và kích thước. Điều này được gây ra bởi sự tăng tiết của nội tiết tố hướng dục (Gonadotrophin). Tuy nhiên phải kết hợp xem phong cách bé có bị rối loạn không? Nếu có, mới là bệnh. Nguyên do có thể nghi tới thiếu năng tuyến giáp hoặc loạn dưỡng buồng trứng đa nang. Trị bệnh, phải tìm rõ nguyên nhân nhằm ngăn chặn giới tính phụ, chống dính các sụn tiếp hợp do nội tiết tố hướng dục gây ra.

Dĩ nhiên, phải loại trừ những bé mà cha mẹ nó vốn to lớn hoặc một "hội chứng con nhà giàu" thừa thãi thức ăn!

Chuyện sẽ không có gì âm ỉ. Vì đó là dậy thì sớm thật.

Vậy mà có một sự thật đến nay vẫn còn như một điều bí ẩn trong y học. Chuyện xảy ra ở làng Andes, tỉnh Ticrapo, Peru. Người mẹ Lina Medina vừa tròn 5 tuổi 7 tháng 21 ngày, hạ sinh một con trai nặng 2700g vào ngày 14-5-1939.

Bác sĩ sản khoa Jose Sandoval đã mô tả trong cuốn sách *Làm mẹ khi mới 5 tuổi* của ông. Bé Lina hành kinh lúc hai tuổi rưỡi và mang thai lúc 4 tuổi 8 tháng. Gerardo, con trai Lina qua đời năm 1979 khi 40 tuổi vẫn không biết cha là ai.

Năm 1972, Medina kết hôn và có một con trai, sau 33 năm sinh Gerardo.

Lina sống trong mặc cảm, hoài nghi với sự im lặng phũ phàng của chính phủ Peru hoài nghi trước những tấm lòng nhân ái cao cả của nhiều người trên thế giới muốn giúp đỡ mẹ con bà.



Lina, bé Gerardo lúc 11 tháng tuổi và bác sĩ Lozada người đã mổ sinh bé (năm 1930)

* *Còn dậy thì bệnh tật?*

Là dậy thì sớm già. Cơ thể không mang đặc tính nữ mà chỉ có những dấu hiệu bất thường như giọng nói ồm ồm, trên mép lún phún lông tơ. Thường thấy dấu hiệu này ở các bệnh u tiết Androgen buồng trứng hoặc u tăng sinh thượng thận bẩm sinh.

b. *Dậy thì muộn*

Nói muộn bởi vì cơ thể còi cọc với bộ phận sinh dục phụ không có gì thay đổi ở cái tuổi mười lăm. Đợi tới tuổi 18 đi! Nếu không bước được vào hàng ngũ thiếu nữ thì bệnh có thể có nguồn gốc từ tuyến sinh dục. Chẳng hạn như hội chứng thiếu nhiễm sắc thể giới tính XO (hội chứng Turner).

Đĩ nhiên phải xem xét, bé có bị “còi” do suy dinh dưỡng không? Hoặc đã chữa bệnh bằng xạ trị, hóa trị liệu, vào vùng đầu, vùng buồng trứng không? Hay tại cha mẹ cũng còi?

III. THỜI CON GÁI ĐÃ TỚI

1. Sự đối lập đồng nhất

Ở tuổi dậy thì, các em có giai đoạn mất cân bằng về hình thái và tâm lý. Có thể do tăng trưởng quá nhanh về thể chất dưới tác dụng của nội tiết tố làm cho các bộ phận của cơ thể phát triển không đều. Cơ tim phát triển đột xuất, buồng tim nở to. “Chiếc xe máu” không chở kịp nguyên liệu để xây dựng tế bào, nên “nhà máy tim” phải hối hả hoạt động: đập nhanh, bóp khoẻ mà vẫn thiếu máu cục bộ. Hoạt động đó gây ra tiếng kêu thiếu máu (souffle systolique). Các xoang tĩnh mạch não thiếu máu dự trữ, nếu thay đổi tư thế nhanh sẽ gây

chóng mặt, nhức đầu. Khi hưng phấn ở vỏ não mạnh thì quá trình ức chế có điều kiện suy giảm. Mâu thuẫn đó làm cho các em không làm chủ được mình biểu hiện bằng cơn xúc động mạnh mẽ (ở nữ) hoặc những phản ứng vô cớ, hành vi bất thường (ở nam).

Mặt khác, do phát triển thể chất chưa hoàn chỉnh nên tư duy chưa hoàn thiện. Sự hưng phấn có tính chất lan toả, các dữ kiện chưa đầy cho một sự tập trung không đủ. Chính vì vậy các em dù cố thể hiện người lớn thì cũng không sao che kín được cái trẻ con hiện trên gương mặt non tơ.

Sự đối lập của hai cơ thể “người lớn” và “trẻ con” trong một cơ thể dậy thì là mâu thuẫn đồng nhất để phân hóa “cái tôi”. Thái độ tư duy dù mới chỉ ở mức ban đầu, nhưng chúng tỏ cho sự “tách đôi cái tôi”, để vừa loại bỏ, vừa hình thành. Sự tách đôi này đánh giá khả năng ý thức của các em đã hình thành và phát triển. Nó có một vai trò quan trọng trong phát triển nhân cách với các em vượt qua những mâu thuẫn khi tâm lý chưa ổn định, sự giúp đỡ là cần thiết để các em làm chủ bản thân mình trong hình thành nhân cách.

2. Mâu thuẫn bộc lộ

Nội tiết tố giới tính tạo nên sự rung cảm mới ở bé. Một cảm xúc giới tính được hình thành. Đó là sự thiện cảm với bạn trai được nâng lên. Trong cái tươi trẻ hồn nhiên chứa cái thận trọng kín đáo. Muốn che giấu cảm xúc của mình trước bạn trai nhưng lại thể hiện bằng sự ồn ào nên bộc lộ sự ngưỡng ngùng e thẹn. Có thể có một chút gằn gỏi, một chút quan tâm, một chút nhưng nhớ mơ hồ và, mong được cảm tình đáp lại, dù chỉ là nụ cười trêu mếu hay một lời nói dịu

dàng.

Điều này giúp cho em gái thêm duyên dáng, lịch thiệp, tế nhị hơn lên. Nó thúc đẩy sự phát triển nhân cách tốt hơn, tạo ra mối quan hệ lành mạnh trong tình yêu, tình bạn. Song trước rung cảm đó, cũng dễ bị kích thích nhu cầu sinh lý theo bản năng. Nếu không được giáo dục đúng cách, có thể sẽ tạo nên cơn thèm khát dục vọng, bị cuốn hút vào con đường tình ái buông thả.

3. Kháng định mình

Phát triển thể chất, bé gái được phát triển tư duy. Sự lớn về hình vóc khiến em ý thức mình đã là người lớn và đòi hỏi được đối xử như người lớn. Vì thế, em càng chứng tỏ để khẳng định giá trị mình.

Tuổi dậy thì, đưa em tới thế giới bên ngoài mà em muốn kháng định. Đó là sự quan tâm đến vẻ đẹp của mình, thích ngắm mình, một vẻ đẹp thân thể. Muốn được làm đẹp, từ cách chưng diện, nói năng mang hàm ý kiêu cách khoe mình. Dù vô tình hay hữu ý đều nhằm cho người khác chú ý đến mình.

Để kháng định mình, em gái thường muốn đi sâu vào bản thân, về một khả năng nào đó. Khác với em trai, đôi khi bốc đồng, làm những việc quá khả năng mình, thất bại thì chán nản. Nhưng em gái có lòng tự ái cao, biểu hiện nội tâm với một thế giới tình cảm bằng những kỷ niệm và ước mơ...nhiều khi khơi dậy được đức tính tốt cho định hướng tương lai. Và ngay cả sự hiếu thắng, ganh đua có trong em gái cũng là thể hiện một ý thức đi tới thành công.

Xem thường hay cho rằng các em vẫn còn như một đứa trẻ là lý do dẫn đến hòa khí không bình thường trong gia đình. Vì thế, người lớn cần tôn trọng, hiểu rõ tâm lý đồng thời có yêu cầu cao với các em. Tôn trọng và yêu cầu cao là nguyên tắc quan trọng trong mối quan hệ mà người lớn đang dẫn dắt các em qua cầu từ trẻ con bước sang người lớn.

Cuộc đời là cái thang không có mấu chốt. Muốn leo cao phải bắt đầu từ mấu thấp, từng nhip đi lên.

KINH NGUYỆT

I. SỰ HÌNH THÀNH KINH NGUYỆT

1. Cơ chế phát động

a. Chu kỳ phóng noãn

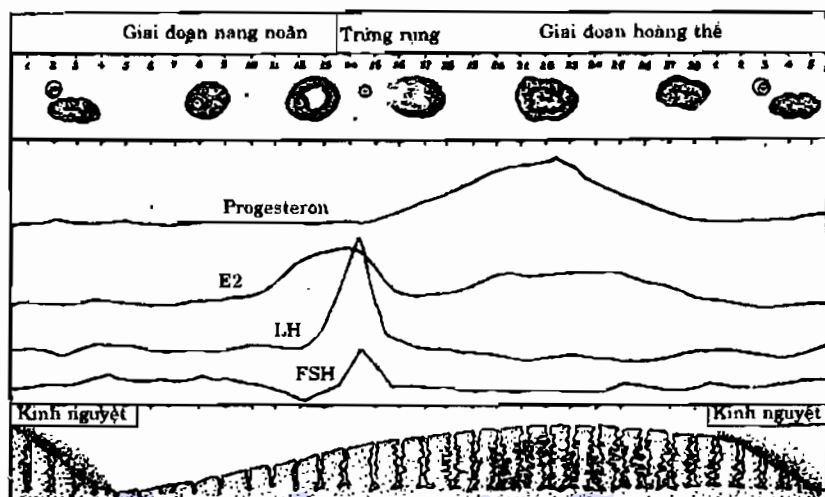
Được nghỉ ngơi từ khi sinh ra đến tuổi dậy thì, khi cơ thể biến đổi về chất, hạ đồi tuyến yên tiết loại nội tiết (LH-RH) phát động, buồng trứng mới bắt đầu hoạt động.

Bắt đầu một chu kỳ, có tới 20 nang trứng phát triển. Nhưng rồi nó teo dần chỉ còn một nang trứng chiếm ưu thế. Trên thực tế, hầu hết chỉ có một nang trứng rụng (rất hiếm hai). Đó là sự lựa chọn giành ưu thế trưởng thành mang tính sinh tồn. Vì nang trứng ấy đáp ứng được khả năng tụt nồng độ của FSH.

Trứng rụng khi nào?

Khác với động vật như thỏ, mèo, chuột... động tác giao cấu gây phản xạ tiết LH làm vỡ vỏ nang làm trứng rụng. Ở

người, trứng rụng một cách rất âm thầm. Theo tiến triển của chu kỳ, tuyến yên tự giải phóng ô at LH đến cực đại rồi đột ngột giảm tiết, gây đáp ứng trứng rụng.



Sự thay đổi tương ứng từng ngày ở nội mạc tử cung, nang noãn và hormon.

Trứng rụng, nang noãn bị xẹp. Bề mặt buồng trứng hình thành màu vàng nhạt, gọi là thể vàng. Thể vàng (hoàng thể) tiếp tục tiết ra Estrogen và Progesteron. Hai hormon này ức chế tuyến yên tiết LH và FSH. Nếu có thai, hoàng thể tổ lại có tác dụng giữ cho nội mạc tử cung không bong, nên không có kinh nữa.

b. Chu kỳ kinh nguyệt

Nội mạc tử cung có cấu trúc một hệ thống tuyến và mạch máu ngoằn ngoèo chịu tác động của nội tiết tố biểu hiện theo chu kỳ kinh.

Khi nang trứng tiết ra Estrogen với nồng độ tăng dần thì lớp tuyến ở bề mặt nội mạc được phát triển và chịu nhiều biến đổi. Các ống tuyến được tái tạo và tăng trưởng. Sau trứng rụng, hoàng thể tạo ra Progesteron thì mạch máu cùng ống tuyến phát triển nhanh, ngoằn ngoèo và chế tiết Glycogen. Các mô đệm phù nề. Bề dày niêm mạc tử cung tăng dần đến 10mm vào ngày thứ 24 trong chu kỳ 28 ngày. Rồi đột ngột nội mạc mỏng đi bởi sự hấp thu gian bào và chuẩn bị cho cuộc hành kinh.

Chu kỳ kinh nguyệt ngắn nhất 21, dài nhất 40, trung bình 28 ngày.

2. Hành kinh

Là máu tử tử cung chảy ra hàng tháng mang tính chu kỳ. Nó phản ánh hoạt động của cả buồng trứng và của tử cung. Trong hành kinh, nội mạc co giãn từng nhịp một phút, cách nhau 3-5 phút để đẩy niêm mạc bong và máu kinh ra. Sau khi niêm mạc bong, lớp nền được tái tạo ngay, đến khi hết kinh lớp nền được tái tạo hoàn toàn và bắt đầu tăng sinh của niêm mạc.

Số lượng máu chảy độ 100 – 200ml . Nhiều dần từ ngày thứ 2, ít dần từ ngày thứ 3-4. Màu đỏ thẫm. Không đông. Một đợt kéo dài 3-5 ngày, có khi 6-7 ngày. Trong chất dịch ấy chứa các thành phần máu, tế bào bong bộ phận sinh dục, chất nhầy, vi khuẩn..

Vậy điều gì làm nên nhịp điệu này?

Đó là nội tiết tố nữ!

II. NỘI TIẾT TỔ NỮ LÀ GÌ?

Là sản phẩm chế tiết từ những tuyến nội tiết, góp phần quan trọng điều hòa các nhịp sinh học nói chung trong cơ thể. Ví dụ thúc đẩy quá trình tổng hợp chuyển hóa đạm, đường, mỡ, nước...đặc biệt, tham gia duy trì giới tính nữ, kinh nguyệt..

Trong cơ thể có hai loại tuyến nội tiết:

- Loại chỉ tiết ra nội tiết tố như tuyến yên, tuyến thượng thận.
- Loại tiết cả nội tiết tố lẫn ngoại tiết như tuyến tụy, buồng trứng.

Buồng trứng chế tiết nội tiết tố Estrogen, Progesteron và trứng. Thời kỳ trước khi trứng rụng gọi là pha nang noãn; sau đó gọi là pha hoàng thể. Ta hãy quan sát một vài nội tiết tố đặc trưng.

1. LH-RH

Nguồn gốc:

Chế tiết ở hạ đồi (não) từ các neurone của nhân Arqué.

Nhiệm vụ:

Kích thích tuyến yên tiết ra hormon FSH và LH.

Hoạt động:

Khi trứng chưa rụng, LH-RH giải phóng từng lượng nhỏ 1-1,5 giờ và gia tăng trước khi trứng rụng. Khi trứng rụng rồi, nhịp tiết chậm hơn khoảng 4 giờ một lần.

Đặc biệt, trong chế độ ăn uống kém, suy dinh dưỡng,

hormon này không được tiết theo nhịp bình thường, hiện tượng dậy thì sẽ không xảy ra. Kèm theo, thấy tử cung và buồng trứng không phát triển.

2. FSH

Nguồn gốc:

Là Glycoprotein có phân tử lượng 51.000, từ tuyến yên, dưới tác động của LH-RH.

Nhiệm vụ:

Giúp nang noãn phát triển.

Tác động vào tế bào hạt, thực hiện quá trình thơm hóa androgen tạo ra Estradiol (E2).

Hình thành các thụ thể với LH.

Hoạt động:

FSH tăng tiết từ tuổi 11, ổn định vào tuổi 13. Trong chu kỳ kinh được tiết nhiều ở đầu chu kỳ, tạo được một đỉnh (đồ thị hình trang 13) rồi giảm trước khi rụng trứng và tiếp tục hạ thấp dần sau rụng trứng. Nên gọi là hormon phát triển nang noãn. Định lượng FSH trong nước tiểu (hoặc huyết tương) có thể nhận biết sự khác thường và bệnh tật.

Ví dụ định lượng nước tiểu trong 24 giờ: Bình thường ở pha nang noãn và pha hoàng thể: 1-18 mIU. Pha rụng trứng: 16-35 mIU và khi mãn kinh: 50-300 mIU.

FSH tăng, gặp trong dậy thì sớm do đôi yên, hội chứng Turner, Morsier, Klinefelter XXY, loạn sản, có thai, K nhau, do xạ trị, uống thuốc Clomifen.

FSH giảm trong:thiếu năng hạ đồi, mãn kinh, dùng thuốc Estrogen.

3. LH

Nguồn gốc:

Từ tuyến yên. Là một Glucoprotein có phân tử lượng 40.720.

Nhiệm vụ :

Kích thích nang trứng chín. Thúc đẩy tế bào vỏ tiết Androgen.

Thúc đẩy trứng rụng và bài tiết Estrogen, Progesteron.

Hoạt động:

Xuất hiện sau FSH khoảng 2 năm với liều lượng thấp. Còn trước khi trứng rụng, LH tăng đột ngột báo tín hiệu rụng trứng (*đồ thị hình trang 13*). Vì thế LH gọi là hormon của sự phóng noãn. Lợi dụng đặc tính này người ta làm que thử (test) để tìm thời gian rụng trứng .

Cũng có thể tìm LH trong nước tiểu (hoặc huyết tương) để tìm hiểu bệnh tật.

Ví dụ ở nước tiểu trong 24 giờ: Bình thường pha nang noãn : 5 - 45mIU, pha rụng trứng: 40 - 150mIU. Pha hoàng thể 20 - 45 và mãn kinh 4 - 20mIU.

Tăng trong suy sinh dục (kể cả mắc phải). Klinefelter, dùng thuốc Clomifen.

Giảm trong suy tuyến yên, hạ đồi-yên. Sự thiếu hụt LH và FSH ở trước tuổi dậy thì sẽ biểu hiện vô kinh. Hoặc do

dùng nội tiết tố Estradiol..

4. Etrogene

Nguồn gốc:

Là steroid, có nhân cyclo pentano perhydrophenantronic; sản phẩm thơm hóa các Androgen tại tế bào hạt nang noãn, dưới tác động của FSH. Và được chế tiết ngay trong pha hoàng thể và nhau thai (E_1 và E_2)

Nhiệm vụ chính:

Tham gia chuyển hóa đạm, đường, mỡ... điều hòa biệt hóa và phát triển cơ quan sinh dục.

Làm niêm mạc tử cung dày lên, chặm bong và tích lũy Glycogen.

Nuôi dưỡng tuyến sinh dục, niệu đạo, môi bé... Điều hòa tiết dịch cổ tử cung, co thắt và hé mở lỗ cổ tử cung.

Giữ và phát triển thai nhi.

Hoạt động:

Lưu hành trong huyết tương dưới 3 dạng có thể hoán đổi nhau :

- 17B estradiol (E_2)
- Estron (E_1 , Folliculin)
- Estriol (E_3)

Chui qua màng tế bào vào nhân sao chép ADN và tăng tổng hợp ARN.

E_2 tạo nên sự phân hồi ức chế tuyến yên (négative

feedback mechanism) ở đầu chu kỳ kinh và kích thích vào thời điểm trước khi trứng rụng. E_2 tăng dần tạo đỉnh, sau trứng rụng thì giảm dần.

Thải qua đường tiểu ở dạng phenolsteroid-niệu, bình thường thấy:

- Ở 9 tuổi, rất thấp.
- Trong kỳ kinh: Ngày thứ 10-12 ~20 μg

Ngày thứ 12-16 đỉnh 40-80 μg .

- Khi mang thai, rất cao ở tuần thứ 5: ~150 μg /NT24.(nước tiểu 24 giờ)
- Mãn kinh: tăng rồi giảm dần theo tuổi.

Bệnh tật phản ảnh qua xét nghiệm Estrogen thấy:

Tăng trong: U buồng trứng.

Giảm trong: Suy buồng trứng. Mang thai, nếu Estrogen niệu <120 μg /NT24, nghi tới nguy cơ dọa sẩy thai.

5. Progesteron

Nguồn gốc:

Là steroid có 21 carbon, được chế tiết từ 2 loại tế bào hạt của hoàng thể. Và từ nhau thai từ tháng thứ 2.

Nhiệm vụ:

Cùng Folliculin, chuẩn bị nội mạc tử cung cho phôi làm tổ.

Kháng Estrogen, ngăn tăng sinh nội mạc tử cung. Giảm co thắt sinh dục phụ. Kháng Androgen tăng thải muối, tăng

thân nhiệt..

Thúc đẩy phát triển nang tuyến sữa.

Làm mỏng niêm mạc âm đạo cho tế bào dễ tróc.

Ức chế nội tiết tố hướng dục.

Hoạt động:

Vào tế bào rồi tới nhân, liên kết với chromatin sản xuất ra ARN thông tin để tổng hợp protein cho tế bào.

Là hormon của hoàng thể, vì thế, nếu :

- Trứng không được thụ tinh. Hoàng thể chỉ tồn tại 12-14 ngày. Trên đồ thị hình trang 13, do tác dụng phản hồi ức chế hạ đồi dẫn tới giảm nhịp độ phát triển nang noãn ở buồng trứng. Lượng Progesteron trong huyết tương được ghi nhận như sau (đơn vị đo $\mu\text{g/L}$):

Ở trẻ em < 0,20; mãn kinh 0,16-0,48.

Pha nang noãn 0,17 - 1; pha rụng trứng 0,5 - 3; pha hoàng thể 3 - 26.

- Trứng thụ tinh, hCG (tiết từ nhau) tác động, Progesteron được chế tiết 3 tháng đầu từ hoàng thể. Còn các tháng tiếp, do nhau và bào thai tiết ra để giữ thai. Sau đây là ghi nhận lượng Progesteron khi mang thai (đơn vị đo μg) : Ở 3 tháng đầu 20 - 40; 3 tháng giữa 30 - 115; 3 tháng cuối 75 - 200.

- Dạng tự do, chuyển hóa ở gan và 60% thải dưới dạng pregnandiol (PGD) qua thận.

Tăng trong : U nang buồng trứng, K nhau thai hoặc u vô thương thận.

Giảm trong : Thiếu năng buồng trứng, mãn kinh, thiếu năng nhau thai, thai chết lưu, sản giật.

6. Prolactin. (PRL, Luteotropic hormon, LTH...)

Nguồn gốc:

Là polypeptid, phân tử lượng 23.000, được tiết ra từ thùy trước tuyến yên .

Nhiệm vụ:

Phát triển tuyến vú. Sản xuất sữa. Gây vô kinh.

Hoạt động:

Lượng prolactin cho tới 12 tuổi, đạt được như người trưởng thành.

Trước tuổi dậy thì và mãn kinh : $5,25 \pm 3,35 \mu\text{g/l}$. Ở chu kỳ kinh tăng dần tới $\leq 18 \mu\text{g/l}$.

Khi có thai, tăng dần đến gấp 10 lần lúc sinh.

Lượng prolactin được tiết lớn nhất khi cho con bú, tối đa sau bữa bú 30 phút.

Nếu lượng PRL quá cao sẽ làm giảm Estrogen, gây khô âm đạo, giảm ham muốn tình dục, loãng xương... PRL huyết tăng còn cho biết các u lành tính của tuyến yên, hạ đồi (*xem thêm bệnh về vú*).

7. HCG (hormone chorio gonadotrophique)

Nguồn gốc:

Là Glycoprotein, do hợp bào lá nuôi nhau thai tiết ra. Nhưng được nhắc tới như một phần cần thiết trong chẩn

đoán thai sớm bằng độ nhạy của β -hCG.

Nhiệm vụ:

Giữ gìn hoàng thể.

Có chức năng trong chuyển hóa tuyến sinh dục phôi.

Có thể có vai trò ức chế phản ứng miễn nhiễm trong sự tạo phôi mà tinh trùng là một dị nguyên.

Theo dõi diễn tiến của hCG trong huyết tương giúp chẩn đoán thai sớm, tiên lượng sảy thai, thai ngoài tử cung và cả việc tìm dị thường nhiễm sắc thể 21 vào tuần thứ 16-18 (bệnh Down).

Như vậy nguyên nhân rối loạn kinh nguyệt, cuối cùng là rối loạn nội tiết nữ. Điều chúng tỏ khi mãn kinh không còn rối loạn nữa!

III. RỐI LOẠN KINH NGUYỆT

Có nhiều dạng và do nhiều nguyên nhân khác nhau. Chẩn đoán nguyên nhân là việc khó, cần thời gian, kinh nghiệm, có khi phải điều trị thử...mới tìm ra được.

1. Đau bụng khi hành kinh (thống kinh, Dysménorrhée)

Gặp tới 30%. Có khi đau xoắn xít, nhưng có khi chỉ lâm râm một vài ngày. Cái đau không giống nhau.

Tại sao đau?

Đau như ở những em gái mới hành kinh lần đầu thường do tư tưởng sợ đau. Đau này gọi là *thống kinh nguyên phát*.

Còn đau có nguyên nhân như u xơ tử cung, lạc nội mạc tử

cung... làm co thắt tử cung, cổ tử cung, gọi là *thống kinh thứ phát*. Các mạch máu co thắt để cầm máu, hoặc chính tử cung sinh ra các chất như prostaglandin hay menotoxin... gây đau. Hoặc do cả 3 yếu tố trên.

Phòng và giảm đau:

Làm giảm cơn co thắt bằng thuốc Alverin (spasmaverin 40mg x 2 viên), hoặc Drotaverin (no-spa 40mg x 2 viên) hoặc Diclofenac 50mg x 1 viên, cho một lần uống.

Cao (viên) ích mẫu có tính chất hoạt huyết, hóa ứ, dùng trong bế kinh (kinh không thông), rong kinh (do huyết ứ), thống kinh, điều hòa kinh nguyệt, dùng 1-2 tháng có tác dụng tốt.

2. Đau trước khi có kinh (tiền kinh)

Trước hành kinh dăm ba ngày, thấy khó chịu, căng, đau đầu, bụng, vú hoặc như phù... nhưng khi hành kinh các dấu hiệu này tự nhiên mất.

Tại sao?

Có thể do prostaglandin sinh ra từ tử cung, tăng cao. Nhưng có ý kiến cho rằng, giữa Estrogen và Progesteron thiếu sự cân bằng.

Làm giảm đau bằng an thần nhẹ, liều thấp: Rotunda, Seduxen..

Hoặc dùng Progestogen (Duphaston) từ ngày thứ 16 đến ngày thứ 25 của chu kỳ kinh.

3. Rong kinh (ménorragie)

Là hành kinh kéo dài hơn bình thường (7-8 ngày).

Tại sao?

Rong kinh ra nhiều máu gọi là cường kinh. Với các em ở tuổi dậy thì, các chị tiền mãn kinh, do tăng Estrogen tương đối (ức do thiếu Progesteron). Ngoài ra, có thể do bệnh như rối loạn đông máu, rối loạn vận mạch, hoặc do tăng sinh nội mạc, viêm nội mạc, hay u xơ tử cung.

Hướng trị liệu chung cho dạng cường kinh là tránh để kéo dài tình trạng thiếu máu suy nhược cơ thể. Dùng Progesteron khống chế Estrogen ở nửa sau chu kỳ kinh.

Tuổi mãn kinh điều trị bằng nội tiết ít kết quả. Thường can thiệp phẫu thuật.

Song có dạng rong kinh chỉ ra rất ít, gặp ở người kinh thưa... thường do thiếu Estrogen. Hướng trị liệu là dùng nội tiết tố kết hợp sau khi thăm dò tế bào âm đạo.

4. Rong huyết

Là máu chảy ra qua đường sinh dục bất cứ thời gian nào, kể cả lúc mang thai.

Tại sao?

Khoảng 25-30% do bệnh ác tính đường sinh dục, như u, bướu. Tiếp đến là viêm loét, lao sinh dục, chấn thương.

Ở thời mãn kinh, tự nhiên máu chảy, thì 50% nghi tới UNG THƯ bộ phận sinh dục.

Khi mang thai mà rong huyết, phải quan tâm tới nguy cơ sảy thai. Sau đó kể đến các bệnh khác như rối loạn đông máu, suy gan.

Ngoài ra, còn gặp sau nạo, hút thai, đặt vòng, dùng thuốc chống đông...

Hướng trị liệu chung, nếu chảy máu cấp phải hạn chế đi lại. Báo cho bác sĩ tìm mọi cách cầm máu, ngăn chặn nguy cơ sảy thai (nếu có). Tìm nguyên nhân xử lý triệt để.

5. Vô kinh

Là lâu ngày, không có hành kinh.

Tại sao?

Có loại *vô kinh nguyên phát* ở người dậy thì muộn.

Có loại *vô kinh thứ phát* ở người đã hành kinh, mà hơn 3 tháng không thấy kinh.

Những người mang thai, nuôi con bú, học sinh gái trước kỳ thi, vận động viên trước kỳ tranh giải... dạng này là *vô kinh sinh lý*. Kinh tự trở lại bình thường.

Những người không có âm đạo, cổ tử cung bị bịt, màng trinh không thủng... máu kinh không ra được, gọi là *vô kinh giả*. Chỉ cần rạch, nong... thông đường ra là ổn.

Có thể *vô kinh do bệnh tật*. Vô kinh nguyên phát gặp ở người trẻ. Vô kinh thứ phát gặp ở người trên 30 tuổi. Nguyên nhân có rất nhiều. Một thống kê cho thấy tỉ lệ phần trăm (nguyên phát và thứ phát) như sau:

Suy buồng trứng (%) :	36 và 29
Thiếu năng sinh dục và hướng dục tố:	34 và 0
Buồng trứng đa nang:	17 và 30
Suy tuyến yên:	4 và 2

Tăng prolactin máu:	3 và 14
Trọng lượng cơ thể:	2 và 19
Dị dạng sinh dục:	4 và 0
Nguyên nhân khác:	0 và 6

Hướng trị liệu:

Với vô kinh nguyên phát, phần lớn vô kinh cơ hội, kể cả người trưởng thành (20 – 21 tuổi) điều trị tích cực vẫn trở lại bình thường.

Với vô kinh thứ phát phải tìm nguyên nhân mới điều trị trả lại kinh kỳ bình thường được.

6. Một số dạng rối loạn kinh nguyệt khác

a. Đa kinh (kinh mau, kinh dày, polyménorrhée)

Chu kỳ kinh dưới 21 ngày. Do nang trứng trưởng thành nhanh, rút ngắn giai đoạn phát triển.

Trị liệu dùng Estrogen cho nửa đầu chu kỳ kinh, rồi dùng Progesteron cho nửa cuối chu kỳ.

b. Kinh thưa (oligoménorrhée)

Chu kỳ kinh trên 35 ngày (cơ chế ngược với kinh dày). Có thể không cần điều trị.

c. Kinh ít

Là khi hành kinh, lượng máu ra rất ít. Có thể nội mạc tử cung kém phát triển. Có khi lòng tử cung bị dính. Hoặc nguyên do từ buồng trứng. Phải tìm rõ nguyên nhân để điều trị.

7. Có một vòng kinh không rụng trứng

Đó là những kỳ kinh đầu tiên bạn mới chạm vào tuổi dậy thì hoặc là, chớm sang “cái nắng xế chiều”! Nếu chu kỳ kinh dài (6 tuần đến 6 tháng mới có một lần) thì có thể không có rụng trứng hoặc trứng rụng không đều. Thực tế có khoảng 1/10 các vòng kinh không rụng trứng.

Sự can thiệp của thuốc nội tiết, làm cho niêm mạc tử cung đáp ứng sinh kinh mà không cần rụng trứng. Thuốc tránh thai là một ví dụ ức chế rụng trứng nhưng người phụ nữ vẫn hành kinh. Uống đều đặn, vòng kinh trở về 28 ngày.

Đặc điểm những kỳ kinh này không khác những kỳ kinh có rụng trứng nên ta không nhận biết được. Có chăng không thấy đau bụng kinh. Hoặc có thể biết được trứng không rụng bằng phương pháp đo thân nhiệt dựa trên nguyên lý Progesteron ở nửa sau chu kỳ sau gây tăng nhiệt cơ thể. Song biết đâu có chị em, cơ thể không cảm ứng với Progesteron (!), thì độ tin cậy bằng phương pháp này không nhiều.

IV. VỆ SINH KINH NGUYỆT

1. Thay đổi trên cơ thể

Kỳ kinh tới gần, cơ thể chị em có những khác lạ. Với chị em sẵn có dấu hiệu tiền kinh thì thấy rõ một cảm giác mệt mỏi xâm chiếm.

Ở cơ quan sinh dục, các tĩnh mạch hơi nở, máu hơi ứ. Niêm mạc hơi cương phù, xung huyết, dễ chảy máu.

Điều kiện nhiễm khuẩn ngược chiều từ âm đạo lên tử cung nhờ máu kinh - môi trường rất thuận lợi cho vi khuẩn;

cộng với cô tử cung hé mở rất dễ dàng cho sự xâm nhập của vi khuẩn, nhất là khi âm đạo đã bị viêm nhiễm từ trước.

Vậy nên cần theo dõi máu kinh (số lượng, màu sắc, không đông). Nếu khác lạ: máu ra nhiều, cục, có mùi hôi... là dấu hiệu bệnh lý, cần được chẩn trị sớm.

2 Vệ sinh chung

Vốn là người sạch sẽ, nhưng sẽ là một sai lầm nếu những ngày này kiêng cử (hoặc quên) tắm.

Thay băng vệ sinh không quá 6 giờ/lần.

Vệ sinh quần áo cần tránh bụi bặm, mặc ẩm ướt.

Làm việc bình thường được, nếu công việc không quá nặng nhọc như mang vác nặng, đi xa, ngâm mình dưới nước kể cả chơi thể thao, vận động nhiều...

Trong ăn uống chỉ kiêng những thứ quá kích thích như rượu, thuốc lá, không dùng quá nhiều chất cay chua.

Cần được theo dõi sức khỏe định kỳ, khám phụ khoa ít nhất một năm một lần để phát hiện và điều trị kịp thời.

3. Vệ sinh trong sinh hoạt tình dục

Nên tránh những ngày hành kinh bởi máu chảy nhiều, dễ xây xước vùng sinh dục, dễ bị nhiễm trùng.

Hãy nói không khi say rượu, say thuốc lá thuốc lào, sử dụng heroin hoặc những thứ kích thích khác.

Cần được bảo vệ ngay bằng bao cao su nếu nghi ngờ nhiễm trùng, nhất là với bệnh lây qua đường tình dục.

Tránh có thai khi đang còn bị bệnh.

V. MÃN KINH

Là thời kỳ người phụ nữ không hành kinh nữa (menopause). Thời kỳ này có khi chiếm gần nửa đời người. Có rất nhiều bà sống gần như bình thường, không gặp những “biến cố” hành hạ, nghĩa là “sự việc” xảy ra từ từ, chịu đựng được. Song không ít bà đã bị thời tiền mãn kinh quay quắt đủ điều.

Nhưng nay khoa học ngày càng tiến bộ, mỗi quan tâm này sẽ giúp được nhiều điều bổ ích. Nếu như chưa lâu, cụ bà Reycour (mệnh phụ của đáng phu quân 105 tuổi) sau tuổi 94 còn sinh hạ được 3 cậu con trai tròn vẹn theo phép tự nhiên, là điều hiếm hoi được đi vào như là huyền thoại thì ta hãy đặt niềm tin và hy vọng, khi người mở đầu, bác sĩ Severino Antinori (người Ý) vào năm 1994 đã giúp một bà tuổi mãn kinh (63 xuân thì) sinh một cậu con trai kháu khỉnh.

Vậy nếu biết giữ gìn chăm sóc thì vẫn có thể sung sức, thỏa mãn, trọn vẹn và phong phú như cái thuở nào!

1. Tiền mãn kinh

a. Sự thoái hóa của buồng trứng

Bào thai, vào khoảng tháng thứ 5 có chừng 7 triệu nang trứng, nhưng sinh ra, chỉ còn 2 triệu nang. Đến tuổi dậy thì còn 480.000 nang. Đời người, đều đặn mỗi tháng rụng một trứng thì mới chỉ có ngót 500 trứng rụng mà thôi.

Như vậy những nang trứng bị teo đi chứ không được sinh sản thêm (như tinh trùng ở nam giới). Tốc độ teo càng nhanh thì hiện tượng mãn kinh càng sớm xảy ra. Sự thật, gen di

truyền quyết định tốc độ này (ví dụ hội chứng Turner). Kèm theo, tác động của yếu tố môi trường cũng gây teo nhanh. Chẳng hạn bị nhiễm Nicotin (kể cả người hút, người hít khí, sống gần nhà máy thuốc lá); người trị liệu bằng tia xạ (cường độ 150 rad/nữ tuổi 40); dùng một số thuốc ung thư, thuốc Busulfan, Chlorambucil, Cyclophosphamid...; mắc bệnh virus như quai bị và yếu tố tự miễn (autoimmunity sau mắc sởi).

Số còn lại, già đi theo thời gian, không đáp ứng nổi với nội tiết tố hướng dục làm noãn bào kém trưởng thành. Như vậy, rất khó có trứng rụng hoặc có vòng kinh không rụng trứng. Lượng Progesteron giảm, Estrogen cũng bị giảm theo.

Mặt khác, cơ chế ngược của chất Inhibin từ tế bào hạt của buồng trứng tiết ra lên tuyến yên để giảm FSH và LH (nhất là FSH) không còn nữa. Tình trạng thiếu cân bằng nội tiết này (do Estrogen cao hơn) sinh ra các dấu hiệu tiền mãn.

b. Các dấu hiệu chuyển tiếp

Dấu hiệu trước nhất là rối loạn kinh nguyệt. Có thể kinh thưa hoặc dày lên; kinh ít hoặc cường kinh; rong kinh, rong huyết...màu máu sẫm lên hay loãng ra.

Dịch tiết ra nhiều ở âm đạo, kéo dài, lỏng và trong.

Vú đau, có thể cương phù.

c. Hướng dự phòng chung

Từ cơ chế sinh bệnh, nguyên lý cơ bản là bổ sung Progesteron thiếu hụt. Ví dụ thuốc Retro-progesteron; liều lượng sẽ được bác sĩ của bạn lựa chọn phù hợp.

Ăn uống là xu hướng dự phòng tốt nhất, hợp lý và bền

lâu. Cần thực hiện trong các bữa ăn hàng ngày.

2. Mãn kinh thật sự

a. Có thể nhận biết mãn kinh mà cái tuổi phải nghĩ tới (tuổi 45-50) cùng với thời gian bất kinh 7-8 tháng trời. Hoặc nếu sau đợt ngưng sử dụng Progesteron ở thời tiền mãn kinh (Progesteron test) vẫn không gây được xuất huyết tử cung thì chứng tỏ đã mãn kinh thực sự.

Trong cơ thể, sự thay đổi về mặt sinh học có xu hướng tăng cao, FSH tăng 10 lần, LH tăng 3 lần, E₁ cao (> 45pg/ml).

b. Phòng chống dấu hiệu mãn kinh

Cơ bưng

Gặp một vài lần trong ngày, thường vào đêm, hoặc có thể chiều hay bất cứ lúc nào. Một cảm giác nóng bất ngờ trên mặt lan toàn thân bứt rứt khó chịu gây cáu gắt vô duyên cớ. Có thể một cảm giác kim châm, lặn tẩn trên cơ thể và mồ hôi trộm.

Khó ngủ, kèm theo mất tiểu, tiểu gấp. Và giảm ham muốn tình dục.

Hormon trị liệu là biện pháp hữu hiệu nhất. Dựa trên nguyên lý này, nhiều nghiên cứu cho thấy ăn uống là biện pháp thích hợp và thường xuyên nhất kìm hãm được những cơn bốc hỏa và những dấu hiệu trên. Đậu nành là món ăn tích cực và rất hiệu quả. Thực vậy, trong đậu nành có Phyto-Estrogen, tác dụng tựa Estrogen trên người. Đó là Daidzein và Genistein. Chỉ cần 2-3 ly sữa đậu nành đều đặn cho mỗi

ngày, nếu cần thêm vài bìa đậu phụ cho bữa ăn hàng ngày.

Ở người mãn kinh còn thấy nồng độ serotonin rất thấp, có thể là nguyên nhân gây trầm uất, cau có...và háo ngọt. Lúc ấy bổ sung ngay ly chè bắp (ngô, hay loại ngũ cốc) là cái cơm.....đó sẽ hạ xuống ngay.

Hình trái trứng hay hình trái lê?

Đó là hậu quả thay đổi biến dưỡng trên cơ thể mãn kinh mà về sinh học thấy mỡ máu (cholesterol và triglycerid) đều tăng, gây:

- Xâm thực thành mạch làm xơ vữa, tạo ra bệnh tim mạch.
- Tích lũy mỡ vùng mông bụng tạo hình trái lê. Nếu tích mỡ cả ba vòng (ngực - eo - mông) thì tạo nên hình trái trứng; một chỉ điểm báo động bệnh tim mạch với sự xuất hiện những cơn đau vùng tim ngực.

Ngược lại, khi đó vú teo, teo âm hộ âm đạo, khô ngứa.. Da nhăn. Cơ vân giảm trương lực và thục trạng. Vóc dáng nhỏ lại. Bữa ăn vẫn là biện pháp tốt phòng chống dấu hiệu này:

- Hạn chế mỡ trong bữa ăn (trừ mỡ cá).
- Bổ sung khoáng, vi lượng, sinh tố bằng cách tăng cường rau xanh (tươi), sữa và sản phẩm sữa. Trong đó đậu nành là “thuốc” trị béo mập.
- Kết hợp luyện tập mà đi bộ là cách tích cực nhất. Đi bộ 30 phút/ngày với tốc độ 5km/giờ (hoặc chậm hơn) sẽ giảm 30-40% mắc bệnh đau tim. Đi 3 giờ/tuần, giảm 30-40% và 15 giờ/tuần sẽ giảm 50% bệnh tật.

Viện Đại học Freie, Đức, nghiên cứu việc đi bộ trong chữa bệnh trầm uất có hiệu quả cao hơn trị bằng thuốc. Chỉ đi 30 phút/ngày trong 10 ngày liền đã đạt hiệu quả 50% ở những người dùng thuốc không kết quả.

Loãng xương:

Là nguy cơ đe dọa các bà, nhất là người ăn uống kém, không đảm bảo dinh dưỡng, không đủ lượng canxi khuyến cáo 1000mg/ngày.

Một nghiên cứu về "lún đốt sống do loãng xương thời mãn kinh" ở tỉnh Hải Dương, trên 270 phụ nữ có 67 người bị lún và tập trung vào 6 yếu tố nguy cơ sau: tuổi > 70; lùn (thấp) < 145cm; mãn kinh sớm ≤ 43 tuổi; mãn kinh lâu năm ≥ 21 năm và sinh con nhiều từ 1 - 3 lần.

Ngoài ra còn do các yếu tố khác như tật bệnh đái tháo đường, cường giáp... hoặc lạm dụng thuốc corticoïd, thuốc động kinh..

Phòng bệnh loãng xương thế nào?

Phát hiện sớm, đo mật độ xương để đánh giá nguy cơ loãng xương. Kiểm tra nồng độ PTH (parathyroïde hormone) trong máu và chụp X quang xương.



99% calci trong cơ thể (khoảng 1kg) nằm trong xương và răng. Phần còn lại ở trong máu và tế bào.

Loãng xương.

Việc bổ sung Estrogen (thiên nhiên) thường kèm Progesteron (để tránh tăng sinh tuyến), là nguyên lý cơ bản trong điều trị loãng xương này. Những chị em (không dùng được Estrogen) trong số bệnh ung thư vú, tắc mạch, xuất huyết âm đạo chưa rõ lý do... thì thay bằng Biphosphonat (Etidronat, Alendronat). Cần có bác sĩ của bạn hướng dẫn, kê toa.

Bổ sung canxi trong bữa ăn hàng ngày đảm bảo 1000mg và đạt tỉ lệ P/Ca = 0,7 (phospho/canxi). Tỉ lệ này là một hằng số. Phospho cao trong bữa ăn sẽ giảm hấp thụ canxi.

Mg (magnesium) là chất nền của xương, tạo cho xương vững chắc. Một lượng canxi lớn vào cơ thể làm trở ngại cho Mg. Để khắc phục tình trạng này nên ăn ngũ cốc nguyên hạt, đậu, rau xanh, vì có nhiều Mg.

Những loại giàu canxi ngoài gạo, còn có nước cam, sữa bột gầy (đã tách kem), sữa đậu nành đã bổ sung canxi và vitamin D...

Có thể dùng Vitamin E 400IU, Vitamin C 500mg, Vitamin AD (dầu cá). Mỗi thứ 1 viên/ngày trong nhiều ngày.

Chú ý:

Khi đưa canxi vào cơ thể bị nhiều yếu tố ngăn cản hấp thu như rượu, chất caffeine, nước ngọt có gaz... Ngay cả ăn mặn cũng gây đào thải canxi theo nước tiểu.

TRÁNH THAI

PHƯƠNG PHÁP QUAN SÁT

I. MƠ ƯỚC NGÀN NĂM VÀ CHUYỆN HÔM NAY

Khắp các châu lục, hàng ngàn năm, các dân tộc đã có ý thức hạn chế sinh đẻ và ước mơ một biện pháp hữu hiệu. Họ đã tìm nhiều cách ngăn ngừa. Nhưng việc làm, cuối cùng cũng chỉ dồn vào phụ nữ. Người phụ nữ cổ Hy Lạp, La Mã phải đeo bùa làm bằng da con sư tử cái hoặc gan con mèo, trên cổ. Phụ nữ cổ Ai Cập phải ăn hạt đu đủ, phụ nữ Nhật ăn xác ong, còn phụ nữ Bắc Phi phải nuốt dải con lạc đà (!) để tránh có thai.

Ở nước ta, để ngừa thai đến nay chuyện ăn lá cây, ở số vùng dân tộc ít người, số ít vẫn còn dùng, có còn là điều bí mật (?)

Ước mơ ngàn năm ấy luôn đánh thức các nhà khoa học. Năm 1882, ở Đức đã sử dụng màng ngăn âm đạo. Mãi tới năm 1954 sau khi tổng hợp được Progesteron để uống và năm 1956, thử nghiệm cho hàng ngàn phụ nữ Porto Ricco thành công, thuốc tránh thai mới thực sự ra đời. Vậy mà sự đón nhận lại hết sức dè dặt. Cho đến tháng 5-1960 mới phổ biến rộng ở châu Âu và thế giới.

Thế nhưng trước đó, năm 1930, hai nhà khoa học, bác sĩ Kyusaku Ogino người Nhật và bác sĩ Hermann Knauss, người

Áo đã quan sát tìm ra một phương pháp hữu ích không dùng thuốc đã được nhiều người áp dụng thành công.

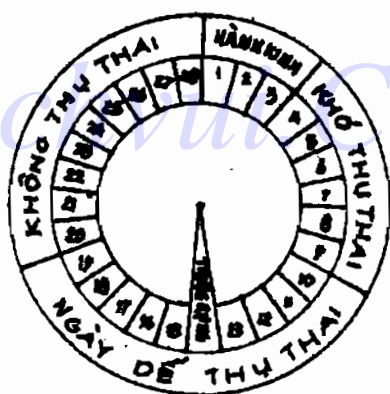
II. PHƯƠNG PHÁP OGINO-KNAUSS

1. Vài nét cơ chế tránh thai

- Muốn thụ thai, trứng phải rụng. Khả năng thụ thai cao của trứng từ 24 – 48 giờ sau đó. Nếu không được thụ thai thì sau 12-16 ngày, trung bình 14 ngày, sẽ hành kinh.

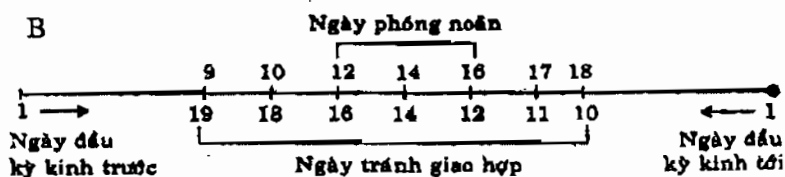
- Thời gian sống của tinh trùng trong bộ phận sinh dục phụ nữ khoảng 72 giờ. Khả năng thụ thai cao nhất trong 24 giờ.

Vậy muốn tránh có thai nên có biện pháp hữu hiệu ít nhất trước và sau khi trứng rụng 3 ngày, thông thường 4 – 5 ngày.



A

B



Tránh thai theo phương pháp Ogino-Knauss.

Xem sơ đồ *hình trang 36*, cho vòng kinh 28 ngày thấy: An toàn *nhất*, là khoảng 7 - 9 ngày trước khi hành kinh. An toàn *nhì* là 7 - 9 ngày tiếp theo kể từ ngày hành kinh đầu tiên.

Tuy nhiên phương pháp này chỉ áp dụng cho chị em có vòng kinh đều đặn và cặp vợ chồng thường xuyên gần gũi. Chứ cách xa, đông đầy thương nhớ và khi “đi vắng đường xa mới về” thì sóng tình dạt dào cực đại, “trái trứng” bị ép rụng, như thể rung cây, khoảng an toàn nào cũng bị co rút lại bằng không!

2. Tìm ngày trứng rụng

a. Quan sát dịch tiết âm đạo

Vào ngày trứng rụng, dịch tiết âm đạo nhiều hơn. Màu dịch trong như lòng trắng trứng sống, hơi dai. Hình ảnh dịch phết trên lam kính dưới kính hiển vi là lá dương xỉ, do muối NaCl tiết từ cổ tử cung tạo ra. Sau 3 ngày trứng rụng, chất tiết không còn hình ảnh này nữa.

b. Đo thân nhiệt tìm ngày rụng trứng

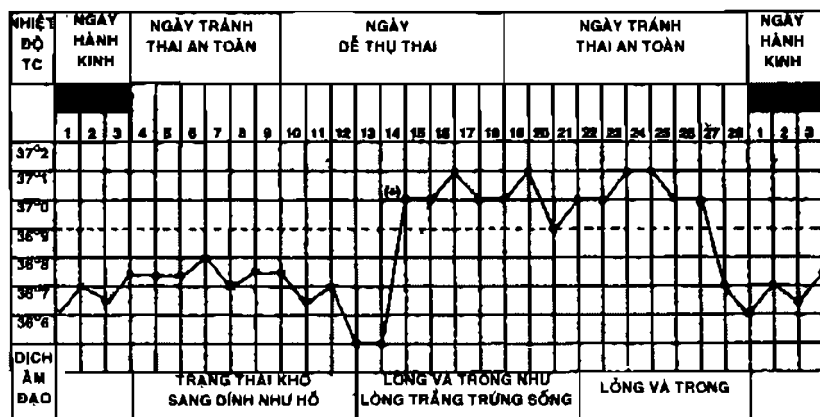
Hình trang 38 biểu đồ hai giai đoạn, phản ánh thân nhiệt điển hình trong chu kỳ kinh 28 ngày.

Giai đoạn 1: Sau hành kinh, thân nhiệt luôn dưới 37°C.

Ngày trứng rụng, thân nhiệt hạ thấp rồi vọt lên trên 37°C.

Giai đoạn 2: Sau trứng rụng, thân nhiệt luôn giữ trên 37°C. *Vì sao?* Vì Progesteron của hoàng thể tác động lên

trung tâm điều hòa nhiệt ở vùng dưới đồi thị làm tăng nhiệt cơ thể.



Biểu đồ hai giai đoạn.

Đo thân nhiệt là phương pháp dễ làm nhưng phải theo một số quy tắc sau:

Dùng một nhiệt kế, đo ở nơi nhất định (nách hoặc miệng) trong 5 phút, vào giờ nhất định trước khi dậy buổi sáng, chưa ra khỏi giường.

Độ tin cậy đạt sau 3 – 6 chu kỳ theo dõi.

Tuy nhiên, sẽ sai lạc nếu bị cảm mạo, viêm cấp tính, tiêm vaccin, sau buổi làm mệt mỏi hoặc thời tiết thay đổi..

Và cuối cùng, có một khả năng buồng trứng không hoạt động điển hình, mặc dù có sự phóng noãn xảy ra. Ở số chị em không nhạy cảm với Progesteron nên nhiệt độ không tăng ở giai đoạn 2.

c. Que thử tìm ngày trứng rụng: Ovustick

Nguyên lý: Trứng rụng sau LH tăng đến đỉnh cao nhất và LH thải qua nước tiểu. Theo dõi LH qua nước tiểu sẽ biết trứng rụng.

Cách làm: Nhúng giấy thử vào nước tiểu trước ngày dự kiến trứng rụng. Nồng độ LH tăng cao nhất khi vạch chỉ thị màu hiện trên que thử đậm ngang vạch chuẩn đã cho. Ít giờ sau, trứng rụng.

d. Siêu âm tìm ngày trứng rụng

Siêu âm buồng trứng tìm ưu thế phát triển nang noãn. Khi nang noãn có kích thước 12mm thì sau đó lớn thêm khoảng 2mm/ngày. Trước khi phóng noãn 36 giờ, nang noãn dần rộng ra. Ở thời điểm phóng noãn, đường kính nang noãn từ 18 - 26mm. Đo kích thước này dựa vào sự tích lũy dịch trong nang noãn. Sau phóng noãn, nhìn thấy dịch phía sau tử cung. Nội mạc tử cung đáp ứng phù hợp với sự chế tiết Progesteron của hoàng thể.

e. Dựa theo nhịp sinh học tìm ngày trứng rụng

Ngày trứng rụng tuân theo nhịp sinh học rõ rệt. Nếu có vòng kinh đều đặn thì ở mỗi chị em có ngày rụng trứng nhất định. Ví dụ chu kỳ 28 ngày, trứng rụng thường là ngày thứ 14. Vòng kinh 30 ngày, trứng rụng ngày thứ 16 của chu kỳ.

Kết hợp các phương pháp trên tìm ra ngày trứng rụng của mình là định được chu kỳ trứng rụng. Và như thế, tránh thai theo phương pháp Ogino-Knauss sẽ hiệu quả và dễ dàng hơn.

ĐẶT VÒNG TRÁNH THAI

I. CHUYỆN CŨ KỂ LẠI

Đã hơn một tháng trời rông rã, đoàn thương nhân Arab mệt nhọc lê bước trên con đường cát bỏng của sa mạc Sahara, dưới cái nắng khô rang và màn đêm hun lửa. Họ dừng chân bên đầm nước nhỏ hiếm hoi, sung sướng uống thỏa thuê và tắm gội đã đời. Đàn lạc đà phờ phơ gặm những cọng cỏ tươi hiếm hoi thoi thóp vật vờ. Chàng thương nhân trẻ nhất trong đoàn ngồi đầm chiêu bên bờ đầm nao nao nhớ về người yêu đang cháy lòng chờ đợi ở quê nhà. Bỗng chàng thấy vật nhỏ lấp lánh phía bên kia bờ đầm gợi ý tò mò. Chàng lững thững đến nhặt lên, phui cát. Nó lộ nguyên hình là hòn sỏi tròn, nhẵn bóng qua gió cát ngàn năm. Cô lạc đà non tơ, khoẻ đẹp nhất trong đàn ngẩng lên mơ mộng nhìn chàng. Chàng đến gần vuốt ve âu yếm. Cái đầu nhỏ con của lạc đà cứ thúc vào nách, vào bụng, vào bẹn chàng mơn man mịn màng đến run rẩy. Chàng mân mê khắp thân thể lạc đà. Cô lạc đà rùng rùng tấm áo lông, ra chùng phờn chí. Và chàng đã phát hiện ra cái “hoa” của nó bóng nhẫy! Tiện trong tay có hòn sỏi nhẵn, chàng nhét ngay vào đó. Định thần lại, chàng lưỡng cuống. Không lấy ra được, chàng sợ. Nhưng nỗi sợ hơn vẫn là ngón đòn của... bố, bấy nay.

Thế rồi, năm tháng êm đềm trôi đi, lạc đà hy vọng nhất đàn chẳng thấy sinh con. Cũng như bạn nó, đến lúc kết thúc cuộc đời thì mới thấy hòn sỏi nằm trong tử cung và người ta hiểu ra lý do vô sinh của nó.

Ôi, sự vĩ đại bắt đầu nhiều khi từ sự tình cờ! Nếu quả táo không rụng lên đầu Newton ? Và Archimède không có lần tắm trường thì chắc khó có tiếng kêu Euréka vang đến bây giờ!

Ý tưởng dụng cụ tránh thai được Grafenberg, người Đức, dựa trên cơ sở đó thực hiện năm 1920 bằng vòng kim loại đặt trong tử cung. Thế nhưng chiếc vòng vô tội bị chỉ trích gay gắt, ngay cả thầy thuốc phụ khoa cũng dè bĩu chê bời. Dù sao, chân lý vẫn thuộc về khoa học. Trải qua 40 năm bồng bềnh trôi nổi, chiếc vòng đã về đúng vị trí của nó. Năm 1960 sau những cải tiến kỹ thuật, chiếc vòng mới được áp dụng rộng rãi và ngày nay ta quen gọi là vòng. Đặt vòng. Và thủ thuật đặt vòng cũng chỉ thực hiện vài phút là xong.

1. Nguyên lý tránh thai

a. Có hai loại dụng cụ đặt vào tử cung tránh thai (vòng)

Loại tẩm thuốc và loại không. Loại không tẩm thuốc còn gọi dụng cụ tử cung trơ như : Dana Lippes.

- Tạo nên phản ứng viêm khi đặt trong tử cung. Từ đó có sự thay đổi sinh hóa và tế bào, cùng dịch tiết của nội mạc. Những tương bào, đại thực bào...được tạo ra từ phản ứng viêm có tác dụng diệt tinh trùng hoặc trứng thụ tinh.

- Tạo ra nhu động tử cung và sinh dục phụ, gây khó khăn cho việc làm tổ của trứng.

b. Loại vòng có đồng (Cu): T Cu 380A, T Cu 200

Đồng tăng phản ứng viêm, gây co cơ tử cung, ngăn cản trứng làm tổ.

Đồng cũng làm thay đổi sinh hóa và hoạt tính men... làm giảm khả năng sống của tinh trùng.

c. Loại vòng có tẩm Progesteron

- Ngăn hoạt động của chu kỳ nội mạc tử cung không phù hợp cho trứng làm tổ.
- Nếu vòng tẩm thuốc mạnh như Levonorgestrel, sự phóng thích này ($12\mu\text{g}/\text{ngày}$) sẽ ngăn được trứng rụng.

Hiện đang dùng nhiều, loại tẩm thuốc là Multiload và T Cu 380A.

d. Đặt lúc nào?

- Bất cứ lúc nào trong chu kỳ kinh, ngoại trừ có thai. Nhưng nhiều thầy thuốc muốn đặt khi đang có kinh nguyệt, thường vào ngày thứ 3 của cuộc hành kinh. Lúc ấy tử cung hé mở, khả năng chảy máu do đặt và co bóp tử cung ít thấy hơn.

- Đặt ngay sau nạo hút, sảy thai, nếu không bị sót nhau, sót thai, không bị nhiễm trùng.

• Đặt sau khi sinh

- Trong vòng 10 phút sau xổ nhau hoặc ngay sau mổ lấy thai.

- Trong vòng 8 giờ đầu sau sinh hoặc sau sinh 4 - 5 tuần.

- Đặt vòng "cứu nguy" tránh thai. Đặt ngay sau lần sinh hoạt tình dục có nguy cơ. Thường dùng loại vòng có hoạt tính mạnh như Multiload Cu 375 (có 375mm^2 diện tích đồng bề mặt).

2. Ưu và nhược điểm của đặt vòng

a. Ưu điểm

- Hiệu quả tránh thai cao (96-99%) ngay trong thời gian dài, 5 năm với Multiload, 8 năm với T Cu 380A.
- Không gây ảnh hưởng đến chuyển hóa, cơ chế đông máu hay huyết áp cao. An toàn ngay sau sinh, cho con bú và cho bé.
- Tháo vòng có con được ngay.
- Không ảnh hưởng tới khoái cảm tình dục.

b. Nhược điểm

- Sau đặt vòng có thể bị rỉ máu và đau bụng.
- Có thể có kinh nhiều, kéo dài...ở vài kỳ kinh đầu, sau đó sẽ ổn định.
- Ra khí hư nhiều do phản ứng của nội mạc tử cung, thường do viêm nhiễm âm đạo. Vì vậy, phải được khám trước khi đặt.
- Một vài trường hợp bị tuột ra ngoài. Hoặc có vòng vẫn có thai, muốn đẻ sinh, không có vấn đề gì.
- Không đặt cho phụ nữ có thai hoặc nghi ngờ, tiền sử thai ngoài tử cung, bệnh nhiễm trùng đường sinh dục hoặc nghi ngờ, bệnh lý đông máu, rong kinh, rong huyết, xuất huyết không rõ nguyên nhân, bệnh ác tính đường sinh dục, sa sinh dục.

*** Lời khuyên:**

- Cần kiểm tra tại ở cơ sở y tế 4-6 tuần sau khi đặt vòng.

- Tự kiểm tra sợi dây vòng có còn không?
- Kiểm tra vòng theo sức khỏe định kỳ.
- Nếu bị dị ứng với đồng, bệnh Wilson, không được đặt vòng có đồng.

II. MỘT VÀI PHƯƠNG PHÁP NGỪA THAI KHÁC

1. Màng chắn âm đạo

Phát minh bởi một bác sĩ người Đức vào năm 1882. Trước đây ở châu Âu hay sử dụng. Có nhiều kiểu như KP (Liên Xô), kiểu Bowbend (Mỹ).

Màng làm bằng cao su hay chất dẻo, cuộn bờ, đường kính khác nhau và chiều cao từ 50-105mm. Màng gắn vào âm đạo bằng một lò xo hay vòng xoắn co giãn được. Để hiệu quả cao, có thể xoa thêm thuốc diệt tinh trùng vào hai mặt màng chắn.

2. Mũ cổ tử cung

Dùng ở Đức năm 1923. Phổ biến và lan rộng ra châu Âu những năm 1960. Có nhiều loại mũ. Mũ Kafka (Liên Xô) hoặc kiểu Hollowrim, Vimuyn, vòm Dumas.

Lúc đầu, chiếc mũ được làm bằng vàng, bạc. Sau đó thay thế bằng ngà voi, kim loại, chất dẻo hoặc cao su. Hiện đại, còn làm bằng gelatin hay glycerin tự tan trong âm đạo sau 4-6 giờ.

Mũ lúc đầu giống cây nấm, thân cây đặt vào lỗ cổ, mũ bịt lấy cổ tử cung.

3. Thất ống dẫn trứng

Vào năm 1880, Lungren thực hiện lần đầu. Qua nhiều lần cải tiến lựa chọn phương pháp phẫu thuật, được phổ biến rộng vào những năm 1960. Là biện pháp triệt để nhất. Ngày nay thường áp dụng hai phương pháp:

- Phẫu thuật qua nội soi. Được làm ở cơ sở y tế có thiết bị hiện đại.
- Phương pháp qua đường rạch nhỏ.

Đường rạch dưới rốn dài 2,5cm. Sau khi gây tê tại chỗ, hai vòi trứng được nâng lên và thất lại bằng chỉ. Khâu da 1 - 2 mũi. Thực hiện phẫu thuật trong 7 - 15 phút.

Ủy ban Dân số Kế hoạch hóa Gia đình và cơ quan cung cấp mọi chi phí phẫu thuật.

Sachvui.Com

TRÁNH THAI BẰNG THUỐC

I. NGUYÊN LÝ

1. Ức chế trứng rụng

Thuốc tác dụng vào hệ thống hormon sinh dục theo cơ chế trực tiếp dưới đồi - tuyến yên - buồng trứng.

2. Ngăn cản tinh trùng có cơ hội gặp trứng để thụ thai

Thuốc làm niêm dịch cổ tử cung đặc lại. Đồng thời ức chế hoạt hóa khả năng thụ thai của tinh trùng.

3. Ngăn cản trứng thụ tinh làm tổ ở tử cung bằng cách niêm mạc tử cung phát triển chậm, không phù hợp với giai

đoạn đón nhận làm tổ.

II. TÁC DỤNG

1. Kinh nguyệt điều hòa: chu kỳ kinh đều đặn về thời gian, màu sắc, số lượng. Làm giảm, hoặc mất cơn đau bụng kinh và cả hội chứng tiền kinh.
2. Phục hồi sự cân bằng nội tiết tố buồng trứng. Ngăn rong kinh. Ngăn ngừa và giảm các nguy cơ, u xơ, u nang, K buồng trứng.
3. Làm chậm tiến triển các nguy cơ xơ vữa động mạch, loãng xương, lạc nội mạc tử cung, một số bệnh tự miễn như viêm đa khớp, xuất huyết do giảm tiểu cầu,
4. Trị rối loạn liên quan đến tăng tiết bã nhờn da như trứng cá, rụng tóc...
5. Tạo màng nhày cổ tử cung ngăn sự xâm nhập của Chlamydia nên chống viêm và nguy cơ vô sinh do Chlamydia.

Tuy nhiên khi sử dụng thuốc tránh thai, cần quan tâm tránh những vấn đề mà có thể do thuốc gây nên như:

a. Tắc mạch, do thuốc làm thuận lợi sự hoạt động của vài yếu tố đông máu mà những nhóm đặc biệt nguy hiểm sau: Rối loạn chuyển hóa chất béo; đái tháo đường, huyết áp cao/biến chứng, tắc/dãn mạch, nghiện thuốc lá ở người trên 35 tuổi, người nằm lâu do bệnh.

b. Gây nặng thêm một số bệnh đã có như đái tháo đường, huyết áp cao, cơn đau sỏi mật, tăng cảm giác căng vú, nhũn vú.

c. *Mất sắc tố da nhất là tiếp xúc với nắng ở ít trường hợp.*

d. *Ung thư gan lành tính, rất hiếm. 1 ca/1triệu người/năm.*

e. *Tăng cân nặng ở một vài người. Tránh bằng cách lựa chọn thuốc có hàm lượng hormon thấp.*

III. THUỐC VIÊN KẾT HỢP HAI THÀNH PHẦN

1. Lựa chọn

Thuốc viên kết hợp là loại thuốc thế hệ thứ 3 chủ yếu ức chế hạ đồi đã cho phép giảm hàm lượng Ethinyl Estradiol đến mức tối thiểu vào viên thuốc. Đó là những viên thuốc có hàm lượng cố định trong 21 ngày. Viên thuốc hiện đại chứa 35µg Ethinyl Estradiol (hoặc ít hơn) gọi là viên siêu nhỏ (micro-pill)

Liều Progestogen có hiệu quả thấp nhất thường gấp hai liều ức chế rụng trứng. Ví dụ Levonorgestrel có thể ngăn rụng trứng với liều 60µg thì trong viên kết hợp là 125µg được coi là có hiệu quả ngừa thai.

Tỷ lệ thất bại thấp. Chỉ số Pearl ở trong khoảng 0,1 nghĩa là có một chị em có thai ngoài ý muốn trong số 1.000 chị em được uống thuốc ngừa mỗi năm.

Nhược điểm việc hạ thấp hàm lượng này làm cho các sai sót khi dùng sẽ có thể phóng noãn. Lý do? Quên thuốc! Vì vậy việc đặt ra yêu cầu thực hiện đúng hướng dẫn sử dụng là cần thiết để đạt được khả năng tránh thai hữu hiệu.

2. Một số loại thuốc uống, kết hợp hai thành phần

Thành phần chủ yếu gồm:

Ethinyl Estradiol: 30-40 μ g

Progestogen : 125-150 μ g

Ví dụ: New Choice gồm Ethinyl Estradiol 130 μ g +
Levonorgestrel 125 μ g .

Nordette E. Estradiol 30 μ g + Levonorgestrel 150 μ g

Microgynon E. Estradiol 30 μ g + Levonorgestrel 150 μ g

Mercilon E. Estradiol 20 μ g + Desogestrel 150 μ g

Mavelon 21 E. Estradiol 30 μ g + Desogestrel 150 μ g

Rigevidon21 E. Estradiol 30 μ g+ Levonorgestrel 150 μ g

3. Cách uống

Chỉ có 21 viên có tác dụng tránh thai. Uống viên đầu tiên vào ngày thứ nhất (hoặc cho tới ngày thứ 5) của hành kinh. Uống tiếp mỗi ngày một viên, cố gắng vào một giờ nhất định. Thuận tiện nhất vào sau bữa cơm tối hàng ngày.

- Với vỉ 21 viên, uống hết 21 viên, nghỉ 7 ngày (sẽ ra kinh). Uống tiếp vỉ thứ 2.
- Với vỉ 28 viên, có 7 viên cuối khác màu là viên sắt. Uống hết, uống tiếp ngay vỉ thứ 2.

Nếu quên?

- Lỡ quên một viên, uống ngay sau khi bạn nhớ ra. Uống tiếp viên ngày đó như thường lệ.

- Lỡ quên hai viên liền, thì phải uống trong hai ngày tiếp đó, mỗi ngày hai viên.

- Quên 3 viên trở lên, bỏ vỉ ấy đi, dùng ngay vỉ mới từ viên đầu tiên. Phải sử dụng biện pháp tránh thai khác kèm theo trong 7 ngày tiếp vỉ thứ 2.

Quên thuốc trong tuần đầu thì khả năng rụng trứng và có thai ngoài ý muốn xảy ra cao nhất.

4. Không dùng thuốc tránh thai cho các trường hợp sau:

- Những người có bệnh kể ở phần II (mục a,b,c và d).
- Mắc bệnh rối loạn nội tiết. Đau nửa đầu. Ung thư, kể cả nghi ngờ. Các bệnh nặng.
- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Mới dậy thì. Chưa con.

** Chú ý:*

- Không nên uống thuốc quá 3 năm liên tục. Tốt nhất, uống trong mỗi một năm, ngừng uống 2 tháng, dùng biện pháp tránh thai khác, rồi uống tiếp.

- Nếu uống loại này không hợp có thể thay loại khác. Những gợi ý thay, nếu :

- Tăng ký quá đáng, thì thay loại có hàm lượng cực thấp.
- Rong huyết, ít kinh, khô âm đạo cần chuyển sang loại mang tính Estrogenic.
- Đau vú, đau vùng chậu cần chuyển sang dùng thuốc mang tính Progesteron.

IV. ĐANG NUÔI CON BÚ MẸ DÙNG THUỐC TRÁNH THAI NÀO?

1. Nên dùng loại không ảnh hưởng tới sữa mẹ và sức khỏe của bé

Chỉ có Progestin đáp ứng được điều đó. Thuốc dùng được cho người có bệnh tim, tăng huyết áp, u xơ tử cung, phù hoặc *chị em chưa có con lần nào.*

Hạn chế của thuốc là ít ức chế rụng trứng (50%). Ít ức chế làm tổ, ít chế tiết và làm đặc chất nhày cổ tử cung. Tuy nhiên, nếu sử dụng đúng theo hướng dẫn thì hiệu quả vẫn cao.

2. Cách uống

Thuốc trên thị trường có tên *Exluton* chứa *Lynestrenol 0,5mg.*

Uống viên đầu tiên vào ngày đầu của chu kỳ kinh, liên tục mỗi ngày một viên theo giờ nhất định hết 28 viên. Uống tiếp theo vỉ khác.

Nếu uống muộn hơn giờ quy định hàng ngày trên 3 tiếng, nhớ ra, uống ngay và phải dùng biện pháp tránh thai kèm theo trong 2 ngày tiếp đó.

Nếu *quên* 1 viên, nhớ ra uống ngay, dù phải uống 2 viên một ngày. Kèm theo biện pháp tránh thai 2 ngày tiếp.

Nếu *quên hơn 2 viên* thì uống ngay 2 viên khi nhớ ra. Rồi uống bù các viên còn lại vào giờ qui định mỗi lần 2 viên cho đủ số viên thiếu.. Kèm theo biện pháp tránh thai cho đến khi hết vỉ.

*** Chú ý:**

Không dùng thuốc cho những người bệnh (giống như người bệnh kiêng dùng thuốc kết hợp). Ngoài ra, không dùng cho chị em có rối loạn kinh nguyệt, ít kinh hay kinh thưa.

Hiệu quả thuốc giảm nếu ngưng sử dụng quá 27 giờ, hoặc dùng kèm với thuốc trị động kinh, lao, barbiturat, rifampicin, nhuận trường, than hoạt..

V. VIÊN TRÁNH THAI KHẨN CẤP

1. Là viên thuốc chỉ nên dùng cho trường hợp mà sau khi sinh hoạt tình dục nhận thấy có khả năng mang thai cao như: nghi biện pháp đang tránh thai không an toàn, quên uống thuốc, tính sai ngày trứng rụng, bất ngờ..., bị cưỡng dâm hoặc cho những người có ít lần sinh hoạt tình dục không hơn 4 lần trong tháng.

Thuốc chứa Levonorgestrel 750µg. Với hàm lượng quá cao này có tác động nhanh, ức chế trứng rụng nếu trứng chưa rụng, ức chế làm tổ nếu sinh hoạt sau ngày trứng rụng.

2. Cách sử dụng

Postinor là thuốc của công ty Gedeon Richter, Hungari chế. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, để ngừa khẩn cấp, uống viên Postinor trong vòng 72 giờ sau khi giao hợp. Tốt nhất trong 48 giờ đầu, không quá 72 giờ và uống thêm 1 viên thứ hai, sau viên thứ nhất 12 giờ.

Trong ngừa thai thông thường, uống 1 viên Postinor tốt nhất trong vòng 8 giờ đầu từ sau giao hợp và không trễ hơn 72 giờ.

3. Tác dụng không mong muốn

a. Xuất hiện sớm

- Buồn nôn, 25%.
- Nôn 5%. Đề phòng bằng cách uống thuốc chống nôn trước 30 phút. Nếu nôn trong 2 tiếng sau uống, phải uống lại như liều vừa uống.
- Nhức đầu, choáng váng. Chỉ cần uống 1-2 viên Paracetamol 500mg hoặc Aspirin.

b. Xuất hiện muộn

- Căng vú. Uống Vitamin E 400IU x 2 viên/ngày sẽ hết.
- Xuất kinh lám tẩm 20%. Nếu kéo dài, gặp bác sĩ giúp đỡ..

*** Chú ý:**

Tác dụng ngừa đạt 75% nếu uống trong vòng 72 giờ. Uống trong 4 - 8 giờ sau sinh hoạt hiệu quả cao hơn.

Dùng thường xuyên, hiệu quả giảm dần.

Có thể thay thế Postinor bằng viên tránh thai phối hợp như viên Microgynon hay Mavelon. Cách uống như sau:

- Liều đầu: Uống 4 viên (tương đương 1 viên Postinor).
- Liều thứ 2: Uống 4 viên sau liều đầu 12 tiếng.

VI. TRÁNH THAI BẰNG THUỐC TIÊM

1. Dùng một loại thuốc mạnh, phóng thích từ từ luôn duy trì trong cơ thể, ức chế mạnh, nên khả năng tránh thai cao.

Thuốc ức chế rụng trứng, ức chế chất nhày tử cung ngăn không cho tinh trùng gặp trứng và làm teo niêm mạc tử cung nên trứng rất khó có khả năng làm tổ.

2. Thành phần

Chứa hormon Progestin tương tự Progesteron buồng trứng tiết ra. Chỉ có số ít chứa thêm lượng nhỏ Estrogen, nhưng nay ít dùng. Ở ta hiện chỉ dùng loại có Progestin:

- Depo-provera (DMPA) chứa Medroxyprogesteron acetat 150mg có hiệu quả tránh thai 3 tháng.
- Noristerat (NET-EN) chứa Norethisteron enanthat 250mg, hiệu quả tránh thai 2 tháng.

* *Chú ý:*

Là thuốc mạnh, dù không gây phù, không ảnh hưởng tới tiết sữa... nhưng ức chế hạ đồi và kháng Estrogen mạnh nên có thể gây rong huyết hoặc mất kinh. Vì thế, thường xuyên thử nước tiểu, nếu có xu hướng teo thì ngưng thuốc.

Nếu có tác dụng phụ muốn lấy ra, không được.

VII. CẤY THUỐC TRÁNH THAI

1. Là dùng loại que nang có tấm thuốc cấy vào lớp da ở mặt trong cánh tay. Thuốc được duy trì phóng thích dần vào cơ thể nên tránh thai cao. Tỷ lệ thất bại thấp, dưới 1% cho năm đầu và khoảng 2,53% cho năm thứ 6 (loại thuốc Levonorgestrel).

Thuốc không ảnh hưởng tới việc cho con bú. Nhưng lại gây kinh ít, kinh thưa hoặc vô kinh. Cũng có thể gây nám

má, rối loạn chức năng gan, thay đổi sinh hóa trong cơ thể, nhưng vẫn trong giới hạn an toàn.

Khi muốn tránh thai bằng cấy thuốc, cần được tư vấn, lựa chọn, tránh những bất thường xảy ra.

2. Hiện nay trên thị trường có que cấy Implanon của hãng Organon. Mỗi que cấy chứa Etonorgestrel 68mg, phân tán trong chất nền Ethylen vinylacetat copolymer 46mg ở lõi, 15mg ở lớp mặt. Có tác dụng ngừa thai tối đa 3 năm cho một lần cấy một que.

Hoặc nang que chứa Levonorgestrel 176mg. Mỗi que có kích thước 34 x 2,4 (mm). Hiệu quả ngừa thai sau cấy 24 giờ tới 5 năm, cấy 6 thanh, hay 3 năm với hai que nang.

** Chú ý:*

Cơ thể đang được cấy thuốc phải thận trọng khi dùng thuốc Hydantoin, Barbuturat, Primidon Carbamazepin, Rifampicin hoặc Griseofulvin.. Cần kèm biện pháp tránh thai khác trong thời gian dùng thuốc trên tới 7 ngày sau đó (với Rifampicin phải 28 ngày sau). Nếu phải dùng dài ngày, phải rút bỏ que cấy.

VIII. THUỐC ĐẶT DIỆT TINH TRÙNG

1. Là loại thuốc dùng để đặt vào âm đạo trước khi sinh hoạt tình dục.

- Có thể là loại acid nhẹ như acid boric, acid salicylic, hoặc muối sulfat kẽm ($ZnSO_4$), các dẫn chất quinol, viên sủi bọt CO_2 ... để diệt tinh trùng. Vì tinh trùng chịu đựng ở môi trường acid rất kém. Chẳng hạn, môi trường âm đạo pH < 7,4

tinh trùng sống được 2-3 giờ. Ở cổ tử cung pH > 7,5 tinh trùng sống được 2-3 ngày.

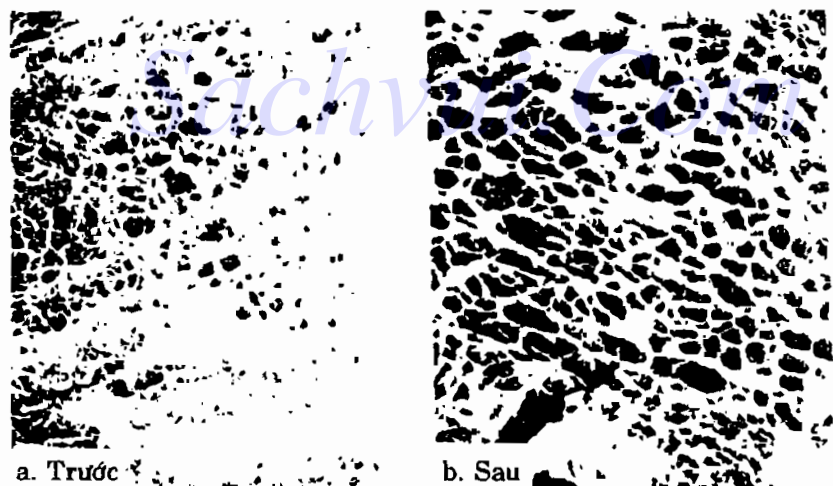
- Thuốc làm thay đổi cấu tạo chất nhày cổ tử cung nên ngăn cản tinh trùng vào tử cung. (Hình dưới)

- Thuốc dùng hỗ trợ ngừa thai bằng vòng tránh thai, hoặc chị em bị viêm tai vòi, đang cho con bú.

2. Một vài thuốc thường dùng

Pharmatex chứa 20mg Benzalkonium Cl. (Có loại viên hình trứng chứa 18,9 mg)

Cách đặt: Kẹp thuốc trong hai ngón tay, đặt sâu trong âm đạo trước khi sinh hoạt tình dục 10 phút. Có hiệu quả ít nhất trong 3 giờ ở tư thế nằm.



Sau khi đặt Pharmatex, chất nhày cổ tử cung có cấu trúc mạng đặc hơn.

** Ghi nhớ:*

Chỉ rửa thuốc ít nhất sau 2 giờ sinh hoạt tình dục.

Không dùng xà phòng bơm rửa trước và sau khi đặt thuốc.

Không dùng cho người viêm âm đạo và đang điều trị bằng thuốc đặt âm đạo.

Ngưng dùng thuốc khi có nguy cơ nặng thêm các thương tổn vùng sinh dục.

VCF (Vaginal Contraceptive Film).

Dạng phim mỏng, mềm có chứa hóa chất Nomocynol-9.

Cách đặt: Gập mảnh phim làm 4, kẹp vào hai ngón tay, đặt sâu trong âm đạo trước khi sinh hoạt 7-10 phút.

3. Chú ý

Thuốc đặt, nhìn chung hiệu quả chậm, tác dụng ngắn, nên người có cường độ hoạt động tình dục mạnh dễ có khả năng thất bại.

Thuốc chỉ bảo vệ được cho một lần sinh hoạt.

Nếu đặt sai vị trí, thuốc phân bố không đều, hiệu quả sẽ hạn chế.

Nóng rát âm đạo gây khó chịu ở một số chị em.

ĐOẠN SẢN

I. DẤU HIỆU SỚM HƯỚNG TỚI CÓ THAI

1. Dấu hiệu chủ quan

Là những dấu hiệu có xu hướng đảo lộn sinh lý, bạn tự nhận ra sự khác thường, nếu bạn quan sát kỹ mình. Nó xảy ra rất sớm, có thể sau thụ thai 7-10 ngày.

- Mất cứ nhịp lại muốn ngủ ban ngày, ngay cả sau một đêm có giấc ngủ ngon lành.
- Tiểu nhiều lần, khó, mà tiểu được ít.
- Một cảm giác mệt mỏi. Kèm theo, có thể nặng nặng vùng hông, hông hay thôn thôn vùng bụng dưới.
- Ngực vú căng hơn (khác) mọi kỳ kinh trước. Vú hình như lớn ra, có thể chảy sữa.
- Thêm (hoặc chán) ăn một thứ gì đó.
- Tới kỳ mà không thấy kinh. Có khi chỉ thấy một vài giọt (gọi là nhớ kinh) thì gần như chắc chắn có thai.

2. Dấu hiệu khách quan

- Thử que thăm thai Quick-stick.

Thử vào 10-15 ngày sau sinh hoạt tình dục. Thử vào sáng sớm, lần đầu đi tiểu. Nhúng giấy trong nước tiểu 5 phút. Giấy thử hiện 2 vạch hồng là có thai.

Nguyên lý, dùng chỉ thị màu (hồng) tìm kháng thể đơn dòng của β -hCG được tiết ra khi có thai và thải qua nước tiểu.

- Định lượng hCG trong máu (hoặc nước tiểu). Nhận định:

Không có thai khi: hCG < 10UI/l

Có thai khi : hCG > 2.500UI/l

Có thể thai ngoài tử cung khi : $10 < \text{hCG} < 2.500 \text{ (UI/l)}$

- Miễn dịch phóng xạ (RIA), xác định hCG ở nồng độ rất thấp (2-4UI/ml).
- Siêu âm, tìm phôi trong lòng tử cung.

II. ĐIỀU HÒA KINH NGUYỆT

1. Được hiểu như tạo ra một lần kinh nguyệt, trong đó có dụng ý đưa phôi ra khỏi tử cung.

Hiệp hội Quốc tế về Kế hoạch hóa Gia đình (IFFP) nghiên cứu ở 14 nước trong số 7.885 người chậm kinh dưới 14 ngày, được điều hòa kinh nguyệt thấy 50% không cần thiết điều hòa vì không mang thai. Vì vậy, để chẩn đoán chính xác, ngoài việc thăm khám, cần kết hợp biện pháp cận lâm sàng, thử nước tiểu, siêu âm...

Áp dụng điều hòa cho trường hợp nào?

- Không muốn mang thai đó...
- Chậm kinh dưới hai tuần (6 tuần vô kinh).
- Không có dấu hiệu thai ngoài tử cung.

2. Nhân viên y tế giúp đỡ gì?

- Dùng bơm (hút chân không) cầm tay, dung tích 50ml có gắn ống dẫn để đặt vào buồng tử cung. Nó thay thế phương pháp nong và nạo nên ít đau, dễ làm và an toàn.

- Sau khi đo kích thước, kiểm tra vị trí tử cung, nhân viên y tế đặt “mỏ vịt” vào âm đạo. Hầu hết có cảm giác nặng nề.

- Vô cảm được gây tê cạnh cổ tử cung (hay thuốc ngủ tác dụng ngắn).

Gắn cuối thủ thuật con-đau sẽ mạnh lên đôi chút. Đó là tín hiệu gắn xong.

Chỉ cần lưu lại nơi điều hòa 1-2 giờ là về.

III. HÚT THAI

1. Là thủ thuật bỏ thai khi có thai trong vòng 12 tuần (từ vòng kinh cuối cùng). Không khác nhiều với điều hòa kinh nguyệt.

Chỉ định được mở rộng cho các trường hợp sau:

- Nếu mang thai sẽ hại cho mẹ.
- Nghi ngờ dị tật nặng hoặc ảnh hưởng tới trí tuệ con.
- Mẹ mắc bệnh rối loạn đông máu, tâm thần.

2. Trường hợp nào không nên hút thai?

- Thai trên 12 tuần tuổi.
- Viêm nhiễm cổ tử cung, khoang chậu.
- U xơ lớn ở tử cung kèm sẩy thai không hoàn toàn.

3. Chăm sóc sau hút thai

Vệ sinh cá nhân thật tốt. Không được đặt nút, gác...vào âm đạo.

Cố gắng kiêng cử giao hợp trong 2 tuần sau hút thai.

Theo dõi dấu hiệu hồi phục bình thường:

- Đau bụng như đau bụng kinh.
- Ra giọt máu hoặc máu kinh sau 3-5 ngày sau nạo hút.

Phải đến cơ sở y tế ngay nếu:

- Ra máu dai dẳng nhiều hơn hai tuần.
- Lượng máu nhiều hơn hành kinh bình thường.
- Sốt, ớn lạnh, ngất.

* Ghi chú:

- Điều hòa tốt nhất sau trễ kinh 2 tuần. Để thai to, tỉ lệ tai biến càng cao.

- Sau hút thai dễ có thai lại. Nên dùng biện pháp tránh thai ngay.

IV. ĐOẠN SẢN BẰNG THUỐC RU486

1. RU486 là gì?

R: Roussel. U: Uclaf - hãng sản xuất.

Bác sĩ Edouard Sakiz, người lãnh đạo Viện bào chế, đã khám phá ra, 17 norsteroid kháng Progesteron và đặt tên là Mifégyne.

Tác dụng dựa trên cạnh tranh với Progesteron trên thụ thể của nó ở nội mạc tử cung gây hiệu quả sảy thai. RU486 phá huỷ việc sản xuất nội tiết tố nhau thai hPL và Progesteron ở cơ quan cảm thụ, ngăn chặn trên hợp bào.

Nếu uống RU486 trong pha hoàng thể, trong vòng 72 giờ sau sẽ gây kinh nguyệt. Vì thế uống một lần trong tháng có thể có hiệu quả ngừa thai an toàn.

Thuốc được dùng ở Pháp từ năm 1988. Nay châu Âu đã có tới trên 600.000 phụ nữ sử dụng.

2. Chỉ định và chống chỉ định

- Áp dụng cho:

- Thai dưới 7 tuần, hoặc thai chết lưu.
- Thai phụ dưới 35 tuổi.

- Không dùng cho:

- Người suy thượng thận, rối loạn đông máu.
- Thai ngoài tử cung.
- Đang dùng Corticoid.

3. Cách sử dụng khi phá thai

Uống RU486. Sau 36-48 giờ, uống thêm liều nhỏ Prostaglandin (1-3 viên). Hoặc 400µg Misprost hoặc nạp 1 viên Gomeprost 1mg. Thai sẽ bị tống ra ngoài.

Thai phụ có cơn đau quặn bụng dữ dội, buồn nôn, ra huyết. Cần thiết sự giúp đỡ của bác sĩ của bạn.

BẢN NĂNG TÍNH DỤC

TÍNH DỤC NỮ

I. KHÁI QUÁT CƠ QUAN SINH DỤC NỮ

1. Bộ phận sinh dục ngoài

Gọi là âm hộ. Vùng mu, gọi là đôi vệ nữ (Vénus). Dưới lớp da, mỡ cơ là xương vệ.

Âm vật là tổ chức cương, gần đỉnh khe. Dài khoảng 2cm, chứa nhiều tận cùng thần kinh, dễ gây cảm hứng tình dục.

Hai môi lớn bao quanh. Hai môi nhỏ khuất sau đó. Cả hai, dễ cương phù khi kích thích. Khe hai mép có tuyến tiết nhờn.

Lỗ niệu đạo ở dưới âm vật.

Sâu phía trong là màng trinh, ngăn âm hộ với âm đạo. Màng trinh có lỗ thông để máu kinh và dịch tiết âm đạo chảy ra. Nó mỏng mảnh rất dễ rách cả lúc vô tình, hoặc dày không thể rách cho tới khi sinh con. Có khi không có màng trinh bẩm sinh.

2. Bộ phận sinh dục trong

Âm đạo, tiếp sau màng trinh, sâu 8 - 10cm. Là ống dẹt rất co dãn. Tiết dịch khi gọi dục. Quanh niêm mạc có nhiều thần kinh cảm hứng tình dục.

Tử cung tạo bởi các lớp cơ trơn dày, nơi làm tổ của trứng và chứa con. Niêm mạc tử cung dày lên bởi tác động của nội tiết tố hướng dục, bong theo chu kỳ và tạo ra kinh nguyệt.

Vòi trứng tiếp với đáy tử cung. Ở 1/3 ngoài hơi phình gọi là bóng vòi, nơi trứng dừng ở đó chờ tinh trùng đến thụ thai. Vòi dễ viêm tắc gây vô sinh bởi nạo, hút thai nhiều lần.

Buồng trứng có thể tích khoảng 3 x 1,5 x 1 (cm). Nơi có ngót 500.000 nang trứng khi trưởng thành. Bình thường mỗi tháng có một trứng rụng.

II. TÍNH DỤC

1. Bản năng tính dục

Các nhà tình dục học cho rằng bản năng tính dục (Sexualité) được hình thành từ lúc mới sinh. Bởi vì nội tiết tố steroïd được buồng trứng bé gái tiết ra duy trì, tìm thấy cho đến năm 2 tuổi. Sau đó, về mặt biến đổi giới tính là thời kỳ nghỉ ngơi, tuy nhiên bằng một nội tiết hướng dục ở mức thấp, cho tới 7 - 8 tuổi.

Sự nhận biết giới tính của bé là một mơ hồ hỗn độn, đầy thắc mắc ngây thơ nhưng cũng đầy phức tạp. Đến tuổi dậy thì, bé mới ý thức đủ mình là giới nào. Cùng với sự phát triển về hình thái, tâm lý giới tính cũng được nâng cao. Thích làm đẹp cho mình, thích người khác quan tâm, thích bạn khác giới. Muốn gần gũi mà đầy e thẹn ngượng ngùng. Nó từ sự hình thành tính cách của giới, dịu dàng, tỉ mỉ, ủy mị...

Tuổi thanh nữ, các hằng số sinh lý đang tiếp cận với sự

hoàn chỉnh thì các chuẩn mực và giá trị xã hội được thành lập nhanh chóng để đáp ứng với sự phát triển về sinh học. Song cũng từ đó, thanh nữ thường bối rối trước sự khác biệt mà thực tế xã hội tác động. Sự tiếp thu vẫn còn là bị động.

Bản năng tính dục là một nhu cầu. Sự đòi hỏi thỏa mãn như cơm ăn nước uống; với tuổi thanh xuân là một nhu cầu cấp thiết. Trách nhiệm của người lớn là phải hướng dẫn, giáo dục để các em có mối quan hệ tính dục lành mạnh, chủ động. Ngăn ngừa hành vi tính dục thác loạn, bừa bãi; hoặc ngược lại tự ti, bất mãn... dẫn đến rối loạn tính dục. Cần giúp đỡ các em những gì?

Về nhân cách: Nhận thức đạo đức làm người, nhân đạo, vị tha..., bản chất đạo đức giới nữ, dịu dàng, nhân hậu, thủy chung.. Chức năng làm mẹ, thái độ cư xử..

Về nhận thức xã hội: Sự tương giao các mối quan hệ xã hội, trách nhiệm, nghĩa vụ và quyền lợi của giới.

Về nhận thức giới tính: Được hiểu biết về tình yêu, hôn nhân, về đời sống vợ chồng, về sức khỏe sinh sản.

2. Biểu hiện tính dục

Trong các mối quan hệ với bạn tình, biểu hiện tính dục là sự truyền thông toàn diện. Nó được phối hợp từ não bộ tới hành vi. Về tâm lý, đó là sự tập trung chú ý đến rung động và cởi mở. Về thực thể, các giác quan được huy động nhiều ít, từ cái nhìn đến nụ cười và ngay cả cảm giác phiến diện của khứu giác. Tiến tới các động tác mơn trớn, vuốt ve. Cơ thể được huy động theo cơ chế thần kinh - nội tiết, nhất là khi nhận được sự đáp ứng của phía đối phương với thông tin

tương tự và cuối cùng là hành vi giao cấu.

3. Đáp ứng

Trên biểu đồ sự đáp ứng tình dục là kết quả nghiên cứu của các nhà tình dục học mà những tác giả đầu tiên là bác sĩ W.H.Masters và Johnson (Đại học Y Washington, Mỹ). Tạm chia làm 4 giai đoạn: hưng phấn, khoái cảm, cực khoái và lắng dịu.

a. *Giai đoạn hưng phấn (Excitement)*

Được kích thích bởi tâm, sinh lý và những cử chỉ biểu hiện dục tính của cả chủ quan lẫn những đáp ứng từ phía đối tượng. Trong đó xúc giác là quan trọng nhất.

Là sự chuẩn bị vô thức ở cơ quan sinh dục: tuyến nhờn tiết dịch, thành âm đạo rỉ nước, máu dồn căng các tổ chức ở âm hộ...

b. *Giai đoạn khoái cảm (Orgasme, plateau)*

Não bộ nhận được rung động từ da. Cơ quan sinh dục được kích thích trực tiếp, tử cung bị đẩy lên. Đáp ứng cơ thể là sự căng cơ toàn thân. Vú căng. Nhịp tim, phổi tăng.

Đồ thị là đường ngang đi lên (trước cực khoái) hay đường bình nguyên (plateau) hơi nhấp nhô.

c. *Giai đoạn cực khoái (Orgastic)*

Là sự kích thích đến cao độ của khoái cảm. Thường là các tần số cọ xát (frictis) phải được đều đặn liên tục, tăng dần. Khác với nam, cực khoái ở nữ diễn ra theo sóng hình sin có

từ 5 - 12 sóng. Vùng 2/3 ngoài âm đạo co mạnh từng cơn, dồn sóng và lỗ cổ tử cung hé mở. Cơ thể tăng thông số. Nhịp thở 40 lần/phút. Nhịp tim 110 - 180 lần/phút. Huyết áp tâm thu tăng 30 - 80mmHg, huyết áp tâm trương tăng 20 - 40mmHg. Theo nghiên cứu của G.Vasilichenko, thời gian dài nhất là 3 phút 34 giây với 270 nhịp cọ vào thành âm đạo. Và theo W.H.Masters, cảm giác này là sự nhận cảm ảm áp từ vùng âm vật lan truyền ra khắp cơ thể. Cùng với sự tê mê của các giác quan tạo nên sự run giật vùng chậu tới toàn thân. S.Freud là người đầu tiên ghi nhận cực khoái từ âm vật. Cảm giác cực khoái là cảm giác chủ quan tùy thuộc sự cảm nhận của từng cá thể.

d. Giai đoạn lắng dịu (Resolution)

Tình trạng căng tình dục bị giải tỏa, sau kích thích mạnh từ sự rung giật để phóng tinh của mô dương vật. Trạng thái cương phù giảm. Màu sắc, kích thước âm đạo trở lại bình thường. Cổ tử cung và tử cung trở về vị trí cũ sau 5 - 10 phút. Có thể mồ hôi toát ra và cơ thể mỗi mệt rã rời. Đồ thị là đường đi xuống ngắn ngủi.

Sự thỏa mãn tình dục đòi hỏi thời gian và kinh nghiệm. Theo viện Kinsey chuyên nghiên cứu về tính dục cho biết, sau một năm cưới, khoảng 63% chị em thấy được thỏa mãn tình dục. Sau 20 năm đạt 85%, còn đến hơn 1/3 chị em thì...thấy ít hoặc không (!).

Mới đây, trong một nghiên cứu về đời sống tình dục ở giới lao động trí óc tại thành phố Hồ Chí Minh của Đại học Mở -

Bán công, tác giả Phạm Thanh Mỹ cho biết, chỉ có 10% hài lòng, 63,3% cảm thấy thỉnh thoảng mới hài lòng, 16,7% hiếm khi thấy và 3,3% không hề thấy thỏa mãn tí nào!

III. TÌNH YÊU KHÔNG CÓ TUỔI

1. Thanh xuân

Bản năng tính dục được ghi nhận rất sớm. Nó chịu tác động nhiều ít và mạnh yếu vào từng lứa tuổi. Ảnh hưởng này biểu hiện trên hai khía cạnh tâm lý và thể chất. Tuổi trẻ đáp ứng tình dục mạnh mẽ, tăng dần và cao nhất vào những tuổi 30. Đồng thời cũng thay đổi về cường độ lẫn chất lượng.

2. Hối xuân

Một cảm giác tình dục thỏa mãn tận hưởng thường vào tuổi hối xuân. Bởi về tâm lý và thể chất đã chín đủ theo thời gian. Một trạng thái biến động bùng dậy về ham muốn tình dục và sự thay đổi về thể chất. Tinh thần sáng khoái, tươi trẻ. Da thịt tươi thắm lại. Cơ bắp càng chắc. Vú cương đầy đặn. Tự nhiên thấy khao khát sự khoái lạc bản thân. Từ kinh nghiệm, sự thúc dục bản năng họ biết tìm kiếm để thỏa mãn.

Các nhà sinh lý học thấy ở giai đoạn này các tuyến nội tiết bị kích thích mạnh gây bùng nổ nội tiết tố, như con sóng xô bờ, dội lên trước khi dập dờn, lăn tăn trên cát phẳng, để rồi sau đó lắng xuống, đi vào thời mãn kinh.

3. Thời gian không là thước đo

Nội tiết tố hướng dục giảm, yếu tố gây ra những rắc rối thời kỳ tiền mãn kinh, tác động lên cơ thể. Về tâm lý, không

những thường hờn dỗi, gắt gỏng mà về thể chất, luôn thấy mệt mỏi. Có những cơn bừng (flushing), vã mồ hôi. Đồng thời bộ phận sinh dục phụ teo mỏng dần, đặc biệt âm hộ và thành âm đạo. Dịch tiết ít, khó khăn trong sinh hoạt tình dục, dần tới buồn chán. Ấy vậy, nhưng... nếu giữ được sinh hoạt đều đặn, thì vẫn có thể sung sức, đáp ứng được mong muốn. Bởi tình yêu không có tuổi mà ! Ta chẳng nghe thấy Tổng thống Taylor mãi 70 tuổi mới có con đó sao? Ta trân trọng kính nể trước sự lãng mạn của bác sỹ De Furnene lấy vợ khi 109 tuổi, sau đó sinh hai con trai thì ta phải nghiêng mình trước sự oanh liệt phi thường của cụ bà sau tuổi 94 (vợ cụ ông Reycour lúc 105 tuổi) vẫn sinh hạ được 3 người con tròn vẹn. Vậy là cái tuổi thanh xuân đâu có quy định tuổi tác thời gian? Nó thuộc về mỗi cá nhân.

Vậy mà, không ít người mất đi cái thiên phú quý báu này! Đó là những biểu hiện tính dục hoặc trong quan hệ tình dục bất thường. Do đâu?

4. Một số nguyên do

a. Xung đột nội tâm, có thể gây stress trong tình dục

Có một mối bất hòa trong hôn nhân. Một ý nghĩ xấu ức chế, hay nổi bực tức chế ngự... liên tục sẽ không gây được rung cảm bản năng tính dục.

Sự đôn đầu ly biệt, kể cả mối tình đầu tan vỡ...; mặc cảm, ác cảm với tình dục như bị lừa dối, cưỡng hiếp.

Mơ tưởng thay đổi bạn tình sau đợt từng trải gây nhầm chán.

b. Do thiếu hiểu biết

Lối sống văn hóa, sự giáo dục của gia đình ngay từ thuở thiếu thời, thường là khuôn mẫu cho hành vi và sự đáp ứng tình dục. Chẳng hạn tôn giáo và tín ngưỡng nghiêm khắc.

Ảnh hưởng của lối sống xã hội như sự xung đột về quan niệm sống với bạn tình. Thiếu tôn trọng, tự ti như mặc cảm nhỏ con, xấu dáng, học hành thấp, nghề nghiệp yếu...

Mâu thuẫn về phương pháp thực hành tình dục, về vị trí, tư thế, tần số, thời gian...

c. Do thương tổn thực thể

Sức khỏe: ốm yếu, bệnh tật, tuổi tác, rối loạn nội tiết...

Trực trực bộ phận sinh dục: dị dạng bẩm sinh gây đau đớn sợ hãi, ít tiết dịch, viêm nhiễm đường sinh dục. Một vài tôn giáo có tục cắt âm vật, rạch âm vật.

Ma túy, rượu, thuốc lá. Ngoài tác hại cho thai nhi, con cái về tâm thần kinh và thể chất, ma túy làm giảm và rối loạn tính dục ở những con nghiện lâu ngày. Rượu gây giảm và rối loạn vào giai đoạn ức chế của cơn say túy lúy. Thuốc lá gây ức chế thần kinh nội tiết với liều cao nicotin sau khi hút.

Ngay cả một số thuốc điều trị hạ huyết áp, nội tiết tố... cũng làm giảm ham muốn tình dục.

IV. DẤU HIỆU THƯỜNG THẤY

1. Lãnh cảm (anorgasmia)

Là sự thờ ơ, không đáp ứng tình dục trước bạn tình, dù dùng đủ biện pháp kích thích kể cả giao cấu. Bản thân nó

không là bệnh. Nhiều nghiên cứu cho rằng nguyên do nghiêng về trạng thái tâm lý nhiều hơn và có thể đó là nguồn gốc dẫn đến lãnh cảm. Chẳng hạn, do xung đột nội tâm sâu sắc gây stress trong tình dục; thường thấy ít có nguyên nhân thực thể, nhưng lại gặp ở bệnh nhân đang mắc bệnh đái tháo đường, bệnh tuyến nội tiết.

Biện pháp trị liệu?

Xác định, lãnh cảm nguyên do yếu tố tâm lý, nên tâm lý liệu pháp là biện pháp hàng đầu. Kiên trì, kết hợp đồng pha giữa thầy thuốc và bạn tình cùng thực hiện. Nhiều khi sự cởi mở của bạn tình là yếu tố thúc đẩy gây được cảm hứng tình dục. Những biện pháp gây cảm hứng tình dục không có sinh hoạt tình dục cũng gây được niềm tin từ nơi người bệnh: là tạo lập một phần xạ có điều kiện cho một cảm hứng tình dục thực thể bằng giao hợp.

2. Rối loạn cực khoái

Kaplan đã ghi nhận:

40% đạt được cực khoái với kích thích âm vật.

30% đạt vào lúc giao hoan.

20% đạt được bằng thu dâm.

Như vậy chỉ 10% không đạt được cực khoái mà nguyên do có thể là:

- Bị ức chế phần xạ cực khoái do không thích sinh hoạt tình dục với đối tượng..
- Do chưa được kích thích đầy đủ, khoái cảm chỉ đạt tới giai đoạn 2.

Biện pháp trị liệu?

Đôi khi chỉ cần giải tỏa tâm lý, nếu bị ức chế phản xạ cực khoái.

Hoặc được hướng dẫn để tự tìm ra cách hưng phấn và hành động trong sinh hoạt bạn tình để đạt đến cực khoái bằng kinh nghiệm.

3. Âm đạo bị co thắt

Là sự co thắt quá mức và sớm ở cửa âm đạo, có sự kết hợp của các cơ vùng xung quanh âm đạo gây cản trở sinh hoạt tình dục. Nguyên do có thể là:

Ở những cô dâu đêm tân hôn, vì tâm lý lo sợ, căng thẳng, gây tăng nhạy cảm co thắt, hoặc do nỗi sợ hãi sau lần bạo dâm...

Có nguyên do, chị em sau lần cắt tầng sinh môn, hay sửa sành hội âm thẩm mỹ. Âm ảnh hình thành sau một tác động đau đớn.

Tuy nhiên, ở điều kiện tốt đẹp chị em vẫn có thể đáp ứng tình dục đạt đến mức cực khoái.

Biện pháp trị liệu?

Do yếu tố tâm lý, thường đạt được khi giải tỏa nỗi ám ảnh, sợ hãi. Việc giải thích, hướng dẫn để hiểu biết về cơ thể học, sinh dục học, sinh lý và chức phận làm mẹ là rất quan trọng. Trong đó sự giúp đỡ của bạn tình là thật cần thiết.

Với người mắc chứng này, phải tự tập luyện, cơ cơ, tạo được phản xạ có ý thức.

Có thể, nếu cần, phải can thiệp phẫu thuật nhỏ, loại bỏ mô bọc quanh âm vật.

BẤT THƯỜNG BẢN NĂNG

I. ĐỒNG TÍNH LUYẾN ÁI (HOMO-SEXUALITÉ)

1. Một nhận thức sai lạc qui luật?

Phương tây, đồng tính luyến ái gọi theo tiếng Pháp là Pédéraste, hay tiếng Anh là Gay, cho những người phái nam. Còn đồng tính luyến ái nữ, tiếng Anh là Lesbian và tiếng Pháp là Tribadisme. Nay được Việt hóa, gọi thành quen..

Tình yêu hay bệnh hoạn?

Quan niệm về vấn đề này thay đổi tùy theo thời gian, tùy tập quán xã hội, ngay cả tùy cách nhìn từng người. Vào Thế chiến II, một số nước phương tây như Pháp, Đức cấm những người đồng tính luyến ái không được nhập quân đội, cảnh sát.. Họ cho đó là những kẻ bệnh hoạn, tội lỗi, bất chính.. nên đã bị kỳ thị, đàn áp, bỏ tù như ở thế giới Ả Rập hiện nay. Nhưng giờ thì, có một số nước đã cho phép người đồng tính luyến ái lấy nhau và điều đó được ghi trong luật hôn nhân.

Vậy đồng tính luyến ái là gì?

Là quan hệ tình dục và tình cảm giữa hai cá thể cùng giới (nam-nam hoặc nữ-nữ).

Tỉ lệ này ở Pháp khoảng 1,40%, ở Mỹ 1%; có trong mọi tầng lớp xã hội. Thông thường số đồng tính nam gấp đôi số đồng tính nữ.

2. Cái nhìn từ khoa học

Có người quan niệm đồng tính luyến ái là bệnh bẩm sinh, là bệnh tâm thần, bị rối loạn cấu trúc bản năng sinh dục. Từ

sai lạc nhận thức dẫn tới sai lạc giác quan. Người bạn tình trong ý thức người đồng tính luyến ái bị đảo ngược về giới tính. Dưới giác quan ấy sự hấp dẫn và rung cảm mang tính dục phải là người đồng giới.

Song nhiều kiểm tra về nhiễm sắc thể chỉ thấy thay đổi nhỏ về gen. Về hormon, cũng chỉ thấy có thay đổi ngưỡng cảm thụ nội tiết tố hướng dục vào tuổi dậy thì.

Những điều này không chứng tỏ có sự sai lạc giới tính thực thể.

Một số ý kiến được các nhà tâm lý học ủng hộ, đó là người đồng tính luyến ái bị rối loạn nhận thức giới tính mắc phải khi lớn lên. Môi trường sống gồm các tác động tâm sinh lý, phương pháp giáo dục, xã hội, ảnh hưởng của bạn bè, phim ảnh... đã quyết định.

Theo Kinsey, ở con người, tính dục có nhiều khuynh hướng khác nhau, ít nhiều có thiên lệch về hướng này hay hướng khác. Và khuynh hướng tính dục được xếp hạng từ 0 đến 6. Đồng tính luyến ái xếp hạng 6.

3. Nhận ra bạn, nhận ra mình

Thật khó có cách nào chứng minh ngay một người là đồng tính luyến ái, khi họ còn mặc cảm trước dư luận xã hội và người thân nên cố giấu giếm khuynh hướng tình dục của mình. Nhưng, với sự say đắm một người cùng giới đến mức ám ảnh, và đôi lúc, thể hiện cả tính dục với đối tượng ưa thích thì mình có thể can đảm nhận ra mình ở giới nào rồi!

Nhiều người có hôn nhân và có sinh hoạt tình dục khác

giới, nhưng vẫn ngoại tình với người đồng giới. Ai dám chắc họ là đồng tính luyến ái? Nhưng điều có thể là trong lối sống, cả việc thân ái trên giới hạn mang hình hài dục tính đối với người đồng giới cùng với sự né tránh và tâm trạng chán chường trong đời sống vợ chồng; nó là chứng cứ chỉ điểm họ là đồng tính luyến ái, dạng lưỡng tính ái (bisexual).

Nữ đồng tính luyến ái có hai hình thức:

- Thường áp vào nhau như giao cấu. Họ cọ xát vào nhau bằng các mép âm hộ để thỏa mãn nhục dục (tribadisme).
- Thỏa mãn nhục dục bằng lưỡi (saphisme).

4. Trở lại mình

Với tuyệt đại đa số, đồng tính luyến ái không là bình thường. Có nhiều người đã nhận ra mình và muốn từ bỏ nó. Song thật không dễ dàng nói điều thẳng lợi. Thực tế, khoảng ¼ số người đồng tính luyến ái trở về được với đời sống tình dục khác giới bằng nỗ lực bản thân và sự giúp đỡ của bạn bè, người thân.

Để trở lại cộng đồng?

Bản thân là trước hết. Phải xác định được bản chất đồng tính luyến ái và đặt quyết tâm không mệt mỏi, cùng lòng tự trọng vào chính bản thân mình. Trở về với chính mình, với cộng đồng đang chờ đợi. Tìm ra những thói quen, những tật xấu mà mình mắc phải như cờ bạc, ma túy, rượu chè, thuốc lá... Cũng từ bỏ luôn lối sống phiêu đảng, với phim ảnh khiêu dâm, thác loạn.

Với cộng đồng: Mọi người tạo niềm tin ở lối sống lành

manh, tạo cơ hội, để phát huy khả năng cá nhân người đồng tính cùng hòa nhịp vào cuộc sống cộng đồng.

Với Y học: Nâng đỡ tinh thần, đặt yêu thương và lòng tin vào họ. Tạo được một lòng tin vào thầy thuốc mà thầy thuốc chuyên khoa tâm lý là cần thiết.

II. KHỔ DÂM (SADOMASOCHISME)

Là hình thái tình dục chỉ được thỏa mãn sau khi chính mình đã “được” hành hạ đến đau đớn thể xác hoặc tinh thần.

Nếu như ở nam giới trong y văn ghi những kẻ đã có những hành vi tình dục tàn bạo như quận công Sade, Gille de Rais ở thế kỷ XV, mang chứng bệnh bạo dâm, trước khi giao cấu thường có hành động đánh đập chửi bới người tình mới thỏa mãn nhục dục thì ở nữ chứng bệnh được biểu hiện tương tự là chịu nhục hình. Họ tự trói mình vào cột, vào giường...cựa quậy thân mình đến bầm tím chà xát bộ phận sinh dục vào cột vào gối... mới thỏa mãn dục tình. Một hình thái khổ dâm.

III. THỦ DÂM (MASTURBATION)

1. Hành vi

Là dùng tay kích thích bộ phận sinh dục để gây khoái cảm dục tính. Ý nghĩa này được mở rộng ra là dùng mọi cách để thỏa mãn nhục dục, ngoài việc sinh hoạt tình dục với người khác giới.

2. Tại sao?

Nhiều nhà tình dục học cho rằng, một hành động nhằm thỏa mãn nhu cầu tình dục, có đến 90% nam và 30% nữ.

Chính họ muốn cảm thấy dễ chịu sau khoái cảm đạt được do thủ dâm tạo ra. Có người thủ dâm cả đời; nhưng có người chỉ ít lần vào một thời gian nào đó.

Là sự đòi hỏi sinh lý cấp bách ở tuổi trẻ với một thời gian dài chưa thể hôn nhân, để làm ăn, tu nghiệp... Là hành vi tính dục của những người cô đơn, ly hôn, goá bụa, tàn tật... Là sự giải thoát ức chế dục tình của người xa nhà, thủy thủ đi biển, bộ đội xa nhà, người du học, ngoại giao phải đảm bảo an toàn vì lý do tế nhị...

3. Quan niệm

Còn có nhiều bàn cãi. Có người cho thủ dâm, về mặt đạo đức là phạm vào luân lý, là trái với giáo lý tôn giáo, là hành vi chống đối... xã hội, là điều không thể coi là bình thường. Về mặt tinh thần, gây tác hại tâm thần kinh, loạn trí. Từ tưởng tượng thủ dâm rồi sẽ mặc cảm, nhút nhát... nhưng nó lại "lây lan" thành ... tập thể. Về sức khoẻ, làm cạn kiệt tinh lực, mệt mỏi cơ thể, yếu tim...

Một số người khác, có quan điểm trái với ý kiến trên; trong đó, đa số các nhà tình dục học cho rằng, một khi càng hiểu biết về nó, càng thoải mái với bản thân thì cơ thể càng ít mặc cảm. Vì vậy, thủ dâm chỉ được coi là biểu hiện sinh lý, không là bệnh tật. Chưa có nghiên cứu nào đưa ra ý kiến thuyết phục thủ dâm gây bệnh tật.

Tuy nhiên, thủ dâm liên tục nhiều ngày (nhiều ít do quan niệm từng người) tới lạm dụng có thể dẫn tới rối loạn sinh lý dạng cương, (rõ nhất ở nam giới), thời gian hưng phấn ngắn. Trong quan hệ tình dục sẽ giảm hưng phấn, lâu đạt được

khoái cảm và khó tạo được cực khoái.

Những người mắc bệnh “yếu...” đều có tiền sử thủ dâm nhiều..

Vậy mà, việc từ bỏ hình thức thủ dâm ở người thường xuyên thủ dâm thật không dễ dàng, nhưng cũng nhiều người bỏ được.

Trên thực tế, một số đã xảy ra những xung đột trong đời sống vợ chồng. Về mặt xã hội, nó vẫn không được tán thành.

IV. THƯỢNG MÃ PHONG

Là đột tử đang... trên bụng bạn tình(!)

Nguyên nhân đột tử thường xảy ra sau một gắng sức quá mức. Cố gắng đã gây gia tăng đột ngột áp lực trong mạch máu làm vỡ mạch, hôn mê sâu, tử vong nhanh. Những người đột tử có tiền căn tim mạch, tim thấy 40% do động mạch vành. Và thấy ở người nghiện rượu, nghiện thuốc lá đột tử tăng gấp 5 lần người bình thường.

Còn thấy nhiều người không có tiền sử bệnh tật như trên mà vẫn vướng thượng mã phong, nhưng chữa nhanh khỏi, cuộc sống và sức khỏe trở lại như chưa hề bị “ngã ngựa” bao giờ! Có thể tham khảo ý kiến sau:

Một số nhà sinh lý học như Weber, Rosenthal và Brown Séquard.. cho là “Mort par Inhibition!” (chết bởi ức chế). Ở “người thượng mã phong” vùng dễ bị kích thích là dương vật và tinh hoàn. Sự khoái cảm do tình dục tạo ra tác động lên hành tủy gây vượt ngưỡng. Nếu có thêm một tác động nào

nữa bổ sung kích thích vào dương vật và tinh hoàn, ví dụ bị kẹt đầu, cộng hưởng này tạo ra sự đáp ứng với quá ngưỡng bằng phản ứng *ức chế đột ngột đồng thời* các điểm (cả hưng phấn lẫn ức chế) hô hấp và tim, làm tim ngừng đập, phổi ngừng thở.

Giúp đỡ được gì?

Sách *Nam dược thần hiệu*, vào thế kỷ XIV, cụ Tuệ Tĩnh viết: "...phạm phòng khi phát hiện bệnh có bạo phát, chân tay co quắp, hôn mê bất tỉnh, xảy ra lúc giao cấu, không trị gấp thì hay chết người..."

Trong "*Vệ sinh yếu nguyệt*" cụ Hải Thượng Lãn Ông viết: "Hễ trong lúc giao hợp, người đàn ông bỗng nhiên ngừng thở, không tỉnh, thì nên để nằm sấp y nguyên trên bụng người phụ nữ mà cứu. Không lật xuống giường mà nguy. Người phụ nữ kịp lấy cái trâm cài đầu mà châm mạnh vào dưới xương cụt."

Theo Đông y, điểm giữa hậu môn và âm hộ là khởi đầu hai mạch Nhâm - Đốc chi phối hoạt động hệ thống 12 kinh lạc, nơi luân chuyển khí huyết cơ thể. Châm vào đó là để thông kinh hoạt lạc, khí huyết lưu thông.

Với Tây y, nơi đó tập trung nhiều tận cùng thần kinh tủy - cùng đuôi ngựa, có tác dụng kích thích hoạt động thần kinh trung ương - tủy, giải tỏa ức chế gây ra.

Ngày xưa, phụ nữ ai cũng có cây trâm cài tóc, thật tế nhị biết bao!

V. VẤN ĐỀ ÁI NAM, ÁI NỮ (INTERSEXES)

1. Gà mái hóa trống

Người ta điện phân tinh dịch gà trống, tinh trùng di chuyển về hai phía, bám vào hai điện cực. Lấy tinh trùng mỗi cực thụ tinh riêng cho gà mái. Chỉ có những chú gà trống được sinh ra từ loại tinh trùng bám vào cực âm, còn loại tinh trùng từ cực dương thì ngược lại. Song lạ thay, khi gà đang vào thời kỳ phát dục, có đến 1/3 số gà mái lại gáy te te và 1/3 số gà trống ở đàn kia thì cũng bị đổi ngược.

Ngay đàn gà nuôi thường ngày trong gia đình, đôi khi bắt gặp con gà mái đột ngột biết gáy. Nhìn kỹ, thấy gà mái mọc thêm lông seo và như mượn mào gà trống vậy!

Tại sao?

Vấn đề trực trặc đặt ra ở buồng trứng gà mái. Kích dục tố giống cái bị mất hoặc quá ít, không đủ ức chế sự phát dục tinh nang. Vì thế tinh nang phát dục trở lại, tiết ra dục tố dục. Thế là bản năng giống dục được phát huy.

Hiện tượng này trong sinh học gọi là chuyển hóa tính. Đặc tính này không chỉ có ở gà, động vật mà còn có cả ở người.

2. Gái hay trai?

Thói quen xác định giới tính khi bé chào đời bằng trực quan, dựa vào "chim" hoặc "bướm". Đây là chim cu tí tòi ra bằng quả ớt xinh xinh với hai quả trứng tí teo. Còn hĩm, với hai cánh bướm đỏ rưng. Ấy vậy nhưng có khi bé sinh ra, vùng sinh dục chỉ thấy nhô lên một chút bé xíu, với một lỗ cườm nhỏ xíu luôn. Nghi ngờ, cô đỡ tìm hai cái trứng, nếu

không có, cô phán bé gái rồi!

Khốn nỗi, khi tuổi dậy thì đến, sự việc mới bắt đầu đảo ngược. Là bé trai đấy, nhưng mang dáng điệu ôn ền con gái với đôi vú hơi đầy. Là gái đấy, nhưng thân hình tồng teo, với bộ ngực lép kẹp và lún phún quanh mép lông tơ.

3. Thật hay giả?

Có hai loại, ái nam ái nữ thật và ái nam ái nữ giả.

a. Ái nam ái nữ thật (*True hermaphroditism*)

Trong cơ thể có buồng trứng và cả tinh hoàn hoặc một tuyến sinh dục có cả tổ chức buồng trứng-tinh hoàn (Ovutestis). Thực ra loại này rất hiếm, chỉ dăm ba trăm người trên thế giới này, vậy mà trong y văn ghi có một trường hợp có con..

Về kiểu gen: có tới 70% gặp nhiễm sắc thể 46,XX và tiếp là nhiễm sắc thể hình khảm 46,XY/46,XX; 46,XX/47,XXY; 45,XO/46,XY... Bằng phương pháp cộng hưởng nhiễm sắc thể (HRC) thấy sự chuyển đổi (hoặc chuyển chỗ) của vùng xác định giới tính Y trên nhiễm sắc thể X.

Về kiểu hình, tổ chức nào trội hơn thì khi sinh ra mang giới ấy.

b. Nam giả nữ (ái nam ái nữ giả kiểu nam, *male pseudohermaphroditism*)

Nguyên nhân sinh ra có rất nhiều như: do tiết gonadotropin bất thường, rối loạn tổng hợp Testosteron, kém nhạy cảm với Androgen, thiếu năng tuyến sinh dục có tính chất gia đình, tổn thương nhiễm sắc thể Y, rối loạn biệt hóa

cơ quan sinh dục bào thai...

Kiểu hình chủ yếu là nam, bộ phận sinh dục ngoài dị dạng, lạc chỗ và mang thêm cơ quan sinh dục nữ như tử cung, vòi trứng, âm đạo. Hoặc là nữ có tinh hoàn, nhiều lông, không có tử cung, vòi trứng.

Nam giả nữ, nhiễm sắc đồ 46XY, do thiếu men 5 α -reductase, hình dáng trai, dương vật và tinh hoàn ở góc trên hai môi lớn. Đã chuyển giới sang nữ theo nguyện vọng.

c. Nữ giả nam (ái nam ái nữ giả kiểu nữ, Female pseudohermaphroditism)

Nguyên nhân : Quá sản thượng thận bẩm sinh do thiếu một số men, tăng ACTH, DHEA, cường vỏ thượng thận, mẹ sử dụng nhiều thuốc Androgen hoặc Progestin.

Kiểu gen nhiễm sắc đồ 46,XX.

Cơ thể có tuyến sinh dục nữ, có buồng trứng nhưng bộ phận sinh dục ngoài bị nam tính hóa. Nếu do cường vỏ thượng thận (hội chứng Cushing) sẽ béo bệu, lông như nam giới, rối loạn kinh nguyệt, trứng cá, mặt dày(plethoric face)...

Nữ giả nam. Nhiễm sắc đồ 46, XX. Bộ phận sinh dục ngoài ở bé gái 4 tuổi do u lành tính vỏ thượng thận. Sau bóc bỏ u, 14 tuổi dậy thì. Năm 16 tuổi có kinh nguyệt, cắt bỏ dương vật giả. Năm 25 tuổi lấy chồng, sinh một trai.

d. Hướng trị liệu

Với y học hiện đại việc thay đổi giới tính bằng phẫu thuật không quá khó. Nhưng nó phụ thuộc vào yêu cầu cá nhân người bệnh và dựa trên hình thái thực thể.

BỆNH ĐƯỜNG SINH DỤC

BỆNH LÂY QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

1. HIV/AIDS

1. HIV

Là virus gây hội chứng suy giảm miễn dịch không hồi phục (mắc phải) ở người. Trong cơ thể, nó xâm nhập vào tế bào, sao chép để có HIV khác. Phá hủy tế bào Lympho T4 và cả tế bào có thẩm quyền miễn dịch gây giảm miễn dịch tế bào.

Thời gian từ 3-6 tháng tiếp theo, tuy không có biểu hiện sinh học nhưng khả năng truyền bệnh vẫn cao (giai đoạn cửa sổ); xét nghiệm phát hiện nhiễm bệnh còn khó khăn.

2. AIDS (SIDA)

Thời gian chuyển HIV sang AIDS từ 2-10 năm hoặc lâu hơn tùy vào trị liệu và chăm sóc. Và AIDS chính là thời kỳ cuối của HIV. Cơ thể phát bệnh với hàng loạt các bệnh nhiễm trùng cơ hội và u.

3. Đường lây truyền

Có ba đường:

* Sinh hoạt tình dục: không được bảo vệ bằng bao cao su.

* Đường máu: truyền máu hay tiếp xúc với máu như tiêm chích, xăm da, mảnh ghép... đã bị nhiễm HIV.

* Mẹ truyền sang con: ngay khi mang thai hay sau sinh. Tỷ lệ 25-30% (tài liệu Việt Nam) và 2,5-3% (tài liệu Tổ chức Y tế Thế giới tây Thái Bình Dương).

4. Xét nghiệm chẩn đoán HIV

- Test ELISA tìm kháng thể kháng HIV. Độ nhạy 98%.
- Miễn dịch điện di Western Blot khẳng định HIV.
- Phát hiện kháng nguyên HIV (áp dụng xét nghiệm người hiến máu).

Ngoài ra còn: kỹ thuật RIPA, miễn dịch huỳnh quang...; ở ta chưa dùng.

Đánh giá kết quả, nếu:

HIV(+), chứng tỏ máu đã có kháng thể kháng HIV nghĩa là cơ thể đã mang HIV. Nhưng ở trẻ mới sinh ra, dù không nhiễm, nhưng do mẹ có kháng thể truyền sang. Muốn biết bé mắc hay không phải chờ đến 6-12 tháng tuổi xét nghiệm mới biết.

HIV(-), là không tìm thấy kháng thể kháng HIV trong máu. Vậy sẽ có hai khả năng:

- Cơ thể không nhiễm.
- Hoặc còn trong giai đoạn "cửa sổ" .

5. Điều trị

Chưa tìm ra thuốc đặc trị.

• Nhưng dựa trên nguyên lý ức chế men Transcritase inverse, chống lại sinh sản và lan tỏa của HIV, hiện có những thuốc sau: AZT (Azidothymidine), Indinavir, Lavumidin... Thực ra thuốc giúp kéo dài sự sống vì chỉ làm AIDS chậm phát triển. Thuốc được dùng ở Âu - Mỹ, phải

uống quanh năm và quá đắt tiền.

- Thuốc Cycloferon 12,5%-1ml. Hoạt chất chính Acridon acid acetic 0,125g và N-Methyl Glutamin 0,0963g. Thuốc của Nga, theo quảng cáo có tác dụng ngăn ngừa sự phát triển của virus. Hiện có ở Việt Nam.

- Ngoài ra, còn có thuốc phục hồi hệ thống chức năng miễn dịch : Interferon, Interleukin-2.

II. BỆNH LÂY QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Có ba hội chứng đặc thù của bệnh lây qua đường tình dục. Dựa vào các triệu chứng điển hình này có thể tự nhận biết và phân biệt được bệnh của mình .

1. Hội chứng đau vùng bụng dưới

a. Điều kiện cần

- Có đau bụng dưới (sau khi)
- Có sinh hoạt bất bình.

b. Dấu hiệu bất gặp

Nếu :

Không kinh/trễ kinh (hoặc)
Mới sinh/hư thai (hoặc)
Bụng cứng sờ đau (hoặc)
Xuất huyết âm đạo.

Nếu có:

Ngáy sốt/sốt nhẹ.
Khí hư.
Đau lúc khám âm đạo.

c. Hướng xử lý

Đi khám bệnh tại
cơ sở y tế phụ sản.

Điều trị: Lậu và Chlamydia.
Đỡ, thì trị tiếp. Sau 3 ngày
không đỡ, đi viện.

2. Hội chứng tiết dịch âm đạo

a. Điều kiện cần

- Có khí hư
- Có sinh hoạt bạn tình.

b. Dấu hiệu bắt gặp

Nếu có:
Đau/trần bụng dưới, âm đạo.
Dịch tiết vàng xanh quánh hôi.
Bạn tình có nguy cơ/đã mắc.

Nếu có loét.

Điều trị theo sơ đồ
loét sinh dục.

c. Hướng xử lý

Hãy:

- Trị viêm cổ tử cung, âm đạo
- Giáo dục
 - Thay đổi hành vi
 - Dùng bao cao su
 - Giúp và trị bệnh bạn tình.

← Phân biệt với →

Nếu viêm Cổ TC do
Lậu/Chlamydia:
Dịch tiết âm đạo ít
Ngứa ngứa, tiểu khó
Trần nặng âm đạo
Cần điều trị bạn tình.

Viêm âm đạo thường do
(trùng roi, nấm, vi khuẩn):
Dịch tiết âm đạo nhiều
Xanh bọt (trùng roi), xám dính
(vi khuẩn), trắng, bột (nấm)
Mùi hôi (trùng roi), cá ươn (vi
khuẩn), không mùi (nấm).
Ngứa ít (trùng roi), nhiều (nấm)

Điều trị:
- Lậu (sớm): Trobicin, Ceftriaxon.
- Chlamydia: bằng Doxycyclin.
hoặc Azithromycin.

Đi khám bệnh
tại cơ sở
y tế phụ sản

2. Hội chứng loét sinh dục

Loét là dấu hiệu đặc thù của bệnh lây qua đường tình dục. Hiện hay gặp bệnh Giang mai, Hạ cam mềm và Herpès.

Giang mai do xoắn khuẩn hình may-xo, tên khoa học là *Treponema Pallidum*.

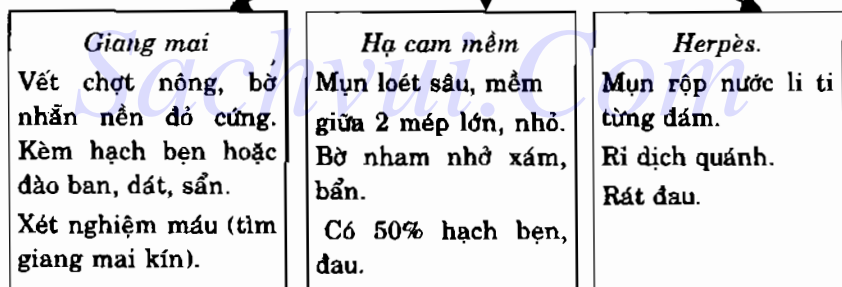
Hạ cam mềm do trực khuẩn *Haemophilus Ducreyi*.

Herpès do siêu vi có tên *Herpès hominis*, *Herpès simplex*.

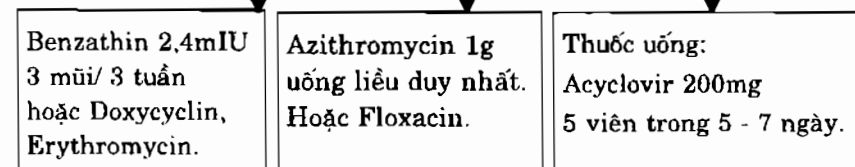
a. Điều kiện cần

- Có lở loét vùng sinh dục
- Có sinh hoạt bần tình.

b. Dấu hiệu bắt gặp



c. Hướng xử lý



III. NGUY CƠ GIA TĂNG LÂY NHIỄM

1. Những yếu tố nguy cơ cao

Yếu tố sinh học: Tuổi dưới 30. Chưa lập gia đình.

Hành vi : Có hơn một bạn tình. Bạn tình mới trong 3 tháng gần đây. Đồng tính luyến ái. Nghiện bia rượu, ma túy... Không bảo vệ bằng bao cao su...

Bệnh lây qua đường tình dục tạo ra những thương tổn viêm loét mở cửa cho HIV. Ngược lại, HIV làm giảm sức đề kháng, tạo cơ hội cho vi khuẩn phát triển nhanh.

2. Những biến chứng thường gặp

a. Đau bụng mãn do viêm hố chậu gồm viêm dính tử cung, vòi trứng, abscess tuyến Bartholin... là dấu hiệu biết sớm nhất.

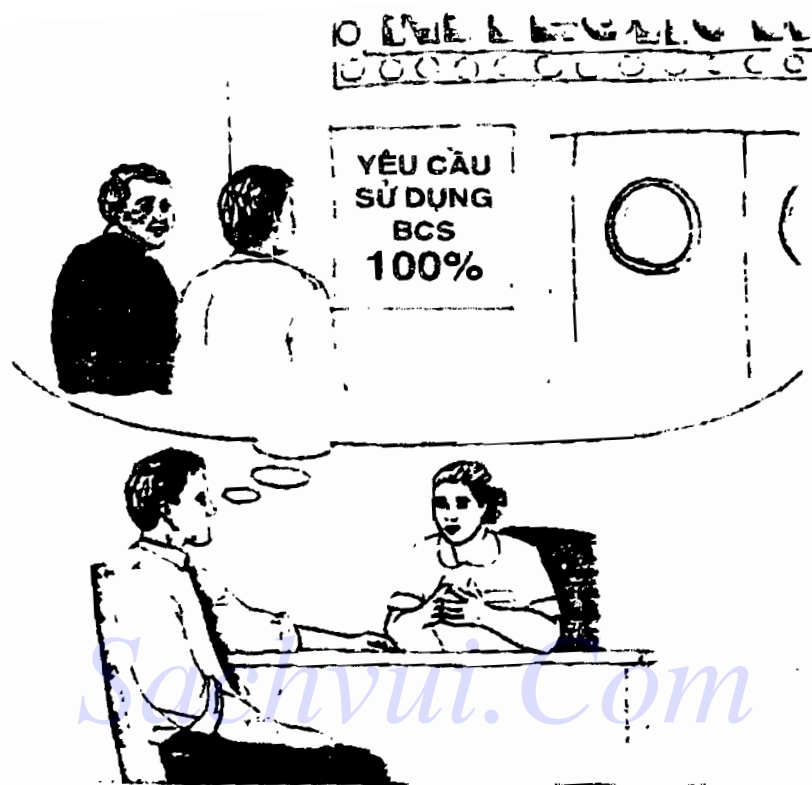
b. Nếu không được chữa trị tích cực sẽ gây vô sinh cao (55 – 85%). Gây thai ngoài tử cung, thai lưu, chết sinh.

c. Trẻ sơ sinh viêm mắt (5%), từ đó dễ mù (1-6%).

3. Phòng chống

Dựa trên các yếu tố nguy cơ, đường lây truyền, ý thức bảo vệ...thì việc phòng tránh cơ bản là một vợ, một chồng.

Bao cao su là biện pháp hữu hiệu nhất tránh được nguy cơ.



Vì an toàn tình dục, hãy dùng bao cao su !

VIÊM NHIỄM SINH DỤC NGOÀI

I. VÀI NÉT Ở BỘ PHẬN SINH DỤC NGOÀI

1. Thời con gái trinh nguyên

Là vùng luôn được coi là sạch sẽ. Cùng với ý thức vệ sinh cao, ở đó, nhờ có vi khuẩn cộng sinh kỵ khí Doderlein chế hóa

glycogen tạo ra môi trường acid ổn định với độ pH= 4 – 4,5; đủ khả năng ức chế (tiêu diệt) cả bầy vi khuẩn có hại như các cầu khuẩn, lactobaculus...

2. Thời con gái đi qua

Trong thực hành và xúc cảm, người ta quên đi hay ít chú ý bảo vệ nên hầu hết nó không còn như xưa nữa. Một khi các loại vi trùng như Hemophilus, Trichomonas... ô ạt xâm nhập phá vỡ thế cộng sinh thì việc viêm nhiễm là điều rất dễ xảy ra.

Cấu trúc âm hộ – âm đạo chủ yếu là da, niêm mạc và tuyến, nên chủ yếu bệnh của da, niêm mạc và tuyến. Bệnh hầu hết do tình dục và sinh đẻ. Bệnh âm hộ thường đi đôi với bệnh lý âm đạo vì vậy bệnh âm hộ-âm đạo như bệnh chung.

II. BỆNH NHIỄM KHUẨN

1. Viêm âm đạo do Bacterial vaginosis

Chủ yếu vi khuẩn Gardnerella vaginalis phát triển khi pH > 4,5 cùng với vi khuẩn yếm khí khác tạo ra viêm âm đạo không đặc thù. Thấy:

- Nhiều khí hư, thành lớp mỏng như được phết vào thành âm đạo, xám trắng đồng nhất như kem.
- Mùi cá ươn. Nếu nhỏ vài giọt KOH 10% vào khí hư, mùi tanh tươi bốc lên thật khó chịu.

Trị liệu: Thuốc Metronidazol 750mg x 7 ngày (hoặc Amox).

Phòng bệnh: Vệ sinh sạch sẽ. Cần thiết, điều trị bạn tình

khi phụ nữ hay tái phát.

2. Do trùng roi (*Trichomonas Vaginalis*)

Là ký sinh trùng lông mao (hình quả roi, bầu dục) thích hợp với pH = 5,9 – 6,8. Sống di động. Gây bệnh với dấu hiệu:

- Khí hư, dịch trong, với bọt nổi cợn. Màu vàng hay hơi xanh. Mùi thối.
- Cảm giác nóng rát âm đạo. Ngứa ít. Đau khi sinh hoạt tình dục.

Trị liệu:

Metronidazol uống, đặt, trong 7 ngày.

Phòng bệnh:

Nên trị đợt 2 sau 2-3 tuần.

Khi dùng thuốc, không uống rượu, bia, không sinh hoạt tình dục. Không dùng thuốc cho người mang thai 3 tháng đầu và cuối.

Điều trị cả bạn tình, dù không có triệu chứng.

Lây qua bồn tắm, khăn tay ướt, và cho trẻ khi sinh.

3. Do nấm *Candida Albicans*

Là loại nấm men sống cơ hội, cộng sinh với vi khuẩn ở hốc tự nhiên, ổng tiêu hóa. Thích hợp với pH < 5. Gây nên triệu chứng điển hình:

- Ngứa đến bồng rát, phải gãi nên xây xước, phù nề.
- Khí hư váng sữa, dính, bọt như cặn nước vo gạo.
- Có khi tiểu khó. Đau khi sinh hoạt tình dục.

Trị liệu:

Thuốc uống : Nystatin hoặc Sporol. Fluconazol.

Đặt âm đạo : Clotrimazol, Tergynan..

Rửa âm hộ : Bột Nabica + muối ăn, mỗi thứ một muỗng nhỏ pha vào một lít nước, rửa hàng ngày.

Xoa, bôi : Glycerin borate hoặc thuốc tím Gentian 0,5%.

Phòng bệnh:

Điều trị nấm thường dai dẳng. Quần, áo ẩm ướt, bụi bặm là điều kiện thuận lợi cho nấm phát triển..

Ít lây qua đường tình dục, nhưng sinh hoạt kiểu đồng tính luyến ái qua hậu môn, rất dễ lây sang âm đạo. Cần thiết, trị nấm đường tiêu hóa và cho cả bạn tình

Không dùng Clotrimazol trị nấm ở 3 tháng đầu mang thai.

Trẻ nhũ nhi dễ bị tưa lưỡi (nấm miệng), trị nấm cả mẹ lẫn con.

4. Viêm âm hộ do tạp khuẩn và ở người già

Người già có cảm giác ngứa rát, nhất là sau sinh hoạt tình dục cố gắng, dễ xây xước vì âm hộ, âm đạo teo mỏng, thiếu nội tiết tố. Vi khuẩn xâm nhập, tạo một triệu chứng không đặc hiệu, có thể đau, sưng nề, chảy mủ..

Trị liệu:

Dùng kháng sinh thích hợp. Bôi mỡ Estrogen tại chỗ.

Phòng bệnh :

- Uống Vitamin E 400IU, kết hợp Vitamin C 500mg, dầu

cá (vitamin AD) mỗi thứ một viên hàng ngày, nhằm chống xơ teo âm hộ, âm đạo.

- Cùng với bổ sung Estrogen (uống hoặc đặt).
- Bôi trơn khi sinh hoạt tình dục bằng vaselin, pommade.

III. CHẢY MÁU BẤT THƯỜNG Ở ĐƯỜNG SINH DỤC

1. Chảy máu có nguyên nhân từ tử cung

a. Nguyên nhân cơ năng

Là trường hợp máu chảy nằm ngoài hành kinh, không mang đặc tính máu kinh. Có thể do nội mạc tử cung tăng sinh trúc không đều, hoặc hoại tử mà nguyên nhân cường nội tiết tố sinh dục do tổn tại hoàng thể. (hội chứng Halban).

Hoặc đặt vòng tránh thai, hoặc lúc mang thai.

b. Do bệnh tật

U xơ dưới niêm mạc, polyp, lạc nội mạc tử cung. Ở người mãn kinh do teo hoặc một nguyên nhân ác tính (ung thư).

2. Chảy máu từ âm hộ, âm đạo, do tổn thương rách, sùi mồng gà, lộ tuyến cổ tử cung, tăng sinh lành tính... Hoặc rối loạn về máu với nhiều nguyên nhân khác nhau.

3. Hướng trị liệu

• Báo cho bác sĩ cầm máu ngay bằng mọi cách, tránh mất máu cấp gây nguy hại tới tính mạng người bệnh.

• Sau đó tìm nguyên nhân trị bệnh kịp thời. Thông báo bệnh về máu với bác sĩ, nếu có.

IV. SA TỬ CUNG

1. Lý do đi khám

Ở chị em sinh đẻ nhiều hay đang tuổi mãn kinh, bỗng cảm thấy nặng nặng ở âm hộ. Đôi khi sờ được một cục hay cố rặn, thấy thập thò ở cửa mình. Đồng thời một cảm giác tiểu khó tăng dần, rồi tiếp theo, lúc nào đó không tiểu chủ động được.

Vì sao vậy? Vì các hệ thống cơ nâng đỡ cùng hệ thống dây chằng để treo và định hướng bộ phận sinh dục bị yếu đi, dần ra không co rút lại được. Có rất nhiều lý do gây ra phiền toái này:

- Rách tầng sinh môn không hồi phục khi rặn để không đúng cách, thủ thuật sinh không đúng kỹ thuật..
- Luôn luôn gây tăng áp lực ổ bụng như nịt bụng làm bé eo, ho nhiều, táo bón rặn cố, lao động nặng..
- Thoái hóa cơ, xơ teo sinh dục ở tuổi già. Hoặc có thể do cấu trúc khác thường ở sàn chậu.

2. Hậu quả

- Đau lưng, bụng dưới khi sinh hoạt tình dục và cả khi tiểu.
- Tiểu khó, tiểu dắt. Lâu ngày, nhiễm trùng loét sinh dục.
- Rối loạn tiêu hóa: tiểu khó, tiểu bón.

3. Phân loại

Sa độ I: Cổ tử cung nằm trong âm đạo.

Sa độ II: Cổ tử cung tới cửa âm hộ.

Sa độ III: Cổ tử cung sa hẳn ra ngoài.

4. Phòng tránh

- Tránh những nguyên nhân nguy cơ làm yếu hệ thống nâng đỡ tử cung.
- Chú ý tới nguyên nhân do đề. Vì thế nên tìm hiểu kiến thức sinh đẻ để gìn giữ bảo vệ tầng sinh môn.
- Chống xơ teo bộ phận sinh dục bằng thuốc uống, đặt như Estrogen, vitamin E...

THƯƠNG TỔN Ở CỔ TỬ CUNG

I. VÀI NÉT VỀ CỔ TỬ CUNG

1. Cổ tử cung (Col de l'uterus) như cái miệng hũ úp ngược, tiếp nối vào âm đạo. Lỗ ống cổ như một cái kênh nối âm đạo tử cung, mà ở đó niêm mạc tiếp giáp hai loại biểu mô bì tuyến (giống nội mạc tử cung) và biểu mô bì lát (giống niêm mạc âm đạo). Có những tế bào dự trữ sẵn sàng tái tạo lại tổn thương.

Hình ảnh lỗ cổ tử cung phản ánh khá đầy đủ những tổn thương mà nó gặp phải như dãn nở, rạn rách, đục dập. Chẳng hạn, lỗ thành vạch ngang, một dấu ấn sau sinh nở, đã xóa đi chấm tròn thời con gái (*hình dưới*). Nó cũng phản ánh sự thay đổi mô cổ tử cung với tác động của nội tiết tố, virus và cả cơ học như sinh hoạt tình dục....

2. Thay đổi ở cổ tử cung chủ yếu vùng giáp ranh này. Nó gây ảnh hưởng xấu tới sinh đẻ, vô sinh, rối loạn kinh nguyệt... nặng hơn, là nghịch sản (cervical dysplasia), tạo tế bào ác

tân sinh mô, một dạng tiền ung thư.



II. NHỮNG TỔN THƯƠNG LẠNH TÍNH

1. Nhiễm trùng

Thường lây lan từ âm đạo và xử lý như trị các bệnh nhiễm khuẩn âm đạo.

2. Polyp cổ tử cung

Là những mô thịt thừa (u) có cuống mọc từ ống cổ tử cung lòi ra, to bằng hạt gạo, hạt ngô hay hơn, màu hồng xạm. Phát hiện được thường ngẫu nhiên .

Nguyên nhân bởi tế bào tuyến tăng sinh quá mức mà thành.

Lâu ngày gây loét. Dễ chảy máu trong sinh hoạt tình dục.

Xử lý: Xoắn đứt. Đốt. Nạo, nếu nghi ngờ sinh ác.

3. Lạc tuyến nội mạc ở cổ tử cung

Những nốt xanh, tím có khi đen rải rác trên vùng sẹo của cổ tử cung.

Nguyên do: tế bào tuyến của nội mạc tử cung phát triển lạc chỗ.

Xử lý: Đốt nhiệt, đốt lạnh hoặc đốt tia laser.

4. Nang Naboth

Là những nang phình căng trên mặt cổ tử cung, tựa như

nốt phỏng, to bằng hạt gạo, hạt đậu trắng đục hay vàng nhạt không bắt màu Lugol (Iode).

Nguyên do biểu mô lát phát triển trùm lên biểu mô tuyến. Chất dịch do biểu mô tuyến tiết ra không thoát ra ngoài được nên đẩy phình lên thành nang...

Xử lý: Chọc thoát dịch, hoặc đốt.

5. Viêm lộ tuyến cổ tử cung

a. Lộ tuyến cổ tử cung, một trạng thái sinh lý

Nguyên do này bắt nguồn từ lớp tế bào biểu mô lát (âm đạo) chuyển tiếp tế bào biểu mô tuyến (tử cung). Các tế bào dự trữ biểu mô tuyến lan trên mặt biểu mô lát chuyển sẵn (metaplasia) ra lỗ ngoài của cổ tử cung mà ta nhìn thấy một vùng đỏ quanh lỗ cổ tử cung.

Gặp ở chị em đang tuổi hoạt động tình dục. Luôn thay đổi độ pH và cường độ Estrogen. Không gặp ở tuổi dậy thì và mãn kinh.

b. Viêm lộ tuyến cổ tử cung

Là tình trạng lỗ ngoài cổ tử cung bị viêm nhiễm màu đỏ rực, tạo thành nhú tròn chồng lên nhau, phát hiện dễ thấy khi soi. Hình ảnh chùm nho khi quệt acid acetic 2% .

Chị em thấy tiết dịch nhiều, hôi, đôi khi có máu chảy hay hạch viêm.

Xử lý: Đặt thuốc. Đốt nhiệt, đốt lạnh hoặc laser.

III. NGHỊCH SẢN CỔ TỬ CUNG

I. Sự hình thành tân sinh biểu mô

Nhằm tái tạo lại thương tổn ở cổ tử cung, tế bào dự trữ ở

vùng giáp ranh biến thành biểu mô bì lát hoặc biểu mô bì trụ. Quá trình tái tạo (có thể do tác động bởi virus, thuốc lá...) có sự tăng sinh bất thường, gọi là nghịch sản cổ tử cung. Tổn thương nghịch sản có thể hóa ác, gọi là tân sinh trong biểu mô (Cervical Intraepithelial Neoplasia-CIN). Tùy theo nghịch sản nặng hay nhẹ mà sinh ung thư sớm hay muộn. Sớm có thể sau 1 năm, muộn, sau 5-6 năm.

2. Những yếu tố nguy cơ

a. Phụ nữ trẻ tuổi sinh hoạt tình dục sớm

Chỉ số CIN ở phụ nữ giao hợp lần đầu tuổi dưới 20 gấp 2,55 lần so với tuổi trên 21 (theo Harris Brinton 1980).

b. Phụ nữ sinh hoạt tình dục với nhiều người

Từ 3-5 người khác nhau chỉ số CIN tăng gấp 8 lần.

Chồng sinh hoạt với hơn 15 phụ nữ thì vợ sẽ có chỉ số CIN gấp 8 lần (theo Keessler 1976).

c. Do nhiễm virus

Nhiều nghiên cứu cho thấy sự có mặt của HPV (Human Papilloma Virus) type 16 là 90-100% có ở ung thư cổ tử cung. Còn thấy Herpès simplex virus type II (HSV) và HIV.

d. Do thuốc lá

Hút hoặc nhiễm khói thuốc là đáng kể. Một yếu tố thuận lợi cần quan tâm do thiếu vitamin A, acid Folic (vitamin B9) có trong thực phẩm.

3. Tìm chỉ số CIN

a. Tầm soát CIN bằng phương pháp Pap'smear (phết mỏng cổ tử cung). Chính xác 95% tìm ung thư do HPV (Hội nghị

Eurogine 2000, Paris). Được đặt ra cho người sinh hoạt tình dục sớm lần đầu, sau đó một lần/năm cho tới 35 tuổi. Nếu kết quả âm (-) thì tiếp đó 5 năm/lần tới 60 tuổi.

b. Soi và sinh thiết nếu nghi ngờ Pap's smear bất thường.

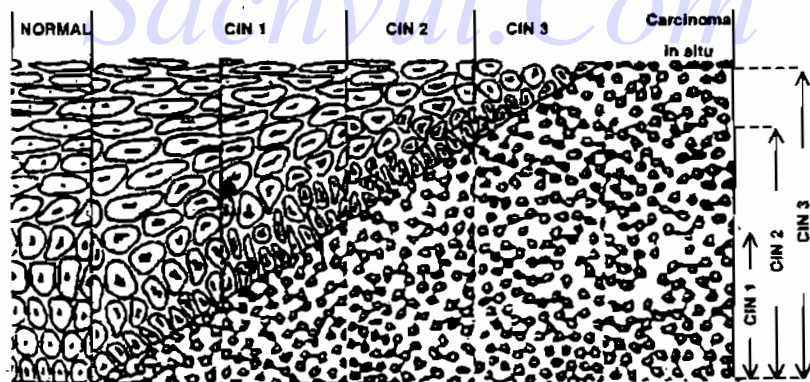
4. Phòng chống

Nghịch sản cổ tử cung coi như thương tổn tiền ung thư. Vì thế cần được tham gia tầm soát, phát hiện sớm điều trị sẽ rất hữu hiệu.

CIN I : nghịch sản nhẹ. Đốt nhiệt, đốt lạnh, hoặc đốt bằng laser cũng có thể nghịch sản tự mất.

CIN II : nghịch sản vừa. Đốt. Có thể khoét chóp, nếu nghịch sản lan vào cổ trong.

CIN III: nghịch sản nặng. Khoét chóp. Hoặc cắt bỏ tử cung. Theo dõi chặt chẽ theo từng 3, 6 hoặc 9 tháng cho suốt 5 năm.



Khái quát độ tân sinh biểu mô tử cung

UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

I. YẾU TỐ NGUY CƠ

Là loại ung thư chiếm tỉ lệ cao ở phụ nữ trong các nước chậm phát triển. Ở nước ta, miền Nam có tỉ lệ 52% và ở miền Bắc 22% trong các loại ung thư ở nữ. Tỉ lệ tử vong cao, ở Pháp mỗi năm có tới 1.600 ca và ở Mỹ có 4.400 ca.

Tuổi nguy cơ cao nhất 45-50, chiếm 50,4%. Tuy nhiên vẫn thấy ở tuổi dưới 21.

Yếu tố thuận lợi được nhắc đến, như trong nguy cơ gây nghịch sản cổ tử cung. Đặc biệt gần đây sự quan tâm được tập trung vào virus mà điển hình là HPV. Tổn thương do HPV là những nhú sùi, chứa tế bào rỗng, bào tương thoái hóa, các nhân quái, đa nhân. Tại hội nghị thứ 35 Ung thư học lâm sàng Mỹ (8-1999) và hội nghị Eurogine 2000, Paris, đã xác nhận HPV có 90 - 100% trên khối ung thư cổ tử cung.



Tế bào rỗng do nhiễm HPV

Ở nước ta, ung thư cổ tử cung rất cao gặp ở bộ đội, thanh niên xung phong...nhiễm chất độc da cam do Mỹ rải.

Một số nước phát triển khác, tốc độ đô thị hóa nhanh, sự di dân vào thành thị với đời sống thiếu thốn, cung bậc văn hóa bị hạ thấp làm tăng tỉ lệ này tới 2,5%.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Dấu hiệu chị em thấy

Thời gian đầu sự cảm nhận dấu hiệu ung thư rất nghèo nàn. Chỉ khi tế bào tân sinh mô thực sự là tế bào ung thư thì các triệu chứng xuất hiện, song cũng dễ nhầm với bệnh cảnh khác. Tuy vậy cần chú ý các dấu hiệu:

- Chảy máu âm đạo tự nhiên sau một công việc nặng, sau sinh hoạt tình dục hay sau táo bón.
- Dịch âm đạo nhiều, có lẫn máu, lờ lờ máu cá, mùi hôi.
- Xuất hiện mụn: dấu hiệu đau lưng ê ẩm, lan xuống cả mông đùi không dứt. Bí tiểu tiện khi ung thư lan rộng.

2. Nhận biết qua cận lâm sàng

Sinh thiết cổ tử cung, chẩn đoán dựa trên vi thể là chắc chắn hơn cả.

Hình ảnh ung thư tế bào gai chiếm 90 - 95%. Còn lại 5 - 10% là ung thư tế bào tuyến dưới dạng nhú, polyp, sùi, loét. Tiên lượng xấu hơn ung thư tế bào gai.

III. DIỄN BIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

Theo Fédération Internationale de Gynecologie et d'Obstétrique (FIGO).

Giai đoạn	Tình trạng K xâm lấn	Di căn tới hạch	Sống 5 năm
T_0 T.in-situ	Tế bào ác của tế bào bong		100%
T_I	K lan tại cổ tử cung	15%	80%
T_{II}	Lan ở 1/3 trên âm đạo	30%	50%
T_{III}	Tới 1/3 dưới âm đạo, sang bụng. Đáy TC dính chắc	60%	30%
T_{IV}	Lan tới âm hộ, ổ bụng xa		0-5%

IV. PHÒNG CHỐNG

1. Trị liệu

Ở người trẻ, chưa con, phát hiện sớm T_0 , có thể khoét chóp, cắt đoạn cổ tử cung.

Nếu đã có con, lớn tuổi, (T_I) có khi cắt bỏ tử cung.. Tiên lượng khả quan. Sau đó được theo dõi định kỳ chặt chẽ.

T_{II} , kết hợp xạ trị với phẫu thuật, đặt radium tử cung-âm đạo. Theo dõi chặt chẽ định kỳ, chụp X quang thận, niệu quản...siêu âm, làm tế bào âm đạo.

T_{III} , T_{IV} : Tia xạ.

2. Phòng bệnh

Nâng cao ý thức giữ gìn vệ sinh thân thể, sinh dục và kế hoạch hóa gia đình.

Chữa tất cả các bệnh có liên quan tới cổ tử cung như polyp, viêm... Nghi ngờ loạn sản, cắt bỏ.

Mỗi chị em khám định kỳ sức khỏe và phụ khoa hàng năm. Từ 30 tuổi trở lên, đều được kiểm tra tế bào âm đạo-cổ tử cung hàng năm.

Trong ăn uống hàng ngày, lập chế độ ăn uống lành mạnh. Thật vậy, đó là bữa ăn giảm mỡ, thịt, nhiều rau xanh hoa quả. Tăng cường vitamin và vi khoáng. Ở Ý, năm 1988 có cuộc vận động áp dụng ăn nhiều β -caroten và thấy tỉ lệ nghịch với nguy cơ ung thư cổ tử cung.

Bác sĩ Charles Butter Worth Mrodszy (Đại học Tổng hợp Alamaby, Birmingham) nghiên cứu 464 phụ nữ bị virus thấy acid folic trong máu giảm 5 lần và có xu hướng biến đổi không bình thường gây ung thư cổ tử cung. Nếu được bổ xung a. folic có trong rau quả sẽ có khả năng kháng nhiễm virus 80%.

Viện Ung thư Quốc gia Mỹ công bố ăn cà chua hàng ngày có tác dụng giảm, ung thư miệng, vú, cổ tử cung... Ăn 1 quả/ngày sẽ giảm 50% so với ăn 3 quả/tuần. Cà chua chứa vitamin A,C, lycopene có khả năng bảo vệ tế bào, chống lại các chất gây ung thư.

Nhiều nhà khoa học đã chỉ ra rằng đậu nành có tác dụng kháng oxy-hóa ngăn chặn đột biến gen và chống ung thư. Một số chất từ đậu nành như Isoflavon, được coi là hóa chất bảo vệ ngăn những tổn hại không thể đảo ngược ở tế bào.

3. Hướng mới trong phòng chống ung thư cổ tử cung

Xu hướng chung phòng chống K cổ tử cung hiện nay đi vào việc phòng chống HPV.

- Vaccin chế tạo từ Papilloma virus ở người (*Magaret*

Wojtowicz, Hội nghị 35 Ung thư học lâm sàng Mỹ, 8 - 1999)

- Thuốc Miquinol, có khả năng kích thích hệ miễn dịch chống HPV. Nếu phát hiện sớm, giảm được 10 lần ung thư cổ tử cung (Eurogine 2000, Paris).

THƯƠNG TỔN Ở TỬ CUNG

1. TĂNG SINH NỘI MẠC TỬ CUNG

1. Dấu hiệu thường thấy

Xuất hiện ngoài chu kỳ kinh, đặc biệt tuổi chớm dậy thì và tiền mãn kinh, thấy chu kỳ kinh không đều, máu kinh nhiều, đôi khi kèm với đau vú.

Sự bất thường này thúc đẩy chị em đi siêu âm, chiếu điện. Hình ảnh siêu âm thấy lớp nội mạc tử cung sau kinh ít ngày mà đã dày 8-9mm hơn bình thường, còn ở người mãn kinh dày hơn 4mm. Trên phim X quang, hình ảnh ruột bánh mì. Có thể hiểu, nội mạc tử cung tăng sinh.

2. Tại sao lại như thế?

Nguyên nhân bởi nội tiết tố sinh dục tác động gây tăng sinh, chủ yếu lớp tế bào thượng bì tuyến.

Tuổi dậy thì, tăng do chu kỳ không trứng rụng.

Ở tuổi tiền mãn hay chớm mãn do hoàng thể không chế tiết đủ Progesteron.

Còn kỳ mãn kinh, thường do dùng Estrogen quá đà trong điều trị chống hội chứng mãn kinh.

3. Có việc gì không?

Được coi như một rối loạn kinh nguyệt. Nếu kéo dài, cần thiết, có thể nạo lòng tử cung chẩn đoán. Thấy:

- Nội mạc tăng sinh không có tế bào không điển hình, sẽ được điều trị bằng Progesteron, có theo dõi. Tái phát, có thể phải can thiệp phẫu thuật.
- Nội mạc tăng sinh không điển hình, tăng sản mạnh dễ nguy cơ ung thư, phải theo dõi sát sao, có thể xử lý cắt bỏ tử cung.

II. TEO NỘI MẠC TỬ CUNG

1. Dấu hiệu các bà thường thấy

Các bà ở thời kỳ mãn kinh (hoặc chị em vô kinh thứ phát) thấy âm đạo khô. Đôi lúc dịch tiết màu hồng. Thỉnh thoảng ra ít máu.

Qua siêu âm (X quang) thấy tử cung nhỏ lại, lớp nội mạc bị teo. Soi tử cung thấy nhợt nhạt, lấm tấm xuất huyết.

2. Tại sao và phải làm gì?

Ở chị em còn trong tuổi hoạt động tình dục, teo nội mạc tử cung do suy Estrogen hoặc dùng thuốc tránh thai phối hợp dài ngày (chẳng hạn quá ba năm liên tục). Như vậy, xử lý cần loại bỏ nguyên nhân hoặc bổ sung Estrogen. Dùng nội tiết không kết quả có khi phải phẫu thuật.

Ở người mãn kinh, do thiếu hụt nội tiết tố sinh dục. Vậy cần bổ sung nội tiết tố và chỉ xử lý xuất huyết bất thường.

III. POLYP NỘI MẠC TỬ CUNG

1. Cảm nhận ở chị em

Hầu như không cảm nhận được. Phát hiện thường ngẫu nhiên.

Chỉ đến khi polyp quá to, hoại tử mới thấy rong kinh, rong huyết.

2. Tại sao?

Do cường Estrogen hoặc suy hoàng thể hay mất cân bằng Estrogen/Progesteron gây tăng sinh khu trú ở một vài vùng nhỏ trong niêm mạc tử cung, lõi ra có cuống dài.

3. Phải làm gì?

Xác định chắc chắn bằng soi, siêu âm hay chụp X quang để biết kích thước hình dạng, vị trí, cấu trúc...; cuối cùng là cắt bỏ.

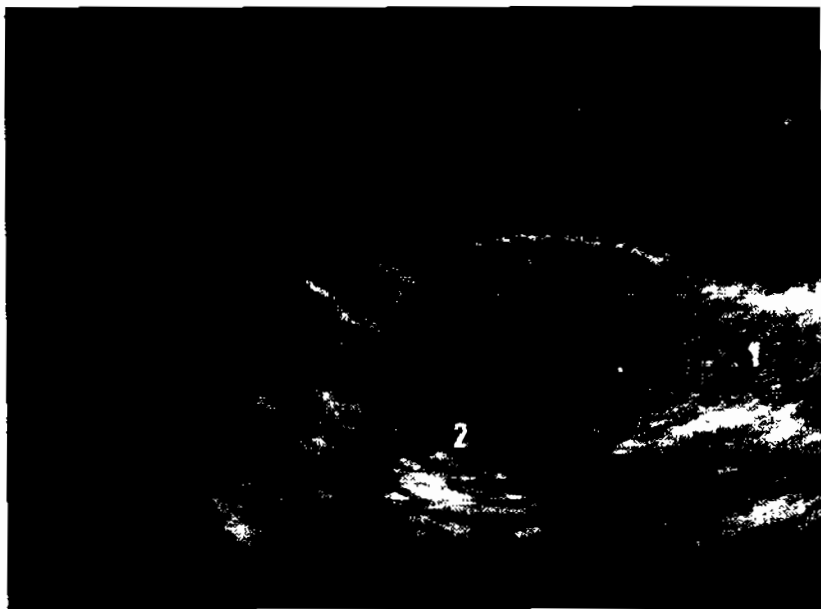
IV. U XƠ TỬ CUNG

1. Là nói đến cái u ở cơ tử cung, thường lành tính

Một khi cảm giác nặng nặng bụng dưới vào tuổi 30 - 45, ấy là cái u đã > 5cm hoặc nhiều u, chứ u < 5cm, thì chẳng sao cả.

U to. Thấy rắn rắn ở bụng dưới, dễ lầm tưởng có thai, tự nhiên lại rong kinh, cường kinh kéo dài mấy kỳ kinh liền gây nhức đầu mệt mỏi, xanh xao.

Vội đi siêu âm mới phát hiện ra u xơ, có thể kèm mấy nhân xơ.



U xơ cơ đáy tử cung.

1. Tử cung. 2. U làm biến dạng đáy tử cung.

2. Tại sao?

Do cường Estrogen. Thật vậy. Điều này được chứng tỏ khi chỉ thấy xuất hiện ở tuổi thanh xuân hoặc to ra trong thai kỳ, bé lại hoặc không có u xơ ở tuổi mãn kinh.

U xơ có nhiều loại và ở các vị trí khác nhau trong tử cung. Trong đó u dưới niêm mạc tử cung chỉ chiếm khoảng 5%, nhưng lại tác hại nhất, thường thoái hóa ác tính. Nếu chẩn đoán chắc chắn, dù nhỏ, vẫn cắt bỏ sớm.

3. Xử lý chung

- Các u nhỏ, chỉ cần theo dõi phòng biến chứng.

- Khi có biến chứng rong kinh, rong huyết kéo dài, u xơ to chèn ép, hoặc có nguy cơ thoái hóa độc, hoặc nằm ở vị trí nguy hiểm như nằm trong dây chằng... thì phải cắt bỏ.

- Có u xơ đồng thời có thai, phải theo dõi biến cố có thể xảy ra nhất là những tháng đầu mang thai và lúc chuyển dạ.

V. UNG THƯ TỬ CUNG

1. Vai trò Estrogen

Sự đáp ứng của nội mạc tử cung chủ yếu thượng bì tuyến phụ thuộc vào nội tiết tố sinh dục và sự cân bằng Estrogen/Progesteron, trong đó Estrogen là quan trọng nhất.

Estrogen tăng, kéo theo sự tăng sản của ống tuyến nội mạc gây chèn ép xâm lấn vào nhau, kích thích phát triển vào trong lòng ống, thành nhú. Các tế bào nhú tiếp tục phân bào phát triển rối loạn. Các tế bào không trưởng thành mà biến dạng, nhân quái, đa nhân...tạo ra các chồi sùi, dễ bong lở, chảy máu.

Song, các rối loạn này thấy nguồn gốc từ hoạt động bất thường của hạ đồi.

Ở người mãn kinh bị ung thư tử cung (chiếm 85% K tử cung) xảy ra sau 5-10 năm, nghi tới do chuyển hóa Androgen sang Estrogen quá mạnh hoặc do bổ sung quá nhiều Estrogen.

2. Dấu hiệu

a. Sự nhận biết có thể

Thật ra, biểu hiện lâm sàng ung thư niêm mạc tử cung

rất nghèo nàn, không đặc thù. Khám âm đạo bằng mỏ vịt cũng chỉ có thể nghi ngờ khi có dính mũ, ứ máu chứ biểu hiện sinh dục ngoài nói chung không thấy gì khác lạ. Tuy nhiên :

- Vào tuổi mãn kinh, cần được quan tâm và đặt dấu hỏi khi máu chảy qua âm đạo một cách không duyên cớ. Nhiều lần liên tiếp (lượng máu ít hoặc nhiều). Có khi dịch tiết lẫn máu.
- Khi ở tuổi thanh xuân, tuy ít mắc (chừng 15%), cần quan tâm tới rối loạn kinh nguyệt, chảy máu giữa chu kỳ.

b. Nhận biết qua cận lâm sàng

Cho đến khi siêu âm, chụp X quang thấy hình ảnh nội mạc tử cung hình răng cưa: sự không đồng nhất phản quang và phản âm với sự gia tăng bề dày niêm mạc tử cung mới củng cố thêm chẩn đoán.

Nạo sinh thiết từng vùng niêm mạc dưới sự hướng dẫn của nội soi là tin cậy cho chẩn đoán quyết định.

3. Diễn biến và tiên lượng

Giai đoạn	Tình trạng K xâm lấn	Sống 5 năm
T ₀ T.in-situ	Tế bào ác khu trú tại chỗ	
T _I	K thân tử cung ≈ 8cm	70 – 75%
T _{II}	Lan tới eo tử cung	70%
T _{III}	K lan tới âm đạo.	40%
T _{IV}	Tới bàng quang, trực tràng và xa hơn	≈ 10%

4. Phòng chống

a. Trị liệu

- Có thể kết hợp điều trị nội tiết, xạ trị cobalt, đặt radium hay dùng hóa chất, tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân.
- Nhưng biện pháp cơ bản vẫn là can thiệp phẫu thuật.

b. Dự phòng

- Sự xâm lấn của tế bào ung thư lan theo bề mặt niêm mạc. Di căn theo đường bạch huyết, chủ yếu vào nhóm hạch cạnh động mạch chủ bụng dưới, ít khi đến gan phổi.
- Tầm soát ung thư: cho những chị em có nguy cơ cao như béo phì, u nang buồng trứng nội tiết, tiểu đường...
- Thực hiện sau hai năm mãn kinh ở người có nguy cơ cao bằng test progesteron và các xét nghiệm cận lâm sàng để sớm phát hiện ung thư.

U NANG BUỒNG TRỨNG

I. NGUYÊN NHÂN VÀ CHẨN ĐOÁN

1. Những dấu hiệu gợi ý

Khối u nang phát triển thường chậm, không có triệu chứng lâm sàng điển hình., trừ khi u nang sắp biến chứng chèn ép bàng quang, trực tràng gây tiểu khó, tiêu khó. Thông thường, phát hiện được sớm nhờ siêu âm hoặc X quang. Tuy nhiên những dấu hiệu có thể gợi ý :

- Ở người da nhờn, mụn trứng cá, rậm lông tóc.

- Kinh thưa, thiếu kinh, đôi khi vô kinh.
- Béo phì.
- Mẹ (nếu còn trẻ), chị em gái có buồng trứng đa nang và người trẻ tuổi 20 - 25.

2. Ảnh hưởng của nội tiết trên nang trứng

Các nang noãn buồng trứng luôn chịu tác động của hạ đồi-tuyến yên thông qua nội tiết tố, đa phần teo đi; số ít trưởng thành phóng noãn chờ thụ thai. Sự trưởng thành nang noãn kích thích cả nang noãn chứa di tích phôi phát triển thành u.

Có những ý kiến cho rằng u nang buồng trứng còn nhạy cảm với Insulin. Hormon này làm tăng chuyển hóa gây thèm ăn, làm buồng trứng tồi tệ và tạo ra vòng xoắn bệnh lý.

Bệnh ở buồng trứng chủ yếu là những u nang. Và có tới 90% khối u buồng trứng là những u nang thực thể lành tính.

3. Nhận biết qua cận lâm sàng

a. U nang chức năng

Có tới 20% ở phụ nữ trẻ. Đó là những noãn bào vượt trội trong chu kỳ kinh, có kích thước < 5cm, chứa khối dịch trong vỏ mỏng, không vách ngăn. Hoặc là nang hoàng thể, hay nang loạn dưỡng do dùng nội tiết tố kích thích rụng trứng. Nó dễ mất sau vài tháng.

Những nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng cũng được gọi là nang chức năng.

b. Đa nang buồng trứng

Gặp 6 - 10% trong tuổi sinh đẻ. Buồng trứng to, xuất

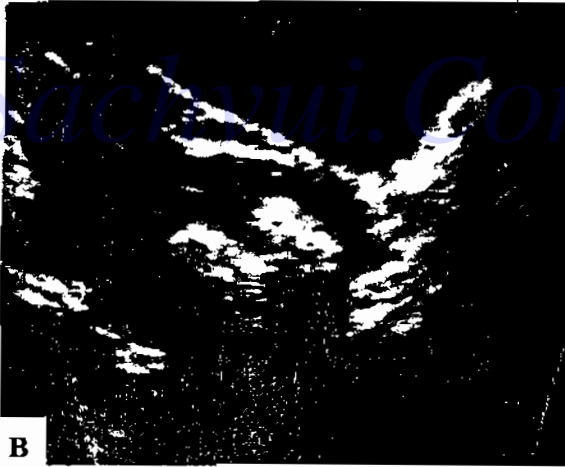
hiện từ 6 – 10 nang nhỏ ($< 10\text{mm}$) nang không trưởng thành, không rụng trứng hay rối loạn phóng noãn. Định lượng nội tiết, LH $> 10\text{mIU/ml}$. LH/FSH > 2 . Testosteron $> 1,5\text{ng/ml}$.

Thường điều trị theo mục đích chống cường Androgen hay vô sinh. Thuốc Clomiphen hay Gonadotrophin nhằm kích thích sự phát triển nang noãn, bên cạnh phẫu thuật nội soi đốt điểm trên bề mặt buồng trứng.

c. U nang thực thể

Đó là những nang noãn phát triển thoái hóa có thể thành ác hay rất to gây biến chứng nguy hiểm. Nhìn chung u nang buồng trứng thực thể luôn có chỉ định mổ để phòng tránh biến chứng nguy hại khó lường. Ta có thể xem xét vài loại u nang sau:

- U tiết dịch nhày. Chiếm 60%. U có một hay nhiều thùy. Trong lòng chứa dịch nhày, dính. Dễ nứt chảy máu. Ít thoái hóa ác tính.
- U nang tiết dịch trong. Chiếm 30%. U có một hay nhiều thùy. Trong lòng có chứa chồi sùi (loại lớn $> 5\text{cm}$) hay dịch trong (loại nhỏ $< 5\text{cm}$) của u nang chức năng.
- U nang bì. Có khi ở cả hai bên. Là u nang tế bào mầm, nhiều thùy có cuống. Thường chứa di tích phôi như lông, răng... Gây biến chứng xoắn, ít thoái hóa ác tính.



U nang bì bụng trứng.

A. X quang (thấy hình răng trong u)

B. Siêu âm, cấu trúc âm hỗn hợp.

II. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ LÝ

1. Ung thư

U nang thực thể buồng trứng ít nhiều đều có thể thoái hóa ung thư. Nó chiếm tỉ lệ thấp, khoảng 1%. Ngay cả nhóm có nguy cơ cũng chỉ tới 1/70 (so với ung thư vú 1/9). Ở nước ta, tỉ lệ ung thư buồng trứng có tỉ lệ 4,30%.

Vì buồng trứng nằm sâu trong ổ bụng, sự phát triển của nó lại rất âm thầm nên khó chẩn đoán. Tuy nhiên, thấy khó chịu ở vùng bụng, bụng to dần, đau vùng bụng, đau lưng; nhưng có khi không đau gì cả. Chảy máu âm đạo bất thường.

Vì thế, có dấu hiệu nghi ngờ cần được khám ngay, phát hiện sớm sẽ có tiên lượng khá. Nếu ung thư buồng trứng ở:

- Giai đoạn I : 2/3 chữa lành.
- Giai đoạn II: 1/2 chữa lành.
- Giai đoạn III : 1/3 chữa lành.
- Giai đoạn IV : 5% chữa lành với khả năng sống 5 năm.

2. U nang xoắn

Nếu xoắn, triệu chứng thường đột ngột rất đau vùng bụng dưới. Chị em đã có chẩn đoán u nang hoặc với các dấu hiệu báo trước nghi ngờ u nang buồng trứng cần chú ý được khám phát hiện kịp thời, tránh hậu quả vỡ tạo ra bệnh cảnh rắc rối, tiên lượng nặng.

3. Ảnh hưởng với thai

Gây vô sinh, sảy thai, sinh non, đẻ khó...

III. PHÒNG TRÁNH

1. Nhiều nhà ung thư học cho rằng ung thư là bệnh của dư thừa. Sự quá tải chất béo và cholesteron trong bữa ăn gây nên khối lượng mỡ bao quanh mô sinh dục làm chai dần và calci hóa...; một thực tế có tỉ lệ mắc cao ở người béo phì.

Một nghiên cứu ở Harvard (Mỹ), năm 1989 ở người ung thư buồng trứng có men Transferasa trong máu thấp, liên quan đến chuyển hóa sữa. Ăn sữa chua, phó mát ung thư buồng trứng gấp 3 lần và cho rằng ung thư buồng trứng do hấp thụ nhiều quá mức trứng, protein và chất béo.

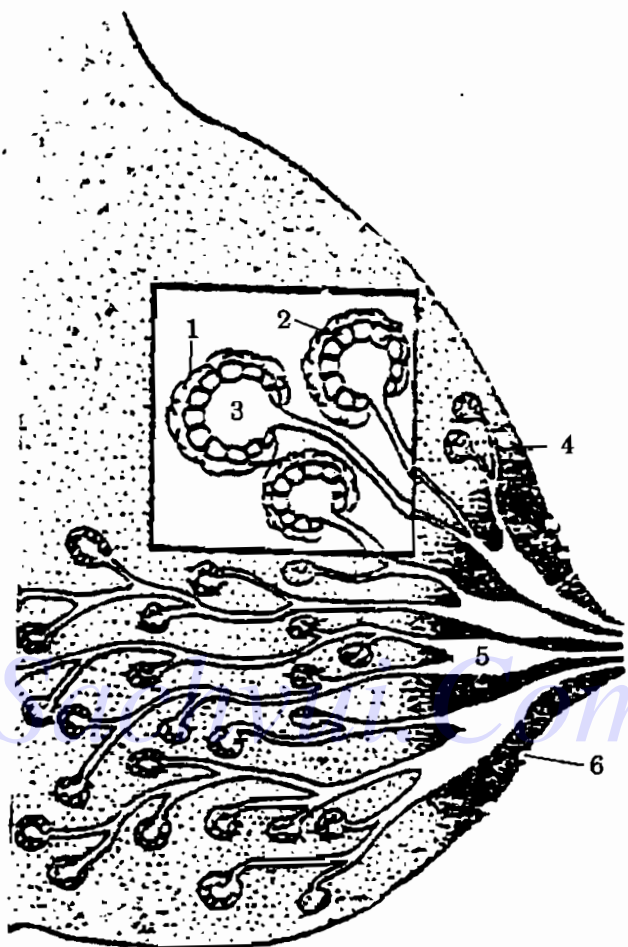
2. Một cảnh báo khác về các loại bánh kẹo, và cả đồ uống, được ngụy tạo bởi hương vị, màu bằng hóa chất... là tác động đáng kể nâng tỷ lệ ung thư buồng trứng ngày càng cao.

VÚ - VỚI THƯƠNG TỔN LẠNH TÍNH Ở VÚ

I. VÚ, BẦU SỮA MẸ

1. Vú là trái chín của cây mẹ nuôi nấng và bảo vệ cho con lớn lên ngay thuở lọt lòng. Đôi trái chín chứa đựng nguồn sữa ngọt lành nằm ngay sau làn da ngực, được bao bọc bởi mô mỡ và mô nâng đỡ. Sữa được tiết chế từ tế bào sinh sữa nằm trong nang sữa (galactocèle). Sữa chảy qua những ống tuyến sữa vào các xoang chứa, chờ khi con bú chảy qua núm vú (mamelon) tới miệng con.

Các tế bào sinh sữa bắt đầu phát triển từ khi có kinh, tăng dần, dưới tác dụng của Prolactin.



Cấu trúc tuyến vú

1. Tế bào cơ 2. Tế bào sữa 3. Nang sữa
4. Ống dẫn sữa 5. Xoang sữa 6. Thể Montgomery.

Vú được phát triển từ tuổi dậy thì. Sau khi có kinh khoảng mười ngày, tuyến sữa phát triển, các mô đệm phù nề

gây nên cảm giác căng đậy. Đến cuối chu kỳ kinh, Estrogen và Progesteron giảm, tuyến sữa thu nhỏ lại một cảm giác dễ chịu trở về.

2. Những tổn thương lành tính nằm ngoài chẩn đoán ung thư vú.

Nó xuất hiện trong rối loạn tâm lý, thể chất hoặc trong sự phát triển sinh lý bình thường như khi cho con bú, mãn kinh muộn... Trong đó phải kể đến sự tham gia của Estrogen kể cả sự cân bằng Estrogen/Progesteron.

II. NHỮNG THƯƠNG TỔN LÀNH TÍNH

1. Đau và nề vú

Có tới 50% chị em trong độ tuổi hoạt động tình dục và thường theo chu kỳ kinh. Nhưng đau dữ dội chỉ khoảng 5%. Khi đau, vú dày lên hơi nề hết đau, tuyến vú thu lại, vú nhỏ. Theo dõi vú đau khác thường nằm ngoài chu kỳ kinh.

2. Viêm vú

a. Thời kỳ con bú

Viêm đau, sưng, nề do tắc tuyến sữa. Để lâu gây viêm toàn bộ tuyến vú, hoặc abscess. Xử lý: chườm nước ấm. Giảm đau bằng Paracetamol. Kháng sinh Erythromycin 5 - 7 ngày.

b. Ngoài thời kỳ sinh sữa

Tổn thương viêm, nắn thấy vùng cứng nề dưới núm vú trong viêm vú tế bào plasmocyt. Hoặc viêm tĩnh mạch nông và mô mỡ thành ngực, sau phẫu thuật, xạ trị. Hoặc do lao: u, cục chắc kèm loét da, xét nghiệm thấy hình ảnh đặc hiệu lao.

3. Tiết dịch tuyến vú

a. Có thể do viêm nhiễm

- Viêm mô đệm sát xoang sữa, mũ tràn vào xoang chảy ra màu đục quánh hơn sữa.
- Một bên vú có u nhú mọc trong ống tuyến, chảy dịch trong hoặc màu máu.
- Hai bên vú bị xơ nang chảy dịch màu đục hoặc xanh.
- Dịch màu máu tươi, cảnh giác với K vú.

b. Tiết sữa tự nhiên (dịch tự chảy nằm ngoài giai đoạn tiết sữa).

- Bệnh liên quan tới cường Prolactin, mà 50% nghi tới u lành tuyến yên.

Xử lý: Sau khi xác định bằng chụp cắt lớp (CTscane, hoặc cộng hưởng từ hạt nhân), bạn có thể an tâm với hiệu quả điều trị bằng thuốc Bromocriptin.

- Cũng có nguyên nhân do tuyến giáp.
- Có thể do dùng thuốc an thần Phinothiazin, Metoclopramid hoặc dùng heroin.

c. Nhưng cũng có thể chỉ là hiện tượng sinh lý, vô hại ví dụ xảy ra vào cuối kỳ thai. Dịch tiết cả hai vú, đó là sữa non vàng sậm, sánh đặc...

4. Căng sữa ở thời kỳ con bú

a. Cương sữa

Có thể xảy ra sau sinh, do sự tiết chế sữa nhanh.

Xử lý: Cho con bú vài ngày, hiện tượng cương đau giảm. Đau nhiều thì đắp gạc nước ấm, xoa bóp, hoặc bơm hút nếu cần.

b. Lở, nứt núm vú

- Do bé cắn hoặc nút mạnh.

Xử lý : Bột phèn phi, xức vài ngày. Hoặc kết hợp kháng sinh.

- Có thể do chàm ngứa, rát, rỉ nước...do áo vú chật cọ sát gây ra.

Xử lý : nới lỏng, sửa áo vú, bỏ... Ở nhà, cởi bớt áo vú, tắm rửa vệ sinh cũng hết.

- Cần khám, phân biệt với ung thư.

5. Vú dị dạng

a. Núm vú tụt vào: Có khoảng 10% chị em có tật bẩm sinh này. Chỉ cần lấy tay cầm nhẹ, hoặc bơm tiêm nhựa loại 5ml (cắt bỏ đầu nhỏ) hút núm vú kéo ra. Làm nhiều lần, kiên trì, núm vú sẽ lồi ra.

b. Dáng vú khác thường, nhô ra bằng quả bàng tới 9-10cm. Do mô tại chỗ phát triển quá mức, to lên (không có xâm lấn).

Xử lý: phẫu thuật bóc tách.

6. U, bướu lành

- U có nguồn gốc từ mô liên kết như u cơ, u mỡ, u máu, hoặc u tế bào hạt hay u diệp thể.

- U có nguồn gốc từ biểu mô: u đơn thuần, u xơ tuyến, u nhú...

- Có những u tự biến mất như u đơn thuần. Còn lại, nhìn chung các u vú thường phải can thiệp phẫu thuật tránh hóa ác.

III. X QUANG VÀ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN U VÚ

Việc chẩn đoán u bướu vùng vú là để loại trừ ung thư. Nó chính xác chỉ khi được kết hợp lâm sàng với chẩn đoán tế bào học và X quang. Các tổn thương lành tính qua X quang vú rất ít điển hình. Tuy nhiên:

- Chụp X quang tuyến sữa trong u nhú và chụp X quang nang vú sẽ thấy được các chồi sùi của thùy nang là tin cậy được.

- Siêu âm riêng rẽ chẩn đoán u vú ít có giá trị. Thường sử dụng siêu âm sau X quang kết hợp, độ tin cậy trong chẩn đoán sẽ cao hơn.

- Sinh thiết rất quan trọng. Song hết sức thận trọng, tránh bỏ sót. Cần phải làm nhiều lần để truy tìm ung thư.

UNG THƯ VÚ

I. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

1. Tỷ lệ với thói quen ăn uống

Cùng với ung thư cổ tử cung, ung thư vú chiếm một tỷ lệ khá cao, dễ mắc từ tuổi 30. Tuổi càng cao tỷ lệ mắc càng lớn. Ở Âu - Mỹ, độ tuổi 40 mắc 1,3%, tuổi 60 là 3%. Ở Pháp có 33.000 ca ung thư vú/năm và 10.000 ca chết. Ở Anh, có

27.000 ca ung thư vú mới mắc trong năm. Nó cướp đi ít nhất 10 năm tuổi thọ trung bình. Nước ta, tại miền Bắc, chiếm 18% ung thư ở phụ nữ (ung thư cổ tử cung 5,7%).

Nhiều nghiên cứu về ung thư vú thấy có sự liên quan đặc biệt đến chế độ ăn uống. Theo bác sĩ Richard Peto (Mỹ), thay đổi chế độ ăn có thể ngăn ngừa 50% ung thư vú ở Mỹ. Người Singapore quen dùng "Tofu miso", sản phẩm từ đậu nành, cũng giảm nguy cơ ung thư đi một nửa. Chế độ ăn của người châu Á, người Nhật làm tỉ lệ ung thư giảm đi 5 lần so với người Âu - Mỹ.

2. Ung thư vú thực chất là gì?

Là sự tăng sinh các nguyên bào sợi (fibroblast) trong khối ung thư. Là phát triển bất thường vô tổ chức cả về hình thái lẫn cấu trúc tế bào. Các xơ bào xâm lấn ra các mô xung quanh tạo nên "càng cua" Kancer. Các xơ bào già rút ngắn lại, gây co kéo các mô làm núm vú tụt vào hoặc thay đổi trực núm vú làm vú mất cân đối. Xét ung thư vú thực chất tìm đặc tính của u vú và hạch nách.

3. Lời cảnh báo thật lòng

Trong các yếu tố gây ung thư, phải quan tâm hàng đầu đến những người thường xuyên tiếp xúc với hóa chất, ngay cả với hóa chất trừ sâu, diệt cỏ.

Đặc biệt thuốc lá - kẻ đồng hành của tử thần, nếu hút hoặc tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc như người nhà hút thuốc, sống gần nhà máy thuốc lá...ngoài một nguy cơ đột biến ADN gây ung thư phổi thường thấy, khói thuốc chứa 480/481 chất gây ung thư đã tìm thấy thì tỉ lệ ung thư

vú do thuốc lá rất cao.

Tiếp đến là rượu - kẻ mang mặt nạ mỹ miều gây rối loạn quá trình chuyển hóa và tổng hợp gen. Mọi khiếm khuyết về gen trong cơ thể sẽ gây ung thư. Một nghiên cứu cho biết, uống 1 chén rượu/ngày có tỉ lệ 13% mắc ung thư vú. Nâng lên 2 chén/ngày, nguy cơ mắc gấp 2 lần.

Vai trò của Estrogen trong ung thư vú là rất đáng chú ý. Có thể kể đến sự liên quan của nó qua tổng kết sau:

Mắc gấp 5 - 6 lần ở người đã mắc K vú bên kia.

Gấp 3 - 5 lần đã có u lành vú hoặc cha, mẹ, chị em ruột mắc K.

Gấp 3 lần ở người không sinh đẻ hoặc sinh con muộn, trên 30 tuổi.

Gấp 2 lần ở người không cho con bú. Mập phì. Stress. Hay trong đời sống kinh tế xã hội cao.

Gấp 1,5 lần ở người có kinh quá sớm hoặc mãn kinh quá muộn.

II. DẤU HIỆU TRÊN VÚ

1. Thời kỳ sớm

Nhìn thấy hơi nhô hoặc không thấy khác thường trên da vú.

Sờ thấy có một cục nhỏ ở vú. Nắn không thấy đau. Nhưng *không đau là ung thư*

Giật mình, tự vạch vôi tìm kiếm thấy vùng da có chút ít thay đổi hoặc không. Có thể dày lên. Day, kéo cục rần đó,

thấy thịt da ở bên cạnh lõm vào thành vết. Nếu gấn núm vú, thấy đầu núm vú hơi tụt vào; bóp thấy dịch chảy ra.

2. Thời kỳ muộn

Thường do bỏ qua không khám vú, bỏ qua mọi sự khác lạ. Hoặc do chẩn đoán trước là u lành và không quan tâm đến hạch nách.

Nhìn : da vú nhăn nheo, sần sùi. Có khi lở loét. Dấu hiệu điển hình là co rút vú, teo cứng, có chỗ phình ra biến dạng.

Sờ : cục chắc, không rõ bờ. Khó di động. Co kéo da. Núm vú rỉ nước dịch và máu.

Hạch nách : có thể đó là di căn. Hoặc thấy hạch trên đòn (đề là hạch nách di căn sang).

3. Xác định bằng cận lâm sàng

- Sinh thiết. Chọc hút bằng kim, hay trọn khối u.
- X quang. Chụp nhũ ảnh.
- Siêu âm hỗ trợ chẩn đoán.

A





B

Ung thư vú

A. X quang, từng mẫu cán quang đậm

B. Siêu âm * vùng giảm âm

III. TRỊ LIỆU

1. Phương pháp

Tùy thuộc vào bệnh tật để lựa chọn.

- **Phẫu thuật:** Cho giai đoạn I và II. Mổ lấy u nhỏ, không di căn. Nạo hạch xung quanh.
- **Xạ trị:** Bổ sung sau phẫu thuật hoặc xạ trị kết hợp cho giai đoạn III và IV.
- **Hóa trị liệu** cho giai đoạn III và IV. Dùng CMF (Cyclophosphamid, Methotrexat, Fluoro uracil), Adeamycin. Nội tiết tố (Tamoxifen).
- **Liệu pháp miễn dịch** là phương pháp mới với nguyên lý thuốc chủng lấy từ virus của bệnh ngư đậu có chứa gen

Interleukin-2, gia tăng tính miễn dịch. Chỉ định cho cả ung thư vú có di căn.

- Laser trị liệu, một hướng mới của Đại học Y Arkansas, Mỹ. Dùng phương pháp RODBO : MKL (tạo hình bằng cộng hưởng từ) áp nhiệt laser bằng kim cài trên khối u. Chỉ trong 10 phút đủ diệt tế bào ung thư vú.

2. Tiên lượng

- Phát hiện sớm tỉ lệ khá cao: 80-90%.
- Phát hiện muộn, khối ung thư đã vài ba phân, thì tỉ lệ sống 5 năm cao lắm 50%.

IV. PHÒNG CHỐNG

1. Phát hiện sớm ung thư vú

a. Tìm sự bất thường

Thường xuyên tự khám vú vào thời điểm sau hành kinh đến trước ngày thứ 10 của chu kỳ kinh, vú mềm dễ khám. Quan sát, tìm sự thay đổi của vú về :

- Hình dáng : xô lệch, lồi, lõm không? Núm vú nhô lên hay tụt vào?
- Kích thước to lên hay nhỏ đi. So sánh giữa hai vú.
- Màu sắc : mạch máu thường nổi lên làm thay đổi màu xám đi hay đỏ lên?
- Mật độ : chắc, cứng hay mềm?
- Tính chất : bờ tròn nhẵn có ranh giới hay gồ ghề chắc dính khó di động?
- Vị trí? Số lượng? Ước lượng kích thước? (nếu có)

Xem xét ở các tư thế, nơi có ánh sáng rõ:

Đứng: Đứng trước gương, giơ hai tay thẳng lên rồi hai tay chống hông.

Ngồi: Tạo cơ ngực ở trạng thái thư giãn, uốn ngực, xoay người.

Nằm: Thả lỏng cơ. Có thể kê gối để ngực nhô lên. Rồi thả chùng cơ.

Dùng bốn ngón tay, sờ theo kiểu cuốn chiếu từng 1/4 vú và cả hai hố nách tới thượng đòn. Tránh bỏ sót.

b. Lịch khám truy tìm

- Khám từ tuổi 20.
- Khám định kỳ vú một năm một lần từ tuổi 35.
- Chụp tuyến vú: Lần đầu ở tuổi 35-39
Lần 2 ở tuổi 45-49 một, hai năm một lần.
Lần 3 từ tuổi 50, mỗi năm một lần.

2. Nếu nghi ngờ ?

Nên :

Khám sớm để xác định rõ bệnh.

Tránh:

- Nắn bóp, châm, chích, lễ.
- Dán thuốc, đắp lá, điều trị thử.
- Rượu, thuốc lá. Ăn thịt, mỡ, dầu ngô (có acid béo 6-omega).

3. Ăn uống phòng chống bệnh

a. Chế độ chung

Nhiều nghiên cứu về ung thư vú đã kết luận và đề nghị phòng chống nguy cơ ung thư vú bằng một chế độ sinh hoạt phù hợp với thực hiện bữa ăn lành mạnh. Khi mà tuổi tác ngày càng cao thì sự quan tâm này càng cần thiết.

Không dùng các chất kích thích có lợi cho ung thư. Tăng cường vitamin và vi khoáng có trong rau quả vào các bữa ăn.

b. Chế độ rau quả

Trong rau quả có rất nhiều những chất liệu giúp đỡ và sửa chữa những thiếu sót do bệnh tật gây nên, chẳng hạn :

Folate trong rau quả, vật liệu sửa chữa và sản xuất sản phẩm di truyền gen chống được khiếm khuyết gen, nguyên nhân gây ung thư vú, (nghiên cứu của Hiệp hội Y tế Mỹ).

Phức hợp Caroten với vitamin C, β -caroten, antioxydant... trong rau quả, một nghiên cứu ung thư vú của Học viện Ung thư Quốc gia Mỹ, công bố vào tháng 9-1999 trên phụ nữ dùng rau quả 4-5 lần/ngày như sau:

- Giảm K vú 23% so với nhóm dùng dưới 2 lần/ngày.
- Giảm K vú 50%, so với nhóm dùng ít hơn 2 lần/ngày, dù mỗi ngày họ có uống 12 ounce bia, một ounce rượu mùi, 5 ounce rượu mạnh.
- Giảm K vú 70%, dù gia đình có người ung thư.

Ăn loại rau nào?

Rau cải bắp. Các loại rau uốn cong như củ cải, rau quả

đậu, xúp-lơ, rau ngót, dầu ô-liu và cả cám lúa mì (6 thìa ~ 55g/ngày).

Nhóm đậu nành. Chất Phyto-Estrogen đậu nành tác dụng trực tiếp ngăn cản sự tăng trưởng tế bào ác tính. Giáo sư Stephen Barnes (Trường Đại học Alabama) cho biết Genistein của đậu tương giống chất Tamoxiphen chống Estrogen trong điều trị ung thư. Bằng thử nghiệm trên chuột kết quả chống ung thư rất khả quan.

Để tạo trạng thái cân bằng Estrogen/Progesteron, Indol trong bắp cải tươi có tác dụng hữu hiệu. Trong 400g bắp cải tươi có 500mg Indol. Bác sĩ David P. Rose (New York, Mỹ) thử nghiệm trên 62 người sau hai tháng thấy Estrogen giảm trên 17%.

c. **Chế độ Lipid**

Mỡ cá, nhất là mỡ cá voi, ngăn cản tế bào K và kim hãm được di căn của ung thư vú. Theo George Blackburn, tỉ lệ này tăng lên 24% nếu được sử dụng kèm với vitamin C. Mỡ cá ngừ có acid béo dạng omega-3 rất cao, ngừa được nguy cơ ung thư vú.

VÔ SINH - HIẾM MUỘN

I. TÁC ĐỘNG TỰ NHIÊN

1. Nguyên nhân chung

Thông thường tỉ lệ thụ thai tự nhiên từ 20-25%. Nếu cặp vợ chồng không dùng mọi biện pháp tránh thai nào, sinh

hoạt tình dục đều đặn trong thời gian hai năm kể từ khi...muốn hoặc sau lần sảy/sinh cuối mà vẫn không có thai mới gọi là hiếm-muộn. Nguyên nhân vô sinh thuộc về phụ nữ chỉ chiếm khoảng 37,4%. Do nam 40,8%. Không rõ nguyên nhân 11,5%. Ta có thể kể một số lý do sau:

- Suy dinh dưỡng, suy nhược cơ thể nặng.
- Do tử cung : thiếu sản, dị dạng các kiểu.
- Chỉ số thụ tinh kém, kể cả kháng thể kháng tinh trùng cổ tử cung.
- Các vấn đề tình dục, kể cả tuổi tác....

2. Nguyên do bệnh tật

- Bệnh lành tính đường sinh sản kể cả lạc nội mạc tử cung.
- Bệnh lây qua đường tình dục kể cả nhiễm khuẩn thương.
- Thuộc nội tiết như : suy yên, tăng sản thượng thận, rối loạn giáp trạng, bệnh buồng trứng..
- Đặc biệt, tắc dính do nạo, hút thai.

3. Vô sinh do tác, dính

a. Lý do

“Tỷ lệ nạo phá thai ở Việt Nam xếp vào một trong ba nước cao nhất thế giới”

Khá cao trong các nguyên nhân vô sinh hiện nay. Nhất là ở lớp trẻ, đáng kể là tuổi vị thành niên nạo, hút ngày càng nhiều. Trong đó “ 96,10% tuổi từ 10-19 chưa lập gia đình”. Và như “25% nữ sinh các trường Đại học trong thành phố đã

quan hệ tình dục trước hôn nhân mà không hề biết bảo vệ”

Nạo, hút gây tổn thương trực tiếp (hoặc nhiễm trùng) đến lớp tế bào đáy của nội mạc tử cung làm cho lòng tử cung dính vào nhau ở các dạng:

- Lòng tử cung, hoặc cổ hay eo tử cung dính hẹp.
- Lỗ ống vòi - tử cung bít lại hoặc gây tắc vòi trứng.



Tắc gần vòi trứng trái

Vô sinh sau nạo hút ở phụ nữ 28 tuổi

b. Hậu quả

Do niêm mạc tử cung bị thu hẹp: thiếu kinh, kinh thưa.

Vô kinh do dính hoàn toàn hay ở eo tử cung bị bít.

Thống kinh do máu kinh ứ, kích thích, co bóp gây đau

Sảy thai, sanh non, lưu thai..

Hở eo cổ tử cung. Ngôi thai bất thường. Sảy thai muộn.
Vô sinh.

c. Phòng chống vô sinh do tắc dính

Xử lý càng sớm càng tốt :

- Gỡ dính, thông tắc.

- Hạn chế tối đa nạo phá thai đặc biệt ở tuổi vị thành niên.

- Giáo dục ý thức bảo vệ, dùng bao cao su tránh thai, tránh bệnh tật.

- Chống viêm nhiễm tích cực sau nạo, hút thai.

II. NGUYÊN LÝ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH

Đầu mối của việc có thai là:

- Sự kết hợp giữa trứng và tinh trùng (*trong đó*)
- Trứng (*phóng noãn*) tốt (*đồng thời*)
- Tinh trùng tốt
- Niêm mạc tử cung phù hợp với sự làm tổ.

Sự trục trặc một trong bốn yếu tố trên, khả năng thụ thai không đạt.

Trong cả bốn yếu tố hình thành, đứng sau nó là nội tiết tố sinh dục và hệ trục hạ đồi- tuyến yên- buồng trứng. Phải tìm ra nguyên nhân và giải quyết các nguyên nhân đó.

III. THỤ THAI TRONG ống NGHIỆM

1. Chuyện của Charlicer

Charlicer, vợ của Brown lái xe lửa, lâu lắm rồi, khác

khoái về chuyện muốn có con. Nhưng vòi trứng của cô bị tắc hoàn toàn, tưởng như đã chôn vùi hy vọng. Một hôm đọc được trên tờ báo hàng ngày ở nước Anh có tiêu đề lớn “ Sinh mệnh được tạo ra từ ống nghiệm”. Thế là họ đã bàn nhau và nhanh chóng tìm đến nơi tác giả của nó. Giáo sư Patrick Steptoe rất thông cảm với vợ chồng Brown. Ông cùng bác sĩ Rober Edwards lấy trứng của Charlicer nuôi trong ống nghiệm bằng môi trường đặc biệt, rồi dùng tinh trùng của Brown thụ tinh cho trứng. Đến ngày thứ 6 cái phôi đã có nhiều tế bào và ông đặt phôi vào tử cung của cô. Sau 10 tháng mang thai, ngày 26-7-1978, họ vui mừng đón nhận một bé gái tròn vẹn chào đời. Phương pháp này gọi là In-Vitro Fertilisation (IVF). Ngày nay ta được biết đến như thụ thai trong ống nghiệm.

2. Ở nước ta, việc thụ tinh trong ống nghiệm được thực hiện từ tháng 8-1997, một phương pháp điều trị vô sinh có hiệu quả, đã góp phần hạnh phúc cho nhiều gia đình, tạo được niềm tin và hy vọng cho nhiều người.

Một chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm gồm các bước :

- Kích thích trứng phát triển.
- Theo dõi trứng để chọc hút ra.
- Thụ tinh giữa trứng và tinh trùng.
- Nuôi cấy phôi trong môi trường và chuyển phôi vào buồng tử cung.

Tỷ lệ thành công chung của thụ thai trong ống nghiệm là những em bé được sinh ra tùy thuộc theo tuổi của mẹ và chu kỳ thực hiện.

Ta hãy tham khảo tỉ lệ thành công theo lứa tuổi và chu kỳ thực hiện sau :

Chu kỳ	Tuổi		
	Tỉ lệ % < 34	35-39	40-45
I	13	8	3
II	33	17	14
III	45	29	14

Có thể gặp một hội chứng quá mẫn, cần quan tâm:

- Sau khi đưa trứng ra ngoài, nang noãn sẽ trống rỗng. Chị em thấy đau hoặc có hội chứng rối loạn tiêu hóa. Ít có nguy cơ tràn dịch màng phổi hoặc cổ tử cung.
- Có thể đa thai (27% so với 1% ở người mang thai tự nhiên).
- Thai ngoài tử cung có thể xảy ra (5% so với 1% ở người mang thai tự nhiên)

Sau cùng là một vài điều chưa thỏa mãn mong muốn :

- Chưa thể chọn giới tính theo ý muốn.
- Không loại trừ được những khuyết tật bẩm sinh tuy không làm tăng tỷ lệ thai dị dạng.

IV. MỘT VÀI PHƯƠNG PHÁP HỖ TRỢ

1. Tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (ICSI)

Là phương pháp hỗ trợ, nâng cao hiệu quả IVF. Dùng cho các trường hợp tinh trùng chất lượng chưa cao, phôi ngưng

phát triển hay sau chuyển phôi không có thai, người lớn tuổi... và bệnh viện Phụ sản Từ Dũ thực hiện 34,9%, nâng tỉ lệ có thai của IVF 36,5% (năm 2001), một mức cao so với khu vực và trên thế giới.

Từ tháng 2 - 2002, ở bệnh viện Phụ sản Từ Dũ đã hút tinh trùng từ mào tinh bằng vi phẫu rồi tiêm vào trứng (MESA-ICSI). Nếu không lấy được ở mào tinh thì trong một số ít có thể lấy từ tinh hoàn. Phương pháp này áp dụng cho những người không có tinh trùng khi xuất tinh do nhiều nguyên nhân cản trở. Ca thành công đầu tiên sinh đôi một trai, một gái vào tháng 11 - 2002. Tỉ lệ đậu thai 43%.

2. Kỹ thuật chuyển phôi sau đông lạnh

Sau khi cho kết hợp trứng và tinh trùng tạo thành phôi, được để dành giữ ở đông lạnh ($t^{\circ} = 196^{\circ}\text{C}$ trong Nitơ lỏng). Trước khi đưa vào tử cung cho phôi rã lạnh. Kết quả ở bệnh viện Phụ sản Từ Dũ đã đạt phôi phát triển trong tử cung.

3. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI, intra-uterine-insemination)

Dùng cho người có vấn đề ở cổ tử cung hay tinh trùng ở người chồng chưa đạt bình thường. Theo dõi sự phát triển trứng của người vợ tới mức sắp rụng thì tiến hành IUI 36 giờ sau. Tại bệnh viện Phụ sản Từ Dũ bằng phương pháp này 25,5% vô sinh đã có thai (năm 2001).

4. Một vài phương pháp khác

- *Chuyển noãn qua vòi trứng (GIFT, Gamete intra-Fallopian transfer)*

Giai đoạn kỹ thuật đầu như IVF. Nhưng khi lấy được trứng ra ngoài thì đưa trứng và tinh trùng vào vòi trứng. Như vậy sự thụ tinh xảy ra ở vòi trứng tạo ra tiền bào thai, tự di chuyển vào làm tổ ở tử cung.

Tỉ lệ thành công ở Anh là 21%.

- *Chuyển trứng và tinh trùng vào ổ phúc mạc (POST, Peritoneal oocyte and sperm transfer)*

Dùng cho trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân, kháng thể kháng tinh trùng cổ tử cung, thất bại trong thụ tinh nhân tạo với tinh trùng.. nhưng vòi trứng phải còn nguyên vẹn.

Chuyển ba hoặc bốn trứng và tinh trùng đã được rửa vào trong túi cùng Douglas sát cạnh vòi trứng.

Tỉ lệ thành công 25%.

Sachvui.Com

1. Người đẻ ra cừu

Tháng 2 - 1997, cừu Dolly ra đời tại Viện Roslin Edinburgh, Scotland, đã gây vang động hơn nhiều sự kiện, trái bom nguyên tử Mỹ thả xuống Hiroshima ngày 6-8-1945, mạnh hơn sự sụp đổ tòa tháp đôi World Trade Center tại New York ngày 11-9-2001 trên đất Mỹ. Bởi nó sẽ mở ra kỷ nguyên mới, một kỷ nguyên sinh học vô tính ở động vật cao cấp, sẽ lợi cho con người hơn là sự hủy diệt ác độc do bom đạn và chiến tranh gây ra.

Người khai sinh ra cừu Dolly là tiến sĩ Ian Wilmut.

Sự thành công này không là ngẫu nhiên vì trước đó gần 40 năm người ta đã quan tâm và thí nghiệm. Lúc ấy, một số nhà sinh học đã chuyển nhân tế bào soma vào tế bào trứng nhằm kích thích sự phát triển của phôi. Các thí nghiệm chuyển nhân hy vọng cho ra đời một con vật giống với vật cho. Điều đó là ảo tưởng khi trong tự nhiên, sinh sản vô tính chỉ có ở côn trùng và thân lùn chứ không hiện diện ở động vật có vú và bậc cao.

Tuy nhiên, những năm 1960, Viện Nghiên cứu Ung thư Philadelphia, Pennsylvania, Mỹ đưa nhân tế bào phôi ếch vào trứng bị tách nhân, thành công thu được nòng nọc. Một hướng mới tin cậy được mở ra. Những năm 1970, ở Đại học Oxford, Anh cũng như nhiều nhà khoa học và tập thể khác cũng cố thêm hy vọng bằng kết quả tương tự.

Từ những năm 1980, thử nghiệm cũng thu được kết quả

những dòng vô tính như thỏ, bò sữa, lợn nái... bằng kỹ thuật chuyển nhân ở tế bào phôi.

Mãi năm 1990 Viện Nghiên cứu Nông học Quốc gia Jouyen Josas, Pháp đã cho ra đời 6 con thỏ từ nhân vô tính một phôi ướp lạnh 32 tế bào. Đến năm 1993 họ lại thu hoạch được một dòng vô tính 5 bê từ 50 - 60 tế bào.

2. Bí quyết nào đưa Ian Wilmut tạo ra cừu Dolly ?

Năm 1996, tiến sĩ Ian Wilmut đã nhân dòng tế bào lấy từ phôi 7 ngày tuổi, có tới 128 tế bào. Vì thế những tế bào này đã được phân hóa thành 3 lá phôi (ngoài, giữa và trong) và tạo được 2 cừu cái sinh đôi từ một trứng, đặt tên là Megan và Morag. Như vậy về mặt di truyền chúng không phải là dòng vô tính thật.

Sự thất bại của các nhà khoa học trước là thu hoạch đạt được rất khó ở các tế bào phôi già. Đó là sự phát triển không cùng nhịp phân chia của tế bào soma chậm hơn so với nhân của trứng. Để khắc phục, Gordon - người tạo ra con ếch từ dòng vô tính - lấy nhân phôi đã lắp ghép từ nhân của tế bào soma với tế bào trứng bị lấy mất nhân, cấy chuyển liên tiếp sang các tế bào trứng khác.

Còn Ian Wilmut thì, làm nghèo dần môi trường nuôi cấy tế bào để ức chế nhân ở thời kỳ gián phân (là kỳ tế bào không phân chia). Vì thế, nhân có thể đồng bộ với chu kỳ tế bào của noãn bào nhận.

Ian Wilmut cũng bằng kỹ thuật chuyển phôi, lấy nhân bắt nguồn từ tế bào tuyến vú con cừu trưởng thành, cấy vào noãn bào con cừu đã loại bỏ nhân được chương trình hóa và giữ mọi tiềm năng ở giai đoạn trứng để tạo ra một phôi. Ông

cấy phôi này vào tử cung một con cừu cái. Sau 277 lần thí nghiệm thất bại, phôi phát triển đủ điều kiện sinh ra một cừu cái con. Dolly được ra đời như thế. Kiểu nhân bản này gọi là nhân bản sinh sản vô tính (Clonage reproductif).



Cừu Dolly và cha đẻ Ian Wilmut.

3. Sau cừu Dolly

Sau thành công của Ian Wilmut, hàng loạt các nhà khoa học đã lao vào nghiên cứu nhân dòng theo hướng này.

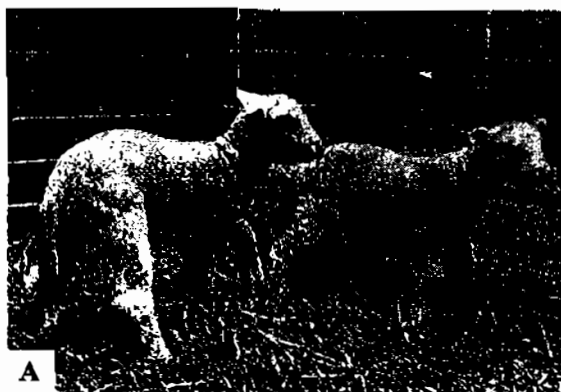
Ở Mỹ, công ty PPL Therapeutics tích cực nhân dòng từ tế bào soma của bò sữa trưởng thành tạo ra bê vô tính, nhằm sản xuất những phân tử dược phẩm trong sữa động vật được truyền gen.

Ở Anh, Imutran xúc tiến tạo ra những con lợn được truyền gen tương hợp về mặt miễn dịch với người, tạo ra nhân bản điều trị (therapeutic cloning).

Ở Pháp, áp dụng nhân bản vô tính ở bò và thỏ.

Chọn giống ở những con vật đã được chứng tỏ có hiệu suất thực sự. Ví dụ bò giống, một đời bình thường sinh 10 bê con. Với kỹ thuật thụ tinh in - vitro và cấy chuyển phôi, sinh mỗi tháng một bê. Nếu tách được trứng theo phương pháp siêu âm thì có một con bê mỗi tuần và bằng sinh sản vô tính thì vô cùng theo ý muốn....

Đến nay đã có 5 - 6 loài được nhân bản theo dòng vô tính như chuột, cừu, bò, dê, lợn. Tháng 7 - 1999, Alexander Kind hợp tác với Viện Roslin tạo dòng cừu có gen biến đổi mang gen người sản xuất ra α -1 antitrypsin chống bệnh nhày nhớt Lợn tạo dòng (đã loại bỏ gen đào thải khi cấy ghép cho người) do công ty dược phẩm sinh học PPL-Therapeutics, Viện Roslin-Scotland với ý định chữa bệnh tiểu đường.





B

A. Cừu tạo dòng Diana và Cupidon.

B. Lợn tạo dòng Angel, Joy, Mary, Noel, Star.

Còn ở động vật bậc cao thì sao?

Để tiến tới nhân dòng vô tính ở người, nhiều nhà khoa học đã thử nghiệm trên nhóm linh trưởng có bộ mã gen gần giống bộ mã gen người:

Viện nghiên cứu Magee Womens ở Pittsburg, Pennsylvania Mỹ đã thành công thử nghiệm nhân bản khi bằng phương pháp cắt đôi phôi (twinning) tạo ra cặp song sinh. Nhưng ông Gerald Schatten, viện phó viện này cho biết, khi dòng kỹ thuật chuyển đơn nhân (đưa tế bào thay nhân của trứng đã tách nhân), đến nay thì hoàn toàn thất bại.

Có một dòng tư tưởng hình thành sau Dolly là giáo phái Raelians cho rằng, loài người được các nhà có quyền lực siêu nhiên ngoài trái đất tạo ra. Vì thế, họ quyết tâm tiến hành nhân bản vô tính trên người. Ông Claud Vorilon, trưởng giáo phái, ngày 7-8-2001 tuyên bố, muốn đưa hậu duệ vô tính nhà độc tài phát xít Adolf Hitler ra tòa vì tội ác của y. Người ủng

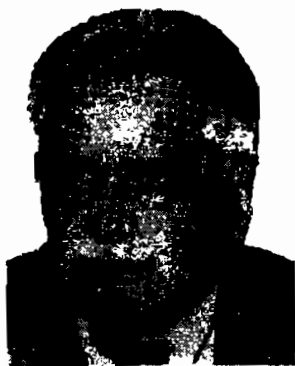
hộ nhiệt tình ý định trên là cô sinh viên Marina Boisselier, 22 tuổi, con gái nữ tiến sĩ hóa học Brigitte Boisselier - Giám đốc Công ty Nhân bản Clon-Aid, West Virginia, Mỹ nhận nhiệm vụ mang nặng đẻ đau này.

4. Thử thách đầy thách thức

Đã có một bào thai trai 8 tháng tuổi, khoẻ mạnh, nặng 2,5 - 2,7kg !

Đó là tuyên bố của bác sĩ Severino Antinori trong cuộc họp báo ngày 26 - 11 - 2002, tại Rome thủ đô Ý.

Hồi đầu tháng 4 - 2002, nhân dự hội nghị Tương lai của biến đổi gen và những chương trình nhân bản vô tính người trên thế giới, tại trung tâm Zayed, Abu Dhabi - thủ đô các tiểu Vương quốc Ả Rập Thống nhất (UAE), ông cũng tiết lộ, người vinh dự được ông nói tới là một phụ nữ Ả Rập giàu có. Bào thai được nhân bản từ tế bào trưởng thành của một nhân vật VIP Ả Rập, đã được 8 tuần tuổi. Sự nghi ngờ đã xảy ra, nhưng bác sĩ S.Antinori khẳng định trên nhật báo *Il Tempo*, Ý, bào thai là có thật ! (?) Bác sĩ Severino Antinori là ai?



Bác sĩ S. Antinori.

Ông là người Ý, Giám đốc Khoa vô sinh Trung tâm Quốc tế Nghiên cứu Sinh lý bệnh học về Sinh sản ở Rome. Ông nổi tiếng với thành công thụ thai giúp một bà người Ý vào tuổi 63 đã mãn kinh sinh một cậu con trai kháu khỉnh năm 1994 và sau đó, một bà 59 xuân thì người Anh, không chồng, sinh đôi hoàn chỉnh.

Ông là người rất mạnh bạo và kiên quyết theo hướng sinh sản vô tính, chuyển ADN từ nhân một tế bào sống vào noãn người nhằm tạo ra một phôi thai có thể cấy vào tử cung người nhận. Severino tuyên bố : “Nhân bản con người là chuyện có quyết tâm làm hay không và chúng tôi đã quyết tâm làm”. “Chúng tôi sẽ không tạo ra quái vật, bởi vì chúng tôi đã nắm được kỹ thuật nhân bản an toàn”.

Vấn đề vẫn còn ở phía trước. Bác sĩ S.Antinori có làm được hay không, hãy đợi!

Theo tiến sĩ Harry Griffin, viện Roslin, nói về bác sĩ S.Antinori : “...có hiểu biết không nhiều về môn sinh vật học phân tử của sinh sản”. Đặc biệt với khách hàng của ông - những người tình nguyện, không được nghe về sự thật thành công 1-6% ở thai, chỉ mới trên loài vật. Nhưng khi mang thai, dễ dàng sảy thai, chết sinh. Ở tỉ lệ sinh ra sống sót, như chịu một bản án tử hình mà cái chết luôn dày vò bởi đầy rẫy bệnh tật hiếm nghèo, dị dạng .

5. Số phận của động vật nhân bản vô tính

Trước hết nói đến cừu Dolly.

• *Già trước tuổi!* Do những tế bào “mẹ” sớm bước vào giai đoạn lão hóa. Nhiễm sắc thể ở các giai đoạn cuối ngắn lại.

- *Đau khớp.* Do sao chép ADN có nhiều lệch lạc, một số gen bị biến đổi. Ty thể trong tế bào chất của tế bào soma là bào quan có hệ di truyền riêng. Tế bào già, ty thể và bộ gen của nó thay đổi... sẽ gây ra bệnh tật của tuổi già làm giảm tuổi thọ.

Còn khiếm khuyết ở các động vật khác?

Sự sao chép của dòng vô tính chỉ cho một loại đặc tính sinh học tạo ra. Nó mất đi tính đa dạng.

Sự can thiệp vào các gen gây đảo lộn quá trình phát triển phôi, dẫn tới tỉ lệ dị tật cao (30%) so với sinh sản tự nhiên ở người là 1-1,5%. Nhà khoa học Rudolf Jaenisch cùng cộng sự nghiên cứu 10.000 gen trên nhau chuột nhân bản vô tính thấy có 4% gen bất thường. Ông nhận định "hậu quả bất thường ở gen cho thấy hiện tượng chết yểu, viêm phổi, đau gan và béo phì ở chuột".

Với mẹ mang thai, một khả năng thai nhi an toàn cho mẹ là rất thấp mà sau đó hậu họa do mang thai loại này gây bệnh tật khó lường.

Và cuối cùng là, đạt thành công trong nhân bản vô tính không phải dễ dàng.

6. Hướng mới, nhân bản điều trị

a. Nguyên lý tiến hành

- Lấy tế bào từ người muốn nhân bản, đưa một gen vào tế bào đó để làm biến đổi bộ gen (génom).
 - Lấy noãn từ người cho rồi tách bỏ nhân.
 - Trộn lẫn bào tương và các quan bào của hai tế bào bằng

kỹ thuật shock điện. Nhân của tế bào trưởng thành, thành nhân tế bào toàn năng.

- Phôi nhân bản hình thành phôi tới giai đoạn phôi bào.

Lúc này có hai hướng: Nếu cấy phôi vào tử cung sẽ phát triển thành thai nhi ra đời theo dòng sinh sản vô tính. Còn lấy ít tế bào trong phôi bào cấy vào các tế bào gốc, các tế bào này trở thành tế bào chuyên biệt như mô hoặc tạng như gan, thần kinh, da... Ví dụ, lấy nhân của tế bào đã biệt hóa (tế bào gan) cấy vào tế bào trứng đã lấy nhân đi, nuôi cho phôi này phát triển (tế bào gan), dùng vào kỹ thuật ghép gan.

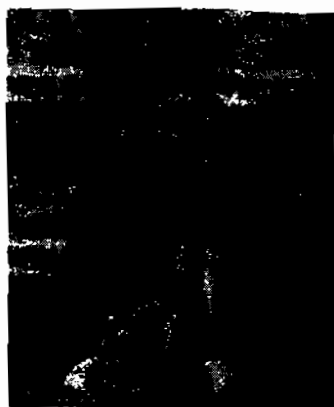
Ở Pháp, tại bệnh viện Bichat Paris, Philippe Menasché và cộng sự đã thành công tiêm tế bào gốc lấy từ cơ cẳng chân vào cơ tim bị nhồi máu của chính bệnh nhân. Tế bào gốc không biến thành tế bào cơ tim nhưng giúp cho mô tim xây dựng lại và hoạt động bình thường.

b. Phôi người được hình thành và khả năng?

Ngày 25 - 11 - 2001, tại Công ty Công nghệ Sinh học Advanced Cell Technology Inc (ACT) ở Worcester, Massachusetts, Mỹ đã thành công việc nhân bản phôi người. Họ dùng kỹ thuật tương tự như kỹ thuật sinh sản vô tính tạo ra cừu Dolly. ACT chuyển nhân chứa ADN lấy từ tế bào da đưa vào tế bào trứng đã tách nhân. Khi tế bào bắt đầu nhân đôi, nó được giữ lại như những tế bào sinh sản, chứ không đem cấy vào tử cung.

Giám đốc điều hành, tiến sĩ Michael West thông báo trên đài truyền hình NBC, Công ty ông chỉ định tạo ra tế bào gốc giúp chữa trị các bệnh nan y như tiểu đường, ung thư,

Parkinson, Alzheimer... chứ không có ý định tạo ra một con người.



Tiến sĩ M. West thông báo trên kênh NBC.

7. Dư luận

Hội nghị của Viện Khoa học Quốc gia Mỹ (NAS) tại Washington, ngày 7 - 8 - 2001, đã có mặt của Bác sĩ S.Antinori đến từ Rome, giáo sư Panos Zaws chuyên gia Khoa nam học ở Lexington Kentucky Mỹ đến với tư cách đồng sự của S.Antinori và nữ tiến sĩ Hóa sinh học Brigitte Boisselier đại diện giáo phái Raelians đến từ West Virginia. Ngay từ hội nghị này, họ thông báo quyết tâm nhân bản vô tính trên người và đưa ra những lý lẽ nhân đạo, phục vụ nhu cầu hiếm muộn, việc trị liệu quyền của mỗi cá nhân ... Họ đảm bảo việc theo dõi để phối phát triển bình thường trước khi đưa vào tử cung...

Nhưng ai dám chắc được rằng dị tật chỉ xảy ra 4% và ở người trên 40 tuổi là 6% như bác sĩ S.Antinori tuyên bố?

Nếu như những con người được sinh ra bằng tác động kỹ thuật sinh sản vô tính mang đầy dị tật và bệnh hoạn sống vật vờ thoi thóp... thì thế giới sẽ như thế nào?

Còn người dân, có đến 80% người được hỏi phản đối vì trái với đạo đức. Tới 84% người Mỹ được hỏi phản đối với mọi hình thức nhân bản. Nhưng để phục vụ điều trị thì có 43% ủng hộ. Riêng ở Đức, Quốc hội đã thông qua (30-1-2002) cho phép nhập khẩu tế bào mầm từ phôi thai người cho mục đích nghiên cứu y học, nhưng luật cấm các hình thức tạo ra phôi người vẫn tồn tại.

Người ta có quyền nghi ngờ ông S.Antinori về khả năng và những gì ông tuyên bố về sinh sản vô tính thành công, vì còn quá sớm. Ngay cả bào thai 8 tuần kia lẽ ra phải sinh vào tháng 11-2002 rồi (!?) Vậy là người ta moi ra cả những điều ông đã làm như ra giá 1400USD cho một ca sinh sản chỉ cần tốn 60 USD. Người bạn đồng sự, giáo sư Panos Zaws cũng phải cắt đứt liên lạc với ông và tuyên bố trên tờ Sunday Herald của Scotland rằng, không tin lời tuyên bố của bác sĩ S.Antinori là có thật.

Chính phủ Ý quyết định không cho bác sĩ S.Antinori hoạt động nhân bản vô tính trên đất Ý. Nhưng ông có ý định thực hiện mục tiêu này “tại nước cho phép ông làm việc đó” hoặc trên tàu biển thuộc hải phận quốc tế.

MỤC LỤC

Thời con gái

Tuổi dậy thì	3
Kinh nguyệt	12

Tránh thai

Phương pháp quan sát	35
Đặt vòng tránh thai	40
Tránh thai bằng thuốc	45
Đoạn sản	57

Bản năng tính dục

Tính dục nữ	62
Bất thường bản năng	72

Bệnh đường sinh dục

Bệnh lây qua đường tình dục	82
Viêm nhiễm sinh dục ngoài	88
Thương tổn ở cổ tử cung	94
Ung thư cổ tử cung	99
Thương tổn ở tử cung	103
U nang buồng trứng	109
Vú - với thương tổn lành tính ở vú	114
Ung thư vú	119
Vô sinh - hiếm muộn	127

Phụ lục

Nhân bản vô tính	135
------------------	-----

TUỔI DẬY THÌ

Giới tính - Tránh thai - Bệnh tật

Bác sĩ **TỔ HOÀI**

Chịu trách nhiệm xuất bản: **LÊ HOÀNG**

Biên tập: **ÁNH TUYẾT**

Trình bày bìa: **HUYỀN PHI HẢI**

Sửa bản in: **HOÀNG MAI**

Đơn vị liên doanh:

DN SÁCH THÀNH NGHĨA TP HCM

NHÀ XUẤT BẢN TRẺ

161B Lý Chính Thắng - Quận 3 - Thành phố Hồ Chí Minh

Điện thoại: 9316289 - 9316211 - 8465596

Fax: (08) 8437450

E-mail: nxbtre@hcm.vnn.vn

CHI NHÁNH NHÀ XUẤT BẢN TRẺ TẠI HÀ NỘI

40 Láng Hạ - Quận Đống Đa - Hà Nội

Điện thoại: (04) 7762128

Fax: (04) 8357444

E-mail: vanphongnxbtre@hn.vnn.vn

In 1000 cuốn, khổ 14,5 × 20,5cm

Tại Cty Cổ phần in Bến Tre.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 1322/55-CXB

Do cục xuất bản cấp ngày: 08/11/2002 và giấy trích ngang

KHXB số: 78/2003

In xong và nộp lưu chiểu tháng 3 năm 2003



Sachvui.Com

TUỔI DẠY THI



10131056

20000 đ/C: C5 TN033



NHÀ SÁCH TRẺ NGHĨA TRẦN PHÚ HỒ CHI MINH
288B AN DƯƠNG VƯƠNG, Q.5 - ĐT/FAX: 8392516
Email: thanhnghia@cinet.vnnews.com

Giá: 20.000