

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

**MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE
PHỤ NỮ, BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH**

Ngành/nghe: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng

Bạc Liêu, năm 2020

ỦY BAN NHÂN DÂN TỈNH BẠC LIÊU
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ



GIÁO TRÌNH

**MÔN HỌC: CHĂM SÓC SỨC KHỎE
PHỤ NỮ, BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH**

Ngành/nghề: Điều dưỡng

Trình độ: Cao đẳng

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 63A -QĐ/CĐYT ngày 26 / 3 /2020
của Hiệu trưởng trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu)*

Bạc Liêu, năm 2020

TUYÊN BỐ BẢN QUYỀN

Tài liệu này thuộc loại giáo trình nên các nguồn thông tin có thể được phép dùng nguyên bản hoặc trích dùng cho các mục đích về đào tạo và tham khảo.

Mọi mục đích khác mang tính lệch lạc hoặc sử dụng với mục đích kinh doanh thiếu lành mạnh sẽ bị nghiêm cấm.

LỜI GIỚI THIỆU

Quyển giáo trình môn Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình được biên soạn theo chương trình giáo dục Cao đẳng Điều dưỡng của Trường Cao đẳng Y tế Bạc Liêu, dựa trên cơ sở chương trình khung của Bộ Lao Động - Thương Binh và Xã Hội đã phê duyệt.

Để cập nhật chương trình đào tạo Điều dưỡng tiên tiến cần có phương pháp giảng dạy hiện đại, phương thức lượng giá thích hợp trong giảng dạy. Thực hiện mục tiêu ưu tiên đáp ứng nhu cầu có tài liệu học tập và nâng cao kiến thức về Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình cho sinh viên Cao đẳng điều dưỡng; Bộ môn đã tiến hành biên soạn quyển giáo trình này để đáp ứng nhu cầu thực tế trong công tác đào tạo Điều dưỡng tại Trường.

Tài liệu được các giảng viên nhiều kinh nghiệm và tâm huyết trong công tác giảng dạy biên soạn theo phương pháp giảng dạy tích cực, nâng cao tính tự học của người học và phù hợp với thực tiễn Việt Nam. Giáo trình trang bị những kiến thức cơ bản và kiến thức chuyên ngành cho sinh viên và quý đồng nghiệp trong lĩnh vực Điều dưỡng nói chung và Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình nói riêng.

Giáo trình Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình đã được sự phản hồi và đóng góp ý kiến của quý đồng nghiệp, các chuyên gia lâm sàng có nhiều năm kinh nghiệm trong lĩnh vực Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình, quyển giáo trình được hội đồng nghiệm thu cấp Trường để giảng dạy cho sinh viên trình độ cao đẳng. Do bước đầu biên soạn nên chắc chắn nội dung quyển giáo trình còn nhiều hạn chế và thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được ý kiến đóng góp của quý đồng nghiệp, các bạn sinh viên để tài liệu ngày càng hoàn thiện hơn.

Chân thành cảm ơn Ban Giám Hiệu Trường; lãnh đạo Khoa; các phòng chức năng và tập thể giảng viên Bộ môn những người đã trực tiếp tham gia biên soạn quyển giáo trình.

Bạc Liêu ngày 20 tháng 02 năm 2020

Nhóm biên soạn

Tham gia biên soạn

Chủ biên:

Nguyễn Thị Lan Phương

Nhóm biên soạn:

1. Nguyễn Thị Lan Phương
2. Lâm Thị Kim Anh

MỤC LỤC

STT	TÊN BÀI	TRANG
1	Bài 1. Thay đổi giải phẫu sinh lý trong thời kỳ mang thai	1
2	Bài 2. Chăm sóc sản phụ chảy máu nửa đầu thời kỳ thai nghén	11
3	Bài 3. Chăm sóc sản phụ chảy máu nửa sau thời kỳ thai nghén	34
4	Bài 4. Chăm sóc sản phụ tăng huyết áp - tiền sản giật - sản giật	55
5	Bài 5. Chăm sóc nhiễm khuẩn sau đẻ	71
6	Bài 6. Chăm sóc u xơ tử cung, u nang buồng trứng	83
7	Bài 7. Chẩn đoán thai nghén	88
8	Bài 8. Khám thai và quản lý thai	91
9	Bài 9. Chăm sóc thiết yếu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ	100
10	Bài 10. Chăm sóc trẻ hàng ngày	107
11	Bài 11. Chăm sóc hậu sản thường	111
12	Bài 12. Các biện pháp tránh thai	113

Tên môn học: CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ, BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

Mã môn học : DD.19

Thời gian thực hiện môn học: 90 giờ (Lý thuyết: 14 giờ, Thực hành: 29, TTBV: 44, Kiểm tra: 3 giờ).

I. VỊ TRÍ, TÍNH CHẤT MÔN HỌC:

- **Vị trí:** Môn học Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình được bố trí sau khi học xong các môn học Kiểm soát nhiễm khuẩn và Dược lý

- **Tính chất:** Môn học Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình trang bị cho sinh viên các kiến thức cơ bản về đại cương chăm sóc sức khỏe phụ nữ; các vấn đề sức khỏe bà mẹ trong thời kỳ thai nghén, trong chuyển dạ và sinh nở, giai đoạn sau đẻ. Chăm sóc sức khỏe phụ nữ về lĩnh vực phụ khoa và kế hoạch hóa gia đình.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC:

1. Kiến thức:

1.1. Trình bày được kiến thức cơ bản về sức khỏe sinh sản cho phụ nữ, bà mẹ và gia đình.

1.2. Trình bày đầy đủ nguyên nhân, triệu chứng, tiến triển và biến chứng một số bệnh thường gặp trong sản phụ khoa.

2. Kỹ năng:

2.1. Lập kế hoạch chăm sóc cho sức khỏe phụ nữ, cho bà mẹ thời kỳ thai nghén, trong chuyển dạ đẻ và sau đẻ

2.2. Tư vấn được cho phụ nữ, bà mẹ sử dụng các biện pháp tránh thai và công tác kế hoạch hóa gia đình.

3. Năng lực tự chủ và trách nhiệm:

3.1. Có khả năng làm việc độc lập hoặc theo nhóm dưới sự hướng dẫn của giáo viên.

3.2. Tác phong làm việc khoa học, thận trọng, chính xác, trung thực trong hoạt động nghề nghiệp.

III. NỘI DUNG MÔN HỌC:

1. Nội dung tổng quát và phân bổ thời gian:

TT	Tên bài trong môn học	Thời gian (giờ)			
		TS	LT	TH	KT
1	Thay đổi giải phẫu sinh lý trong thời kỳ thai nghén	1	1	0	
2	Chăm sóc sản phụ chảy máu nửa đầu thời kỳ thai nghén	4	4	0	
3	Chăm sóc sản phụ chảy máu nửa sau thời kỳ thai nghén	4	4	0	
4	Chăm sóc sản phụ cao huyết áp - tiền sản giật, sản giật	2	2	0	
5	Chăm sóc nhiễm khuẩn sau đẻ	3	2	0	1
6	Chăm sóc u xơ tử cung, u nang buồng trứng	1	1	0	
7	Chẩn đoán thai nghén	4	0	4	
8	Khám thai và quản lý thai	4	0	4	
9	Chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ	4	0	4	
10	Chăm sóc trẻ hàng ngày	4	0	4	
11	Chăm sóc hậu sản thường	4	0	4	
12	Các biện pháp tránh thai	10	0	9	1
13	Thực hành bệnh viện	45		44	1
Cộng		90	14	29/44	3

Bài 1. THAY ĐỔI GIẢI PHẪU SINH LÝ THỜI KỲ THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được các thay đổi về nội tiết của phụ nữ trong thời kỳ thai nghén.
- 1.2. Mô tả được các thay đổi giải phẫu và sinh lý ở bộ phận sinh dục trong thời kỳ thai nghén.

2. Kỹ năng:

Lập được kế hoạch chăm sóc cho phụ nữ trong thời kỳ thai nghén.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề nghiệp

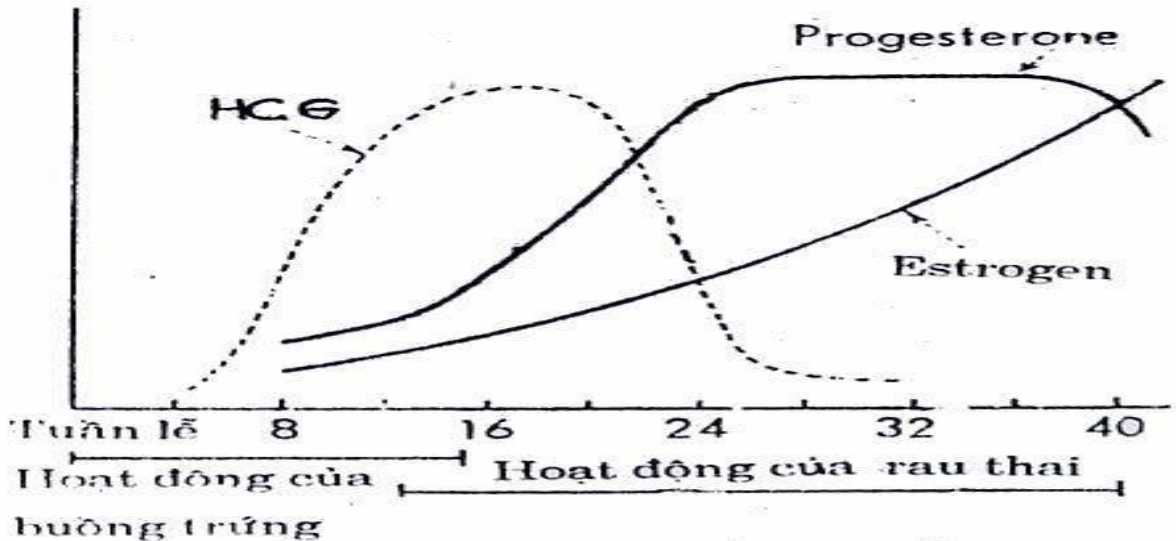
Khi có thai, cơ thể người phụ nữ có nhiều biến đổi về giải phẫu, sinh lý và chuyển hoá trong tất cả các bộ phận trong cơ thể, đặc biệt có những biến đổi quan trọng tại bộ phận sinh dục, nơi xảy ra hiện tượng thai nghén và sinh đẻ.

1. Những thay đổi về nội tiết

- Khi đã thụ tinh, hoàng thể của buồng trứng sẽ tồn tại chứ không teo đi như trong các vòng kinh không thụ tinh, để trở thành hoàng thể thai nghén và tồn tại đến 4 tháng sau mới teo dần. Do đó, lượng Progesteron và Estrogen tiếp tục được duy trì và tăng lên, đảm bảo cho thai nghén thuận lợi (làm tử cung và cổ tử cung mềm ra, giảm co bóp giúp phôi thai phát triển an toàn).

- Khi bắt đầu làm tổ, các tế bào nuôi của trứng bắt đầu chế tiết một loại nội tiết tố (hocmôn) thai nghén là HCG. Đó là chất nội tiết duy trì sự tồn tại của hoàng thể. Có thể phát hiện chất nội tiết này bằng các phản ứng sinh vật (dùng thử hoặc ếch) hoặc rất phổ biến hiện nay bằng các que thử thai nhanh. Chính sự có mặt của loại hocmôn này, gây cho thai phụ nhiều khó chịu và tình trạng nghén. Trường hợp thai bị sảy hay chết trong tử cung, HCG cũng giảm dần và không phát hiện được nữa sau 1-2 tuần lễ.

- Khi thai đã ổn định trong tử cung, rau thai được hình thành và phát triển, thì chính bánh rau lại là một tuyến nội tiết lớn, chế tiết ra nhiều loại hocmôn khác nhau, trong đó có cả hai hocmôn của buồng trứng là estrogen và progesteron. Vì thế từ tháng thứ tư trở đi, hoàng thể thai nghén sẽ teo dần và cuối cùng không tồn tại nữa. Cũng vì thế HCG cũng giảm dần.



Hình 1 - Biểu đồ các chất nội tiết khi thai nghén

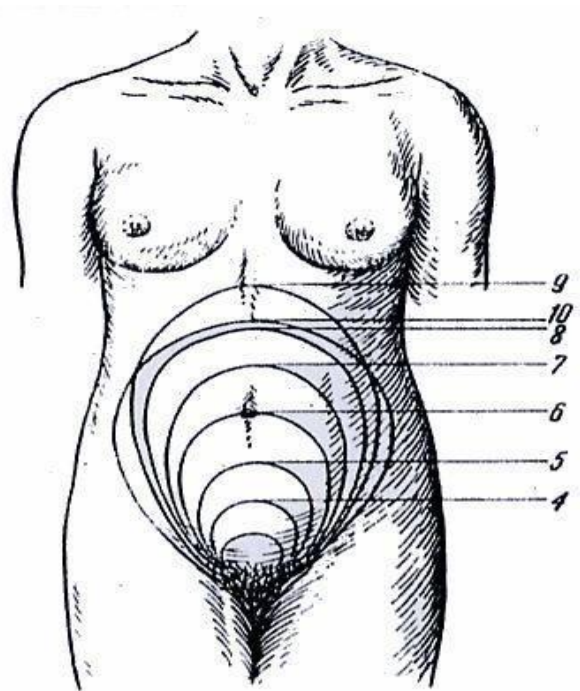
- Các Hormôn của các tuyến nội tiết khác trong cơ thể thai phụ (tuyến giáp trạng, phó giáp trạng, thượng thận, tuyến yên) cũng có nhiều thay đổi.

- Bản thân các tuyến nội tiết của thai nhi cũng đưa vào cơ thể mẹ một số chất nội tiết của nó, như nội tiết tuyến thượng thận chẳng hạn.

1. Những thay đổi về giải phẫu và sinh lý ở bộ phận sinh dục

1.1. Thay đổi tại tử cung

- Khi có thai, thân tử cung mỗi ngày một to ra. Niêm mạc tử cung biến đổi thành ngoại sản mạc. Cơ tử cung mềm ra, giảm trương lực, các tế bào cơ phát triển nhiều hơn, lớn và dài thêm. Dung tích tử cung lúc bình thường chỉ từ 3-5 ml, đến khi thai đủ tháng, dung tích này trung bình lên tới 5 lit (tăng hơn 1000 lần). Nếu đo bên ngoài thành bụng, khi không có thai nắn bụng không thấy đáy tử cung. Thai được 2 tháng chiều cao đo được trên xương mu là 4 cm và mỗi tháng sau tử cung cũng to lên trung bình 4 cm. Khi thai đủ tháng chiều cao của tử cung từ xương mu đến đáy trung bình 30-32 cm Trọng lượng tử cung khi chưa có thai chỉ khoảng 50-60 gam, sau khi đẻ thai và rau, trọng lượng của nó trên dưới 1000 gam (tăng hơn 20 lần).



(Hình 2- Chiều cao tử cung theo tuổi thai).

- Trong ba tháng đầu tiên, tử cung to nhanh về đường kính trước sau hơn là

đường kính ngang, khiến nó có hình cầu, khi thăm âm đạo, ngón tay đặt ở túi cùng bên sẽ dễ dàng chạm đến thân tử cung (dấu hiệu Noble). Sau 3 tháng tử cung có hình trứng, cực trên (đáy tử cung) to hơn cực dưới (eo tử cung). Ba tháng cuối hình dáng tử cung phụ thuộc vào tư thế thai nhi nằm bên trong.

- Về mặt cấu tạo: lớp phúc mạc bao phủ thân tử cung dính chặt vào lớp cơ, không thể bóc được và cũng lớn lên, rộng ra bao bọc tử cung khi nó tăng thể tích. Phúc mạc phủ từ eo trở xuống là loại bóc được. Khi tử cung lớn lên đoạn eo cũng dài ra và đến khi gần đẻ thì trở thành đoạn dưới tử cung (mặt trước đoạn dưới có thể dài tới 10 cm so với eo tử cung trước đây chỉ 0,5 cm). Phúc mạc đoạn dưới cũng bóc được. Đoạn dưới chỉ có hai lớp cơ dọc và cơ vòng, không có lớp cơ đan ở giữa, nên mỏng hơn ở thân tử cung.

- Cơ ở thân tử cung đặc biệt phát triển mạnh ở lớp giữa, là lớp cơ có các sợi đan chéo nhau. Nhờ có lớp cơ này sau khi đẻ, cơ tử cung co lại, các mạch máu bị các sợi cơ đan chéo như các gọng kim bóp nghẹt lại, tránh được băng huyết cho sản phụ.

- Tại cổ tử cung: Cổ tử cung khi không có thai là một khối hình trụ có ống cổ tử cung, thông với buồng tử cung qua lỗ trong và thông với âm đạo qua lỗ ngoài. Khi có thai, hình dáng cổ tử cung ít thay đổi, chỉ to thêm ra và mềm hơn. Độ mềm của cổ tử cung thường từ ngoài vào trong, cho nên khi mới có thai, khám trong có cảm giác như một cái nút chai bọc nhung bên ngoài. ở người phụ nữ đã có đẻ (con rạ), cổ tử cung mềm sớm hơn ở người có thai lần đầu (con so). Do các mạch máu tăng sinh, nên cổ tử cung thường có màu tím. Về hướng, cổ tử cung thường quay ra sau trong những tháng cuối, do mặt trước đoạn dưới tử cung phát triển nhiều hơn mặt sau. Các tuyến trong ống cổ tử cung khi có thai thường chế tiết rất ít hoặc ngừng chế tiết. Chất nhầy ở ống cổ tử cung đặc lại, bịt kín ống này giống như một cái nút chai, gọi là nút nhầy cổ tử cung. Nhờ nút này, buồng ối có thai nhi trong tử cung được cách ly với âm đạo người mẹ, hạn chế nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo lên. Khi chuyển dạ, cổ tử cung sẽ mở dần lỗ trong của nó (gọi là xoá) làm ống cổ tử cung rộng dần ra và giãn lại. Khi xoá hết, lỗ ngoài cổ tử cung mới bắt đầu dẫn ra (gọi là mở). Khi mở hết, lỗ ngoài này rộng đến 10 cm để cho thai đẻ ra ngoài. Khi cổ tử cung xoá, mở, nút nhầy cổ tử cung lỏng ra và chảy ra âm đạo thường gọi là “ra nhựa chuối” hoặc “ra chất nhầy hồng” (vì có lẫn chút máu) báo hiệu bắt đầu chuyển dạ.

1.2. Thay đổi tại âm hộ, âm đạo

- Khi có thai, do hiện tượng xung huyết, các mạch máu ở âm hộ dẫn ra, có thể nhìn thấy dẫn tĩnh mạch ở vùng môi lớn. Các mô liên kết vùng âm hộ ứ nước, dày lên mềm ra. Âm vật và vùng tiền đình cũng hơi tím lại.

- Âm đạo khi mới có thai, niêm mạc màu tím do xung huyết và tăng sinh mạch máu. Thành âm đạo dày lên, các mô liên kết ngấm nước lỏng lẻo, các cơ trơn âm đạo phì đại giống như cơ tử cung. Những biến đổi này làm cho âm đạo mềm, dài ra và có khả năng giãn rộng, cho thai nhi chui ra khi sinh nở.

Khi có thai dịch âm đạo tăng nhiều hơn, có màu trắng đục và độ pH toan hơn do các vi khuẩn cộng sinh trong âm đạo (vi khuẩn Doderlin) phát triển hơn, để biến glycogen trong biểu mô âm đạo thành axit lactic.

1.3. Thay đổi tại buồng trứng và ống dẫn trứng

- Khi có thai buồng trứng cũng xung huyết, to ra và nặng hơn trước, có nhiều mạch máu tân sinh.

- Hoàng thể thai nghén to hơn hoàng thể trong các vòng kinh bình thường, chỉ

teo đi sau 4 tháng. Các nang noãn không phát triển và chín theo chu kỳ như trước. Buồng trứng không phóng noãn và thai phụ cũng không có kinh trong suốt thời gian thai nghén.

- Khi tử cung to lên, ống dẫn trứng cùng buồng trứng cũng được đẩy lên cao theo vị trí của đáy tử cung.

2. Những thay đổi về giải phẫu và sinh lý các cơ quan ngoài bộ phận sinh dục

2.1. Thay đổi tại vú

Từ khi thụ tinh trở đi, vú luôn luôn căng và mỗi ngày một to ra do các tuyến sữa và các ống dẫn sữa phát triển. Quầng vú, núm vú thâm màu lại đến mức trở thành đen. Tại quầng vú nổi các hạt như hạt kê. Các mạch máu ở vú cũng tăng sinh, dẫn rộng nên xuất hiện lưới tĩnh mạch nổi lên dưới da ngực. Gần đến ngày đẻ trong vú đã có sữa non. Vú là cơ quan duy nhất còn tiếp tục biến đổi và hoạt động sau khi sinh.

2.2. Thay đổi ở da, cân, cơ và xương khớp

- Khi có thai thường thấy xuất hiện các vết xạm trên mặt ở vùng trán, gò má, cổ. Trên bụng từ nửa sau của thai kỳ xuất hiện các vết rạn màu tím đen, hình vòng cung chung quanh rốn, có khi lan xuống đến đùi. Đặc điểm này nhiều và rõ ở người con so. Sau khi đẻ các vết xạm và rạn da mất màu đi, nhưng di tích của vết rạn trên thành bụng có màu trắng như xà cừ thì tồn tại cả đời. Cùng với vết rạn trên bụng, đường nối giữa rốn với mu cũng biến màu, trở nên nâu đen.

- Các cơ nhất là cơ thành bụng cũng mềm và giãn ra. Cân giữa hai cơ thẳng to của thành bụng cũng giãn rộng, có khi gây nên thoát vị thành bụng. Hệ thống cân và các dây chằng giữa các khớp xương cũng ngấm nước, mềm và có khả năng giãn ra tốt hơn làm cho các khớp bất động và bán động của khung xương chậu có khả năng hoạt động hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho cuộc sinh nở sau này.

- Hệ thống xương cũng bị ngấm nước, nên hơi mềm ra. Có thể gặp tình trạng loãng xương do lượng canxi được huy động ra nhiều để tạo xương cho thai nhi. Cột xương sống khi có thai cũng có nhiều biến dạng: đoạn cổ và thắt lưng thì uốn ra trước; đoạn ngực và cùng-cụt sẽ cong ra sau nhiều hơn. Những tháng cuối của thai nghén có thể gặp hiện tượng đau, tê bì, mỏi yếu của các chi.

2.3. Thay đổi ở bộ máy tuần hoàn

- Khi có thai khối lượng máu tăng lên, có thể tới 50%. Vì thế lúc bình thường khối lượng máu có khoảng 4 lít thì khi có thai tăng lên thành 6 lít. Trong số lượng tăng lên đó, mức tăng về huyết cầu thường thấp hơn mức tăng về huyết tương, nên máu như là bị loãng và dễ bị thiếu máu. Lượng huyết cầu tố bình thường khi không có thai ở phụ nữ là 12 gam trong 100 ml máu hoặc hơn (12 g%), nhưng ở người có thai lượng huyết cầu tố trung bình chỉ là 11 g%. Dưới mức này, thai phụ bị coi là thiếu máu.

- Các thành phần khác trong máu có thứ tăng như bạch cầu (9000 đến 10.000, thậm chí 12.000) nhưng công thức bạch cầu thì như cũ, tiểu cầu (300.000 đến 400.000), các yếu tố đông máu nói chung cũng tăng. Cũng có thành phần trong máu giảm hơn lúc chưa có thai, như lượng protid huyết thanh, canxi và sắt huyết thanh, dự trữ kiềm.

- Tim người có thai phải làm việc nhiều hơn: Cung lượng tim tăng 50%. Nhịp tim tăng thêm 10-15 nhịp/phút. Nếu chưa nhiều thai hoặc đa ối nhịp tim có thể tăng thêm 25-30 nhịp/phút. Những thay đổi đó khiến người bị bệnh tim rất dễ bị suy tim.

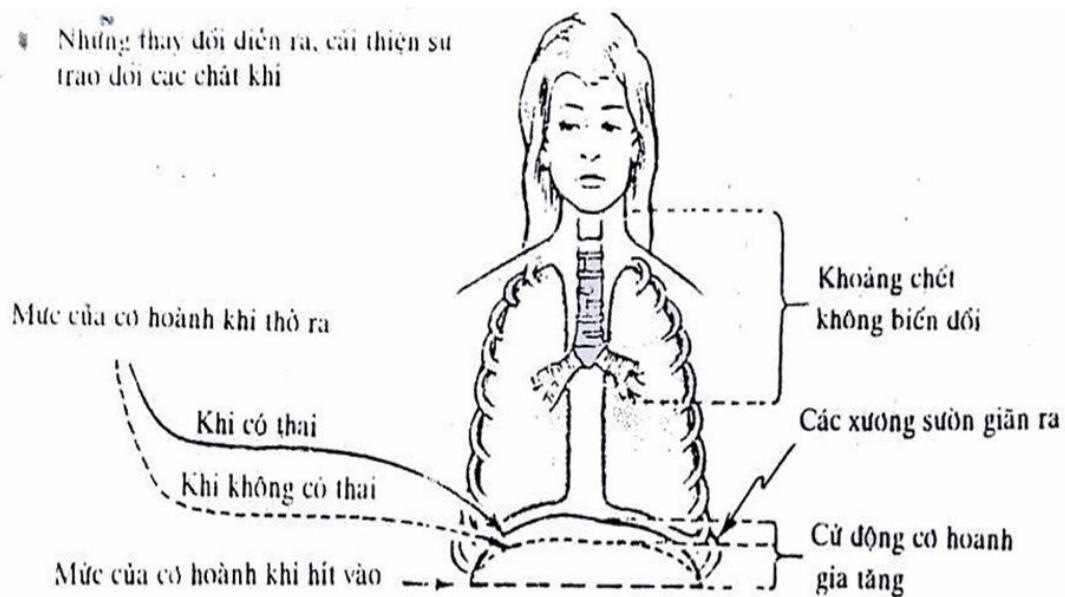
- Các mạch máu tăng sinh, mềm, dài ra và giãn to, vì thế tuy cung lượng tim tăng, nhịp tim tăng, nhưng huyết áp động mạch khi có thai vẫn giữ mức bình thường. Tuy nhiên huyết áp tĩnh mạch, nhất là ở các chi dưới tăng hơn, do tử cung to đè vào

mạch máu, cản trở sự chuyển vận của máu về tim; vì thế dễ có tình trạng dẫn tĩnh mạch, trĩ và sưng phù bàn chân.

2.4. Thay đổi ở bộ máy hô hấp

- Thể tích không khí lưu thông qua phổi tăng từ 7,25 lít/phút lên tới 10,5 lít/phút.

- Nhịp thở của thai phụ cũng tăng hơn. Khi hô hấp, mức di động của cơ hoành tăng lên và rộng hơn. Các khoảng gian sườn giãn rộng hơn, để cung cấp đủ ôxy và thải trừ cacbonic cho cả mẹ và thai.



Hình 3- Thay đổi hô hấp ở người có thai

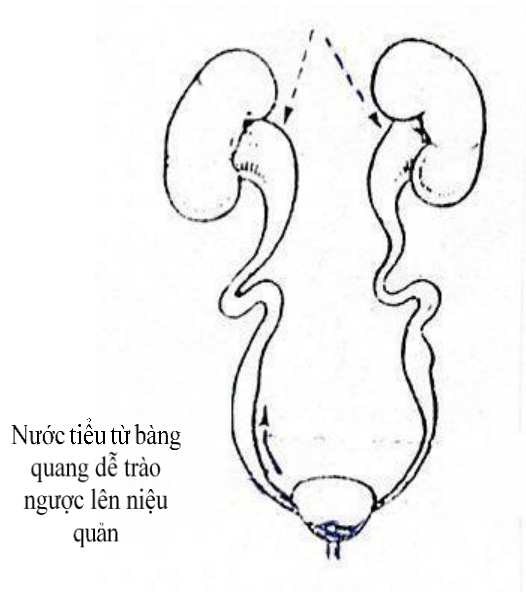
2.5. Thay đổi ở bộ máy tiết niệu

- Thận hơi to ra. Tốc độ lọc máu qua thận tăng 50%. Lưu lượng máu qua thận cũng tăng từ 200 ml/phút lên 250 ml/phút. Nước tiểu thai phụ có thể có chút đường, do độ lọc máu qua cầu thận tăng, nhưng độ tái hấp thu ở ống thận không tốt. Hồng cầu và prôtêin không được có trong nước tiểu.

- Niệu quản người có thai dài ra, giảm trương lực nên mềm hơn và ngoằn ngoèo, lại bị tử cung to, nặng đè vào nên bị ứ đọng nước tiểu, dễ gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu (viêm thận- bể thận).

- Tại bàng quang, khi mới bắt đầu thai nghén, tử cung còn nằm trong tiểu khung, to lên, đè vào, nên dễ gây đái rắt. Đến gần tháng đẻ, ngôi thai xuống thấp lại đè vào bàng quang, cũng gây đái rắt. Cả bàng quang và niệu quản mềm ra, giảm co bóp nên dễ ứ đọng nước tiểu, gây hiện tượng trào ngược từ bàng quang lên niệu quản, dễ dẫn đến nhiễm khuẩn niệu quản - bàng quang - bể thận.

Bê thận và niệu quản giãn, mềm ra và dễ gập khúc



Hình 4 - Bộ máy tiết niệu người phụ nữ khi có thai

2.6. Thay đổi ở bộ máy tiêu hoá

- Khi mới có thai, do ảnh hưởng của nội tiết thai nghén, thai phụ thường có tình trạng tiết nước bọt, lợm giọng buồn nôn hoặc nôn mửa gọi là “tình trạng nghén”. Giai đoạn này thường ăn uống kém, nhưng lại hay ăn vặt và “ăn dở” các thức ăn chua, chất hay những thứ linh tinh khác.

- Khi thai đã lớn, tình trạng nghén hết thì thai phụ ăn trở lại bình thường. Lúc này thai phụ thường ăn khoẻ hơn, vì nhu cầu dinh dưỡng tăng lên cho cả mẹ và thai. Dạ dày bị tử cung to đẩy lên, nằm ngang ra, nên hay ợ hơi hoặc ợ chua, do chảy ngược dịch vị lên thực quản.

- Ruột trong ổ bụng có thể thay đổi vị trí. Ví dụ ruột thừa có thể bị tử cung đẩy lên cao đến dưới gan. Ruột non và ruột già đều giảm nhu động, nên dễ bị táo bón. Dễ bị trĩ do dẫn các búi tĩnh mạch hậu môn và tăng áp lực tĩnh mạch.

- Răng dễ bị sâu do tình trạng thiếu canxi và từ đó dễ viêm lợi, viêm miệng.
- Chức năng gan, mật ít biến đổi trong lúc có thai.

2.7. Thay đổi ở bộ máy thần kinh

- Về tâm lý và cảm xúc, khi có thai người phụ nữ có thể có các biến đổi thể hiện bằng sự thay đổi tính tình, giảm sút trí nhớ, dễ giận hờn, cáu gắt, có khi khóc lóc. Nhiều người bị rối loạn giấc ngủ: ban ngày thì ngủ gà ngủ gật, nhưng đêm đến có khi lại không sao ngủ được.

- Nếu cuộc sống trong gia đình của thai phụ hạnh phúc, thai nghén lần này là niềm mong ước, thì diễn biến khi thai nghén có nhiều thuận lợi, không chỉ riêng về mặt tâm lý, tinh thần. Ngược lại, hoàn cảnh gia đình có khó khăn về kinh tế hoặc bất đồng trong quan hệ vợ chồng hay với các thành viên khác trong gia đình (mẹ chồng, em chồng), thai nghén lần này không được mong đợi, thì tâm trạng và tinh thần của thai phụ nhất định sẽ ảnh hưởng xấu đến thai nghén và sự phát triển của thai nhi.

2.8. Những thay đổi khác ở toàn thân

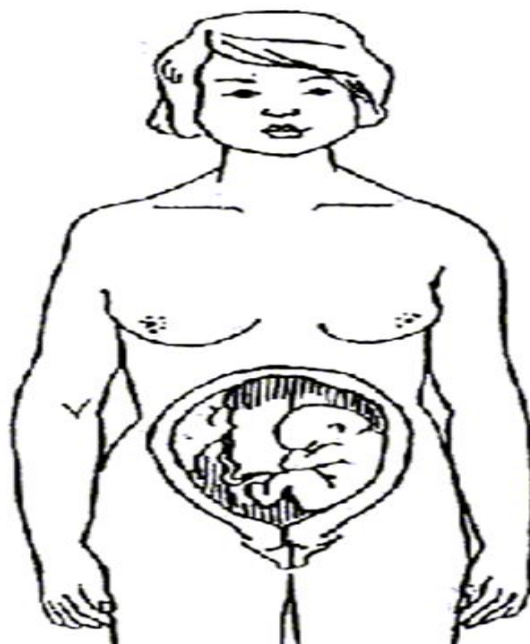
Thay đổi về chuyển hoá: Sự thay đổi có tầm quan trọng nhất của người phụ nữ khi có thai, là tình trạng lưu giữ nước trong cơ thể ngoài tế bào. Lượng nước tăng lên trong máu, trong tử cung và vú là 3 lít; lượng nước tăng ở thai nhi, nước ối, bánh rau khoảng 3,5 lít. Như vậy tổng số nước tăng lên trong khi thai nghén đến đủ tháng là 6,5 lít.

- Về các muối khoáng: Nhu cầu về chất sắt thường vượt quá nguồn sắt thai phụ có sẵn. Nồng độ canxi trong máu giảm, có thể dẫn đến chứng co giật do thiếu canxi. Magiê cũng giảm hơn lúc chưa có thai.

- Chuyển hoá các chất đường bột (glucid), mỡ (lipid) và đạm (protid) đều tăng hơn lúc chưa có thai.

- Sự tăng trọng lượng cơ thể: Trong suốt thời kỳ thai nghén thai phụ sẽ tăng cân chừng 11 đến 12 kg, trong đó ba tháng đầu tăng ít, chỉ khoảng 0,5 đến 1 kg, thậm chí có khi không tăng cân, nếu tình trạng nghén kéo dài, khiến thai phụ ăn uống giảm sút. Ba tháng giữa, cân nặng tăng chừng 5 kg, ba tháng cuối tăng 5 - 6 kg. Nếu tăng cân ít, dưới 9 kg thì mẹ và thai có thể bị suy dinh dưỡng, nếu tăng quá nhiều, trên 14 kg thì có khả năng bị phù nề hoặc do một bệnh lý nào khác.

	Kg
Vú	0,5 kg
Mỡ	3,5 kg
Rau	0,6 kg
Thai	3,0 kg
Nước ối	0,5 kg
Tử cung	0,9 kg
Máu (tăng)	1,5 kg
Nước (tăng)	1,0 kg
Cộng	11,5kg



Hình 5- Sự tăng cân bình thường của phụ nữ có thai

- Thân nhiệt: Ta đã biết trong vòng kinh có phóng noãn, thân nhiệt của người phụ nữ từ sau khi phóng noãn sẽ ở mức cao hơn, cho đến ngày bắt đầu một vòng kinh mới. Trường hợp đã thụ thai, thì thân nhiệt trong ba tháng đầu vẫn tiếp tục ở mức cao, do tồn tại hoàng thể thai nghén. Từ tháng thứ tư trở đi, thân nhiệt trở lại mức bình thường.

3. Áp dụng thực tế

- Để chẩn đoán sớm thai nghén, hiện nay hay dùng xét nghiệm chẩn đoán thai nhanh bằng que thử thai, thực chất là phát hiện chất HCG.

- Nếu định lượng HCG thấy có mức cao hơn bình thường, thì thai nghén có thể sinh đôi.

- Nếu lượng HCG tăng rất nhiều, có thể thai nghén là chửa trứng.
- Khi có thai, tử cung mỗi tháng cao thêm lên 4 cm. Vì thế, có thể từ chiều cao tử cung đo được, để tính ra tuổi thai theo công thức sau:

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

Để tính tuổi thai từ "tháng" ra "tuần" ta lấy số tháng nhân với 4 rồi cộng thêm 1 tuần cho mỗi ba tháng.

Ví dụ: Chiều cao tử cung đo được 30cm khi khám thai.

Tuổi thai tính theo tháng là: Tính ra tuần là:

$$\frac{30}{4} + 1 = 8,5 \text{ tháng}$$

$$8,5 \times 4 = 34$$

$$34 + (2 \text{ hoặc } 3) = 36 - 37 \text{ tuần}$$

- Nếu thai phụ có tử cung quá to, thì có thể là thai sinh đôi, hay nhiều nước ối hoặc thai to. Nếu tử cung nhỏ hơn so với tuổi thai, thì thai nhi có thể bị suy dinh dưỡng. Nếu tử cung có hình trứng, thì thai nhi nằm trong nhiều khả năng là ngôi dọc, nếu tử cung bè ngang thì có khả năng ngôi thai nằm ngang.

- Dựa vào đặc điểm màu sắc của âm đạo, cổ tử cung và dấu hiệu tử cung to và mềm ra trong quá trình thai nghén, để phát hiện tình trạng thai nghén khi thăm khám.

- Dựa vào cấu trúc của cơ tử cung để hiểu rằng: Sau khi đẻ, cần hướng dẫn theo dõi sự co chặt của cơ tử cung, để phòng ngừa băng huyết sau đẻ.

- Đoạn dưới tử cung là nơi được sử dụng để mổ lấy thai phổ biến nhất hiện nay, vì tại đó lớp cơ mỏng, ít chảy máu, lại có lớp phúc mạc bóc được, nên sau khi mổ có thể phủ kín vết mổ ở đoạn dưới bằng phúc mạc này.

- Những biến đổi về mặt chuyển hoá của người có thai cho thấy: Việc chăm sóc thai phụ về chế độ ăn uống, bổ sung viên sắt, bổ sung canxi là việc làm khoa học và rất cần thiết.

- Biết được những biến đổi cơ thể của người phụ nữ khi thai nghén, sẽ giúp cho người hộ sinh giải thích được những điều lo lắng, thắc mắc của thai phụ và khuyến bảo họ thực hiện tốt các điều vệ sinh thai nghén, bảo vệ sức khoẻ cho cả mẹ và con.

Tự lượng giá

Điền vào chỗ trống các câu từ 1 đến 5:

Câu 1 - Khi đã thụ tinh, hoàng thể của buồng trứng sẽ tồn tại, chứ không (A)

..... như trong các vòng kinh không thụ tinh để trở thành (B)

.....

Câu 2 - Khi bắt đầu làm tổ, các tế bào nuôi của trứng bắt đầu chế tiết một loại hocmôn thai nghén là.....

Câu 3 - Dung tích tử cung lúc bình thường chỉ từ (A), đến khi thai đủ tháng, dung

tích này trung bình lên tới (B)

Câu 4 - Cơ ở thân tử cung đặc biệt phát triển mạnh ở lớp giữa là

.....

.....

Câu 5 - Độ mềm của cổ tử cung thường từ (A) cho nên khi mới có thai

khám trong có cảm giác như (B)

Trả lời Đúng/Sai các câu từ 6 đến 15 bằng cách đánh dấu X vào cột thích hợp:

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
6	Phát hiện được chất estrogen trong nước tiểu thì có thể xác định người phụ nữ có thai.		
7	Rau thai cũng là một tuyến nội tiết, chế tiết nhiều loại hocmôn.		
8	Trọng lượng tử cung có thai đủ tháng nặng gấp 100 lần lúc chưa có thai.		
9	Khi có thai, cổ tử cung tử cung dần dần ra và đến khi chuyển dạ đẻ thì trở thành đoạn dưới tử cung		
10	Người có thai được coi là thiếu máu khi lượng huyết cầu tố dưới 11 gam%		
11	Khi có thai, lượng máu của thai phụ từ 4 lít tăng lên 6 lít.		
12	Khi có thai, cung lượng tim và nhịp tim thai phụ không có gì thay đổi.		
13	Khi có thai do tim phải làm việc mạnh lên nên huyết áp thai phụ sẽ cao hơn lúc chưa có thai.		
14	Khi có thai, người mẹ dễ bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu.		
15	Táo bón là tình trạng thường gặp ở nhiều thai phụ.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 16 đến 19:

Câu 16 - Thành phần nào trong máu người có thai thường bị giảm hơn lúc chưa có thai:

- A. Huyết tương.
- B. Lượng máu toàn bộ.
- C. Bạch cầu.
- D. Tiểu cầu
- E. Chất sắt

Câu 17 - Khi thai đủ tháng, chiều cao tử cung đo trên bụng thai phụ có số trung bình là:

- A. 26 - 28 cm
- B. 28 - 30 cm
- C. 30 - 32 cm
- D. 32 - 34 cm
- E. 34 - 36 cm

Câu 18 - Theo dõi phát triển thai nghén bằng cách đo chiều cao tử cung, được coi là bình thường khi mỗi tháng chiều cao này tăng thêm:

- A. 1 cm
- B. 2 cm
- C. 3 cm
- D. 4 cm
- E. 5 cm

Câu 19 - Trong thời gian thai nghén cân nặng của bà mẹ tăng trung bình:

- A. 9 - 10 kg
- B. 10 - 11 kg
- C. 11 - 12 kg
- D. 12 - 13 kg
- E. 13 - 14 kg

Bài 2: CHĂM SÓC SẢN PHỤ CHẢY MÁU NỬA ĐẦU THỜI KỲ THAI NGHÉN

Ra máu trong khi có thai là một dấu hiệu nguy cơ cao đối với cả mẹ và thai nhi. Trong nửa đầu của thai kỳ, ba trường hợp thai nghén bất thường, nguy hiểm có triệu chứng ra máu đường sinh dục là **sảy thai, chữa ngoài tử cung và chữa trứng**.

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân sản phụ chảy máu nửa đầu thời kỳ thai nghén.
- 1.2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng và các cận lâm sàng sản phụ chảy máu nửa đầu thời kỳ thai nghén.
- 1.3. Trình bày được các nội dung chăm sóc sản phụ chảy máu nửa đầu thời kỳ thai nghén.
- 1.4. Lập kế hoạch chăm sóc sản phụ chảy máu nửa đầu thời kỳ thai nghén

2. Thái độ

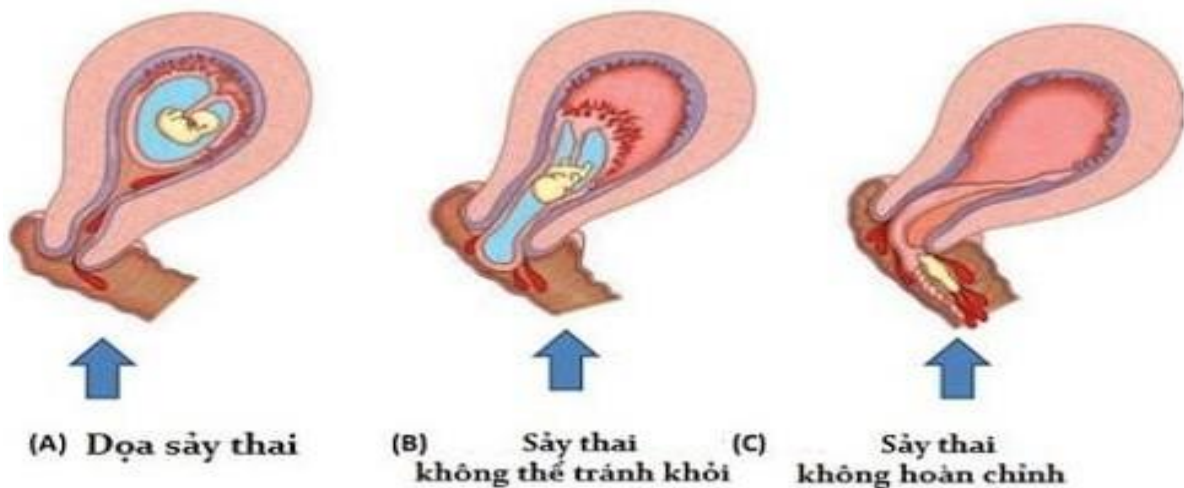
- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

SẢY THAI

1. Định nghĩa

Sảy thai là tình trạng thai ra khỏi tử cung người mẹ, khi nó chưa có khả năng tự sống được. Thời gian thai nghén của thai đến lúc bị sảy, hiện nay quy định là dưới 21 tuần (từ tuần thứ 22 trở lên là đẻ non).

- Đa số sảy thai là loại sảy sớm (80%) khi tuổi thai từ 12 tuần trở xuống. Thai sảy trên 12 tuần đến 21 tuần gọi là sảy thai muộn. Tuổi thai càng lớn thì tỷ lệ sảy càng ít.
- Thai sảy trong những tháng đầu thường đã chết trong tử cung.



2. Nguyên nhân gây sảy thai

Có rất nhiều và cũng rất khó xác định một cách chắc chắn, nhiều trường hợp không rõ nguyên nhân. ở đây nêu lên những nguyên nhân chính đã biết:

2.1. Do rối loạn thể nhiễm sắc tế bào và gen: Qua nghiên cứu của nước ngoài, có thể tới trên 60% số sảy thai có nguyên nhân về rối loạn thể nhiễm sắc hoặc rối loạn về gen của tế bào trứng đã thụ tinh, mà nguồn gốc có thể từ các tế bào sinh dục của bố, mẹ; có thể do những đột biến của tế bào phôi, trước tác động của các yếu tố bên ngoài hay bên trong.

2.2. Nguyên nhân về phía mẹ

- Tử cung bất thường: Tử cung quá bé (nhi dạng), tử cung dị dạng (tử cung đôi, có vách ngăn, tử cung 1 sừng, 2 sừng), tử cung bị u xơ, cổ tử cung bị hở (hở eo tử cung).

- Bệnh của mẹ: các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân hay nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh sốt rét, các bệnh chuyển hoá (tiểu đường), nội tiết (cường giáp trạng, cường năng hoặc suy thượng thận).

- Do hoàng thể thai nghén hoạt động kém hoặc teo sớm.

- Mẹ bị thiếu dinh dưỡng: không đủ ăn, kiêng không dám ăn, do rối loạn hấp thu (tiêu chảy, nôn nặng) hay do bị ăn chặn (giun sán).

- Tình trạng bị nhiễm độc: thuốc trừ sâu, rượu, thuốc lá, thuốc lào, thuốc chữa bệnh, thuốc mê, các hoá chất độc (xăng dầu, chì, thạch tín), tia phóng xạ.

- Các chấn thương khi đang mang thai: ngã, bị đánh (bạo lực gia đình hay xã hội), tai nạn, giao hợp quá thô bạo.

2.3. Nguyên nhân về phía thai

- Thai bị dị dạng nặng.

- Thai suy dinh dưỡng.

- Thai bị mắc bệnh ngay khi còn trong tử cung.

3. Lâm sàng các giai đoạn sảy thai

Sảy thai diễn biến qua ba giai đoạn: dọa sảy, đang sảy và đã sảy.

3.1. Dọa sảy thai

Là giai đoạn đầu của sảy thai khi thai còn trong tử cung và bánh rau còn ở vị trí bám trên tử cung của nó. Nếu không phải do nguyên nhân quá trầm trọng, thì dọa sảy thai có thể điều trị qua khỏi, nhưng nguy cơ bị sảy rất cao, nhất là khi nguyên nhân là do rối loạn thể nhiễm sắc hoặc gen.

Khi dọa sảy:

- Thai phụ ra máu ít (hoặc nhẹ) từ tử cung đang mang thai (gọi là ra máu ít khi khăn vệ sinh hoặc quần lót phải lâu hơn 5 phút mới bị ướt). Máu màu đỏ, thường chưa có cục máu đông.

- Có cảm giác tức nhẹ bụng dưới, mỏi lưng.

- Thăm khám trong: âm đạo có máu, nhưng cổ tử cung còn dài và còn đóng kín.

3.2. Đang sảy

Là tình trạng bánh rau đã và đang bong khỏi tử cung, rời chỗ bám di chuyển về phía cổ tử cung. Đang sảy có các triệu chứng sau:

- Đau bụng từng cơn, các cơn đau mỗi ngày một tăng thêm về cường độ và độ dài.

- Lượng máu ra nhiều hơn, thường có cục máu đông. (Lượng máu được đánh

giá là nhiều, khi băng vệ sinh hay quần lót bị ướt trong vòng 5 phút).

- Thăm khám bên trong: âm đạo nhiều máu đông và máu loãng, cổ tử cung hé mở, có hình con quay (do rau dè vào làm dẫn nở rộng lỗ trong cổ tử cung), có thể sờ thấy rau hoặc một phần thai nhi thập thò ngay tại cổ tử cung.

- Về toàn thân: Tùy theo lượng máu ra ít hay nhiều và tình trạng đau đớn. Nếu đau nhiều kèm theo mất máu nặng, thì thai phụ có thể bị sốc (choáng).

3.3. Đã sảy

Là tình trạng rau và thai đã ra khỏi tử cung, có các triệu chứng sau:

- Thai phụ thấy bớt ra máu.

- Giảm và hết đau bụng.

- Thăm khám: tử cung nhỏ hơn, co chắc hơn, lỗ cổ tử cung thu hẹp lại hay đã đóng. Có hai tình huống đối với giai đoạn đã sảy:

- Sảy hoàn toàn (sảy hết hay sảy trọn), khi toàn bộ thai và rau đã ra khỏi tử cung, lòng tử cung sạch. Trường hợp này, thường ngừng chảy máu và cổ tử cung đóng kín lại sớm. Thăm dò siêu âm: buồng tử cung sạch.

Sảy không hoàn toàn, khi còn sót lại một phần rau thai trong tử cung (sót rau). Trường hợp này, máu vẫn chảy rỉ rỉ liên tục hay từng đợt, cổ tử cung không khép kín, rất dễ bị nhiễm khuẩn. Thăm dò bằng siêu âm, có thể phát hiện sót rau hoặc thai bên trong tử cung.

4. Các thể lâm sàng khác nhau của sảy thai

Sảy thai được chia ra nhiều loại lâm sàng khác nhau:

- Sảy tự nhiên: Sảy thai diễn biến ở người đang mong muốn có thai, do các nguyên nhân đã nêu trên.

- Sảy chủ động (hay phá thai) là trường hợp gây sảy thai nhân tạo, để làm ngừng thai nghén. Phá thai có thể do bệnh lý người mẹ hay bệnh lý ở thai không thể để cho thai phát triển được, gọi là phá thai điều trị. Phá thai do đã có đủ số con, do có thai ngoài ý muốn, gọi là phá thai kế hoạch hoá gia đình. Phá thai còn chia ra: phá thai an toàn (thực hiện ở nơi được phép làm, có đủ cán bộ chuyên môn và đủ phương tiện) và phá thai không an toàn (khi phá thai ở cơ sở không được phép hoặc do cán bộ không có đủ trình độ chuyên môn và phương tiện). Phá thai nhỏ là phá thai ở tuổi thai dưới 12 tuần; phá thai to là những trường hợp phá thai khi tuổi thai từ 13 tuần trở lên đến 21 tuần.

- Thai đã chết một thời gian trong tử cung, rồi mới sảy được (thường gọi là thai chết lưu).

- Sảy thai băng huyết: máu chảy nhiều gây sốc cho thai phụ, nặng có thể tử vong.

- Sảy thai nhiễm khuẩn: sau sảy bị nhiễm vi khuẩn từ dưới lên hay do sót rau, sót thai hoặc do tai biến, nhất là khi phá thai không an toàn (phạm pháp).

- Trường hợp sảy thai nhiễm khuẩn, người bệnh thường sốt cao, tại đường sinh dục tiếp tục ra máu và mủ tạo thành một loại khí hư màu đỏ nâu, hôi hám; tử cung to và đau, thể trạng suy sụp nhanh, hốc hác, có thể bị sốc nhiễm khuẩn, mức độ nặng hay nhẹ phụ thuộc sự phát triển và lan toả của các loại vi khuẩn gây bệnh. Sảy thai nhiễm khuẩn nặng, cũng có thể dẫn đến tử vong.

- Ngoài ra hậu quả của sảy thai nhiễm khuẩn, có thể gây viêm tiểu khung (viêm phần phụ) dẫn đến ứ nước, ứ mủ vòi trứng, tắc vòi trứng, làm cho người phụ nữ không còn khả năng sinh đẻ nữa (vô sinh).

- Giả sảy là trường hợp thai ở ngoài tử cung, nhưng niêm mạc buồng tử cung

vẫn phát triển trở thành ngoại sản mạc. Khi lớp màng này bong ra, bị đẩy ra ngoài, thì hình ảnh giống như sẩy thai.

- Sẩy thai liên tiếp: khi đã sẩy thai 2 lần liền trở lên. Nguyên nhân loại sẩy này, thường do những dị tật bất thường ở tử cung (đặc biệt là hở cổ tử cung), do bất đồng nhóm máu giữa mẹ và thai, do rối loạn thể nhiễm sắc hoặc gen di truyền.

5. Chẩn đoán phân biệt

Sẩy thai là bệnh cảnh cần phân biệt với các tình huống ra máu do bệnh khác, khi có thai trong ba tháng đầu sau đây:

5.1. Chữa ngoài tử cung

- Ra máu với những đặc điểm riêng: chảy máu ít một, máu đen, lợn cợn.
- Bụng đau âm ỉ, có khi đau nhói, nhưng thường tập trung một bên bụng dưới (nơi có thai ngoài tử cung).
- Khám trong, tử cung hơi nhỏ hơn tuổi thai, bên cạnh tử cung có một khối bất thường nắn đau.

5.2. Chửa trứng

- Ra máu ít một, thất thường, lúc ra lúc không. Máu màu đen, loãng.
- Không kèm theo đau bụng.
- Thường có tình trạng nghén nặng.
- Tử cung to nhanh và rất mềm.

5.3. Ra máu do tổn thương ở cổ tử cung hay âm đạo

Nếu cổ tử cung đã có tổn thương (lành tính hay ác tính), âm đạo và cổ tử cung bị viêm nhiễm thì có thể thấy ra máu nhưng số lượng thường ít, lẫn với khí hư. Thăm khám đặt mỏ vịt quan sát, sẽ dễ dàng phát hiện.

6. Xử trí

6.1. Tiếp nhận thai phụ

- Đón tiếp
- Thăm khám và chẩn đoán chăm sóc
- Tùy mức độ mà xử trí

6.2. Xử trí và chăm sóc

6.2.1. Đoạ sẩy thai

- Cho nằm nghỉ tại giường là điều quan trọng nhất. Tránh làm việc, đi lại nhiều, kiêng giao hợp.

- Có thể cho thuốc giảm co bóp tử cung như papaverin, spasmaverin.

Nếu đau và ra máu tăng lên thì chuyển tuyến trên điều trị.

6.2.2. Đang sẩy

Cần lấy rau và thai ra càng sớm càng tốt.

- Ở tuyến xã nếu sờ thấy rau và thai ở ngay cổ tử cung, thì lấy ra, rồi chuyển tuyến trên.

- Ở bệnh viện, cần tiến hành hút thai hoặc nạo cấp cứu.

- Nếu thai phụ bị sốc, cần vừa hồi sức tích cực, vừa hút, nạo ngay khi huyết

áp tối đa được 100 mmHg.

6.2.3. Đã sẩy

- Nếu sẩy thai hoàn toàn:

+ Về nguyên tắc không cần hút hay nạo.

+ Điều trị chống nhiễm khuẩn, thiếu máu và nâng cao thể trạng.

+ ở bệnh viện có thể làm siêu âm để xác định chắc chắn rau có còn sót hay

không.

Nếu sẩy thai không hoàn toàn, sót rau:

- + Tuyến xã cho kháng sinh, rồi chuyển lên bệnh viện.
- + Tại bệnh viện: Cho kháng sinh. Siêu âm tử cung để xác định rau sót. Nếu sót rau rõ, thì tiến hành hút, nạo buồng tử cung, sau khi đã tiêm bắp 5 đơn vị oxytocin. Nếu không có siêu âm: cần hút, nạo sạch buồng tử cung cho mọi trường hợp.

6.2.4. Sảy thai nhiễm khuẩn

- Ở tuyến xã: tiêm kháng sinh, rồi chuyển tuyến.
- tuyến trên:
 - + Bắt đầu phải dùng kháng sinh ngay với liều cao, phối hợp, ít nhất 4-6 giờ sau, mới hút hay nạo rau sót.
 - + Trước khi hút, nạo cần cho oxytocin 5 đơn vị tiêm bắp.
 - + Trường hợp đến bệnh viện vẫn còn chảy máu nhiều, thì vẫn phải hút nạo ngay và vừa làm, vừa hồi sức, vừa điều trị kháng sinh và thuốc co tử cung.
 - + Nếu nhiễm khuẩn lại kèm theo chảy máu nặng, cần mổ cắt tử cung.

6.3. Tư vấn phương pháp tự chăm sóc và đề phòng sảy thai lần sau.

6.4. Ghi phiếu theo dõi, chăm sóc theo qui định.

7. Chăm sóc thai phụ Sảy thai

7.1. Nhận định:

- Nhận định chung:

- + Các yếu tố về tiền sử bệnh tật, tiền sử sản, phụ khoa nhiều khi có liên quan chặt chẽ đến lần sảy thai này.
- + Tiền sử bệnh tật: người bệnh bị mắc các bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh nhiễm khuẩn (đặc biệt là các bệnh nhiễm khuẩn đặc hiệu: giang mai, Toxoplasma...).
- + Tiền sử sản phụ khoa: người bệnh có thể bị sảy thai, thai chết trong tử cung... trong các lần có thai trước. Đôi khi được phát hiện khối u và dị dạng ở bộ phận sinh dục.
- + Các yếu tố về điều kiện sống sinh hoạt hàng ngày của thai phụ.

- Tình trạng hiện tại của người bệnh:

- + Đau tức nặng vùng hạ vị, đau mỏi lưng hoặc đau bụng từng cơn.
- + Ra huyết từ tử cung: huyết ra ít hoặc nhiều, đỏ sẫm hoặc đỏ tươi lẫn máu cục, có khi băng huyết.
- + Toàn thân: mệt mỏi, lo lắng, mất ngủ, thiếu máu, mạch nhanh, huyết áp hạ nếu máu chảy nhiều.
- + Có hoặc không có cơn co tử cung.
- + Cổ tử cung còn dài, đóng kín hoặc đã xoá mở.
- + Tử cung to tương đương với tuổi thai.

7.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

Người bệnh mệt mỏi, mất ngủ do lo lắng về tình trạng thai nghén bất thường. Nguy cơ sảy thai do ra huyết âm đạo.

Người bệnh thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do chảy máu (khi thai đang sảy hoặc đã sảy thai).

Nguy cơ nhiễm khuẩn buồng tử cung do sót rau hoặc can thiệp thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn...

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Giảm lo lắng, mệt mỏi và mất ngủ:

- + Quan tâm động viên người bệnh.
- + Giúp đỡ người bệnh trong các sinh hoạt thường ngày, cho người bệnh ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, dễ tiêu.
- + Theo dõi mạch, huyết áp, da - niêm mạc, sắc mặt.

+ Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

- Giảm nguy cơ sảy thai:

+ Hướng dẫn người bệnh nghỉ tuyệt đối tại giường khi còn đau bụng và ra huyết.

+ Hướng dẫn người bệnh ăn uống đủ chất, dễ tiêu và phòng chống đờ ỉa táo bón.

+ Theo dõi dấu hiệu đau bụng, ra huyết và các rối loạn kèm theo.

+ Tránh kích thích tình dục, đặc biệt là giao hợp

+ Thực hiện thuốc giảm co, thuốc nội tiết theo y lệnh.

- Giảm mức độ chảy máu khi thai đang sảy hoặc đã sảy:

+ Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ kịp thời, phụ giúp thầy thuốc làm thủ thuật.

+ Thực hiện thuốc giảm đau, thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu, chống thiếu máu và suy tuần hoàn...theo y lệnh.

+ Theo dõi số lượng- màu sắc máu trong và sau nạo.

- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau nạo:

+ Theo dõi nhiệt độ, số lượng - màu sắc - mùi của sản dịch.

+ Hướng dẫn, trợ giúp bệnh nhân vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài hàng ngày.

+ Thực hiện kháng sinh theo y lệnh.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Hỏi thăm về gia đình, sức khỏe và bệnh tật của người bệnh. Nói về khả năng chuyên môn để bệnh nhân yên tâm tin tưởng, quyết định giữ thai hay không.

- Cho người bệnh uống thuốc an thần: Diazepam, Gardenal (nếu có chỉ định)

- Đặt người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, hướng dẫn hoặc trợ giúp người bệnh vận động nhẹ nhàng khi cần thiết.

- Hướng dẫn hoặc cho người bệnh ăn thức ăn giàu đạm, dễ tiêu, ăn thêm rau quả tươi.

- Theo dõi biểu hiện đau bụng và ra huyết âm đạo.

- Tiêm (hoặc uống) thuốc nội tiết hoặc giảm co: Progesteron, Papaverin, Spasmagil... (theo y lệnh).

* Nếu người bệnh không định giữ thai hoặc không giữ được, cần phải chuẩn bị và tiến hành nạo thai:

- Đặt người bệnh nằm trên bàn theo tư thế sản khoa, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thông đái, trải sẵn, tiêm thuốc giảm đau, chuẩn bị bộ dụng cụ nạo thai. Phụ giúp thầy thuốc làm thủ thuật.

- Đặt người bệnh nằm đầu bằng sau khi nạo.

- Đếm mạch, đo huyết áp trong và sau nạo.

- Theo dõi số lượng, màu sắc máu chảy ra từ âm đạo.

- Thực hiện y lệnh tiêm (hoặc uống): Oxytocin, Transamin, truyền dịch hoặc máu nếu có chỉ định.

- Đo nhiệt độ hàng ngày.

- Quan sát, đánh giá về số lượng- màu sắc- mùi của huyết âm đạo.

- Vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

- Tiêm hoặc cho người bệnh uống kháng sinh theo y lệnh.

7.5. Đánh giá chăm sóc:

- Chăm sóc có hiệu quả khi:

+ Người bệnh thoải mái, ăn ngủ được, đỡ mệt mỏi, đỡ thiếu máu, đau bụng và chảy máu giảm dần, thai được bảo tồn.

+ Người bệnh được can thiệp thủ thuật kịp thời, không xảy ra biến chứng trong và sau nạo.

- Chăm sóc chưa có hiệu quả khi:

- + Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ, mệt mỏi, thiếu máu, thai bị sảy.
- + Xảy ra biến chứng trong và sau nạo.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 12

Câu 1. Sảy thai là tình trạng (A) người mẹ khi nó (B)

.....

Câu 2. Thời gian thai nghén và cân nặng của thai đến lúc bị sảy trước đây quy định là (A)

..... (từ tuần thứ (B) trở lên là đẻ non, có cân nặng (C)

.....

Câu 3. Sảy thai sớm là sảy khi tuổi thai từ (A) trở xuống và sảy thai muộn là khi tuổi

thai trên (B)

Câu 4. Nguyên nhân chính gây sảy thai là những (A) hoặc về gen của (B)

.....

Câu 5. Kể thêm cho đủ 6 nhóm nguyên nhân gây sảy về phía người mẹ

A.

B.

C. Do hoàng thể thai nghén hoạt động kém hoặc teo sớm

D.

E.

F. Các chấn thương khi đang mang thai

Câu 6. Kể 3 nhóm nguyên nhân gây sảy về phía thai nhi

A.

B.

C.

Câu 7. Ba giai đoạn diễn biến của sảy thai là

A.

B.

C.

Câu 8. Kể 3 triệu chứng chính của tình trạng dọa sảy

A.

B.

C.

Câu 9. Kể 4 triệu chứng chính của tình trạng đang sảy

A.

B.

C.

D.

Câu 10. Kể ba triệu chứng chính của tình trạng đã sảy

A.

B.

C.

Câu 11. Hãy kể ít nhất 5 thể lâm sàng khác nhau của sảy thai

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Câu 12. Kể ba bệnh cảnh thường gặp, cần chẩn đoán phân biệt với sảy thai

- A.....
- B.....
- C.....

Câu 13. Hãy đánh dấu x vào các ô phù hợp cho các triệu chứng tương ứng với các thể bệnh trong bảng sau đây:

STT	Câu hỏi	Đúng	Sai
14	Sảy thai là những trường hợp thai ra ngoài tử cung dưới 29 tuần và có trọng lượng dưới 1000 gam.		
15	Doạ sảy thai là những trường hợp nhất định dẫn đến sảy thai.		
16	Doạ sảy thai chỉ ra máu ít, đau tức bụng nhẹ, cổ tử cung đã mở.		
17	Sảy thai băng huyết dễ gây sốc cho thai phụ và có thể dẫn đến tử vong.		
18	Sảy thai nhiễm khuẩn dễ gây hậu quả vô sinh, vì viêm nhiễm ở tử cung, vòi trứng dẫn đến dính tử cung hoặc tắc vòi trứng.		
19	Xử trí đối với sảy thai ở giai đoạn đang sảy là phải hút hay nạo càng sớm càng tốt.		
20	Xử trí sảy thai nhiễm khuẩn, việc đầu tiên là phải hút, nạo hết rau sót rồi điều trị kháng sinh liều cao, phối hợp mới có kết quả.		
21	Gặp sảy thai nhiễm khuẩn, y tế xã không được hút, nạo, mà phải tiêm kháng sinh, rồi chuyển lên bệnh viện để xử trí tại đó.		

THAI NGOÀI TỬ CUNG

1. Định nghĩa và phân loại

Thai ngoài tử cung (hay chửa ngoài tử cung) là trường hợp trứng sau khi thụ tinh không đi vào làm tổ trong tử cung, mà lại làm tổ ở một nơi khác ngoài buồng tử cung (vì thế còn gọi là thai nghén lạc chỗ).

Thai ngoài tử cung có thể làm tổ ở các bộ phận sau đây:

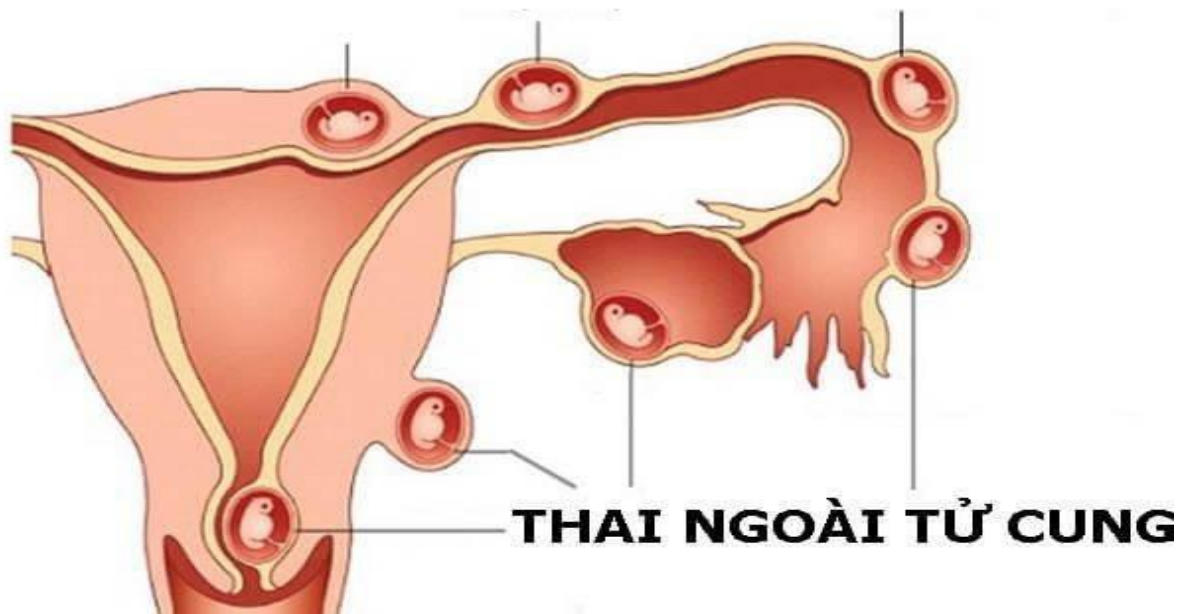
- Tại ống dẫn trứng: Thai ngoài tử cung tại ống dẫn trứng là loại hay gặp nhất, vì thế nói đến thai ngoài tử cung cũng là nói đến thai ở ống dẫn trứng. Tùy vị trí cụ thể của nơi trứng làm tổ, người ta còn phân biệt: thai ngoài tử cung ở kẽ, ở eo, ở bóng hay ở loa của ống dẫn trứng.

- Tại buồng trứng: Thai tại buồng trứng ít gặp hơn.

- Trong ổ bụng: Thai trong ổ bụng rất hiếm gặp.

- Tại ống cổ tử cung: Thai trong ống cổ tử cung cũng là loại rất hiếm gặp, nhưng nếu bị thì rất nguy hiểm, vì chảy máu dữ dội và nếu phát hiện được chỉ có cách mổ cấp cứu, cắt tử cung hoàn toàn, mới mong cứu được người bệnh.

Thai ngoài tử cung dù ở vị trí nào, cũng là một tai biến gây chảy máu của thai nghén trong ba tháng đầu, có thể gây tử vong cho người bệnh.



Hình 1: Các hình thái thai ngoài tử cung

2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng, như dị tật bẩm sinh ống dẫn trứng (ống dẫn trứng bị chít hẹp bẩm sinh), bị gấp khúc hay bị khối u chèn ép, do rối loạn nhu động (đáng lẽ nhu động dồn trứng đi từ ngoài vào trong thì các nhu động đó lại theo chiều ngược lại). Tuy nhiên, nguyên nhân thường gặp nhất gây thai ngoài tử cung, là tình trạng viêm nhiễm ở tử cung, ống dẫn trứng. Vì vậy, những phụ nữ có tiền sử sau đây, có nhiều nguy cơ bị thai ngoài tử cung hơn cả:

- Người bị viêm nhiễm đường sinh dục, đặc biệt nếu đã được chẩn đoán bị viêm

phần phụ, viêm tiểu khung.

- Người sau đẻ hay sảy thai bị nhiễm khuẩn.
- Người đã phá thai (càng nhiều lần, nguy cơ càng cao)
- Người đặt dụng cụ tử cung (vòng tránh thai) bị nhiễm khuẩn.
- Người bị vô sinh (nhất là vô sinh thứ phát).

3. Lâm sàng các trường hợp thai ngoài tử cung

- Thai ngoài tử cung chưa vỡ

Người có thai ngoài tử cung cũng có những triệu chứng thai nghén sớm như mọi người có thai khác, cụ thể là:

+ Chậm kinh: có khi chỉ chậm một vài ngày, khiến người bệnh nhầm với tình trạng kinh không đều.

+ Có tình trạng nghén: mệt mỏi, buồn nôn, thèm chua, thèm ngọt.

+ Khám phụ khoa có thể thấy niêm mạc đường sinh dục hơi tím, tử cung hơi to và mềm hơn bình thường. Vú cũng căng tức, quầng vú nổi hạt.

+ Nếu xét nghiệm thai nhanh, cũng thường thấy dương tính.

- Cùng với tình trạng nghén ở trên, người bị thai ngoài tử cung có những triệu chứng khác kèm theo:

+ Đau bụng: thường đau âm ỉ vùng bụng dưới, đau ở bên có ống dẫn trứng được phôi làm tổ, thỉnh thoảng có cơn đau nhói.

+ Rong huyết: thai phụ thấy ra máu ít một, tính chất máu rất đặc biệt: màu đen, lợn cợn (như bã cà phê) và ra rả rích trong nhiều ngày.

+ Thăm khám trong: có thể thấy khi ngón tay chạm vào cổ tử cung hoặc di động nhẹ, thai phụ đã thấy đau; tử cung hơi to, nhưng thường không tương xứng với tuổi thai. Bên cạnh tử cung, qua túi cùng bên, có thể thấy một khối nhỏ, đụng tay vào đau chói.

+ Nếu làm siêu âm, sẽ thấy trong buồng tử cung không có túi ối như các thai bình thường; có thể thấy những âm vang bất thường ở một bên ống dẫn trứng (cạnh tử cung).

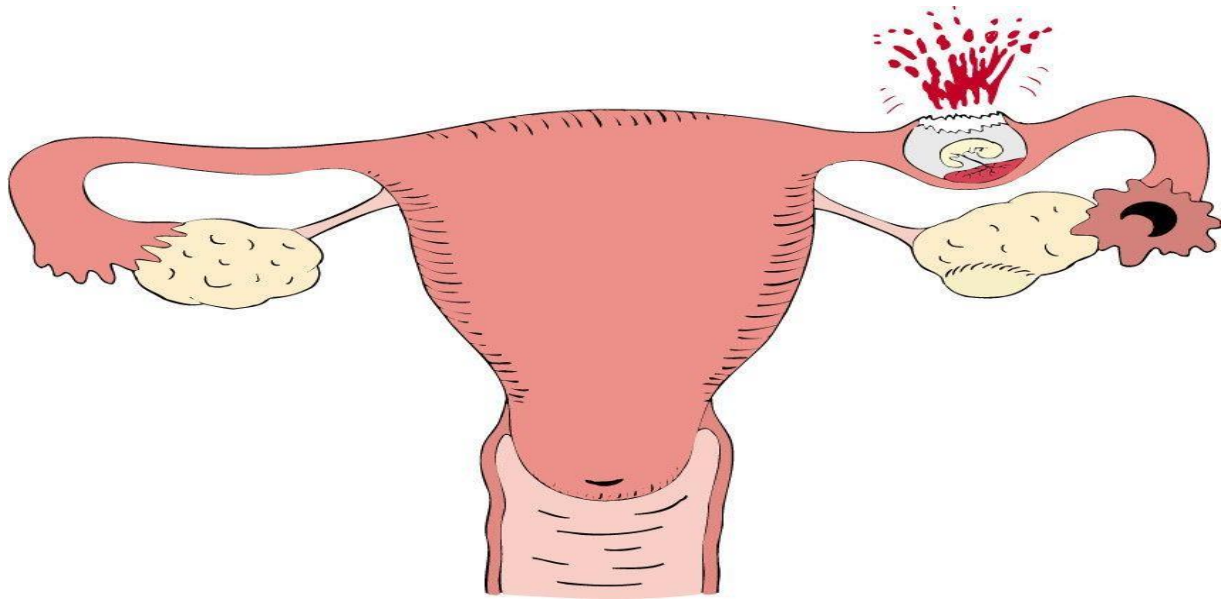
- Triệu chứng của thai ngoài tử cung bị vỡ

Nếu thai ngoài tử cung ở giai đoạn trên không được phát hiện, thì nơi thai làm tổ tại ống dẫn trứng cứ to, căng dần lên theo sự phát triển của thai nghén, đến một mức ống dẫn trứng nơi đó không còn khả năng dẫn thêm được nữa, sẽ vỡ, gây nên một bệnh cảnh cấp cứu đột ngột; nếu không phát hiện và được xử trí sớm có thể đưa đến tử vong, vì mất máu. Các triệu chứng của thai ngoài tử cung vỡ như sau:

- Có cơn đau bụng đột ngột, dữ dội như bị “dao đâm”, khiến một số người bệnh ngã ra, ngất đi. Tình trạng đột ngột này, được mô tả như một cảnh “trời quang vang sấm”.

Toàn trạng người bệnh nhanh chóng xấu đi, lâm vào tình trạng sốc, do mất máu: da xanh xao, nhợt nhạt, vã mồ hôi, lạnh tay chân, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.

- Thăm khám: bụng chướng nhẹ, nổi đau, có phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, đặc biệt rõ hơn ở bên có thai ngoài tử cung bị vỡ. Khám trong: thường thấy các túi cùng đầy, đặc biệt túi cùng sau phòng và khi ấn ngón tay vào người bệnh rất đau (kêu thét) và có cảm giác thân tử cung như bơi bồng bênh trong nước.



Hình 2: Thai ngoài tử cung vỡ

Dưới đây là bảng phân biệt bệnh cảnh thai ngoài tử cung chưa vỡ và đã bị vỡ:

Khi chưa bị vỡ	Khi đã vỡ
<ul style="list-style-type: none"> - Có tình trạng nghén: + Chậm kinh. + Nghén. + Biến đổi ở vú. - Đau bụng âm ỉ một bên hố chậu, thỉnh thoảng đau nhói. - Rong huyết: máu ra ít một, đen, lợn cợn, nhiều ngày. - Cổ tử cung đóng, đau và có thể thấy một khối nhỏ một bên túi cùng. 	<p>Trước đó có các triệu chứng của thai ngoài tử cung chưa vỡ; đột nhiên xuất hiện:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Con đau dữ dội. - Toàn trạng nguy kịch do mất máu. <p>Có phản ứng thành bụng, phản ứng phúc mạc. Cổ tử cung đóng, túi cùng đầy, ấn vào rất đau.</p>

- Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

Một số trường hợp thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng tiến triển không đưa đến vỡ ống dẫn trứng đột ngột như trên, mà vòi trứng bị nứt rạn dần dần, để máu từ đó rỉ dần vào ổ bụng. Tại đây, các mạc nối và các quai ruột trong ổ bụng dồn đến bao vây phần vòi trứng bị nứt và khối máu đọng trong bụng đã chảy ra từ nơi nứt, vỡ. Sau nhiều ngày, có thể nhiều tuần, tạo nên một khối u, bên trong là máu đọng lẫn máu cục, bên ngoài là một vỏ dày, do các mạc nối, mạc treo và các quai ruột dính kết lại với nhau tạo nên, trở thành khối **“huyết tụ thành nang”**, có thể chèn ép các tạng khác, gây nên các triệu chứng sau đây:

- Người bệnh xanh xao, thiếu máu, da có thể vàng rơm, do hiện tượng tiêu máu trong khối huyết tụ gây nên.
- Đau âm ỉ ở hạ vị.
- Thường có rối loạn tiểu tiện mỗi ngày một tăng, do khối huyết tụ chèn ép, như

đái khó, đái rất, cuối cùng thì bí đái.

- Có thể có rối loạn đại tiện: táo bón nhiều ngày hoặc lại có dấu hiệu “giả lỵ”, do khối huyết tụ chèn vào trực tràng kích thích tại chỗ.

Có khi xuất hiện các dấu hiệu bán tắc hay tắc ruột, vì ảnh hưởng đến sự lưu thông ruột do bị dính.

- Thăm khám: nắn bụng dưới có thể thấy tại đây có một khối hơi rắn, không rõ ranh giới. Kết hợp khám trong thấy khối này sát bên cạnh tử cung, đụng ngón tay vào rất đau.

- Khai thác tiền sử, ban đầu người bệnh cũng có triệu chứng của thai ngoài tử cung chưa vỡ và sau đó là bệnh cảnh của thai ngoài tử cung vỡ, nhưng với mức độ không rầm rộ như trường hợp vỡ đột ngột.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Thai ngoài tử cung cần phân biệt với các trường hợp có thai ra máu đường sinh dục khác, là sảy thai, thai trứng (xem bài sảy thai và thai trứng).

- Cũng cần phân biệt với bệnh cảnh viêm phần phụ: Người bệnh đau bụng dưới nhưng thường đau ở hai bên, thường không có chậm kinh và không chảy máu kéo dài nhiều ngày. Người bệnh có thể có sốt (nếu là viêm phần phụ cấp) và hỏi kỹ thì trong tiền sử đã có nhiều lần đau âm ỉ hay đau nhói bụng dưới như vậy.

- Các trường hợp ra máu phụ khoa không liên quan đến thai nghén, như rối loạn kinh nguyệt, rong kinh, rong huyết do u xơ tử cung, do tổn thương cổ tử cung.

5. Xử trí

Từ trước đến nay, thai ngoài tử cung đều phải xử trí bằng phương pháp phẫu thuật. Tuy nhiên ở một số nước hiện nay, người ta đã dùng biện pháp nội khoa, tiêm hoặc uống một loại hoá chất chống ung thư, nhằm diệt phôi lạc chỗ, để không phải mổ cho một số trường hợp thai ngoài tử cung khi chưa bị vỡ. Ở nước ta phương pháp này chưa được áp dụng nên khi đã chẩn đoán xác định là thai ngoài tử cung, thì dù là thể lâm sàng nào cũng cần phẫu thuật để loại bỏ khối thai lạc chỗ.

- Với thai ngoài tử cung chưa vỡ, ngoài cách mổ thông thường, có thể mổ bằng nội soi.

- Mổ càng sớm càng tốt, để tránh thai ngoài tử cung bị vỡ đột ngột.

- Với thai ngoài tử cung đã bị vỡ, thì việc mổ phải tiến hành thật khẩn trương.

Nếu để chậm trễ có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh.

Với thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang, cũng phải mổ để điều trị nhưng không cần thiết phải mổ cấp cứu.

Tại tuyến y tế xã:

Khi nghi ngờ một trường hợp thai ngoài tử cung, dù bất cứ thể lâm sàng nào, cũng cần giải thích và tư vấn cho người bệnh và gia đình, để họ chấp nhận đi khám ở tuyến trên. Trường hợp thai ngoài tử cung bị vỡ, thì phải bằng mọi cách chuyển người bệnh rất khẩn trương bằng các phương tiện nhanh nhất đến cơ sở y tế có khả năng phẫu thuật gần nhất, hoặc mời tuyến trên về cấp cứu khẩn cấp tại chỗ. Nếu người bệnh bị sốc, thì phải tiến hành hồi sức trước và trong khi vận chuyển, một mặt liên hệ qua điện thoại (hoặc cử người) thông báo cho cơ sở y tế tuyến trên, để cơ sở đó chuẩn bị sẵn sàng tiếp nhận người bệnh. Nhiều cơ sở xã hiện nay, trong một số trường hợp khẩn cấp, đã mời đội phẫu thuật lưu động của trung tâm y tế huyện hay tỉnh về hồi sức, truyền máu và có khi phải mổ ngay tại xã, để cứu tính mạng người bệnh.

Tại các tuyến có khả năng mổ (bệnh viện huyện, tỉnh)

Thai ngoài tử cung cần được phẫu thuật theo phương hướng đã nêu trên. Riêng thể huyết tụ thành nang, khi mổ có thể gặp nhiều khó khăn, do tình trạng các phủ tạng trong bụng dính nhiều, vì thế nên gửi người bệnh lên các tuyến có điều kiện kỹ thuật mổ và gây mê hồi sức tốt hơn (tuyến tỉnh).

- Chuẩn bị ngay các thủ tục mổ cấp cứu cho thai phụ (xem bài chuẩn bị mổ cấp cứu)
 - Chuyển ngay thai phụ vào phòng mổ cấp cứu.
 - Chăm sóc bệnh nhân sau mổ (xem bài chăm sóc sau mổ)
 - Ghi chép hồ sơ bệnh án đầy đủ theo qui định.
 - Hướng dẫn bệnh nhân và gia đình về chế độ dinh dưỡng, vệ sinh và cách tự chăm sóc.

6. Chăm sóc thai phụ thai ngoài tử cung

6.1. Nhận định:

- Tiền sử:

+ Viêm phần phụ cấp hoặc mạn tính, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử mổ chữa ngoài tử cung.

- Bệnh sử:

- + Chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, ra huyết kéo dài.
- + Đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, có cơn đau trội lên, đau nhiều muốn ngất đi.

- Hiện tại:

- + Toàn trạng: Da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.
- + Mệt mỏi, mất ngủ, ăn uống kém, hoa mắt chóng mặt. Nếu khối chứa vỡ gây chảy máu nhiều bệnh nhân có biểu hiện sốc mất máu.
- + Ra huyết âm đạo ít một, đỏ sẫm, có khi có cảm giác mót đại tiện, tiểu tiện...
- + Đau bụng âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau bụng dữ dội.

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Toàn trạng, tinh thần: Người bệnh mệt mỏi, mất ngủ do lo lắng, do đau bụng, ra huyết hoặc sợ phải can thiệp phẫu thuật.

- Người bệnh thiếu máu thiếu hụt tuần hoàn do chảy máu.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Giảm lo lắng, mất ngủ cho người bệnh:

+ Động viên, chăm sóc người bệnh trong thời gian theo dõi hoặc chờ đợi phẫu thuật.

+ Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh

- Giảm thiếu máu và rối loạn tuần hoàn:

+ Chuẩn bị người bệnh để xác định bệnh sớm và phẫu thuật kịp thời.

+ Bồi phụ khối lượng tuần hoàn trước, trong và sau phẫu thuật.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Hỏi về tình trạng bệnh tật và sức khỏe.
- Đặt người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, lau người bằng nước ấm,
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay băng vệ sinh, váy sạch trong thời gian theo dõi và chờ đợi phẫu thuật.
- Chuẩn bị người bệnh để khám và siêu âm, lấy nước tiểu để thử HCG, lấy máu để làm xét nghiệm cơ bản.
- Chuẩn bị người bệnh trước mổ và chuyển người bệnh lên phòng mổ, bàn giao người bệnh cho nhân viên nhà mổ.
- Truyền máu cùng nhóm và các dung dịch thay thế. Tiêm thuốc chống sốc theo y lệnh.
- Đo huyết áp, đếm mạch, quan sát màu sắc da, niêm mạc ... trước trong và sau mổ.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, chính xác, kịp thời.

6.5. Đánh giá chăm sóc:

Hiệu quả chăm sóc tốt khi:

- + Người bệnh an tâm tin tưởng, đỡ lo lắng, mất ngủ.
- + Được xác định bệnh sớm, phẫu thuật kịp thời.
- + Thiếu máu ít, không bị suy tuần hoàn.

Hiệu quả chăm sóc chưa tốt khi:

- + Người bệnh lo lắng, mất ngủ, thiếu máu, rối loạn tuần hoàn.
- + Được xác định bệnh muộn, phẫu thuật không kịp thời.

7. Phòng bệnh

- Có thể hạn chế các trường hợp chữa ngoài tử cung, nếu giảm được tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh sản bằng cách:
 - Hướng dẫn phụ nữ thực hiện vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh khi giao hợp, vệ sinh khi sảy, để tránh viêm nhiễm.
- Vận động chị em đi khám phụ khoa định kỳ, để kịp thời phát hiện các bệnh phụ khoa thông thường, điều trị sớm.
 - Vận động chị em có thai đi khám và đăng ký thai nghén sớm, ngay những ngày đầu chậm kinh, để kịp thời phát hiện những thai nghén bất thường, trong đó có chữa ngoài tử cung, để tránh các tai biến nguy hiểm cho tính mạng người bệnh.

Tự lượng giá

Điền vào chỗ trống các câu 1-2

Câu 1. Thai ngoài tử cung là trường hợp (A) không đi vào làm tổ trong tử cung mà lại (B)

Câu 2. Thai ngoài tử cung là một (A) của thai nghén trong ba tháng đầu, có thể (B)

Trả lời ngắn các câu từ 3 đến 8

Câu 3. Kể 4 vị trí thai ngoài tử cung trên cơ thể người phụ nữ:

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 4. Kể 4 điểm trên ống dẫn trứng có thể có thai ngoài tử cung

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 5. Kể 5 loại tiền sử bệnh ở phụ nữ, dễ trở thành nguyên nhân của thai ngoài tử cung ở vòi trứng

- A.
- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 6. Kể 3 thể lâm sàng thường gặp của thai ngoài tử cung

- A.
- B.
- C.

Câu 7. Kể 4 triệu chứng trên một người mới có thai, khiến phải nghĩ đến thai ngoài tử cung tại ống dẫn trứng.

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 8. Kể 4 dấu hiệu để chẩn đoán một thai ngoài tử cung đã bị vỡ

- A.
- B.
- A.
- D.

Câu 10- Đánh dấu X vào các ô thích hợp cho các triệu chứng tương ứng với các thể bệnh của thai ngoài tử cung trong bảng dưới đây:

Triệu chứng	CNTC thể chưa vỡ	CNTC thể đã vỡ	CNTC thể HTTN
- Bụng đau âm ỉ.			
- Bụng đau dữ dội.			
- Toàn trạng nguy kịch.			
- Chảy máu ít một qua đường sinh dục.			
- Tử cung hơi to, di động nhẹ có cảm giác đau tăng lên.			
- Khó xác định tử cung vì đau và dính.			
- Tử cung như bập bênh trong nước.			
- Cổ tử cung đóng.			

Câu 10- Đánh dấu X vào các ô thích hợp cho các triệu chứng tương ứng với các thể bệnh của thai ngoài tử cung trong bảng dưới đây:

Đánh dấu X vào cột tương ứng Đúng/Sai cho các câu từ 11 đến 20:

T.T	Câu hỏi	Đúng	Sai
11	Loại thai ngoài tử cung hay gặp nhất là thể thai trong ổ bụng.		
12	Tất cả các loại thai ngoài tử cung đều nguy hiểm cho tính mạng người bệnh.		
13	Thai ngoài tử cung ở ống dẫn trứng là loại hay gặp nhất.		
14	Nguyên nhân gây thai ngoài tử cung phổ biến nhất là các dị tật bẩm sinh của tử cung và ống dẫn trứng.		
15	Tất cả các phụ nữ dùng dụng cụ tử cung tránh thai đều có nguy cơ bị thai ngoài tử cung.		
16	Thai ngoài tử cung khi chưa vỡ có triệu chứng đau bụng âm ỉ ở một bên bụng dưới.		
17	Thai ngoài tử cung bị vỡ có triệu chứng rối loạn tiêu tiện và đại tiện.		
18	Thai ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang là một cấp cứu cần mổ ngay.		
19	Khi nghi ngờ một trường hợp thai ngoài tử cung không được cho người bệnh về nhà, mà phải giữ ở trạm xá theo dõi, chờ có chẩn đoán chính xác mới cho về hoặc chuyển tuyến.		
20	Ngoài biện pháp mổ để điều trị, một số thai ngoài tử cung có thể được theo dõi và điều trị nội khoa bằng tiêm hay uống thuốc đặc trị.		

THAI TRÚNG

Thai trứng (còn gọi là chửa trứng) là một loại thai nghén bệnh lý ở ba tháng đầu của thời kỳ thai nghén, trong đó các gai rau thoái hoá không phát triển được thành các gai rau bình thường, mà biến thành các bong nước (hay nang nước), phát triển rất nhanh, cái nhỏ như hạt đỗ, cái to như hạt ngô, hạt lạc, dính với nhau như những chùm nho. Hầu hết thai trứng thuộc loại hoàn toàn, nghĩa là sản phẩm thụ thai đều là các nang nước; một số rất ít là thai trứng bán phần (không hoàn toàn), loại này ngoài các nang nước do gai rau thoái hoá, thì có một số gai rau phát triển bình thường và có thể kèm với thai nhi.

Thai trứng hay gặp ở phụ nữ châu á, cứ khoảng 250 người có thai ở Philippin thì có một thai trứng, ở Indonesia còn cao hơn (1/85 người có thai); ở nước ta thai trứng cũng hay gặp (khoảng 1/500 người có thai) trong khi ở châu Âu, phải 2000 người có thai mới có một thai trứng. Thai trứng hay gặp ở những thai phụ còn quá trẻ (dưới 20 tuổi) hoặc đã nhiều tuổi (trên 40). Điều lo ngại nhất của thai trứng là có tỷ lệ biến thành ung thư tế bào nuôi rất cao (20%)

Nguyên nhân của thai trứng hiện nay đã được biết, là kết quả của sự thụ tinh giữa tinh trùng và một noãn bất thường tạo nên.



Hình 1: Thai trứng

1. Lâm sàng

Thai trứng cũng là kết quả của một sự thụ tinh, nên người bệnh cũng có các triệu chứng của thai nghén như mất kinh, tình trạng nghén, cương vú và thử thai bằng que thử nhanh cũng dương tính sớm. Tuy nhiên, cần nghĩ đến thai trứng khi có những đặc điểm sau:

1.1. Triệu chứng cơ năng

- Chậm kinh.
- Tình trạng nghén: với đặc điểm nặng hơn mức bình thường, biểu hiện thường là nôn mửa rất nhiều, mệt mỏi, xanh xao, gầy sút. Có khi còn xuất hiện các dấu hiệu

giống như tình trạng tiền sản giật của thai nghén những tháng cuối, như tăng huyết áp, phù, tiểu ra prôtêin.

- Ra máu ở âm đạo, máu thường màu đen, loãng, ra ít một dai dẳng ngày này qua ngày khác, ban đêm máu thường ra nhiều hơn.

- Đau bụng: giai đoạn đầu, người bị thai trứng không đau bụng, nhưng khi có hiện tượng sảy thì mới đau bụng từng cơn.

1.2. Triệu chứng thực thể

- Tử cung to nhanh. Thai mới 8-12 tuần (2-3 tháng), nhưng bụng đã to như người có thai 15 - 20 tuần (4 - 5 tháng).

- Nắn tử cung bên ngoài hay thăm trong, đều thấy tử cung mềm nhẽo.

- Đặc biệt tuy bụng to, nhưng không sờ nắn thấy các phần thai nhi.

- Nghe tim thai không thấy.

- Thăm âm đạo, nếu có kinh nghiệm có thể phát hiện thấy nang hoàng tuyến ở một hoặc cả hai bên hố chậu. Đó là hoàng thể thai nghén đã phát triển to ra thành một khối u, do chất nội tiết HCG trong thai trứng quá cao gây nên. Khi thai trứng được điều trị khỏi, thì nang hoàng tuyến cũng sẽ teo dần đi. ở bệnh viện hay các cơ sở có điều kiện, hai xét nghiệm sau đây sẽ giúp xác định chẩn đoán thô.

- Thử HCG trong nước tiểu, lượng HCG tăng rất cao, có khi lên tới hơn 60.000 đơn vị

- Siêu âm tử cung sẽ thấy các hình ảnh điển hình của thai trứng (hình ảnh như bông tuyết trong tử cung, không thấy túi ối và thai nhi).

2. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt thai trứng với các loại tai biến và bệnh lý thai nghén sau:

2.1. Doạ sảy thai và sảy thai

Ra máu trong doạ sảy thai và sảy thai có thể nhiều hoặc ít, nhưng thường đỏ tươi, có cục máu đông, thường kèm theo các cơn đau bụng ít hay nhiều. Tử cung tuy có mềm, nhưng không mềm nhiều như trong thai trứng. Thăm khám thấy tử cung to phù hợp với tuổi thai. Nếu thai đã trên 16 tuần thường đã thấy tiếng tim thai (trừ trường hợp thai đã chết), nắn ngoài có thể thấy dấu hiệu “bập bênh” thai nhi. Thai phụ cũng thường không có nghén nhiều như trong thai trứng.

2.2. Thai ngoài tử cung

Tuy cũng ra máu đen kéo dài nhiều ngày, nhưng thường xuyên kèm theo đau bụng âm ỉ một bên hố chậu (nếu thai ngoài tử cung bị vỡ thì đau bụng dữ dội đột ngột). Tử cung không quá mềm, không to mà thường còn nhỏ hơn tuổi thai.

2.3. Tình trạng nôn nặng khi thai nghén

Đây còn được gọi là tình trạng nhiễm độc thai nghén sớm. Sau khi chậm kinh, thai phụ xuất hiện tình trạng nghén nặng: nôn nhiều, nôn liên tục, ăn gì nôn nấy làm cơ thể gầy sút, mạch nhanh, có thể dẫn đến tình trạng toan hoá máu, nhưng thai phụ không có các triệu chứng khác của chửa trứng như ra máu, bụng to nhanh, tử cung mềm... Tuy nhiên, ở nước ta tình trạng nôn nặng do thai nghén hiếm gặp, vì thế nếu thấy thai phụ nghén nhiều hơn mức bình thường, thì đầu tiên cần phải nghĩ đến chửa trứng.

2.4. Đa thai (mang nhiều thai)

Thai đôi hay nhiều thai cũng có tình trạng nghén nhiều hơn trường hợp chửa một thai, tử cung cũng to nhanh hơn, nhưng vào những tháng cuối, chứ trong ba tháng đầu không to nhanh như thai trứng. Nắn bụng thấy nhiều phần thai nhi. Nghe được tim

thai.

3. Diễn biến của thai trứng

- Thai trứng là tình trạng thai bệnh lý, không thể tồn tại, mà thể nào cũng kết thúc bằng tình trạng sảy. Diễn biến của sảy thai trứng cũng giống như sảy thai thường, nhưng thai phụ bị mất máu nhiều hơn, quá trình sảy kéo dài, chất sảy ra không phải là thai nhi và rau thai, mà là các nang trứng. Tình trạng nặng khi sảy thai trứng nguy hiểm nhiều hơn đến tính mạng thai phụ.

- Sau khi sảy hoặc đã được hút, nạo, khoảng 80% các trường hợp thai phụ hồi phục, dần dần trở lại bình thường và lại có thể thai nghén sinh đẻ trở lại, **nhưng còn khoảng 20% bị biến chứng thành ung thư tế bào nuôi (thường gọi là ung thư rau).**

- Có một số trường hợp (thường gặp ở người lớn tuổi) thai trứng đã thành ung thư ngay khi còn chưa sảy, gọi là “thai trứng ác tính”.

- Có 1 số trường hợp, thai trứng có thể biến chứng thành ung thư tế bào nuôi.

4. Xử trí

Thai trứng sớm muộn rồi cũng sảy, nhưng nếu phát hiện được sớm để hút, nạo sớm thì ít nguy hiểm cho sức khỏe và tính mạng bà mẹ hơn, nhưng công việc này không được làm ở tuyến y tế cơ sở. Do đó, cần giải thích cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân về tình trạng bệnh, hướng xử trí.

- Nếu thai phụ được chẩn đoán xác định là thai trứng, thì phải hoàn chỉnh hồ sơ giấy tờ để gửi họ lên điều trị và theo dõi ở bệnh viện tuyến tỉnh hay bệnh viện chuyên khoa phụ-sản.

- Nếu thai trứng đang có dấu hiệu sảy, thì tuyến xã phải chuyển ngay lên cơ sở y tế gần nhất (tỉnh hoặc huyện). Trong trường hợp này, tuyến huyện phải tiến hành hút, nạo cấp cứu, kết hợp với hồi sức chống sốc và phòng ngừa băng huyết. Nếu tình trạng người bệnh quá nặng, phải khẩn cấp xin chỉ viện của tuyến trên. Sau khi xử trí cấp cứu, người bệnh cần được tư vấn chuyển về tuyến tỉnh, để được điều trị tiếp (nạo lại lần 2, mổ cắt tử cung dự phòng hay điều trị hoá chất) và có kế hoạch theo dõi nhằm phát hiện kịp thời tai biến ung thư sau thai trứng.

- **Việc theo dõi sau điều trị chữa trứng chủ yếu là phải định kỳ xét nghiệm máu hay nước tiểu, để định lượng HCG (trung bình mỗi tháng 1 lần trong 3 tháng đầu, sau đó tùy theo chỉ định của thầy thuốc). Nếu sau điều trị, lượng HCG giảm nhanh và trở nên âm tính sau chừng một tháng, thì đó là tiên lượng tốt. Nếu lượng HCG giảm chậm, hoặc đã giảm nhiều hay đã âm tính, nhưng lần thử sau lại xuất hiện hoặc tăng lên thì có thể người bệnh đã bị ung thư tế bào nuôi.** Thời gian theo dõi bằng xét nghiệm định kỳ như thế kéo dài ít nhất một năm và như vậy trong suốt thời gian này cần căn dặn người bệnh phải dùng biện pháp tránh thai, để không có thai trở lại sớm, vì khi có thai, HCG sẽ xuất hiện và tăng lên, lúc đó khó biết là do thai nghén hay do biến chứng ung thư gây nên. Tốt nhất, nên khuyên người bệnh chậm có con trong hai năm sau điều trị chữa trứng.

* Tại tuyến y tế cơ sở, lập kế hoạch theo dõi bệnh nhân sau nạo chữa trứng, tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp, phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường để chuyển tuyến.

5. Chăm sóc thai phụ thai trứng

5.1. Nhận định:

- Số lần có thai.

- **Tuổi và tiền sử:** tuổi có thai trên 40 hoặc dưới 20, tiền sử bị thai trứng, thai chết trong tử cung, sảy thai.

- **Toàn trạng:** Da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.

- **Bệnh sử và hiện tại:**

+ Ra huyết tự nhiên, ít một, kéo dài dai dẳng, lúc đỏ tươi, lúc đỏ sẫm. Nếu huyết ra nhiều đỏ tươi, lẫn huyết cục thường là do sảy trứng.

+ Buồn nôn, nôn nhiều, không ăn uống được, phù, lo lắng, mất ngủ.

+ Người gầy sút thiếu máu có khi mạch nhanh, huyết áp hạ, hoa mắt chóng mặt.

+ Ho, khó thở tức ngực.

+ Thu hồi tử cung.

+ Nang hoàng tuyền

+ Sau nạo hoặc sảy trứng huyết âm đạo ra nhiều hoặc rong huyết do tử cung co hồi kém do sót trứng hoặc do biến chứng ác tính.

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, ngủ kém do lo lắng về tình trạng thai nghén bất thường.

- Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do rong huyết hoặc chảy máu nhiều.

- Nguy cơ biến chứng sau sảy hoặc sau nạo thai trứng, biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.

- Nguy cơ nhiễm khuẩn do rong huyết kéo dài.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- **Giảm lo lắng, mệt mỏi mất ngủ:**

+ Giải thích, động viên, nâng cao thể trạng, chế độ ăn loãng dễ tiêu.

+ Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

- **Giảm thiếu máu, chảy máu trong và sau nạo thai trứng:**

+ Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, phụ giúp thay thuốc nạo trứng sớm.

+ Thực hiện y lệnh truyền dung dịch tăng co, tiêm thuốc tăng co trong và sau nạo. Bồi phụ khối lượng tuần hoàn nếu có suy tuần hoàn.

+ Theo dõi tình trạng toàn thân, biểu hiện chảy máu, sự thu hồi tử cung trong và sau nạo.

- **Giảm nguy cơ biến chứng:**

- **Nguy cơ nhiễm khuẩn:**

+ Theo dõi nhiệt độ, màu sắc và mùi của sản dịch, sự co hồi tử cung.

+ Thực hiện kháng sinh theo y lệnh.

+ Hướng dẫn hoặc làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

- Nguy cơ biến chứng ung thư rau:

- + Xác định yếu tố nguy cơ cao.
- + Theo dõi sự thu hồi tử cung, các dấu hiệu khác: hoa mắt, nhức đầu khó thở.
- + Chuẩn bị bệnh nhân siêu âm và xét nghiệm nước tiểu định lượng HCG.
- + Hướng dẫn người bệnh khám lại theo lịch và áp dụng các biện pháp tránh thai trong thời gian theo dõi.

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Thăm hỏi, khích lệ động viên người bệnh, cho người bệnh ăn uống đầy đủ.
- Người bệnh được uống thuốc an thần: Diazepam, Rotunda (theo y lệnh).
- Chuẩn bị và phụ giúp thày thuốc nạo hút trứng.
- Thực hiện y lệnh: truyền dung dịch Oxytocin trong quá trình nạo cho đến khi hết ra huyết. Truyền máu cùng nhóm và các dung dịch thay thế nếu có suy tuần hoàn. Tiêm các thuốc khác như Transamin, Oxytocin theo y lệnh.
- Quan sát sắc mặt, đo huyết áp, đếm mạch, xác định thu hồi tử cung, đánh giá về số lượng máu chảy trong và sau nạo.
 - + Theo dõi toàn trạng, sắc mặt, da niêm mạc.
 - + Đo nhiệt độ phát hiện sớm sốt sau nạo.
 - + Đánh giá màu sắc và mùi của sản dịch.
 - + Xác định yếu tố nguy cơ cao: mẹ lớn tuổi, chửa trứng lặp lại...
 - + Theo dõi số lượng, thời gian ra huyết, sự thu hồi tử cung, kích thích nang hoàng tuyến
 - + Thực hiện y lệnh.
 - + Lấy nước tiểu định lượng HCG theo lịch.
 - + Hướng dẫn người bệnh khám lại theo lịch, áp dụng các biện pháp tránh thai 2 năm sau nạo trứng.

5.5. Đánh giá chăm sóc:

- **Chăm sóc có hiệu quả khi:** người bệnh thoải mái, ăn uống được, tăng cân, hết thiếu máu, không xảy ra biến chứng trong và sau nạo. Người bệnh được khám lại đầy đủ theo lịch, không có biến chứng, không có thai trong 2 năm theo dõi.
- **Chăm sóc chưa có hiệu quả:** người bệnh mệt mỏi, thiếu máu, sút cân, xuất hiện biến chứng trong và sau nạo; không được khám lại đầy đủ.

Tự lượng giá

Điền vào chỗ trống câu 1-2

Câu 1. Thai trứng là tình trạng thai nghén bệnh lý ở thời gian (A) của thai nghén, trong đó (B).....bị thoái hoá biến thành (C)phát triển rất nhanh trong tử cung.

Câu 2. Tai biến nguy hiểm đối với người bị chửa trứng là (A) khi đang sẩy và biến thành (B)sau sẩy hoặc sau nạo hút.

Trả lời ngắn các câu từ 3 đến 6

Câu 3. Thai trứng có hai dạng là A. B.

Câu 4. Nêu 4 triệu chứng cơ năng có thể gặp trong thai trứng

- A.
 B.
 C.
 D.

Câu 5. Nêu 5 triệu chứng thực thể có thể gặp trong thai trứng

- A.
 B.
 C.
 D.
 E.

Câu 6. Kể hai xét nghiệm giúp chẩn đoán xác định thai trứng

- A. B.

Đánh dấu hoặc điền từ ngắn gọn vào ô có triệu chứng phù hợp với các thai nghén bất thường trong các câu từ 7 đến 15

T.T	Triệu chứng	Thai trứng	Thai ngoài TC chưa vỡ	Thai ngoài TC đã vỡ	Doạ sẩy thai
7	Chậm kinh				
8	Tình trạng nghén nhẹ và vừa				
9	Tình trạng nghén nặng				
10	Đau bụng dưới từng cơn				
11	Đau bụng nhiều và dữ dội				
12	Đau âm ỉ một bên bụng dưới				
13	Ra máu âm đạo				
14	Độ lớn của TC so với tuổi thai				
15	Mật độ TC				

Đánh dấu vào cột tương ứng Đúng/Sai trong các câu từ 16 đến 22

T.T	Câu hỏi	Đúng	Sai
16	Người bị thai trứng ra máu kéo dài nhiều ngày, máu nhiều và đỏ tươi lẫn cục máu đông.		
17	Một thai phụ có nghén nặng cần phải nghĩ đến hai bệnh: thai trứng và nôn nặng do thai nghén.		
18	Chẩn đoán xác định thai trứng chủ yếu là các dấu hiệu lâm sàng.		
19	Tai biến nguy hiểm của thai trứng là ung thư tế bào nuôi.		

20	Thai trứng đã được xác định, cần sử trí càng sớm càng tốt.		
21	Điều trị thai trứng là mổ cắt tử cung để phòng ngừa ung thư tế bào nuôi.		
22	Người bị thai trứng phải tránh có thai lại trong năm năm.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 23 đến 25

Câu 23. Một thai phụ có kinh cuối cùng cách đây hơn hai tháng, nôn rất nhiều, khám thấy bụng mềm, đo chiều cao tử cung được 16 cm, nghe không thấy tim thai. Thai phụ cho biết thường ban đêm hay ra máu đen, người gầy sút, xanh xao nhiều hơn trước. Hãy chọn một trong các chẩn đoán đưa ra dưới đây:

- A. Doạ sẩy thai.
- B. Đang sẩy thai .
- C. Thai ngoài tử cung.
- D. Thai trứng.
- E. Nôn nặng do thai nghén.

Câu 24. Thai phụ chậm kinh hơn một tháng, đến khám với tình trạng đau bụng âm ỉ bên hố chậu phải, táo bón đã ba ngày không đại tiện, ra máu ít một, màu đen thẫm, có cảm giác lợm giọng buồn nôn đã ba ngày nay, thân nhiệt 37^o1. Theo anh/ chị, chẩn đoán nào dưới đây phù hợp nhất:

- A. Doạ sẩy thai
- B. Thai trứng.
- C. Thai ngoài tử cung.
- D. Táo bón khi có thai.
- E. Viêm ruột thừa.

Câu 25. Một phụ nữ chậm kinh đã trên ba tháng, đến khám vì đau bụng từng cơn, ra máu đã ba ngày nay, mỗi ngày máu ra nhiều hơn, có lẫn cục máu đông. Khám thấy bụng mềm, tử cung đo được 10 cm, khám thấy tử cung to, mềm, cổ tử cung mềm hình con quay, hé mở, lấy ra nhiều máu cục trong âm đạo. Nghe không thấy tim thai. Theo anh/ chị chẩn đoán nào dưới đây phù hợp nhất.

- A. Doạ sẩy thai.
- B. Thai đang sẩy.
- C. Thai đã sẩy.
- D. Thai ngoài tử cung.
- E. Thai trứng.

Bài tập giải quyết vấn đề

Câu 26. Một phụ nữ đến khám ngày 20 tháng 5, khai báo như sau: chậm kinh, ra máu đã năm ngày nay, máu ra ít một, thấm ướt không hết một băng vệ sinh mỗi ngày, nôn mửa nhiều, ăn gì nôn nấy, người gầy sút, xanh xao hơn trước.

Pha thứ nhất: Anh/ chị cần khai thác thêm các triệu chứng gì khác:

- A.
- B.
- C.

BÀI 3. CHĂM SÓC THAI PHỤ CHẢY MÁU TRONG NỬA SAU THỜI KỲ THAI NGHÉN

Trong nửa cuối của thời kỳ thai nghén, chảy máu là yếu tố nguy cơ của các thai nghén bất thường hay gặp dưới đây:

- Thai chết trong tử cung.
- Doạ sinh non và sinh non.
- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.
- Vỡ tử cung

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được nguyên nhân sản phụ chảy máu nửa sau thời kỳ thai nghén.
- 1.2. Phân tích được các triệu chứng lâm sàng và các cận lâm sàng sản phụ chảy máu nửa sau thời kỳ thai nghén.
- 1.3. Giải thích được các nội dung chăm sóc sản phụ chảy máu nửa sau thời kỳ thai nghén
- 1.4. Lập kế hoạch chăm sóc sản phụ chảy máu nửa sau thời kỳ thai nghén

2. Thái độ

- 2.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 2.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

1. Định nghĩa

Thai chết trong tử cung là những trường hợp thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần trở lên, nằm lại trong tử cung ít nhất là 48 giờ trước khi chuyển dạ.

2. Nguyên nhân

Có rất nhiều nguyên nhân gây nên thai chết trong tử cung:

- **Về phía người mẹ:** Các bệnh người mẹ mắc trước hoặc trong khi mang thai, đều có thể ảnh hưởng đến sự sống của thai, đặc biệt các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân hay các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh dục. Có thể kể một số bệnh như sau:

- + Cao huyết áp.
- + Tiền sản giật, sản giật.
- + Bệnh tiểu đường.
- + Bệnh thận
- + Các bệnh nhiễm khuẩn nặng: nhiễm khuẩn huyết, thương hàn, sốt rét, giang mai.

- + Tử cung dị dạng

- **Về phía thai:** có thể do:

- + Những thai có rối loạn thể nhiễm sắc hoặc rối loạn về gen.
- + Thai dị dạng.

- + Bất đồng nhóm máu mẹ - con.
- + Thai suy dinh dưỡng nặng.
- + Thai quá ngày sinh.
- Về **phía phần phụ của thai**: có thể gặp:
 - + Dây nhau bị xoắn hay bị thắt nút, dây nhau quấn cổ chặt nhiều vòng làm ngừng trệ tuần hoàn nhau-thai.
 - + Dây nhau ngắn.
 - + Bánh nhau bị nhồi máu, bị xơ hoá nặng.
 - + Những trường hợp đa ối hay thiếu ối.

3. Triệu chứng lâm sàng

3.1. Thai chết khi tuổi thai dưới 22 tuần

Tuy không xếp loại vào thai chết trong tử cung, nhưng cũng cần biết các triệu chứng để phát hiện thai đã hỏng. Tuy nhiên, chẩn đoán lâm sàng trong giai đoạn này thường khó:

- Nếu thai phụ còn đang nghén, thì khi thai chết, tình trạng nghén sẽ mất.
- Vú căng và tiết sữa.
- Tử cung không phát triển, mà nhỏ dần đi, thăm khám có thể thấy không phù hợp với tuổi thai.

- Ngày nay với siêu âm có thể xác định thai đã chết khá nhanh chóng và dễ dàng khi trên màn hình không thấy tim thai đập, buồng ối thu nhỏ và méo mó .

3.2. Thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần

Thường vào giai đoạn này, bụng đã to, thai phụ đã cảm nhận được cử động của thai (thai máy) và khi khám, hộ sinh đã có thể nghe được tim thai, nên chẩn đoán lâm sàng có dễ hơn:

- Bụng nhỏ dần đi. Khám thấy tử cung nhỏ hơn, chiều cao tử cung cũng giảm so với lần khám trước.
- Vú xuống sữa.
- Thai phụ không thấy thai máy nữa.
- Nghe không thấy tim thai.
- Trên màn hình siêu âm thấy thai không cử động, tim thai không đập, xương sọ chông khớp, da đầu bong khỏi xương sọ. Nước ối ít hoặc cạn.
- Trước đây người ta còn chụp X. quang để chẩn đoán thai chết lưu, nhưng với siêu âm hiện nay cách này không mấy khi dùng đến nữa.

4. Diễn biến của thai chết trong tử cung

Thai chết trong tử cung là một tổn thất nặng nề về tâm lý và tình cảm người mẹ; tuy nhiên, vì thai chết vẫn nằm trong tử cung, nếu buồng ối vẫn nguyên vẹn thì trong giai đoạn đầu, thai chết trong tử cung hầu như không có nguy hiểm gì cho người mẹ.

- Thai chết trong tử cung sớm muộn thế nào cũng sẽ bị đẩy ra ngoài. Trong nửa đầu thai kỳ, diễn biến của nó là tình trạng sảy thai; nếu thai chết ở tuổi thai từ 22 tuần trở lên, thì diễn biến giống như tình trạng đẻ non; có điều diễn biến của sảy và đẻ non các thai chết trong tử cung có thể kéo dài hơn, khó khăn hơn và có thể nhiều tai biến hơn, một phần do con co tử cung có thể rối loạn và đặc biệt yếu tố tinh thần và tâm lý của người mẹ trong trường hợp này, cũng ảnh hưởng nhiều đến quá trình sảy, đẻ.

- Nếu thai chết trong tử cung kéo dài từ 4 tuần trở lên, mà chưa sảy, đẻ thì do tình trạng thai ứ nát trong tử cung, có thể là nguyên nhân gây nên tình trạng rối loạn đông máu, biểu hiện rõ nhất là chất sinh sợi huyết trong máu giảm nhiều; do đó khi sảy, đẻ, dễ bị băng huyết nặng.

- Trường hợp thai chết trong tử cung bị vỡ ối non hay vỡ ối sớm, thì nguy cơ nhiễm khuẩn sẽ rất cao. Vì thế, khi đã bị vỡ ối, thì bằng mọi cách phải xử trí cho thai ra sớm, để tránh tai biến này.

5. Xử trí

5.1. Theo quy định hiện hành, tất cả thai chết trong tử cung phải được xử trí tại bệnh viện huyện trở lên, không được xử trí tại tuyến xã.

- Ghi chép tất cả các hoạt động thăm khám, chăm sóc vào hồ sơ bệnh án theo qui định, chuẩn bị đủ hồ sơ giấy tờ để chuyển tuyến, nếu cần.

- Hướng dẫn thai phụ và gia đình họ phương pháp tự theo dõi, tự chăm sóc.

- Nếu thai chết trong tử cung đang ở giai đoạn sảy hay chuyển dạ đẻ, cần theo dõi và xử trí như các trường hợp sảy và sinh non khác. Tuy nhiên, phải chú ý phòng ngừa tai biến băng huyết và nhiễm khuẩn trong và sau đẻ. (ở tuyến xã phải chuyển lên tuyến trên)

- Nếu thai chết trong tử cung được phát hiện thì sau khi làm đủ các xét nghiệm và tư vấn cho thai phụ, có thể dùng các biện pháp điều trị để lấy thai ra:

+ Khi thai nhỏ dưới 12 tuần: dùng biện pháp hút, nạo thai như các trường hợp phá thai ngoài kế hoạch.

+ Nếu thai chết có tuổi thai lớn hơn, kết hợp dùng thuốc cho cổ tử cung mềm ra, dễ xoá mờ, rồi truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin để gây chuyển dạ đẻ.

5.2. Xử trí thai chết trong tử cung, nhất thiết không được vội vàng, có khi phải vài ba ngày, thai mới ra, vì thế phải làm tốt công tác tư vấn cho thai phụ và gia đình để họ khỏi lo lắng hoặc hiểu nhầm.

- Trường hợp thai chết trong tử cung chưa chuyển dạ đã bị vỡ ối, thì bằng mọi cách phải cho thai ra càng sớm càng tốt.

- Sau khi thai chết trong tử cung đã ra, cần kiểm soát tử cung nếu thai phụ tự đẻ theo đường dưới, sau đó phải tiêm thuốc co tử cung, để hạn chế chảy máu, và cho kháng sinh để chống nhiễm khuẩn.

6. chăm sóc thai phụ Thai chết trong tử cung

6.1. Nhận định:

- Tiền sử: bệnh tật

+ Mẹ mắc bệnh nội khoa mạn tính, bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc thai nghén, nhiễm độc hoá chất ...

+ Thai chết trong tử cung, thai dị dạng, thai bất đồng nhóm máu với mẹ...

+ Toàn trạng: Da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.

- Tình trạng bệnh lý:

+ Có lúc biểu hiện thai phát triển: bụng to lên, nghén, thai máy...

+ Biểu hiện thai chết: hết nghén, bụng nhỏ dần, ra huyết âm đạo, thai không máy, vú cương tiết sữa.

- Cận lâm sàng:

+ Siêu âm hình ảnh thai chết.

+ Xét nghiệm máu: Fibrinogen giảm.

6.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Mệt mỏi do lo lắng mất ngủ vì tình trạng thai nghén bất thường.

- Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do chảy máu trong hoặc sau sảy (hoặc sau nạo).

- Nguy cơ nhiễm khuẩn sau sảy, sau nạo thai chết trong tử cung.

6.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Giảm mệt mỏi do lo lắng mất ngủ cho người bệnh:
- Động viên, an tâm người bệnh, ăn uống tăng đậm, nghỉ ngơi tuyệt đối.
- Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh
- Giảm thiếu máu hoặc suy tuần hoàn:
- Chuẩn bị người bệnh, dụng cụ để tiến hành thủ thuật kịp thời.
- Thực hiện thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu, máu và các dịch thay thế theo y lệnh.
- Theo dõi mạch, huyết áp, sự thu hồi tử cung, sự ra huyết âm đạo.
- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn:
- Theo dõi thân nhiệt.
- Theo dõi sản dịch về số lượng, mùi, màu sắc.
- Thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh.
- Hướng dẫn hoặc làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.

6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Hỏi thăm về tình trạng sức khỏe, giải thích về tình trạng thai, động viên để người bệnh an tâm tin tưởng.
- Cho người bệnh ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn tăng đậm, nằm nghỉ tuyệt đối tại giường. máu.
- Người bệnh được nạo thai chết trong tử cung sớm, phát hiện kịp thời biến chứng chảy máu
- Đếm mạch, đo huyết áp, đo nhiệt độ, theo dõi màu sắc da, niêm mạc.
- Khám sự thu hồi tử cung, đánh giá số lượng, màu sắc của máu và sản dịch.
- Hướng dẫn hoặc vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, đóng khố sạch.
- Tiêm hoặc cho người bệnh uống thuốc an thần: Diazepam, Rotulda ... theo y lệnh.
- Tiêm thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu: Oxytocin, Transamine theo y lệnh.
- Truyền máu hoặc các dịch thay thế theo y lệnh.
- Tiêm kháng sinh theo y lệnh.

6.5. Đánh giá chăm sóc:

- **Hiệu quả chăm sóc tốt:**
 - + Người bệnh đỡ lo lắng, ngủ được.
 - + Người bệnh đỡ thiếu máu, không xảy ra biến chứng (nhiễm khuẩn hoặc chảy máu).
- **Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:**
 - + Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ.
 - + Người bệnh vẫn thiếu máu hoặc có biến chứng (chảy máu hoặc nhiễm khuẩn).

Tự lượng giá

Điền vào chỗ trống câu 1

Câu 1. Thai chết trong tử cung là những trường hợp thai bị chết khi tuổi thai từ (A)

.....trở lên, nằm lại trong tử cung ít nhất (B)..... trước khi chuyển dạ.

Trả lời ngắn các câu từ 2 đến 8

Câu 2. Kể ít nhất 5 nguyên nhân về phía mẹ, có thể gây thai chết trong tử cung

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Câu 3. Kể 5 nguyên nhân về phía con, có thể gây thai chết trong tử cung

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Câu 4. Kể 4 nguyên nhân về phía phần phụ của thai, có thể gây thai chết trong tử cung

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 5. Trình bày 4 dấu hiệu lâm sàng và siêu âm để chẩn đoán thai chết trong tử cung với tuổi thai dưới 22 tuần

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 6. Trình bày 4 dấu hiệu lâm sàng hướng đến chẩn đoán thai chết trong tử cung từ 22 tuần trở lên

- A.
- B.
- C.
- D.

Câu 7. Kể 5 dấu hiệu trên siêu âm để xác định thai chết trong tử cung

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.

Câu 8. Kể 2 tai biến có thể xảy ra đối với thai phụ bị thai chết trong tử cung

- A.
- B.

Đánh dấu X vào cột tương ứng Đúng/Sai trong các câu từ 9 đến 16:

T.T	Câu hỏi	Đúng	Sai
9	Thai chết trong tử cung có thể sảy hoặc đẻ ra sau khi chết vài ngày nhưng có khi tồn tại trong tử cung nhiều tuần.		
10	Thai chết trong tử cung chỉ gây lo lắng cho thai phụ và gia đình chứ hoàn toàn không có nguy hiểm gì cho mẹ, dù thời gian lưu trong tử cung ngắn hay dài.		
11	Đã chẩn đoán xác định thai chết trong tử cung, cần phải xử trí lấy thai ra, nhưng không cần vội vàng.		
12	Thai chết trong tử cung còn ít tuần tuổi, có thể hút thai tại xã.		
13	Với thai chết trong tử cung có tuổi thai trên 22 tuần, cũng dùng phương		
14	Pháp nong cổ tử cung để gấp và nạo.		
15	Thai chết trong tử cung đã bị vỡ ối, cần phải tìm cách lấy thai ra sớm.		
16	Sau thủ thuật lấy thai đã chết trong tử cung mà trước đó ối chưa vỡ, thì không cần cho thuốc kháng sinh điều trị.		
17	Tất cả các trường hợp đẻ thai chết trong tử cung theo đường dưới, cần được kiểm soát tử cung sau đẻ.		

NHAU TIỀN ĐẠO

1. Định nghĩa và phân loại

Nhau tiền đạo (NTĐ) là trường hợp bánh nhau không bám ở đáy tử cung như bình thường, mà bám lan xuống đoạn dưới, có thể che lấp một phần hoặc toàn bộ lỗ trong cổ tử cung, trở thành vật cản trên đường ra của thai nhi.

Tùy theo vị trí bám của bánh nhau trong tử cung, NTĐ được phân loại như sau:

1.1. Loại NTĐ không phủ lỗ trong cổ tử cung gồm

- **Nhau bám thấp** là khi một phần bánh nhau bám lan xuống đoạn dưới tử cung. Loại này sau khi đẻ, kiểm tra màng nhau sẽ thấy lỗ đầu ối nằm lệch, một bên màng nhau dài, một bên màng nhau đo được chỉ dưới 10 cm từ bờ nhau đến lỗ đầu ối.

- **NTĐ bám bên** khi một phần bánh nhau bám xuống thấp hơn ở đoạn dưới.

- **NTĐ bám mép** khi mép bánh nhau đã bám sát vào bờ lỗ trong của cổ tử cung, loại này khi kiểm tra bánh nhau sẽ thấy một phần mép bánh nhau ở sát lỗ đầu ối.

1.2. Loại NTĐ phủ lỗ trong cổ tử cung gồm

- **NTĐ bán trung tâm** (hay trung tâm không hoàn toàn) là trường hợp bánh nhau bám thấp hơn, mép bánh nhau lan ra che lỗ trong cổ tử cung; khi chuyển dạ, cổ tử cung mở, thăm khám lỗ trong sờ thấy được một phần bánh nhau che phủ một phần lỗ trong, bên cạnh đó vẫn sờ thấy màng ối. Tiến triển của loại NTĐ này khó lường: khi cổ tử cung càng mở rộng ra, phần bánh nhau che phủ lỗ cổ tử cung có thể sẽ nhỏ bớt đi, có khi chỉ như NTĐ bám mép; nhưng có khi ngược lại, phần nhau che cổ tử cung lại to thêm ra che kín gần hết cổ tử cung.

- **NTĐ trung tâm hoàn toàn** là trường hợp một phần bánh nhau bám ở dưới phủ kín lỗ trong cổ tử cung. Khi cổ tử cung hé mở, ngón tay đưa vào thăm chỉ thấy nhau, không thấy màng ối (Hình số 27).

Trên đây là phân loại nhau tiền đạo theo giải phẫu. Ngoài ra, còn có thể phân loại NTĐ trên lâm sàng (NTĐ chảy máu nhiều và NTĐ chảy máu ít), hoặc phân loại theo siêu âm.



Hình: Các hình thái nhau tiền đạo

2. Nguyên nhân của NTĐ

Nguyên nhân thực sự của NTĐ chưa biết rõ, nhưng người ta thấy tần suất bệnh tăng lên ở những nhóm thai phụ có đặc điểm sau:

- Lần đẻ trước đã bị NTĐ.

- Có sẹo mổ ở tử cung: do mổ lấy thai, do mổ phụ khoa (bóc nhân xơ, cắt vách

ngăn, tạo hình tử cung).

- Đã sảy thai, nạo thai nhiều lần.
- Có tiền sử viêm nhiễm niêm mạc tử cung.

Giải thích cho những nguyên nhân trên, người ta cho rằng niêm mạc tử cung của những người này ít nhiều bị thương tổn, khiến phôi không thể làm tổ được ở vị trí thông thường là đáy tử cung, mà phải làm tổ sang vùng khác.

- Cũng thường có tỷ lệ cao hơn về NTĐ ở người chữa nhiều thai và điều này được lý giải: vì bánh nhau quá to nên phải bám lan xuống dưới.

3. Lâm sàng các trường hợp nhau tiền đạo

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng cơ năng có giá trị gợi ý chẩn đoán nhất đối với NTĐ, là tình trạng ra máu ở nửa sau của thai kỳ (thường vào những tháng cuối) với những tính chất đặc biệt của nó như sau:

- Ra máu tự nhiên, đột ngột không có dấu hiệu gì báo trước. Có thai phụ ban đêm thức giấc vì thấy ướt quần, tưởng ngủ mê đái dầm, trở dậy đi thay mới biết bị ra máu.

- Lượng máu ra ít, nhiều tùy từng trường hợp, nhưng thường có màu đỏ tươi, có thể lẫn cục máu đông. Thường máu ào ra trong một thời gian ngắn, rồi đột ngột ngừng lại không mấy khi kéo dài nhiều ngày, dù không điều trị thuốc men gì.

- Tuy nhiên, sau một thời gian thai phụ lại có lần ra máu lại, lượng máu chảy ra nhiều hơn lần trước và thời gian ra máu cũng dài hơn. Khoảng cách giữa các lần ra máu cũng ngắn lại.

- Tình trạng ra máu nhiều đợt kèm theo nổi lo lắng, làm thai phụ mệt mỏi, xanh xao vì thiếu máu.

- Nếu ra máu vào giai đoạn có các cơn co tử cung của chuyển dạ, thì lượng máu sẽ chảy nhiều hơn và cơn co càng mạnh, càng ra máu nặng.

- Kinh nghiệm cho thấy NTĐ loại không phủ cổ tử cung thường hay ra máu nhiều đợt trong thời gian chưa chuyển dạ, còn loại NTĐ phủ cổ tử cung thì hay ra máu khi bắt đầu chuyển dạ.

- Khám thực thể hầu như không có gì đặc biệt, cũng có thể thấy: Ngôi thai bất thường (do nhau bám không đúng vị trí trong buồng tử cung); nếu thai nằm dọc thì ngôi thường cao lỏng.

3.2. Cơ chế ra máu trong nhau tiền đạo

- Trong thời kỳ đầu của thai nghén, đoạn dưới tử cung chưa thành lập, nhưng từ nửa sau của thai nghén phần eo tử cung (bình thường chỉ 0,5 cm) giãn dần ra để trở thành đoạn dưới (khi hoàn chỉnh dài hơn 10 cm). Ban đầu sự phát triển của đoạn dưới và bánh nhau cân đối, nên không có vấn đề gì xảy ra, sau này do đoạn dưới phát triển nhanh hơn sự phát triển của phần nhau bám ở đoạn dưới, nên làm đứt một số mạch máu ở nơi nhau bám, gây chảy máu.

- Những tháng cuối của thai nghén xuất hiện các cơn co bóp tử cung sinh lý, giúp hình thành đoạn dưới cũng dễ làm đứt mạch máu và có thể làm bong một phần nhau bám ở đó.

- Khi chuyển dạ, đầu ối thành lập, màng ối bị căng ra khi có cơn co tử cung, sẽ kéo vào mép bánh nhau bám ở đoạn dưới cũng gây bong một phần nhau bám tại đó. Chính vì thế, trong trường hợp NTĐ bám mép hoặc bán trung tâm, cần bám ối để làm

mất nguyên nhân co kéo của màng ối vào rìa bánh nhau, hạn chế chảy máu.

3.3. Chẩn đoán xác định

Dựa vào tình trạng ra máu với tính chất điển hình nêu trên có thể nghĩ đến NTĐ. Tuy nhiên, để xác định chẩn đoán, cần làm thêm một số xét nghiệm. Trước đây có thể chụp X. quang bụng không chuẩn bị hoặc chụp bàng quang có bơm thuốc cản quang, chụp phóng xạ i ốt hay chụp động mạch hạ vị, nhưng nay chỉ cần cho làm siêu âm là đã có thể xác định NTĐ một cách khá chắc chắn, khi nhìn thấy trên màn hình vị trí nhau thai bám ở đâu, có phủ lỗ trong cổ tử cung hay không.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt NTĐ với các chảy máu thường gặp khác diễn ra vào nửa sau thai kỳ như nhau bong non, vỡ tử cung, thai chết trong tử cung, dọa đẻ non hoặc một số bệnh lý ở cổ tử cung.

- **Nhau bong non:** thường có các triệu chứng nhiễm độc thai nghén đi kèm, ra máu thường xuyên kèm theo đau bụng, tăng trương lực cơ của cơ tử cung. Tính chất máu cũng khác hẳn: thâm màu và không đông.

- **Vỡ tử cung:** thường diễn ra trong chuyển dạ, chảy máu trong là chính, trước khi vỡ tử cung bao giờ cũng có cơn đau vật vã, dồn dập, thai thường chết.

- **Thai chết trong tử cung:** máu cũng ra khi có dấu hiệu sảy hoặc đẻ, vì thế sẽ kèm theo đau bụng. Thai không máy. Tim thai mất. Bụng nhỏ dần.

- **Doạ đẻ non:** Có cơn co tử cung gây chuyển dạ đi kèm, khi tuổi thai chưa đủ tháng.

- **Các tổn thương cổ tử cung:** như ung thư, políp, khám âm đạo bằng tay hay đặt mỏ vịt quan sát, sẽ dễ dàng phát hiện.

4. Thái độ xử trí đối với NTĐ

4.1. Với NTĐ còn chưa chuyển dạ

- Không được lưu giữ theo dõi tại trạm y tế xã, cần tư vấn cho thai phụ và gia đình nguy cơ chảy máu bất ngờ không thể lường trước được, để chuyển lên bệnh viện có khả năng phẫu thuật.

- Tại bệnh viện, nếu thai phụ đã cầm máu và thai còn non tháng thì được giữ lại theo dõi tại BV, cho các thuốc giảm co tử cung, viên sắt chống thiếu máu và nghỉ ngơi. Nếu đã mất máu nhiều, thai phụ bị thiếu máu nặng, có thể cho truyền máu. Mục đích là chờ cho thai nhi phát triển thêm trong bụng mẹ được ngày nào hay ngày đó.

- Nếu chảy máu tiếp tục và nghiêm trọng, thì cần mổ lấy thai để cứu mẹ, dù tuổi của thai nhi thế nào.

- Nếu NTĐ được chẩn đoán xác định là loại phủ lỗ trong cổ tử cung thì khi thai đủ tháng (38 - 39 tuần) tiến hành mổ chủ động lấy thai, không cần chờ chuyển dạ.

4.2. Nếu NTĐ đang chuyển dạ

Cách xử trí phụ thuộc vào NTĐ loại nào và tình trạng mất máu nặng hay nhẹ của sản phụ:

- Trường hợp NTĐ chuyển dạ bị chảy máu đến cơ sở y tế xã hoặc bệnh viện, nhưng

không có khả năng mổ được, thì phải bằng mọi phương tiện nhanh nhất chuyển sản phụ lên bệnh viện gần nhất có khả năng phẫu thuật. Khi di chuyển phải có cán bộ y tế hộ tống. Nếu sản phụ bị choáng do mất máu, thì vừa hồi sức, vừa chuyển hoặc mời tuyến trên về hỗ trợ. Điều quan trọng là khi sản phụ bị chảy máu, **không được cho tay**

thăm khám âm đạo để xác định chẩn đoán, vì nếu đúng là NTĐ loại phủ cổ tử cung thì động tác khám này sẽ gây chảy máu rất nguy hiểm cho tính mạng thai phụ.

- Ở nơi có khả năng phẫu thuật, nếu NTĐ được xác định là loại phủ lỗ trong cổ tử cung, thì tiến hành mổ lấy thai ngay. Nếu NTĐ là loại không phủ lỗ trong cổ tử cung, thì có thể tiến hành bấm ối cho giảm áp lực buồng ối và sự co kéo của màng ối, đồng thời nhờ sự chèn ép cơ học của ngôi thai lên bánh nhau phía dưới để làm ngừng chảy máu. Nếu máu không chảy nữa thì sản phụ được theo dõi để đẻ theo đường dưới. Nếu vẫn tiếp tục ra máu, thì phải mổ lấy thai.

Tóm lại, việc xử trí NTĐ có chỉ định mổ hay không, yếu tố quan trọng nhất để quyết định là tình trạng ra máu của thai phụ, rồi thứ hai mới đến NTĐ thuộc loại nào (ngay việc chỉ định mổ NTĐ trung tâm khi thai đủ tháng, không cần chờ chuyển dạ, cũng nhằm tránh cho thai phụ bị chảy máu nặng, khó lường khi chuyển dạ).

5. Chăm sóc thai phụ nhau tiền đạo

5.1. Nhận định:

- Tiền sử: + Bệnh tật
+ Thai nghén
+ Điều kiện sống, sinh hoạt hàng ngày, phong tục tập quán: đẻ nhiều, đẻ dày, nạo hút thai nhiều...

- Toàn trạng: Da, niêm mạc, sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.

- Đau bụng, ra máu âm đạo, tính chất ra máu âm đạo.

- Đại tiểu tiện

- Các xét nghiệm

5.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng về bệnh do mất máu

- Nguy cơ chảy máu, thiếu máu do rau bám không đúng vị trí

- Nguy cơ thai kém phát triển, đẻ non do mất máu

- Nguy cơ nhiễm khuẩn do chảy máu kéo dài

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Cho sản phụ nằm nghỉ tuyệt đối, giảm co.

- Theo dõi toàn trạng, theo dõi ra máu, sự phát triển của thai.

- Hướng dẫn chế độ ăn, nâng cao thể trạng

- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể

- Thực hiện y lệnh

5.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi, phát hiện thiếu máu, sốc

- Xem số lượng máu ra âm đạo, màu sắc, thời gian

- Nắn tử cung xem ngôi thai có bất thường không

- Đếm nhịp tim thai phát hiện suy thai

- Hướng dẫn cho sản phụ ăn đủ chất, ăn dễ tiêu, trừ các chất kích thích và gia vị

- Cho sản phụ nằm nghỉ tuyệt đối tại giường

- Làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài ngày 3 lần, thay váy áo, khăn vệ sinh vô khuẩn

- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác

5.5. Đánh giá:

- **Hiệu quả chăm sóc tốt:**

Sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, số lượng máu ra ít, tim thai tốt. Người bệnh đỡ lo lắng, ngủ được. Người bệnh đỡ thiếu máu, không xảy ra biến chứng (nhiễm khuẩn hoặc chảy máu).

- **Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:**
 - + Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ.
 - + Người bệnh vẫn thiếu máu hoặc có biến chứng (chảy máu hoặc nhiễm khuẩn, tim thai có thể bị suy, thai kém phát triển).

Tự lượng giá

Điền vào chỗ trống câu 1-2

Câu 1. Nhau tiền đạo là trường hợp bánh rau không bám (A).....như bình thường mà bám (B) , có khi che lấp một phần hoặc (C)

..... lỗ trong cổ tử cung, trở thành vật cản trên đường ra của thai nhi.

Câu 2. Chẩn đoán xác định NTĐ hiện nay chủ yếu dựa vào

Trả lời ngắn các câu từ 3 đến 7

Câu 3. Kể tên ba loại NTĐ không phủ lỗ trong cổ tử cung

A.

B.

C.

Câu 4. Kể tên hai loại RTĐ có phủ lỗ trong cổ tử cung

A.

B.

Câu 5. Những thai phụ nào khi thai nghén dễ bị NTĐ

A.

B.

C.

D.

Câu 6. Kể 4 tính chất đặc biệt của tình trạng ra máu trong NTĐ

A.

B.

C.

D.

Câu 7. Ba cơ chế chính gây chảy máu trong RTĐ là

A.

B.

C.

Đánh dấu ✓ vào cột tương ứng Đúng/Sai trong các câu từ 8 đến 15

T.T	Câu hỏi	Đúng	Sai
8	Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán NTĐ là tình trạng chảy máu đường sinh dục trong những tháng cuối thai kỳ.		
9	NTĐ trung tâm hoàn toàn thường ra máu khi chưa chuyên dạ.		
10	Khi thai phụ bị ra máu, nghi ngờ NTĐ cần thăm khám xác định loại NTĐ nào, rồi mới chuyên đi bệnh viện.		
11	Máu chảy ra trong NTĐ có màu đỏ tươi và không đông.		
12	Chảy máu do NTĐ tự ngừng cũng bất ngờ, giống như khi nó xuất hiện.		

13	NTĐ phải được điều trị bằng cách mô lấy thai.		
14	Một số trường hợp NTĐ loại không phủ lỗ trong cổ tử cung, có thể dễ được đường dưới.		
15	Người hộ sinh công tác tại xã gặp trường hợp thai phụ bị ra máu vào tháng thứ 8, cần cho nằm nghỉ hoàn toàn, chờ thai gần đủ tháng sẽ gửi lên bệnh viện có khả năng phẫu thuật.		

Chọn câu trả lời tốt nhất cho các câu 16 và 17

Câu 16. Một phụ nữ có thai 36 tuần, đột nhiên thấy ra máu âm đạo màu đỏ tươi, số lượng khoảng 60 ml, máu loãng lẫn máu cục. Khi đến khám thấy không có con co tử cung, máu âm đạo không ra nữa. Hãy chọn một chẩn đoán thích hợp nhất, trong các chẩn đoán nêu sau đây:

- A. Doạ đẻ non.
- B. Doạ sảy thai.
- C. Thai chết trong tử cung.
- D. Rau tiền đạo.
- E. Rau bong non.

Câu 17. Một phụ nữ có thai 32 tuần, mấy ngày nay thấy thai đập giảm đi và đến nay hình như không đập, đến trạm khám vì đau bụng nhẹ từng cơn và ra máu đen, loãng, không đông. Với tình trạng ra máu này, hãy chọn chẩn đoán nào dưới đây phù hợp nhất.

- A. Doạ đẻ non.
- B. Doạ sảy thai.
- C. Thai chết trong tử cung.
- D. Rau tiền đạo.
- E. Rau bong non.

Bài tập giải quyết vấn đề

Câu 18. Bà Năm có thai 39 tuần, đến trạm y tế xã khám đột xuất, vì đêm qua tự nhiên ra máu loãng, lẫn cục, số lượng chừng một bát, kèm theo cứ khoảng nửa giờ lại thấy hơi tức bụng, nhưng không đau. Bà Năm vẫn thấy thai đập, nhưng yếu hơn trước.

Pha 1. Trước tình trạng này của bà Năm, nếu anh/ chị là hộ sinh tại xã đó, em cần làm những điều cần thiết gì?

- A.
- B.
- C.

Pha 2. Sau khi đã hỏi và khám cho bà Năm

D. Anh/ chị hướng đến chẩn đoán nào trong trường hợp này?

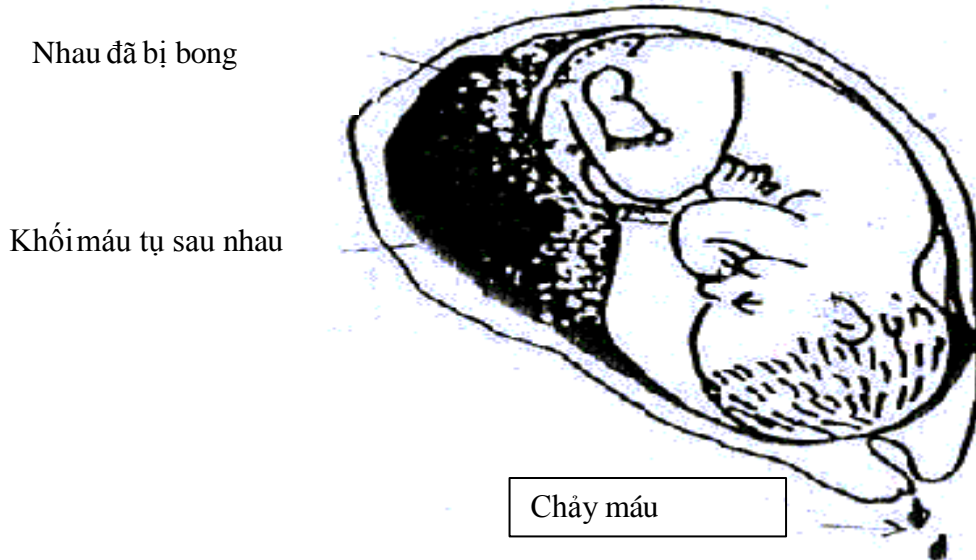
Pha 3- Anh/ chị sẽ chọn cách xử trí nào được nêu ra dưới đây:

- E. Cho thai phụ nằm nghỉ, theo dõi ra máu tại trạm.
- F. Thăm khám âm đạo xem có phải NTĐ hay không?.
- G. Khuyến bà Năm tự đi siêu âm, để xem có đúng là NTĐ hay không.
- H. Giải thích cho bà Năm và gia đình, đây có thể là một trường hợp tai biến nặng, có khả năng phải mổ và khuyên gia đình chuyển thẳng về bệnh viện tỉnh, vì ở huyện chưa có khả năng phẫu thuật.
- I. Anh/ chị hãy lập kế hoạch chăm sóc cho bà Năm.

NHAU BONG NON

1- Định nghĩa và phân loại

Nhau bong non (NBN) là trường hợp nhau bám đúng vị trí, nhưng đã bong một hay nhiều phần của bánh nhau, khi thai còn nằm trong tử cung. Đây là một cấp cứu trong sản khoa, khi ở thể nặng, có thể làm chết cả mẹ lẫn con.



Hình: nhau bong non

Nhau bong non có hai loại:

- **Nhau bong non do chấn thương:** thai phụ bị ngã, bị đánh, đá, đạp vào bụng hoặc bị tai nạn giao thông trong nửa sau của thai kỳ. Những chấn thương trực tiếp vào bụng đó, sẽ gây chảy máu ở bánh nhau và gây máu tụ sau nhau, làm cho bong nhau.
- **Nhau bong non bệnh lý:** Thai phụ không hề bị một chấn thương nào, nhưng vẫn bị NBN. Nguyên nhân còn chưa rõ, nhưng thường gặp ở những thai phụ có hội chứng tiền sản giật nặng.

2- Lâm sàng

NBN là một bệnh xảy ra trong những tháng cuối của thai kỳ, có triệu chứng chảy máu đường sinh dục, với những thể bệnh rất khác nhau.

2.1- Triệu chứng và các thể bệnh

Tùy theo mức độ nhẹ hay nặng của bệnh, NBN được chia thành 4 thể sau đây:

2.1.1- Thể không có triệu chứng (độ 0): người bệnh không có một triệu chứng nào trên lâm sàng, chỉ do vô tình làm siêu âm phát hiện ra hoặc sau khi đẻ, kiểm tra bánh nhau thấy bị lõm một mảng nhỏ và có cục máu tụ nhỏ sau bánh nhau mới biết.

2.1.2- NBN thể nhẹ (độ 1): biểu hiện bằng các triệu chứng sau:

- Thai phụ thấy đau bụng hơi nhiều hơn bình thường, do cơn co tử cung mạnh hơn, đặc biệt tăng trương lực cơ bản của cơ tử cung, do đó ngoài cơn co vẫn thấy hơi tức bụng, chứ không mềm hoàn toàn như sau các cơn co tử cung bình thường.
- Nghe tim thai thường vẫn rõ, chưa có biểu hiện suy thai.
- Âm đạo có thể thấy ra một chút máu đen.

- Toàn trạng thai phụ không thay đổi.

NBN thể nhẹ cũng khó chẩn đoán, thường cũng đến lúc đẻ xong, kiểm tra nhau mới phát hiện. Ngày nay, với máy siêu âm có thể phát hiện được cục máu tụ sau nhau, trong trường hợp NBN thể nhẹ này.

2.1.3- NBN thể trung bình (độ 2), có các triệu chứng:

- Tử cung tăng co và tăng trương lực cơ bản nhiều hơn, khiến thai phụ đau nhiều, hết cơn đau vẫn có cảm giác đau âm ỉ và bụng vẫn hơi cứng.

- Thai bắt đầu suy, nhịp tim thai biến đổi (nhanh, chậm, không đều).

- Máu chảy từ âm đạo ra vừa phải, màu đen thẫm, loãng, không đông. Thực ra, lượng máu chảy ít hay nhiều bên ngoài không có giá trị tiên lượng, vì đôi khi khối máu tụ sau nhau lại ngấm vào cơ tử cung, không lách được màng nhau để chảy ra ngoài, nên không thấy máu chảy nhiều ở âm đạo, nhưng bệnh cảnh của thai phụ lại rất trầm trọng.

- Toàn thân: thai phụ thường có các dấu hiệu của tiền sản giật: tăng huyết áp, nước tiểu có protein, phù. Có thể vật vã do choáng nhẹ.

2.1.4- NBN thể nặng (độ 3), còn gọi là phong huyết tử cung - nhau:

- Sản phụ đau dữ dội vì cơn co tăng mạnh và đặc biệt trương lực cơ bản cũng tăng nhiều khiến tử cung co cứng như gỗ liên tục. Nếu đo chiều cao tử cung sẽ thấy chiều cao này tăng lên (do tử cung bị ngấm máu to ra).

- Toàn thân: ngoài hội chứng tiền sản giật nặng, còn thêm tình trạng choáng: vật vã, mạch nhanh, huyết áp tụt (cần lưu ý là trước đó người bệnh có tăng huyết áp do tiền sản giật nên số đo huyết áp khi bị choáng tuy không quá thấp như mọi ca choáng khác, nhưng tình trạng choáng vẫn rất nặng). Tình trạng choáng còn do tình trạng nhiễm độc, vì cơ tử cung bị nhồi máu, hoại tử cấp. Không xử trí kịp thời, thể này có thể dẫn đến tử vong cho sản phụ.

- Tim thai lúc này thường mất, do thai đã chết (không còn tuần hoàn mẹ - con).

- Máu ra âm đạo nếu có, vẫn là loại máu đen, loãng, không đông.

- Cổ tử cung cứng, ối phòng căng và nếu bấm ối thì nước ối cũng có máu.

2.2- Chẩn đoán xác định

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng đã mô tả trên.

- Với máy siêu âm hiện nay, có thể khẳng định NBN từ rất sớm. Vì thế, trên lâm sàng nếu có chút nghi ngờ, nên cho thai phụ được làm siêu âm để loại trừ.

- Các xét nghiệm về đông máu sẽ cho biết tình trạng rối loạn đông máu rất nặng trong thể phong huyết tử cung - nhau (thời gian máu đông, máu chảy kéo dài; giảm nhiều hoặc mất hết chất sinh sợi huyết...)

2.3- Chẩn đoán phân biệt

- Với **Nhau tiền đạo**: NTĐ không đau bụng, nếu trong chuyển dạ thì không tăng co mạnh và không tăng trương lực cơ bản. Máu ra đỏ tươi, đông thành cục. Tim thai thường ít thay đổi (nếu mất máu không nhiều).

- Với **vỡ tử cung**: toàn thân tuy cũng có choáng, trước khi vỡ cũng có giai đoạn đau dữ dội, tim thai cũng mất, nhưng nếu được theo dõi từ trước hoặc khai thác kỹ sẽ thấy có các triệu chứng dọa vỡ. Khi khám tử cung đã vỡ, thường nắn được các phần thai nhi dưới da bụng. Bệnh nhân thường không có rối loạn đông máu kèm theo.

- Với **đa ối cấp**: Người bệnh cũng đau đớn, vật vã, bụng to nhanh và cứng, nhưng không chảy máu, không bị choáng, không có rối loạn đông máu. Bên cạnh đó người bệnh thường khó thở nhiều, do tử cung to nhanh chèn ép cơ hoành, hạn chế hô hấp.

- Với **thai chết trong tử cung đang chuyển dạ**: Thai phụ cũng ra máu đen, máu

cũng có thể không đông, tim thai mất, nhưng thường không bị choáng, tử cung không co cứng liên tục, không tăng chiều cao tử cung trong quá trình theo dõi.

3- Xử trí

3.1- Với thể không có triệu chứng và thể nhẹ: Vì ít khi phát hiện được trong thời gian chuyển dạ, nên cần có thái độ cảnh giác với các trường hợp sau:

- Trong chuyển dạ có ra chút máu đen.
- Con co tử cung mau, mạnh không phù hợp với độ mở cổ tử cung.
- ở nơi có điều kiện, nên cho làm siêu âm để xác định hoặc loại trừ NBN.

Nếu chỉ phát hiện sau khi đẻ qua kiểm tra bánh rau, thì sản phụ đó phải được theo dõi sát tình trạng băng huyết, tiêm thuốc co tử cung, đề phòng đỡ tử cung do NBN sau khi đẻ.

3.2- Với NBN thể trung bình: Trước đây, người ta thường bấm ối để cho sản phụ đẻ nhanh và theo dõi sát người bệnh, phòng ngừa tình trạng chuyển sang thể nặng, nhưng hiện nay xu hướng chung là mổ lấy thai ngay, khi chẩn đoán NBN được đặt ra.

Vì thế người hộ sinh ở tuyến xã khi gặp NBN thể trung bình, cần tư vấn cho thai phụ và gia đình để nhanh chóng chuyển về nơi có thể mổ lấy thai. Trước khi chuyển cho tiêm các thuốc giảm co cơ tử cung như atropin 1/4 mg tiêm bắp 1-2 ống; papavarin 0,04 g tiêm bắp 1-2 ống. Cần có cán bộ y tế đi hộ tống.

3.3- Với NBN thể nặng: Chỉ có cách mổ để cứu người mẹ (vì con thường đã chết), nhiều trường hợp sau khi lấy thai ra, phải tiếp cắt tử cung cấp cứu để phòng băng huyết sau mổ. Cùng với phẫu thuật phải hồi sức chống choáng, truyền máu tích cực mới mong cứu được người mẹ.

Vì thế, nếu gặp NBN thể nặng ở tuyến xã, thì tích cực chống choáng ban đầu và nhanh chóng chuyển người bệnh về bệnh viện có khả năng phẫu thuật gần nhất hoặc mời bệnh viện tuyến trên về chi viện, xử trí tại chỗ.

Trong quá trình chăm sóc sau đẻ hoặc sau mổ cần chú ý: dù tử cung còn hay đã cắt thì sản phụ vẫn có nguy cơ chảy máu rất cao, do hậu quả của rối loạn đông máu trong rau bong non.

4. Chăm sóc thai phụ nhau bong non

4.1. Nhận định:

- Tiền sử:
 - + Bệnh tật, điều kiện sinh sống, điều kiện lao động.
 - + Thai nghén
- Sự hiểu biết của người bệnh về rau bong non
- Mức độ lo lắng, mức độ khó chịu của người bệnh
- Tính chất đau:
 - + Thời gian cơn đau
 - + Tần số cơn đau
 - + Mức độ đau
 - + Vị trí đau
- Con co tử cung.
 - + Thời gian
 - + Tần số
 - + Cường độ
 - +Trương lực tử cung ngoài cơn co tử cung
- Theo dõi tim thai liên tục, nhằm đánh giá:
 - + Nhịp tim thai cơ bản
 - + Thay đổi nhịp tim thai cơ bản
 - + Sự thay đổi nhịp tim thai và kiểu thay đổi (DIP)

- + Thời gian hồi phục sau nhịp chậm của tim thai
- Tính chất, số lượng máu ra âm đạo
- Sự thay đổi cao tử cung, vòng bụng 30'/lần
- Cận lâm sàng.

4.2- Các vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng, thiếu hụt kiến thức về bệnh
- Đau do tình trạng rau bong non gây nên
- Nguy cơ tổn thương cho thai do chảy máu và bong nhau
- Thiếu hụt nước và điện giải do chảy máu

4.3- Lập kế hoạch chăm sóc:

- Cho người bệnh nằm nghỉ hoàn toàn tại nơi yên tĩnh, thoáng, ấm
- Theo dõi toàn trạng, theo dõi ra máu, tim thai, mức độ đau bụng và sự co cứng của tử cung.

- Cung cấp thông tin cho người bệnh về nhau bong non
- Giải thích cho chồng và gia đình người bệnh
- Sử dụng các phương pháp giảm đau không bằng thuốc nếu thích hợp.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể
- Thực hiện y lệnh kịp thời, đầy đủ và chính xác.

4.4- Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin cho người bệnh về nhau bong non:
 - + Nguyên nhân
 - + Biểu hiện
 - + ảnh hưởng của rau bong non tới cuộc đẻ
 - + Hậu quả có thể có ở mẹ, ở con
- Trước khi tiến hành bất cứ can thiệp nào ở người bệnh cần giải thích cho chồng và gia đình người bệnh những vấn đề sau:
 - + Vì sao phải tiến hành can thiệp
 - + Cách thức tiến hành
 - + Kết quả có thể đạt được
- Sử dụng các phương pháp giảm đau không bằng thuốc nếu thích hợp:
 - + Thay đổi tư thế
 - + Kỹ thuật thư giãn
 - + Cách thở
- Báo cho bác sỹ mọi thay đổi của tim thai
- Chuẩn bị đầy đủ các phương tiện, thuốc cấp cứu trẻ ngạt
- Báo cho bác sỹ mọi thay đổi của các dấu hiệu sinh tồn và các thay đổi ở tử cung như:
 - + Tử cung không mềm sau khi hết cơn co tử cung
 - + Người bệnh đau bụng ngày càng tăng
 - + Người bệnh thay đổi ý thức hoặc hành vi
 - + Máu ra âm đạo tăng
 - + Lượng nước tiểu giảm
- Cho người bệnh nằm nghỉ hoàn toàn tại nơi yên tĩnh, thoáng, ấm
- Chuẩn bị người bệnh, vệ sinh thân thể, vệ sinh vùng mổ, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, giải thích cho người bệnh và gia đình, chuẩn bị dụng cụ và phương tiện cho mổ cấp cứu lấy thai.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác.

4.5. Đánh giá:

- **Hiệu quả chăm sóc tốt:** Việc chăm sóc được đánh giá là tốt khi các dấu hiệu

được theo dõi sát, phát hiện sớm các diễn biến bất thường và báo cáo kịp thời. Thực hiện y lệnh chính xác và có hiệu quả.

- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt: Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ, không được theo dõi sát, không phát hiện được sớm các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời

ĐẠO ĐẼ NON – ĐẼ NON

1- Định nghĩa

Đạo đẻ non và đẻ non là hiện tượng thai nghén bị đe dọa gián đoạn hay bị gián đoạn, không giữ được khi thai chưa đủ tháng, nhưng đã có khả năng sống được. Tuổi thai gọi là đẻ non được tính từ 22 tuần đến dưới 37 tuần. Thai đẻ ra có cân nặng từ 500 gam trở lên được coi là đẻ non.

2- Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây đẻ non, được chia ra:

2.1- Về phía mẹ

- Các bệnh nhiễm khuẩn toàn thân và nhiễm khuẩn đường sinh dục - tiết niệu.
- Các bệnh mạn tính như bệnh tim, bệnh thận, bệnh béo phì, cao huyết áp.
- Nhiễm độc thai nghén trong lần thai nghén này.
- Các bất thường của tử cung: tử cung dị dạng, hở eo tử cung, tử cung có u xơ.
- Các sang chấn vào vùng bụng: ngã, bị đánh đập, bị phẫu thuật.
- Về phía mẹ, còn phải kể đến các yếu tố kinh tế xã hội: thiếu ăn, nghèo đói, lao động vất vả.

2.2- Về phía con

- Thai dị dạng.
- Sinh đôi hay sinh ba (nhiều thai).
- Thai nhiễm bệnh bẩm sinh (Giang mai, sốt rét, Toxoplasmosis).

2.3- Về phía phần phụ của thai

- Đa ối, thiếu ối.
- Vỡ ối non.
- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.

3- Lâm sàng

Bao gồm các triệu chứng của người có thai từ 22 tuần đến dưới 37 tuần, tự nhiên đau bụng từng cơn, do cơn co tử cung, có thể kèm theo ra máu.

3.1- Đạo đẻ non

- Thai phụ thấy đau bụng từng cơn, do cơn co tử cung, dần dần tăng lên về cường độ, và tần số.
- Kèm theo đau bụng, có thể ra máu, có thể chỉ ra chất nhày hồng như khi bắt đầu chuyển dạ đẻ đủ tháng.
- Khám : tử cung to phù hợp với tuổi thai, cổ tử cung còn dài, đóng kín, tim thai vẫn đập đều.

Chẩn đoán đạo đẻ non thường dễ, nhưng tiên lượng có thể giữ được, không đẻ non mới là vấn đề khó khăn.

3.2- Đẻ non

Diễn biến của đẻ non không khác với chuyển dạ đẻ thường:

- Con co tử cung mỗi ngày một tăng về cường độ và tần số.
- Cổ tử cung xóa, rồi mở dần.
- Thành lập đầu ối.

Thai phụ vào viện đã có những dấu hiệu trên, thì đó là tình trạng đẻ non không tránh được.

- Cuối cùng, cuộc đẻ diễn ra không khác cuộc đẻ thai đủ tháng. Thai phụ đẻ thường

không khó (vì thai nhỏ), nhưng chuyển dạ có thể kéo dài, tâm lý sản phụ không ổn định và sau đẻ dễ bị sót rau.

4- Xử trí

Mọi hành động chăm sóc và điều trị cần được ghi chép lại và lưu giữ đầy đủ theo qui định.

4.1- Với dọa đẻ non: Phương hướng chung là cố gắng giữ thai đẻ không đẻ non bằng các biện pháp nằm nghỉ tuyệt đối và dùng thuốc giảm co bóp cơ tử cung.

4.1.1- ở tuyến xã

- Cho thai phụ nằm nghỉ tuyệt đối trên giường (mọi sinh hoạt tại giường), nên khuyến nằm nghiêng và nhiều hơn nghiêng về bên trái cho tới khi hết cơn co và không còn ra máu.

- Thuốc giảm co có thể dùng:
 - + Papaverin 0.04 g tiêm bắp thịt 1 đến 2 ống/ngày hoặc
 - + Salbutamol viên 2 mg mỗi ngày 2 viên (nếu có).

- Nếu tiến triển không tốt hơn, thì tư vấn cho thai phụ và gia đình chuyển thai phụ lên bệnh viện huyện.

4.1.2- Tại tuyến huyện trở lên

- Trước hết điều trị như ở xã.
- Nếu cơn co tăng lên, cổ tử cung vẫn đóng, chưa xóa, thì có thể cho truyền tĩnh mạch Salbutamol (do thầy thuốc chỉ định)
- Không được dùng salbutamol khi thai phụ có bệnh tim, bị chảy máu nhiều, nhiễm khuẩn ối.
- Có thể cho kháng sinh dự phòng, nhất là những trường hợp có rỉ ối.

4.2- Với đẻ non không tránh được

4.2.1- Tại tuyến xã

- Giải thích cho thai phụ và gia đình, tình trạng thai không thể giữ được và nếu còn kịp, thì cho chuyển lên tuyến trên.
- Nếu không kịp chuyển thì đỡ đẻ như bình thường ở xã, phải kiểm soát tử cung và hút nhớt kỹ cho trẻ, chú ý ủ ấm kỹ và tiêm Vitamin K1 (để phòng ngừa xuất huyết ở sơ sinh non tháng, do chức năng gan còn quá non yếu).
- Chăm sóc mẹ, theo dõi chảy máu sau sinh.
- Chuyển cả mẹ và con lên tuyến trên, nếu cần. Khi chuyển cho mẹ ôm con, để da của con sát da ngực bà mẹ, tránh bị nhiễm lạnh.

4.2.2- Tại tuyến huyện trở lên

- Kiểm tra xem có hy vọng làm chậm cuộc chuyển dạ được ít ngày (cổ tử cung chưa mở, ối còn) bằng cách truyền tĩnh mạch Salbutamol truyền tĩnh mạch và sử dụng Corticoit để giúp phổi của thai trưởng thành, tránh bệnh màng trong sau khi đẻ (do thầy thuốc chỉ định).
- Nếu không hy vọng làm chậm được chuyển dạ, thì có thể kích thích cho cuộc chuyển dạ tiến triển nhanh bằng các thuốc làm mềm (chín mùi) cổ tử cung và thúc đẩy

con co tử cung (do thầy thuốc chỉ định).

- Xử trí cuộc đẻ và theo dõi sau đẻ thận trọng, phòng tai biến cho mẹ.
- Với con, chăm sóc cẩn thận theo phác đồ xử trí trẻ đẻ non của bệnh viện.

5- Chăm sóc thai phụ dọa đẻ non và đẻ non

5.1- Nhận định:

- **Tiền sử:** các yếu tố về tiền sử bệnh tật, tiền sử sản phụ khoa nhiều khi có liên quan chặt chẽ đến lần sảy thai này.

+ Tiền sử bệnh tật: người bệnh bị mắc các bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh nhiễm khuẩn toàn thân và nhiễm khuẩn đường sinh dục, bệnh béo phì, cao huyết áp, nhiễm độc thai nghén...

+ Tiền sử sản phụ khoa: Các bất thường của tử cung: tử cung dị dạng, tử cung có u xơ, hở cổ tử cung. Các bệnh lý khi có thai: rau tiền đạo, rau bong non, đa ối, thiếu ối, đa thai...

+ Các sang chấn vào vùng bụng: Ngã, bị đánh đập, bị phẫu thuật.
+ các yếu tố kinh tế, xã hội: thiếu ăn, nghèo đói, lao động vất vả.

- **Tình trạng hiện tại của người bệnh:**

+ **Doạ đẻ non:**

+ Đau mỗi lưng hoặc đau bụng từng cơn, do cơn co tử cung, dần dần đau tăng lên.

+ Kèm theo đau bụng, có thể ra máu, có thể chỉ ra nhày hồng.

+ Cổ tử cung còn dài, đóng kín, tim thai vẫn đập đều.

+ Tử cung to tương đương với tuổi thai.

+ **Đẻ non:**

+ Toàn thân: mệt mỏi, lo lắng, mất ngủ, tâm lý sản phụ không ổn định.

+ Con co tử cung mỗi ngày một tăng, cổ tử cung xoá mở dần

+ Thành lập đầu ối.

+ Tim thai vẫn đập đều.

+ ăn uống, nghỉ ngơi, vệ sinh.

5.2- Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Người bệnh mệt mỏi, mất ngủ do lo lắng về tình trạng thai nghén.

- Nguy cơ dọa đẻ non, đẻ non do ra huyết âm đạo và có cơn co tử cung.

- Nguy cơ nhiễm khuẩn trong những trường hợp bị rỉ ối.

5.3- Lập kế hoạch chăm sóc:

- **Giảm lo lắng, mệt mỏi và mất ngủ:**

+ Quan tâm động viên người bệnh.

+ Giúp đỡ thai phụ trong các sinh hoạt thường ngày, cho thai phụ ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, dễ tiêu.

+ Theo dõi mạch, huyết áp, da, niêm mạc, sắc mặt.

+ Thực hiện thuốc theo y lệnh.

- **Giảm nguy cơ dọa đẻ non, đẻ non:**

+ Hướng dẫn thai phụ nghỉ tuyệt đối tại giường khi còn đau bụng và ra huyết.

+ Hướng dẫn thai phụ ăn uống đủ chất, dễ tiêu và phòng chống được táo bón.

+ Theo dõi dấu hiệu đau bụng, ra huyết và các rối loạn kèm theo.

+Thực hiện thuốc theo y lệnh.

- **Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn trong và sau đẻ nếu có rỉ ối:**

+ Theo dõi màu sắc, mùi nước ối.

+ Theo dõi nhiệt độ, số lượng-màu sắc-mùi của sản dịch.

- + Hướng dẫn, trợ giúp thai phụ vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài hàng ngày.
- + Thực hiện kháng sinh theo y lệnh.

5.4- Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

5.4.1. Đẻ non:

- Hỏi thăm về gia đình, sức khỏe và bệnh tật của thai phụ. Nói về khả năng chuyên môn để thai phụ yên tâm tin tưởng.
 - Theo dõi toàn trạng: quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, đo huyết áp, đo nhiệt độ, đếm mạch ghi phiếu chăm sóc.
 - Cho thai phụ nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, khuyên thai phụ nằm nghiêng nhiều hơn về bên trái, hướng dẫn hoặc trợ giúp thai phụ vận động nhẹ nhàng khi cần thiết.
 - Hướng dẫn hoặc cho thai phụ ăn thức ăn giàu đạm, dễ tiêu, ăn thêm rau quả tươi.
 - Theo dõi biểu hiện đau bụng và ra huyết âm đạo.
- Theo dõi tình trạng thai: sự phát triển của thai, cử động của thai, đếm nhịp tim
- Thai và ghi phiếu theo dõi.
 - Thực hiện thuốc theo y lệnh đầy đủ, chính xác và kịp thời.

5.4-2. Đẻ non:

- Giải thích cho thai phụ và gia đình tình trạng thai không thể giữ được, động viên để thai phụ yên tâm.
- Theo dõi toàn trạng: quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, đo huyết áp, đo nhiệt độ, đếm mạch ghi phiếu chăm sóc.
- Theo dõi sát chuyển dạ, chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện, thuốc, tiến hành đỡ đẻ như bình thường.
- Chú ý đầy đủ phương tiện cấp cứu chăm sóc sơ sinh non yếu ngay.
- Chăm sóc mẹ theo dõi sát để phát hiện tai biến chảy máu sau khi sinh.
- Hướng dẫn hoặc cho thai phụ ăn thức ăn giàu đạm, dễ tiêu, ăn thêm rau quả tươi.

Hướng dẫn vận động sau đẻ để phòng bé sản dịch.

- Vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay khăn vệ sinh vô khuẩn để phòng nhiễm khuẩn.
- Nếu chuyển sơ sinh non yếu lên tuyến trên thì thực hiện theo phương pháp chuột túi.

Hướng dẫn cho bà mẹ cách chăm sóc và nuôi con.

- Thực hiện thuốc theo y lệnh đầy đủ, chính xác, kịp thời..

5.5- Đánh giá chăm sóc:

Chăm sóc có hiệu quả khi:

+ Thai phụ thoải mái, ăn ngủ được, đỡ mệt mỏi, đau bụng và ra máu giảm dần, thai được bảo tồn đến khi đủ tháng.

+ Nếu chuyển dạ đẻ non, thai phụ được can thiệp thủ thuật kịp thời, không xảy ra biến chứng trong và sau đẻ, sơ sinh được chăm sóc tốt.

- **Chăm sóc chưa có hiệu quả khi:** Thai phụ không thoải mái, lo lắng, ăn ngủ kém, mệt mỏi, đau bụng vẫn còn ra máu, thai khó được bảo tồn đến khi đủ tháng.

Tự Lượng giá
Đánh dấu \checkmark vào cột tương ứng Đúng/Sai trong các câu từ 1 đến 9

TT	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Sơ sinh đẻ non phải có cân nặng từ 1500 gam trở lên.		
2	Chẩn đoán dọa đẻ non không khó, nhưng điều trị để không đẻ non mới khó.		
3	Diễn biến một cuộc đẻ non khó khăn hơn nhiều so với một cuộc đẻ đủ tháng.		
4	Đẻ non dễ bị sốt rau, nên cần kiểm soát tử cung tất cả các trường hợp sau đẻ.		
5	Với trẻ đẻ non, sau khi đẻ, cần phải tiêm ngay vitamin K1		
6	Hai biện pháp quan trọng điều trị dọa đẻ non là nằm nghỉ tuyệt đối và dùng thuốc giảm co bóp tử cung.		
7	Cocticoit cũng là thuốc điều trị giữ thai để không đẻ non.		
8	Không bao giờ được mổ lấy thai với sản phụ đẻ non.		
9	Nếu đẻ cho sản phụ đẻ, có thể cho thuốc làm mềm cổ tử cung và kích thích cơn co để rút ngắn chuyển dạ.		

Bài 4: CHĂM SÓC TĂNG HUYẾT ÁP, TIỀN SẢN GIẬT, SẢN GIẬT

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Phân loại phù hợp các thể bệnh tăng huyết áp trong thai kỳ
- 1.2. Trình bày được triệu chứng và chẩn đoán tăng huyết do thai, tiền sản giật và sản giật
- 1.3. Phân tích cách xử trí và điều trị cho từng thể lâm sàng của tăng huyết áp trong thai kỳ
- 1.4. Trình bày được các tiến triển và tiên lượng của tăng huyết áp do thai, tiền sản giật và sản giật trong thai kỳ
- 1.5. Biện luận được nội dung các bước lập kế hoạch chăm sóc sản phụ tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật.

2. Kỹ năng:

- Lập được kế hoạch chăm sóc sản phụ cao huyết áp, tiền sản giật, sản giật.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

1. Đại cương:

Khi mang thai, cơ thể bà mẹ có thể xuất hiện một số hội chứng bệnh lý chỉ khi có thai mới có; sau khi thai nghén kết thúc các hội chứng đó cũng dần dần mất đi (trừ một số nhỏ tồn tại do biến chứng). Các hội chứng này được mang nhiều tên gọi khác nhau. ở nước ta trước đây thường dùng danh từ “nhiễm độc thai nghén”, ngày nay được gọi bằng các tên: nôn nặng, cao huyết áp, tiền sản giật và sản giật do thai nghén.

Về nguyên nhân sinh bệnh cho các hội chứng kể trên đến nay vẫn chưa biết được rõ ràng.

1. Tăng huyết áp do thai nghén:

Trước đây tăng huyết áp (HA) do có thai được coi là một dấu hiệu quan trọng nhất của hội chứng nhiễm độc thai nghén muộn (trong nửa cuối thai kỳ) gồm cao HA, tiểu ra chất Protein và phù.

- Gọi là tăng huyết áp do thai nghén là khi chưa có thai hoặc mới có thai dưới 20 tuần tuổi, HA thai phụ bình thường, nay số đo HA tâm thu (tối đa) tăng lên hơn 30 mmHg hoặc HA tâm trương (tối thiểu) tăng hơn 15 mmHg.

- Trường hợp không có được số đo HA của thai phụ trước đó để đánh giá, thì nếu HA thai phụ từ 140/90

mmHg trở lên sẽ được coi là tăng HA do thai nghén.

- Bệnh sẽ càng nặng khi số đo HA càng cao, đặc biệt số đo HA tâm trương.

2. Tiền sản giật:

Khi có thai trong những tháng cuối, nếu thai phụ bị tăng HA kèm theo nước tiểu có prôtêin hoặc phù, hoặc kèm theo cả hai thì gọi là hội chứng tiền sản giật.

- Tăng huyết áp: như tình trạng tăng HA do thai nghén đã nói ở trên.

- Phù: Phù trong tiền sản giật là loại phù trắng, phù mềm. Có khi phù kín đáo: buổi sáng chỉ thấy hơi nặng mặt, sưng mí mắt; ấn vào mắt cá chân hay bờ trong xương chày thấy lõm. Có khi phù toàn thân rất nặng: mặt phị ra, tay chân sưng to, ngón tay tròn, to, nơi đeo nhẫn bị thắt ngắng lại, các môi của âm hộ cũng sưng húp. Có khi phù trong các tạng: bụng căng chứa nước, tràn dịch trong màng phổi. Não, đáy mắt (võng mạc) cũng phù gây nhức đầu, mờ mắt.

Tình trạng phù thường kèm theo tình trạng tăng cân nhanh, nhiều và đi tiểu ít.

Tuy nhiên, cần phân biệt với một loại phù sinh lý khi có thai: Do tình trạng tăng thể tích huyết tương và lượng nước trong cơ thể người có thai, nên khoảng 85% số thai phụ vào những tháng cuối có hiện tượng sưng hai chi dưới, thường xuất hiện vào buổi chiều và khi phải đứng lâu. Khi nằm nghỉ, gác chân hơi cao lên thì hết. Loại phù sinh lý này thường gọi là “xuống máu chân”.

- Nước tiểu có Protein: (Còn gọi là Protein niệu). Bình thường khi có thai, nước tiểu không có chất Protein. Trong tiền sản giật, lượng Protein nước tiểu xuất hiện càng nhiều thì



bệnh, cụ thể hơn là tổn thương thận càng nặng. Tuy nhiên, lượng Protein trong nước tiểu mỗi lần lấy xét nghiệm thường cho kết quả không giống nhau, rất dao động, vì thế cần định lượng bằng nước tiểu thu hứng trong 24 giờ mới có giá trị.

Phát hiện Protein trong nước tiểu bằng phương pháp định tính có thể dùng cách đốt nóng hoặc dùng giấy thử hay bằng một số hoá chất phù hợp. Protein niệu gọi là dương tính khi có 0,3 g/lít nước tiểu/24 giờ hoặc 0,5 g/l với một mẫu nước tiểu ngẫu nhiên, tương đương với (+).

Ước lượng mức Protein niệu trong 24 giờ	
Vết	0,1 gam/lít
(+)	0,3 gam/lít
(++)	1,0 gam/lít
(+++)	3,0 gam/lít
(++++)	10,0 gam/lít

Tiền sản giật được phân ra 2 mức độ: nhẹ và nặng:

Triệu chứng	TSG nhẹ	TSG nặng
- Huyết áp tâm trương	< 100 mmHg	< 100 mmHg
- Protein niệu	Vết hoặc (+)	từ (++) trở lên
- Phù	nhẹ hoặc không rõ	có thể phù rõ rệt

- Nhức đầu	Không	Có
- Rối loạn thị giác.	Không	Có
- Đau thượng vị.	Không	Có
- Thiểu niệu (đái ít dưới 400 ml/24 giờ).	Không	Có
- Tăng men gan (gan bị tổn thương).	Rất ít	Tăng đáng kể
- Tăng bilirubin máu.	Không	Có
- Giảm tiểu cầu.	Không	Có
-Tăng creatinin máu (tổn thương thận).	Không	Có
- Phù phổi.	Không	Có thể có
- Thai chậm phát triển.	ít	Nhiều

Như vậy, tiền sản giật nặng là một bệnh cảnh nghiêm trọng, đã có biểu hiện tổn thương ở các tạng bên trong: phù não gây nhức đầu, phù đáy mắt gây rối loạn thị giác: nhìn một hoá hai (song thị) mờ mắt, hoa mắt; tổn thương gan, thận, phổi, đau thượng vị do bao gan căng hoặc chảy máu dưới bao gan.

3. Sản giật:

3.1. Từ tình trạng tiền sản giật nặng, thai phụ rất dễ chuyển sang giai đoạn cuối của bệnh là lên cơn sản giật. Hoàn cảnh xuất hiện:

Sản giật hay gặp trong một số hoàn cảnh và điều kiện sau đây:

- Con so hay gặp hơn con rạ, nhất là con so lớn tuổi (trên 35) hoặc thai phụ còn quá trẻ (dưới 18).
- Thai phụ chửa nhiều thai, đa ối.
- Hay xuất hiện vào mùa lạnh hay lúc giao thời giữa hai mùa lạnh và nóng.
- Những người đã bị bệnh cao HA mạn tính, bệnh thận, tiểu đường, béo phì.
- Hoàn cảnh sinh sống của thai phụ khó khăn, lao động vất vả.

3.2. Thời điểm xuất hiện cơn sản giật:

Cơn sản giật thường xuất hiện trong ba tháng cuối của thai nghén 25%, trong chuyển dạ 50% và sau khi đẻ trong vòng 1 tuần đến 4 tuần 25%.

3.3. Mô tả cơn sản giật:

Cơn sản giật khi xuất hiện rất đột ngột. Mỗi cơn có 4 giai đoạn sau đây:

3.3.1. Giai đoạn xâm nhiễm (khoảng 30 - 60 giây)

Người bệnh co giật nhẹ ở các cơ đầu và mặt, làm cho mi mắt nhấp nháy, nhãn cầu đưa

đảo rồi lệch về một bên, nét mặt nhăn nhúm, đầu lắc lư rồi cũng ngã vẹo sang một bên (cùng phía với mắt lệch), tiết nhiều nước rãi, nước mắt. Con giật lan xuống vai cánh tay và bàn tay, làm hai bàn tay chụm lại, nhưng không lan xuống chân.

3.3.2. Giai đoạn co cứng (khoảng 30 giây)

Tất cả các cơ trong cơ thể co rút khiến thân mình uốn cong, đầu nghiêng về một bên, mắt trắng dã, trợn ngược; hai hàm răng cắn chặt có khi gãy, vỡ cả răng, miệng sùi bọt mép. Người bệnh ngạt thở, mặt phị ra, bầm tím (do các cơ hô hấp co cứng). Tay chân cứng đờ. Đồng tử co nhỏ.

3.3.3. Giai đoạn giật gián cách (kéo dài khoảng 3 - 5 phút)

Kết thúc giai đoạn co cứng, người bệnh có cơn hít vào mạnh thành tiếng rít do các cơ giãn ra (nếu bị gãy, vỡ răng trong giai đoạn co cứng thì có thể bị tai biến dị vật rơi vào đường thở). Ngay sau đó các cơn co giật tại các cơ bắt đầu: Người bệnh cử động lung tung, đầu ngửa ra sau, mặt nhăn nhúm, nhãn cầu đưa đảo, lưỡi thè ra thụt vào (nên dễ cắn phải lưỡi). Hai tay co giật không đều trước bụng, nên giống như người đánh trống, hai chân thường ít co giật mà duỗi thẳng. Các cơ lồng ngực co giãn không đều, nên nhịp thở thường rối loạn, không đều, có tiếng rít và do tiết nhiều nước bọt, nên có tiếng lọc sọc và dễ dàng bị ngạt, vì tắc đường thở. Mức độ co giật lúc đầu mau rồi thưa dần và ngừng hẳn chuyển sang giai đoạn hôn mê.

3.3.4. Giai đoạn hôn mê (dài, ngắn tùy trường hợp)

- Nếu cơn giật nhẹ, ngắn, thưa thì hôn mê cũng ngắn và nông, người bệnh chỉ mất tri giác (nhưng vẫn còn phản xạ) trong vòng 5-7 phút. Khi tỉnh lại thường thấy bàng hoàng, hoảng sợ như vừa qua cơn ác mộng, nhưng không nhớ được các diễn biến vừa trải qua.
- Trường hợp sau một cơn co giật nặng và kéo dài, hôn mê thường sâu: vừa mất tri giác, vừa mất phản xạ (phản xạ giác mạc, phản xạ đồng tử, cầu vẹo không biết đau) trừ phản xạ nuốt. Người bệnh thường đái ỉa dầm dề.
- Sau cơn hôn mê người bệnh thường ngủ rất sâu, nên có khi nhầm lẫn tưởng là hôn mê kéo quá dài.
- Nếu sản giật nặng thì nhiều khi chưa hết hôn mê của cơn này, người bệnh đã lại tiếp một cơn sản giật khác.

3.4. Biến chứng của cơn sản giật:

3.4.1. Cho mẹ

- Gãy răng, cắn phải lưỡi và tai biến dị vật đường thở.
- Xuất huyết não, màng não, đáy mắt (gây mù loà)
- Phù phổi cấp.
- Suy thận và suy gan cấp.
- Phong huyết tử cung-rau.
- Nếu qua khỏi được thường vẫn bị di chứng: mù loà, thong manh, liệt, rối loạn tâm thần, viêm thận mạn, cao huyết áp mạn tính.

3.4.2. Cho con

- Thai chết trong tử cung.
- Thai suy trong tử cung nặng, đến khi đẻ ra bị ngạt.

4. Chẩn đoán phân biệt:

- **Với tình trạng tăng HA do thai nghén:** bệnh cao HA đã có từ trước lúc có thai và các bệnh có triệu chứng cao HA.
- **Với hội chứng tiền sản giật:** Các bệnh mạn tính có từ trước khi có thai như cao HA, viêm thận, viêm gan mạn. Các bệnh có triệu chứng phù như bệnh tim, bệnh thận, thiếu máu, thiếu dinh dưỡng.
- **Với sản giật:** Cần phân biệt với:
 - + Con động kinh: có tiền sử từ trước khi có thai, không có hội chứng TSG
 - + Con co giật do thiếu canxi: có thể có tiền sử từ trước. Con giật không có hôn mê, không tăng phản xạ đầu gối. Bàn tay co dúm kiểu “bàn tay người đỡ đờ”.
 - + Con co giật do viêm não, màng não.
 - + Tình trạng co giật và liệt do tắc mạch não.
- **Với các bệnh có hôn mê** như hôn mê do bệnh tiểu đường, hôn mê gan, hôn mê do xuất huyết não, màng não.

Tóm tắt các chẩn đoán tăng HA-TSG và SG do thai nghén

Triệu chứng	Chẩn đoán xác định	Chẩn đoán phân biệt
-------------	--------------------	---------------------

<ul style="list-style-type: none"> - HA tâm trương 90 mmHg hoặc cao hơn, trước 20 tuần tuổi thai. 	<p>Cao HA mạn tính.</p>	<p>Các bệnh có triệu chứng HA cao: bệnh tim, bệnh thận, bệnh của một số tuyến nội tiết như thượng thận, giáp trạng...</p>
<ul style="list-style-type: none"> - HA tâm trương 90 -110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. - Không có prôtêin niệu. 	<p>Cao HA do thai nghén</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cao HA mạn tính. - Các bệnh có triệu chứng HA cao (như trên).
<ul style="list-style-type: none"> - HA tâm trương 90 -110 mmHg, đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. - Prôtêin niệu có thể tới (++). - Có thể phù hay không. 	<p>Tiền sản giât nhẹ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Các bệnh thận. - Các bệnh có triệu chứng HA cao.
<ul style="list-style-type: none"> - HA tâm trương từ 110 mmHg trở lên sau 20 tuần tuổi thai. - Prôtêin (+++) hoặc hơn. - Có thể phù hay không. - Ngoài ra có thể có: + Tăng các phản xạ. + Nhức đầu, chóng mặt. 	<p>Tiền sản giât nặng</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Các hội chứng não, màng não. - Các bệnh thận. - Các bệnh có triệu chứng HA cao.
<ul style="list-style-type: none"> + Rối loạn thị giác. +Thiểu niệu(đái< 400 ml/24g). + Đau thượng vị. + Phù phổi - Có cơn giât. - Hôn mê. <p>Có một số dấu hiệu TSG nặng</p>	<p>Sản giât.</p>	<p>Các bệnh có cơn giât và hôn mê: hạ canxi huyết, động kinh, hội chứng não- màng não, tắc mạch não, hôn mê do tiểu đường, do bệnh gan, bệnh thận</p>

5. Xử trí

Mọi hoạt động chăm sóc và điều trị cần được ghi chép đầy đủ và lưu giữ theo qui định.

5.1. Với tăng HA do thai nghén

5.1.1. Ở tuyến xã:

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi, ăn nhạt hơn bình thường. Uống đủ nước.
- Theo dõi HA, Protein niệu và tình trạng thai hàng tuần.
- Nếu không giảm, cần giải thích cho người bệnh và gia đình biết nguy cơ về tiền sản giật, sản giật có thể xảy ra rồi chuyển tuyến.

5.1.2. Ở tuyến huyện trở lên:

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi, ăn nhạt hơn bình thường. Uống đủ nước.
- Nếu HA trở nên xấu hơn: điều trị như tiền sản giật.
- Nếu HA ổn định: theo dõi tiếp cho đến khi chuyển dạ.

5.2. Với tiền sản giật và sản giật

5.2.1. Ở tuyến xã:

- Không điều trị tiền sản giật ở xã, mà nên giải thích cho thai phụ và gia đình chuyển lên bệnh viện:

Nếu là tiền sản giật nặng, trước khi chuyển cho Diazepam hoặc Seduxen

- 10 mg tiêm bắp một lần. Thông tiểu.
- Nếu là sản giật:
 - + Trước khi chuyển: diazepam 10 mg một ống, tiêm bắp; magie sunfat 15% 20 ml tiêm bắp sâu (vào mông, nếu có).
 - + Phòng ngừa cắn phải lưỡi: đặt một khăn mặt cuộn tròn, nhét vào một bên má, giữa hai hàm răng.
 - + Hút đờm rãi để tránh bị sặc, ngạt.
 - + Giữ cho người bệnh không bị ngã, thở ôxy (nếu có), ủ ấm.

5.2.2. Tuyến huyện trở lên: Nguyên tắc chung của các phương pháp xử trí là không nên để tiền sản giật kéo dài, tránh nguy cơ nặng lên cho mẹ (thành sản giật) và cho con (suy dinh dưỡng, chết trong tử cung) vì thế có thể lấy thai ra khỏi tử cung người mẹ càng sớm càng tốt.

- Với tiền sản giật nhẹ:

- + Nếu thai đã từ 37 tuần trở lên (đủ tháng) và đã chuyển dạ: bấm ối cho đẻ.
- + Nếu thai từ 37 tuần nhưng chưa chuyển dạ, có thể gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai (nếu có các chỉ định khác kèm theo).
- + Nếu thai dưới 37 tuần (non tháng):

* Trường hợp TSG không nặng thêm hoặc thai phụ trở lại bình thường: cần theo dõi 2 lần/tuần về HA, số lượng nước tiểu, prôtêin niệu và tình trạng thai nhi cho đến khi đủ tháng.

* Giải thích cho thai phụ và gia đình về tiền sản giật nặng, các dấu hiệu nguy hiểm cần chú ý phát hiện (phù, đi tiểu ít, nhức đầu, mờ mắt, đau thượng vị...), hướng dẫn ăn nhạt hơn bình thường, uống đủ nước, có thể cho uống các loại lợi tiểu đông y như lá bông mã đề, râu ngô; nghỉ ngơi (không tham công tiếc việc).

- Với tiền sản giật nặng và sản giật:

Dưới đây chỉ nêu một số hướng điều trị, còn cụ thể thế nào sẽ do bác sĩ chỉ định:

+ Nguyên tắc chung vẫn là lấy thai ra khỏi tử cung càng sớm càng tốt. Tuy nhiên, nếu người bệnh đang trong tình trạng nặng, thì nên điều trị làm giảm bớt một phần triệu chứng bằng thuốc men và chế độ chăm sóc, trước khi áp dụng các biện pháp lấy thai ra.

+ Điều trị nội khoa:

* Thuốc chống phù não và chống co giật: chủ yếu là Magie sunfat, Diazepam theo y lệnh của bác sĩ. Nếu dùng Magie sunfat cần theo dõi sát thai phụ, khi thấy thai phụ có biểu hiện tiêu chảy cần báo bác sĩ ngay.

Chỉ dùng thuốc hạ HA khi mức độ HA tăng quá cao (trên 160/110 mmHg) nhưng không để hạ về đến mức bình thường (nên giữ mức 140/90 mmHg), vì khi HA hạ thấp có nguy cơ suy thai và chết thai.

* Thuốc lợi tiểu: phải rất thận trọng, chỉ dùng khi có tình trạng thiếu niệu, vô niệu.

* Ăn uống: chế độ ăn lỏng, ăn nhạt gần như tuyệt đối (chủ yếu là ăn sữa).

* Nghỉ ngơi tuyệt đối, nằm nghiêng (tốt nhất là nghiêng trái để hạn chế suy thai).

Phòng nhiễm lạnh (bằng giữ ấm), các tai biến cần phải lưu ý, ngã khi lên con giật hay hôn mê. Phòng chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh, nếu cần.

+ Điều trị sản khoa:

* Nếu thai gần đủ tháng hay đủ tháng đang chuyển dạ: cho đẻ đường dưới bằng forceps (khi đủ điều kiện) hoặc mổ lấy thai. Nếu chưa chuyển dạ, gây chuyển dạ nhân tạo hoặc mổ lấy thai tùy trường hợp cụ thể.

* Nếu thai quá non tháng, điều trị nội khoa tích cực: nếu tiến triển tốt thì tiếp tục theo dõi đến khi thai có khả năng sống, thì can thiệp lấy thai ra; nếu điều trị nội

khoa trong vòng vài ba ngày, tiền sản giật nặng không giảm hoặc có xu hướng nặng thêm lên, thì phải can thiệp lấy thai ra để cứu mẹ (thường là mổ đẻ).

6. Biện chứng của tăng huyết áp - tiền sản giật nặng và sản giật

6.1. Cho mẹ

- Xuất huyết não, màng não, đáy mắt gây tử vong hoặc di chứng liệt suốt đời, mù loà, thong manh.
- Suy gan cấp, phù phổi cấp, suy thận cấp. Nếu qua khỏi cũng dễ trở thành cao HA, viêm thận mạn tính.

6.2. Cho con

- Thai suy dinh dưỡng (chậm phát triển) trong tử cung. Thai non tháng (do phải can thiệp lấy thai ra sớm).
- Thai suy mạn tính, có thể chết trong tử cung, khi đẻ dễ bị ngạt nặng, tỷ lệ tử vong sơ sinh, tỷ lệ trẻ chậm phát triển về trí tuệ đều tăng.

7. Chăm sóc

7.1. Chăm sóc thai phụ Nôn nặng do thai nghén

7.1.1. Nhận định:

- Tình trạng nôn của thai phụ: thời điểm xuất hiện, số lần, chất nôn, mức độ nôn.
- Mức độ khó chịu của thai phụ khi nôn: đau họng, có mùi khó chịu ở miệng, đau thượng vị, mệt mỏi,...
- Màu sắc da, các dấu hiệu mất nước ở da.
- Theo dõi lượng nước tiểu, tỷ trọng, acetone nước tiểu
- Theo dõi điện giải đồ và các kết quả cận lâm sàng khác
- Theo dõi các dấu hiệu sống: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ,...
- Các yếu tố ảnh hưởng làm dấu hiệu nôn nặng lên
- Sự hiểu biết của thai phụ đối với hội chứng nôn nặng
- Mức độ lo lắng và không thoải mái của thai phụ
- Tình trạng thai qua thăm khám lâm sàng: cao tử cung, đánh giá tuổi thai, khám trong, qua các thăm dò: siêu âm, chọc dò buồng ối, test thử thai,...
- Các dấu hiệu bất thường: đau bụng, ra máu,...
- Chế độ ăn, nghỉ, vệ sinh của thai phụ.

7.1.2. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Rối loạn nước và điện giải do nôn nhiều

7.1.3. Nhận định:

- Sự hiểu biết của thai phụ đối với nhiễm độc thai nghén.
- Toàn trạng: huyết áp, mạch, nhịp thở, da, niêm mạc, thân nhiệt, dấu hiệu phù.

- Các dấu hiệu khác: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, đau thượng vị
- Chế độ ăn, nghỉ, vệ sinh của thai phụ
- Các dấu hiệu cận lâm sàng, kết quả điều trị.

7.1.4. Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Thiếu hụt kiến thức về bệnh.
- Rối loạn huyết động và tim mạch do tăng huyết áp.
- Nguy cơ suy thai do giảm tuần hoàn máu rau thai.

7.1.5. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về nhiễm độc thai nghén cho thai phụ.
- Theo dõi các dấu hiệu sống 3 - 6h/lần.
- Theo dõi phù ở mắt, chân, tay, ngón chân, tay, theo dõi lượng nước tiểu 24h/ngày.
- Theo dõi Protein niệu và các dấu hiệu cận lâm sàng khác: urê, creatinin máu, điện giải đồ, công thức máu...
- Theo dõi tim thai.
- Hướng dẫn chế độ ăn, chế độ vận động, chế độ vệ sinh.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời.

7.1.6. Thực hiện kế hoạch chăm sóc:

- Cung cấp thông tin về nhiễm độc thai nghén cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng.
- Giúp đỡ bác sỹ trong khi thăm khám và điều trị, thông báo các kết quả thăm khám và điều trị cho thai phụ.
- Theo dõi toàn trạng, da, niêm mạc, sắc mặt, mạch, nhiệt độ, huyết áp ghi phiếu chăm - Cân thai phụ hàng ngày, đo lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Ghi chép và thông báo các tác dụng phụ.
- Cho thai phụ nằm nghiêng trái.
- Cho thai phụ thở oxy qua mặt nạ hoặc qua sonde mũi nếu có biểu hiện thai suy.
- Chuẩn bị phương tiện cấp cứu sơ sinh non yếu, ngạt.
- Hướng dẫn chế độ ăn (tăng đạm, dầu thực vật, ăn nhạt tương đối hoặc tuyệt đối).
- Hướng dẫn chế độ vận động, vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời.

7.1.7. Đánh giá chăm sóc:

- **Chăm sóc có hiệu quả khi:** người bệnh thoải mái, hết nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, hết đau vùng thượng vị ... không xảy ra biến chứng trong khi điều trị, thai nhi phát triển bình thường.

- **Chăm sóc chưa có hiệu quả:** người bệnh mệt mỏi, không ăn được, xuất hiện biến chứng: nôn nhiều, tăng huyết áp, thai nhi không phát triển ...

8- Chăm sóc thai phụ tiền sản giật - sản giật.

8.1- Nhận định

- Sự hiểu biết, khả năng nhận thức của thai phụ đối với nhiễm độc thai nghén.
- Toàn trạng: huyết áp, mạch, nhịp thở, da, niêm mạc, thân nhiệt, dấu hiệu phù và các dấu hiệu khác: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, đau thượng vị ...
- Cân bằng dịch của thai phụ
- Các dấu hiệu cận lâm sàng và kết quả điều trị.
- Nhận định tim thai trên monitor: Nhịp tim thai cơ bản, sự biến đổi nhịp tim thai, kiểu nhịp tim thai.
- Chế độ ăn, nghỉ, vệ sinh của thai phụ.

8.2 - Những vấn đề cần chăm sóc/ chẩn đoán chăm sóc:

- Thiếu hụt kiến thức về bệnh.
- Rối loạn huyết động và tim mạch do tăng huyết áp.
- Nguy cơ chấn thương do tổn thương não.
- Nguy cơ suy thai do giảm tuần hoàn máu rau thai.
- Lập kế hoạch chăm sóc:
- Giúp đỡ bác sỹ trong khi thăm khám và điều trị, thông báo các kết quả thăm khám và điều trị cho thai phụ
- Giải thích về các thủ thuật có thể làm cho thai phụ: cách thức, mục đích, kết quả có thể đạt được,...
- Thông báo cho bác sỹ mọi thay đổi nhịp tim thai trên monitor
- Cho thai phụ nằm nơi yên tĩnh, thoáng ẩm, tránh gió lùa, giường nằm có thành cao, cố định chân, tay, ngáng miệng... khi có cơn giật.
- Theo dõi toàn trạng: huyết áp, mạch, nhịp thở, da, niêm mạc, thân nhiệt, dấu hiệu phù và các dấu hiệu khác: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, đau thượng vị ... theo dõi Protein niệu và các dấu hiệu cận lâm sàng khác.
- Cân thai phụ, ghi chép và thông báo những tác dụng phụ.

- Cho thai phụ thở oxy qua mặt nạ hoặc qua sonde mũi
- Chuẩn bị cấp cứu sơ sinh non yếu, ngạt
- Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ và phương tiện, thuốc cấp cứu.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác.

8.4- Đánh giá chăm sóc:

- **Chăm sóc có hiệu quả khi:** người bệnh thoải mái, hết nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, hết đau vùng thượng vị ... không xảy ra biến chứng trong khi điều trị, thai nhi phát triển bình thường.

- **Chăm sóc chưa có hiệu quả:** người bệnh mệt mỏi, không ăn được, xuất hiện biến chứng: nôn nhiều, tăng huyết áp, lên cơn giật, thai nhi không phát triển...

8. Phòng bệnh

- Vì chưa rõ nguyên nhân của các hội chứng cao HA -TSG và SG nên chưa thể đặt ra chế độ phòng ngừa bệnh đầy đủ. Trong tổng số phụ nữ có thai, có ước khoảng 5-10% thai phụ bị TSG và chừng 0,2 đến 0.5% bị sản giật.

- Điều quan trọng là phải phát hiện sớm các hội chứng bệnh lý nói trên, như vậy phải quản lý được số phụ nữ có thai. Tất cả thai phụ phải được khám thai, nhờ đó tình trạng bất thường của thai phụ sẽ được phát hiện, được theo dõi và điều trị kịp thời sẽ hạn chế tỷ lệ tử vong (mẹ và con), giảm tỷ lệ bệnh nặng, các tai biến và di chứng để lại suốt đời cho thai phụ.

Tự lượng giá

Trả lời ngắn các câu từ 1 đến 10

Câu 1. Ba giai đoạn tiến triển của hội chứng nôn nặng do thai nghén

A-

B-

C-

Câu 2. Cao HA do thai nghén khi:

A- Số HA tối đa:.....

B- Số HA tối thiểu:.....

C- Nếu không biết số đo HA trước đó:

Câu 3. Ba triệu chứng của hội chứng tiền sản giật

A-

B-

C-

Câu 4- Điền vào các ô phù hợp trong bảng dưới đây các biểu hiện của 2 mức độ

TSG nhẹ và nặng.

Triệu chứng	TSG nhẹ	TSG nặng
- Huyết áp tâm trương		
- Prôtêin niệu		
- Phù		
- Nhức đầu		
- Rối loạn thị giác.		
- Đau thượng vị.		
- Thiếu niệu (đái ít, dưới 400 ml/24 giờ).		
- Tăng men gan (gan bị tổn thương).		
- Tăng bilirubin máu.		
- Giảm tiểu cầu.		
- Tăng créatinin máu (tổn thương thận).		
- Phù phổi.		

Câu 5- Nêu thêm cho đủ năm hoàn cảnh thuận lợi xuất hiện con sản giật

A-

B- .Chứa nhiều thai hay đa ối

C-

D-

E- Hoàn cảnh sống khó khăn, lao động vất vả

Câu 6- Ba thời điểm có thể xuất hiện con sản giật

A-

B-

C-

Câu 7- Bốn giai đoạn tiến triển của một cơn sản giật

A-

B-

C-

D-

Câu 8- Hãy kể thêm cho đủ sáu tai biến của sản giật đối với mẹ

A-

B-

C- Phù phổi cấp..

D-

E-

F- .Di chứng sau sản giật: mù, liệt, viêm thận mạn...

Câu 9- Hai tai biến của sản giật đối với con

A-

B-

Câu 10- Bốn trường hợp bệnh lý cần phân biệt với cơn sản giật

A-

C-

B-

D-

Đánh dấu X vào cột tương ứng Đúng/Sai các câu từ 11 đến 20

T.T	Câu hỏi	Đúng	Sai
11	Số đo HA tâm trương trong cao HA do thai nghén ít giá trị tiên lượng hơn số đo HA tâm thu.		
12	Một thai phụ có số đo HA 95/60 mmHg khi tuổi thai 15 tuần, theo dõi đến tuổi thai 35 tuần, HA đo được là 115/70 mmHg thì phải coi là đã bị cao HA do thai nghén.		
13	TSG gồm có 3 triệu chứng, trong đó phù là dấu hiệu có thể có hoặc không.		
14	Phù trong hội chứng TSG là loại phù trắng và phù mềm.		
15	Định lượng prôtêin niệu không có giá trị cao khi làm xét nghiệm với		
16	Mẫu nước tiểu ngẫu nhiên trong ngày.		
17	Lượng prôtêin niệu trong hội chứng TSG cao hay thấp không có giá trị tiên lượng bệnh.		
18	Sản giật ở giai đoạn co cứng có thể làm đứt lười và trong giai đoạn co giật gián cách dễ làm gãy, vỡ răng.		
19	Với TSG nhẹ, thai phụ có thể theo dõi, điều trị tại xã.		
20	Không cần cho thuốc hạ huyết áp cho các thai phụ khi bị cao HA do thai nghén, nếu số đo HA còn chưa tới 160/110 mmHg.		
21	Đối với cao HA - TSG và SG, chế độ ăn nhạt là cần thiết góp phần giúp bệnh tiến triển tốt hơn.		

Bài 5: CHĂM SÓC NHIỄM KHUẨN SAU ĐẸ

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày các yếu tố nguy cơ của các hình thái nhiễm khuẩn sau đẻ
- 1.2. So sánh được các dấu hiệu và triệu chứng của các hình thái nhiễm khuẩn sau đẻ.
- 1.3. Mô tả các yếu tố nguy cơ có liên quan đến các nhiễm khuẩn sau đẻ và cách phòng ngừa.

2. Kỹ năng:

- Lập và thực hiện được kế hoạch chăm sóc sản phụ nhiễm khuẩn sau đẻ.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

1. Đại cương

Nhiễm khuẩn sau đẻ là những trường hợp nhiễm khuẩn xuất phát từ bộ phận sinh dục (hay gặp nhất là từ vùng rau bầm) và trong thời kỳ sau đẻ (6 tuần đầu sau đẻ).

Nhiễm khuẩn sau đẻ là một trong 5 tai biến sản khoa gây nên các biến chứng (chửa ngoài tử cung, vô sinh...) và có thể gây tử vong cho sản phụ rất cao. Kể từ khi tìm ra kháng sinh, tỷ lệ mắc và tử vong do nhiễm khuẩn sau đẻ giảm đáng kể. Tuy nhiên, nhiễm khuẩn sau đẻ có thể phòng tránh được vì nguyên nhân đã biết. Vì vậy, thực hiện tốt các biện pháp dự phòng sẽ làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau đẻ, đồng thời người hộ sinh cần chăm sóc sản phụ sau đẻ chu đáo để phát hiện sớm để xử trí kịp thời nhiễm khuẩn sau đẻ, giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong.

2. Các yếu tố nguy cơ

2.1. Do các loại vi khuẩn

- Aí khí: Liên cầu, Tụ cầu, Trực khuẩn E.coli...(Gram âm và Gram dương).
- Kỵ khí: Clostridium, Bacteroide, mũ xanh ...

2.2. Đường xâm nhập của vi khuẩn

- Vi khuẩn vào cơ thể qua vùng rau bầm ở tử cung: nhất là khi sót rau, sót màng.
- Tử niêm mạc tử cung: nhất là khi bế sản dịch.
- Từ vết thương đường sinh dục: rách, cắt tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung.

2.3. Yếu tố thuận lợi

2.3.1. Từ phía sản phụ

- Thể trạng mẹ kém (thiếu máu, nhiễm độc thai nghén, suy dinh dưỡng hoặc bị mệt mỏi trong khi chuyển dạ ...)
- Mẹ bị nhiễm khuẩn từ trước.

2.3.1. Từ dụng cụ

- Do vô khuẩn sản khoa không tốt như: dụng cụ, rửa tay, bông băng gạc, khăn mổ ... thăm khám trước trong và sau khi đẻ không đảm bảo vô khuẩn, thăm khám nhiều lần.

2.3.1. Từ phía thầy thuốc

- Do thiếu vệ sinh trong khi chăm sóc trước, trong và sau đẻ.

- Các thủ thuật sản khoa làm không đúng chỉ định và không vô khuẩn tốt (Bóc rau, kiểm soát tử cung, cắt tầng sinh môn ...).
- Những trường hợp ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài không được xử trí kịp thời.
- Những trường hợp đẻ rơi, đỡ đẻ tại nhà do các bà mụ vườn không được đào tạo chính quy.

3. Các hình thái nhiễm khuẩn sau đẻ

3.1. Nhiễm khuẩn âm hộ, tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung

Là một hình thái nhẹ nhất của nhiễm khuẩn sau đẻ.

3.1.1. Nguyên nhân

- Mẹ bị nhiễm khuẩn từ trước.
- Do rách, cắt tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung mà không khâu hoặc khâu không đúng kỹ thuật, chăm sóc sau đẻ không tốt.
- Quên gạc, mèche trong âm đạo.

3.1.2- Triệu chứng

- Xuất hiện sau đẻ 3 - 4 ngày.
- Toàn thân: có hội chứng nhiễm khuẩn nhẹ: mệt mỏi, sốt nhẹ 38 - 38,5 ° C.
- Tại chỗ: thấy rõ chỗ rách hoặc chỗ khâu bị viêm tấy, sưng, nóng, đỏ, đau, chảy dịch vàng, mủ.
- Sản dịch bình thường, tử cung co tốt.
- Cận lâm sàng: xét nghiệm máu: Bạch cầu tăng, Bạch Bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng tăng.

3.1.3- Xử trí và chăm sóc

*Tuyên xã:

- Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả.
- Vệ sinh tại chỗ thường xuyên bằng nước chín, hoặc rửa bằng dung dịch thuốc tím 1%0, nước muối đẳng trương 9%0 hoặc Betadin.
- Cho kháng sinh toàn thân.
- Cho thuốc tăng co để nhanh hết sản dịch.
- Cắt chỉ sớm. Nếu vết khâu vẫn sưng đỏ, rỉ nước vàng, nếu vết khâu bị toác phải điều trị đến khi khô, lên sẹo mới chuyển lên tuyến trên.

* **Tuyến huyện:** Xử trí như tuyên xã. Trường hợp vết khâu bị toác sâu sau khi điều trị khô khâu lại tầng sinh môn.

3.2. Nhiễm khuẩn tử cung

3.2.1. Viêm niêm mạc tử cung

Là một hình thái nhẹ của nhiễm khuẩn tử cung, và là một hình thái thường gặp nếu không điều trị kịp thời sẽ dẫn đến các biến chứng khác nặng hơn, như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn máu...

* Nguyên nhân:

- Nhiễm khuẩn từ trước.
- Nhiễm khuẩn ối, ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài.
- Sốt rau, sốt màng.
- Bế sản dịch.
- Làm các thủ thuật, phẫu thuật không vô khuẩn.
- Quên gạc, mèche trong tử cung khi mổ.

* Triệu chứng:

- Xuất hiện sau đẻ 3 - 4 ngày.
- Toàn thân: có hội chứng nhiễm khuẩn: mệt mỏi, khó chịu, sốt 39 - 39,5°C, mạch nhanh.
- Tại chỗ: sản dịch hôi, lẫn mủ, có thể ra máu đỏ tươi kéo dài, cổ tử cung hở, thân tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau.
- Cận lâm sàng: xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng ... Siêu âm có thể thấy rau trong tử cung, cấy sản dịch có nguyên nhân gây bệnh.

* **Xử trí, chăm sóc**

Tuyến xã:

- Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, hạ sốt bằng đắp khăn lạnh.
- Vệ sinh tại chỗ thường xuyên bằng nước chín.
- Cho kháng sinh toàn thân và kết hợp, đồng thời cho thuốc tăng co tử cung.
- Tư vấn cho bà mẹ và gia đình, rồi chuyển lên tuyến trên.

Tuyến huyện:

- Tiếp tục cho dùng kháng sinh.
- Nếu có bé sản dịch, phải nong cho thoát ra.
- Nếu sốt rau phải nạo lại bằng dụng cụ.

3.2.2. Bế sản dịch

* **Nguyên nhân:**

- Do tư thế tử cung.
- Do sản phụ không vận động sau đẻ.
- Sau những trường hợp mổ đẻ chủ động.
- Co thắt cổ tử cung do nguyên nhân tâm lý.

* **Triệu chứng:**

Giống như viêm niêm mạc tử cung, nhưng sản dịch ra rất ít hoặc không ra. Khám thấy cổ tử cung chít chặt. Khi nong cổ tử cung và kích thích tử cung sẽ thấy sản dịch trào ra mùi hôi, lẫn máu, mủ.

* **Xử trí, chăm sóc**

- Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả.
- Vệ sinh tại chỗ thường xuyên bằng nước chín.
- Cho kháng sinh toàn thân và kết hợp, cho thuốc tăng co.
- Tư vấn cho bà mẹ và gia đình rồi chuyển lên tuyến trên.

3.2.3. Viêm tử cung toàn bộ

* **Nguyên nhân:**

Hình thái này hiếm gặp về giải phẫu, không những lớp niêm mạc tử cung bị nhiễm khuẩn, mà còn có thể có những ổ mủ trong lớp cơ tử cung. Là biến chứng của viêm nội mạc tử cung hoặc bế sản dịch không được điều trị.

* **Triệu chứng:**

- Xuất hiện sau đẻ 5 - 7 ngày.
- Toàn thân: có hội chứng nhiễm khuẩn nặng: li bì, thể trạng suy sụp, sốt cao 39⁰5C - 40⁰C, sốt dao động.
- Tại chỗ: Sản dịch hôi, thối, lẫn máu, mật độ mềm, ấn đau.
- Cận lâm sàng: xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng ... Siêu âm có thể thấy rau trong tử cung, ổ hoại tử xuất huyết trong cơ tử cung, cấy sản

dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh.

- Tiến triển có thể thủng tử cung gây viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết.

* **Xử trí chăm sóc** (tại tuyến xã và tuyến huyện)

- Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, nâng cao thể trạng.

- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín..

- Dùng kháng sinh toàn thân và kết hợp, cho thuốc tăng co.

- Tư vấn cho bà mẹ và gia đình, rời chuyển lên tuyến trên.

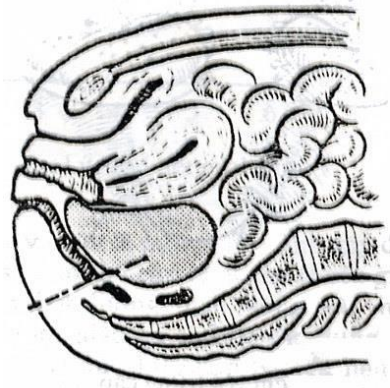
3.3. Nhiễm khuẩn quanh tử cung

3.3.1. Viêm phần phụ, viêm dây chằng rộng

Túi mủ khu trú trong chậu hông



o Nhiễm khuẩn dây chằng



- Đông (là) (t) (n) (c) nhiễm phía dưới không được điều trị lan lên.

- Do tổn thương tử cung trong đẻ.

* **Triệu chứng:**

- Xuất hiện muộn sau đẻ 8 - 10 ngày.

- Toàn thân: hội chứng nhiễm khuẩn nặng, li bì, thể trạng suy sụp, sốt cao 39 - 40

⁰C, dao động.

- Đau vùng hạ vị và hai bên hố chậu.

- Tại chỗ: sản dịch hôi, bẩn, lẫn mủ, máu đỏ tươi, tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau. Khám cạnh tử cung có khối mềm, không rõ ranh giới, di động hạn chế, ấn rất đau.

- Cận lâm sàng: xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng tăng... siêu âm thấy khối viêm cạnh tử cung, cấy sản dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh.

- Tiến triển có thể gây viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết, áp xe.

* **Xử trí và chăm sóc**

- Chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, nâng cao thể trạng, nghỉ tuyệt đối.

- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín và các dung dịch sát khuẩn.

- Kháng sinh toàn thân và kết hợp, cho thuốc tăng co, chống viêm, chống phù nề.

- Chườm đá vùng hố chậu.

- Khẩn trương báo bác sỹ hoặc chuyển tuyến trên ngay.

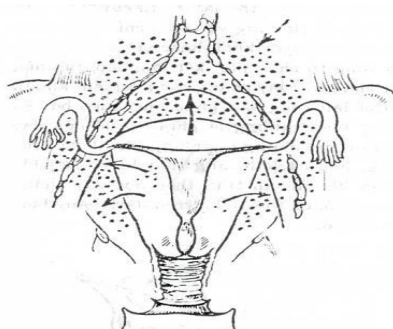
3.4- Viêm phúc mạc

3.4.1- Viêm phúc mạc tiểu khung

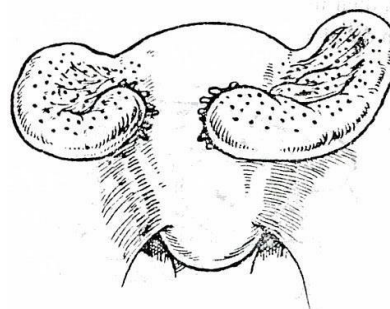
* **Nguyên nhân:**

- Do các viêm nhiễm phía dưới không được điều trị hoặc điều trị không kết quả.
- Do tổn thương tử cung trong đẻ gây tụ máu trong tiểu khung.

* **Triệu chứng:**



Sự lan tràn của nhiễm khuẩn trong viêm phúc mạc



Viêm ống dẫn trứng cấp
Tắc ống dẫn trứng vĩnh viễn không hay gặp

Hình : Viêm phúc mạc

- Xuất hiện muộn sau đẻ 7 - 15 ngày.
- Toàn thân: hội chứng nhiễm khuẩn nặng: li bì, thể trạng suy sụp, sốt cao 39-40⁰ C, dao động. Đau vùng hạ vị, hai bên hố chậu.
- Buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện hay hội chứng giả ly, bụng vùng hạ vị chướng nhẹ, có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng vùng hạ vị.
- Sản dịch hôi, bẩn, lẫn mủ, máu đỏ tươi. Tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau, cổ tử cung mở.
- Cận lâm sàng: xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng... cấy sản dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh.
- Tiến triển có thể gây viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm khuẩn huyết, áp xe. Tiên lượng nặng.

* **Xử trí và chăm sóc tại tuyến xã và tuyến huyện**

- Chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, nâng cao thể trạng, nghỉ tuyệt đối.
- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín và các dung dịch sát khuẩn.
- Kháng sinh toàn thân và kết hợp dùng bằng nhiều đường vào, chống rối loạn nước và điện giải, chống viêm, chống phù nề. Cho thuốc tăng co.
- Báo bác sỹ hoặc chuyên lên tuyến trên.

3.4.2. Viêm phúc mạc toàn thể

* **Nguyên nhân:**

- Do các viêm nhiễm phía dưới, viêm phúc mạc tiểu khung không được điều trị hoặc điều trị không kết quả.
- Mổ lấy thai để nước ối vào ổ bụng nhiễm khuẩn ối.

- Mồ lầy thai khô không kín hoặc rách tử cung.
- Quên gạc.
- Tổn thương thanh mạc ruột.
- Vỡ tử cung.
- * **Triệu chứng:**
- Xuất hiện muộn sau đẻ 7-15 ngày, có thể sớm sau đẻ vài ngày.
- Toàn thân: hội chứng nhiễm khuẩn nặng: li bì, thể trạng suy sụp, nhiễm độc nặng, sốt cao 40-41⁰C, dao động.
- Đau khắp bụng, buồn nôn, nôn, ỉa chảy phân khắm, bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng.
- Sản dịch hôi, bẩn, lẫn mủ, máu đỏ tươi, tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau, cổ tử cung mở, ấn các túi cùng đau.
- Cận lâm sàng: xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng... cấy sản dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh, tiên lượng nặng.

* **Xử trí và chăm sóc tại tuyến xã và tuyến huyện**

- Chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, nâng cao thể trạng, nghỉ tuyệt đối.
- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín và các dung dịch sát khuẩn.
- Kháng sinh toàn thân và kết hợp dùng bằng nhiều đường vào, chống rối loạn nước và điện giải, chống viêm, chống phù nề. Cho thuốc tăng co.
- Tư vấn cho sản phụ và chuyển lên tuyến trên.

3.5. Nhiễm khuẩn máu

3.5.1. Nguyên nhân

- Là hình thái nhiễm khuẩn nặng nhất sau đẻ, có tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, vi khuẩn hay gặp nhất là tụ cầu vàng tan huyết.
- Do các viêm nhiễm phía dưới, viêm phúc mạc không được điều trị hoặc điều trị không kết quả.
- Sau mổ lấy thai bị biến chứng, sau vỡ tử cung.

3.5.2. Triệu chứng

- Xuất hiện muộn sau đẻ 7-15 ngày, có thể sớm sau đẻ vài ngày.
- Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng: sốt cao, dao động, rét run, thể trạng suy sụp, vẻ mặt hốc hác... Có thể có sốc nhiễm khuẩn: mạch nhanh nhỏ, vã mồ hôi, tụt huyết áp, hôn mê...
- Hội chứng tan huyết: da xanh, thiếu máu, đi tiểu nước tiểu màu hồng, đỏ, có Hemoglobin trong nước tiểu, xét nghiệm máu hồng cầu, bạch cầu giảm. hội chứng rối loạn nước và điện giải: toan máu.
- Hội chứng nhiễm khuẩn hậu sản: tử cung to, mật độ mềm, ấn đau, sản dịch hôi, lẫn máu

mủ.

- Có thể có các ổ áp xe nhỏ ở gan, phổi, não... Cấy máu, sản dịch tìm nguyên nhân gây

bệnh. Cần làm các xét nghiệm để đánh giá đầy đủ các bệnh lý kể trên.

3.5.3- Xử trí và chăm sóc tại tuyến xã và tuyến huyện

- Dinh dưỡng : nâng cao thể trạng bằng đường ăn, và truyền tĩnh mạch, nghỉ tuyệt đối.
- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín và các dung dịch sát khuẩn.
- Kháng sinh toàn thân và kết hợp dùng bằng nhiều đường vào, hồi sức tích cực chống rối loạn nước và điện giải, chống viêm, chống phù nề. Cho thuốc tăng co.

- Chuyển lên tuyến trên ngay.

3.6. Viêm tắc tĩnh mạch chi

Viêm tắc tĩnh mạch ít gặp ở Việt Nam, hay gặp ở các nước Tây Âu trong những trường hợp sau mổ hoặc sau đẻ.

3.6.1. Nguyên nhân

- Chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, mất máu nhiều.
- Sau đẻ nằm nhiều, không vận động.
- Cơ địa: máu tăng đông (do tăng tiêu cầu, Fibrinogen).
- Bệnh mạch máu có sẵn, béo phì, đái đường.

3.6.2. Triệu chứng

- Thường xuất hiện muộn sau đẻ 12 - 15 ngày, sốt nhẹ 38 - 38,5⁰C, mạch tăng dần, hay gặp nhất là viêm tắc tĩnh mạch ở chân với các triệu chứng ấn đau ở bắp chân, bàn chân, đau tăng lên

3.6.3. Triệu chứng

Thường xuất hiện muộn sau đẻ 12 - 15 ngày, sốt nhẹ 38 - 38,5⁰C, mạch tăng dần, hay gặp nhất là viêm tắc tĩnh mạch ở chân với các triệu chứng ấn đau khi vận động, bóp vào bắp chân sản phụ rất đau, có cảm giác kiến bò, tê, cứng ở chân, khám chân bên đau to hơn, mới đầu da có màu đỏ tím, hệ tĩnh mạch dưới da màu tím sẫm nổi rõ, sau da chuyển màu trắng nóng, phù to dần, đau dọc theo thân tĩnh mạch đùi, chân mất vận động (không nhấc khỏi giường được). Dễ gây viêm tắc động mạch phổi dẫn đến tử vong đột ngột.

3.6.4. Xử trí và chăm sóc tại tuyến xã và tuyến huyện

- Kê cao chân và bất động chi viêm bằng nẹp hoặc băng.
- Chườm lạnh.
- Cho kháng sinh.
- Chuyển lên tuyến trên ngay.

3.7. Các bệnh lý về vú của bà mẹ sau đẻ

Sữa mẹ là nguồn thức ăn tốt nhất của trẻ. Trong thời kỳ cho con bú, nhất là đối với người mẹ trẻ lần đầu nuôi con, do chăm sóc vú không hợp lý mà sinh ra các bệnh viêm tuyến vú, nứt vú, hoặc thiếu sữa, núm vú thụt vào trong... đây là một số bệnh lý thường gặp trong thời kỳ cho con bú.

3.7.1. Cương sữa

*** Dấu hiệu:**

- Sốt từ ngày thứ 3 - 5 sau đẻ.
- Hai vú cương đau.
- Tử cung, sản dịch bình thường.

*** Xử trí: (tuyến xã và tuyến huyện).**

- Hướng dẫn bà mẹ cho con bú đúng cách.
- Bú hết sữa mỗi bên, nếu chưa hết phải vắt hết sữa cho vú mềm ra.

3.7.2. Tắc sữa (Bầu vú sưng đau)

- Sau khi sinh 2 - 3 ngày, sữa tiết ra nhiều, đồng thời số lần trẻ bú ít, làm cho sữa tắc không thông.
- Sữa tắc không thông là nguyên nhân chủ yếu gây ra viêm tuyến sữa. phần nhiều là do vú không sạch, trẻ bú không đủ gây ra.
- Thường xảy ra ở người mẹ trẻ và lượng sữa quá nhiều.

*** Dấu hiệu:**

- Sản phụ biểu hiện sốt.
- Bầu vú xuất hiện căng cứng vừa chạm phải rất đau.

- Bề ngoài có thể hơi đỏ, sưng, nóng và ấn đau.
- * **Xử trí:**
- Cho trẻ bú bầu vú nhiều lần và cố gắng để trẻ mút cạn sữa, nếu sữa quá nhiều mà trẻ lại bú ít thì phải vắt hoặc dùng máy hút sữa hút cạn lượng sữa thừa.
- Mỗi ngày dùng khăn bông thấm nước ấm lau chùi vú, núm vú 3 - 4 lần (có thể làm trước và sau khi cho bú), tránh để cạn sữa, xoa nhẹ, áo lót phải được giặt thường xuyên, chú ý đến phương pháp cho con bú.

3.7.3. Viêm vú

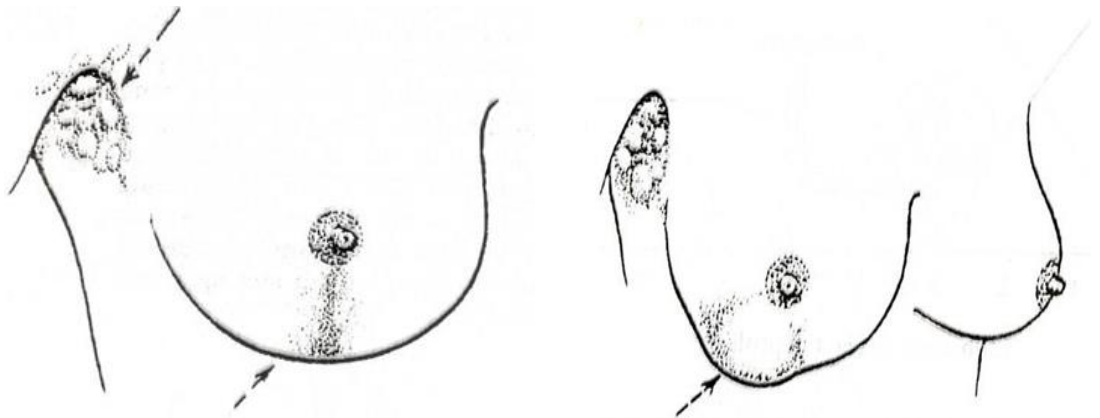
- Viêm bầu vú do vi khuẩn xâm nhập vào bầu vú gây ra, phần nhiều thấy ở phụ nữ mới sinh lần đầu. Do tư thế cho bú không đúng, tay sản phụ không sạch sẽ gây ra.
- Cũng có thể do vi khuẩn từ miệng, khoang mũi của trẻ xâm nhập vào tuyến vú qua vết thương trên vú.

* Dấu hiệu:

- Biểu hiện chủ yếu là sốt. Sốt xuất hiện muộn, khoảng 3 tuần sau đẻ.
- Chỗ viêm ở tuyến vú sưng đỏ, nóng đau, có khối cứng, vừa chạm phải rất đau, thường chỉ bị một bên sau khi có cương vú, tắc sữa.

* Xử trí:

- Làm thông các tia sữa bằng cách vắt mạnh, vắt hết sữa ở 2 vú.
- Nếu không đỡ thì báo bác sỹ hoặc chuyển tuyến trên.
- U ở bắp chân, bàn chân, đau tăng lên



Hình: Các hình thái viêm tuyến vú

3.7.4. Đầu vú bị rách (nẻ vú)

* Nguyên nhân:

- Trong quá trình cho con bú sữa mẹ, khi trẻ mút bầu vú hoặc đưa đầu vú vào trong miệng, trẻ mút rách phần da của đầu vú
- Do vú không sạch
- Thời gian cho con bú quá lâu, sữa ít trẻ phải mút mạnh.
- Hiếm gặp trong trường hợp trẻ lớn mọc răng, khi trẻ vừa bú vừa nghiến răng, bà mẹ giặt mạnh vú ra khỏi miệng trẻ.

* Dấu hiệu:

Phần da của đầu vú bị rách, thậm chí bị loét, chảy máu, đầu vú đau nhức.

* Xử trí và chăm sóc:

- Giữ vệ sinh đôi vú. Trước và sau khi cho trẻ bú phải lau rửa vú, núm vú đồng thời xoa bóp cho sữa lưu thông.
- Phải ước chừng thời gian mỗi lần cho bú, không để trẻ mút vú khi đã cạn sữa. Nếu sữa quá nhiều muốn vắt bớt, động tác phải nhẹ nhàng, không dùng lực mạnh để vắt.
- Nếu đầu vú tụt vào trong, tốt nhất dùng máy hút sữa hút nhẹ nhàng, không dùng tay kéo đầu vú ra.
- Có thể dùng sữa thấm vào chỗ rách, đợi sau khi khô xong thì mặc nịt ngực sạch sẽ, phần rách có thể từ từ lành lại.
- Sau khi đầu vú bị rách, vẫn có thể cho con bú, để trẻ bú bên chưa bị rách trước, sau đó cho bú bên bị rách, thời gian bú ngắn lại một chút.

3.7.5. Áp xe vú

* **Dấu hiệu:**

- Vú rất căng cứng. Sốt cao.
- Vú sưng ở một vùng, vùng đó nóng, đỏ, ấn đau.
- Chọc dò vùng sưng tấy thấy có mủ.

* **Xử trí:**

- Tuyên xã: Chuyển lên tuyến trên sau khi cho thuốc kháng sinh liều cao.
- Tuyên huyện: trích, dẫn lưu, cho thuốc kháng sinh

4. Phòng bệnh

- Quản lý thai nghén.
- Phát hiện sớm và điều trị các bệnh viêm sinh dục trước đẻ.
- Đảm bảo vô khuẩn, khử khuẩn trong thăm khám, đỡ đẻ và làm các thủ thuật, phẫu thuật. Không thăm khám nhiều lần trong khi theo dõi chuyển dạ nhất là khi ối đã vỡ, những trường hợp ối vỡ non, ối vỡ sớm nên cho kháng sinh sớm, đặc biệt khi ối vỡ trên 6 giờ.
- Nếu nghi ngờ sốt rau phải kiểm soát tử cung, theo dõi chăm sóc hậu sản tốt, phát hiện sớm các nhiễm khuẩn nhẹ, điều trị sớm triệt để tránh các biến chứng nặng lên.

5. Kế hoạch chăm sóc Bà mẹ nhiễm khuẩn sau đẻ

Trong quá trình lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch cần chú ý: tùy từng sản phụ ở từng thời điểm khác nhau của thời kỳ sau đẻ, tùy từng hình thái nhiễm khuẩn để lập và thực hiện kế hoạch cụ thể, sát hợp.

1. Nhận định:

- Tiền sử có liên quan tới tình trạng nhiễm khuẩn: chế độ ăn uống trong khi mang thai và sau đẻ, thiếu máu, tình trạng suy nhược khi mang thai...
- Quá trình chuyển dạ: chuyển dạ kéo dài, mất máu nhiều, ối vỡ non, vỡ sớm, chấn thương đường sinh dục, có can thiệp các thủ thuật hoặc phẫu thuật...
- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, HA, nhịp thở ... chú ý phát hiện về mặt nhiễm khuẩn.
- Tình trạng của vết khâu TSM (nếu có): đau, sưng nề, chảy dịch, mủ, so le, chùng mép...
 - Tình trạng tử cung: chiều cao, sự thu hồi, mật độ, độ di động, đau, lỗ cổ tử cung đóng hay mở...
 - Tình trạng sản dịch: số lượng, màu, mùi, tính chất
 - Các dấu hiệu khác: bụng chướng, đại tiểu tiện, đau, rét run, buồn nôn, nôn...
 - Các dấu hiệu cận lâm sàng: CTM, XN nước tiểu, XN sản dịch (soi tươi, nhuộm, nuôi cấy), cấy máu...
 - Chế độ vệ sinh, ngủ, nghỉ, ăn uống của bà mẹ.
 - Sự hiểu biết về bệnh và khả năng nhận thức của bà mẹ.

2. Chẩn đoán chăm sóc/ những vấn đề cần chăm sóc.

- Nguy cơ tổn thương (các cơ quan, chức năng trong cơ thể) liên quan tới sự lan tràn của nhiễm khuẩn (Nhiễm khuẩn TSM, Viêm niêm mạc/ cơ tử cung, Viêm quanh tử cung, Viêm phúc mạc, Nhiễm khuẩn huyết).

- Thiếu hụt kiến thức về bệnh.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân.

- Theo dõi sự co hồi tử cung, sản dịch.

- Giúp vết khâu TSM nhanh liền sẹo: vệ sinh tốt, kích thích tổ chức hạt lên nhanh bằng các yếu tố vật lý, cắt chỉ sớm giúp thoát dịch ...

- Theo dõi sản phụ có nôn không, có bí trung, đại tiện, có đau bụng không, hoặc đại tiện phân lỏng.

- Theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ.

- Đảm bảo chế độ ăn, uống, nghỉ ngơi.

- Vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài cho sản phụ.

- Giáo dục sức khỏe.

- Thực hiện y lệnh.

4. Thực hiện kế hoạch

- Quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm mạch, đếm nhịp thở ghi vào phiếu theo dõi.

- Theo dõi sự thu hồi tử cung, di động tử cung có đau không.

- Theo dõi sản dịch về màu, mùi, số lượng.

- Rửa vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể, răng miệng, thay áo váy cho sản phụ.

- Nếu sản phụ khó thở: cho sản phụ nằm đầu cao, cho thở oxy ngắt quãng, nếu sốt cao: chườm, gọi hỏi xem sản phụ trả lời có đúng không.

- Cho sản phụ ăn đầy đủ chất, dễ tiêu, trường hợp sản phụ không ăn được cho ăn bằng sonde.

- Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ và ghi phiếu theo dõi. đồng thời báo cho thầy thuốc biết những diễn biến bất thường.

- Giải thích cho người nhà bệnh nhân an tâm và cùng thực hiện tốt nội quy điều trị của Bệnh viện.

- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác, chuẩn bị đầy đủ các phương tiện dụng cụ, trợ giúp cho thầy thuốc khi làm các thủ thuật cần thiết.

5. Đánh giá

- Thể trạng người bệnh tốt lên: hết sốt, ăn uống tốt, tiến triển bệnh tốt.

- Các vết khâu liền nhanh, tốt

- Bà mẹ có các kiến thức cơ bản về bệnh

- Bà mẹ biết cách tự phát hiện các dấu hiệu bất thường, tự chăm sóc bản thân và trẻ.

- Trường hợp người bệnh vẫn sốt, thể trạng không khá lên, tiến triển bệnh xấu cần báo cho thầy thuốc biết và lập lại kế hoạch chăm sóc.

Tự Lượng giá

Trả lời ngắn các câu hỏi từ 1 đến 5:

Câu 1: Ba đường xâm nhập của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn sau đẻ là: A.

B.

C.

Câu 2: Ba yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn sau đẻ là: A.

B.

C.

Câu 3: Ba triệu chứng lâm sàng chính của viêm nội mạc tử cung sau đẻ là: A.

B.

C.

Câu 4: Bể sản dịch là hình thái đặc biệt của ... A ... và thường do tử cung ... B ... làm sản dịch không ra được?

A.

B.

Câu 5: Nhiễm khuẩn sau đẻ là những trường hợp... A... xuất phát từ ... B ...?

A.

B.

Phân biệt Đúng/Sai các câu từ 6 - 11 bằng cách đánh dấu X vào cột phù hợp:

Nội dung	Đúng	Sai
Câu 6: Tất cả các trường hợp nhiễm khuẩn sau đẻ gây sốt và ảnh hưởng tới quá trình hậu sản được gọi là nhiễm khuẩn sau đẻ.		
Câu 7: Các biểu hiện nhiễm khuẩn ở tử cung thường có biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân, sản dịch bẩn, đục, hôi lẫn máu, tử cung mềm ấn đau, co hồi kém và xuất hiện sau đẻ 3 - 5 ngày.		
Câu 8: Viêm âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn thường có biểu hiện sốt nhẹ, sản dịch như mủ hôi, tử cung co hồi kém, ấn đau.		
Câu 9: Viêm tắc tĩnh mạch chi thường xuất hiện muộn sau đẻ 10 - 15 ngày, biểu hiện rối loạn cảm giác, vận động, màu sắc da bên chi bị viêm.		
Câu 10: Viêm phần phụ thường xuất hiện sau đẻ với hội chứng nhiễm khuẩn nặng.		
Câu 11: Tắc sữa (bầu vú sưng đau) thường xảy ra ở người mẹ trẻ và lượng sữa quá nhiều - sản phụ sốt, bầu vú căng cứng, bề ngoài có thể đỏ, sưng, nóng và ấn đau.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu hỏi từ 12 đến 16:

Câu 12: Triệu chứng có giá trị nhất trong viêm âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn sau đẻ?

A. Âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn viêm chảy máu.

B. Tử cung co kém, mềm, ấn đau

C. Chỗ cắt/ rách TSM viêm tấy, đỏ, đau, tiết dịch hoặc mủ.

D. Thở trạng nhiễm khuẩn, sốt, xuất hiện sau đẻ 3 - 4 ngày.

Câu 13: Yếu tố thuận lợi hay gặp nhất của viêm nội mạc tử cung sau đẻ?

- A. Sốt rau.
- B. Thể trạng suy nhược.
- C. Nhiễm độc thai nghén.
- D. Cắt khâu TSM.

Câu 14: Triệu chứng có giá trị nhất trong viêm phần phụ sau đẻ?

- A. Đau hai bên hố chậu âm i liên tục.
- B. Sản dịch bản hôi, đục như mủ.
- C. Tử cung co hồi kém, ấn đau, cổ tử cung mở.
- D. Sau đẻ khám có một khối nề cạnh tử cung, ấn đau nhiều, di động kém

Câu 15: Yếu tố thuận lợi hay gặp nhất của viêm tắc tĩnh mạch chi sau đẻ?

- A. Chuyển dạ kéo dài.
- B. Nhiễm khuẩn ối.
- C. Nằm nhiều không vận động.
- D. Rối loạn các yếu tố đông máu.

Câu 16: Triệu chứng xuất hiện sớm nhất của viêm tắc tĩnh mạch chi sau đẻ?

- A. Sốt sau đẻ 12-15 ngày.
- B. Đau dọc theo toàn thân tĩnh mạch đùi khi khám.
- C. Rối loạn cảm giác tê bì.
- D. Phù trắng, nóng, đau.

Bài tập tình huống: Chị A. 35 tuổi, đẻ con lần 2, sau đẻ foonxep ngày thứ 3, bạn kiểm tra thấy: nhiệt độ 38⁰ C, mạch 90 lần/phút, vú cương tức, tử cung mềm cao trên khớp vệ 14 cm (dưới rốn 1 khoát ngón tay), sản dịch ra hôi, màu thâm đen.

Theo bạn:

1: Chị A bị?

- A. Viêm nội mạc tử cung.
- B. Cương sữa.
- C. Bể sản dịch.
- D. Viêm tắc tĩnh mạch chi.

2: Nếu gặp trường hợp này tại tuyến y tế cơ sở, bạn nên xử trí như thế nào?

3. Lập kế hoạch chăm sóc chị A. trong 24 giờ sau khi thăm khám.

Bài 6: CHĂM SÓC U XƠ TỬ CUNG – U NANG BUỒNG TRỨNG

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được phân loại, dấu hiệu của u xơ tử cung, u nang buồng trứng.
- 1.2. Phân tích được tiến triển, biến chứng, hướng xử trí u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

2. Kỹ năng:

- Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc cho người bệnh bị u xơ tử cung, u nang buồng trứng.

3. Thái độ:

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

U NANG BUỒNG TRỨNG

U nang buồng trứng là những khối u khá phổ biến ở phụ nữ. Bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất từ 30 - 45 tuổi. Chẩn đoán tương đối dễ, nhưng triệu chứng và tiến triển phức tạp, nên việc điều trị và tiên lượng còn gặp nhiều khó khăn.

Gọi là u nang, vì có cấu tạo kiểu túi. Thành túi là vỏ nang, trong túi có chứa dịch nang đơn thuần hay phối hợp với thành phần khác.

1. Phân loại

1.1. U nang cơ năng

- U nang cơ năng sinh ra do tổn thương chức năng của buồng trứng, có đặc điểm: Lớn nhanh đường kính thường < 6cm, không chồi, không vách, mất sớm, chỉ tồn tại trong một vài chu kỳ kinh nguyệt.

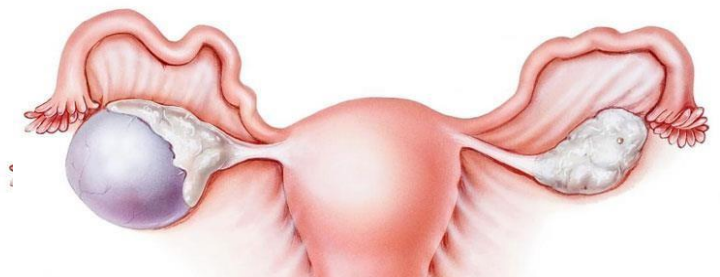
- U nang cơ năng bao gồm:

- + U nang bọc noãn: do không phóng noãn, thường tồn tại trong vài chu kỳ kinh nguyệt, rồi tự mất.

- + U nang hoàng tuyến: thường gặp trong chửa trứng hoặc Chorio.

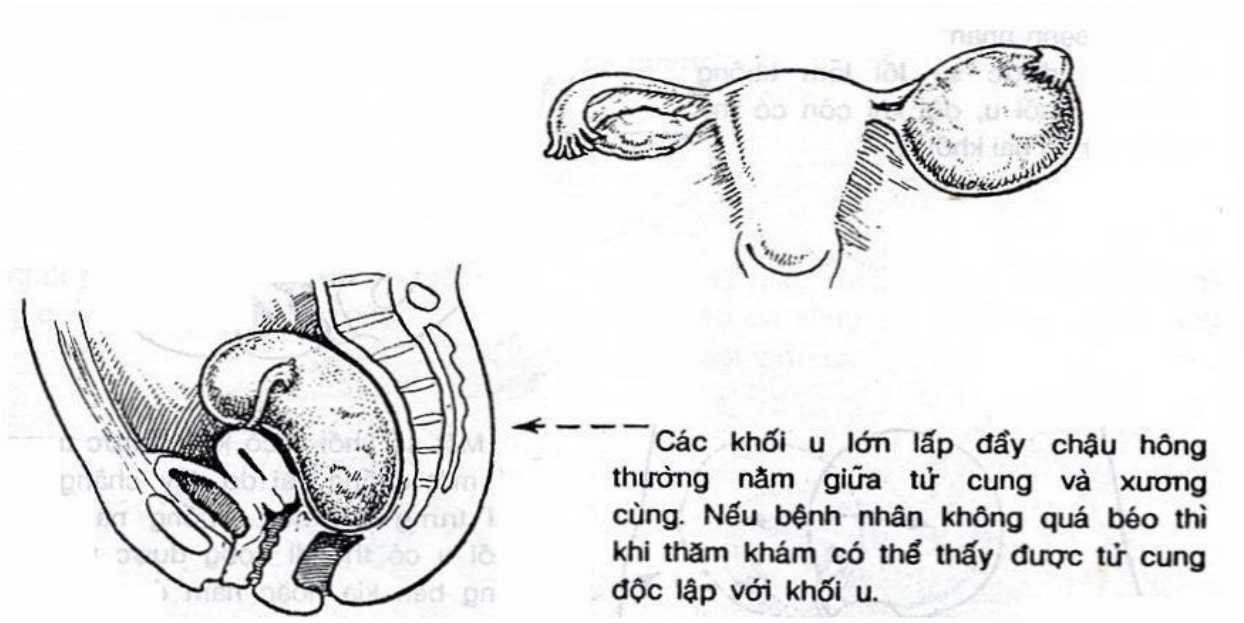
- + U nang hoàng thể: có thể gặp trong 1 số trường hợp dùng thuốc kích thích phóng noãn liều cao để điều trị vô sinh.

- U nang thực thể Do tổn



thương thực thể giải phẫu buồng trứng. U phát triển chậm, nhưng không bao giờ mất. Kích thước u nang thường lớn, có vỏ dày, đa số là lành tính.

- Có 3 loại u nang thực thể:
 - + U nang bì
 - + U nang nước
 - + U nang nhầy

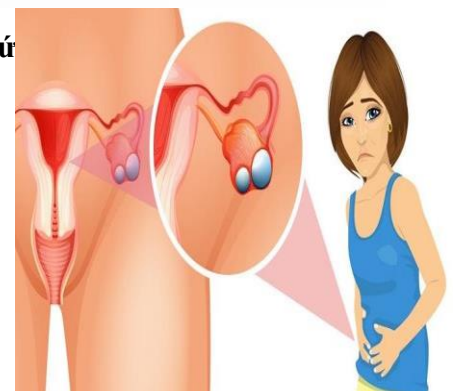


Hình: Một số dạng khối u buồng trứng

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

2.1. Triệu chứng cơ năng

- U nang nhỏ: triệu chứng nghèo nàn, khối u tiến triển nhiều năm. Phần lớn người bệnh vẫn sống, hoạt động bình thường.
- U nang chỉ được phát hiện khi tắm hoặc khi khám sức khoẻ.
- Một số người bệnh cảm giác nặng bụng dưới. Trường hợp u lớn có dấu hiệu chèn



ép các tạng xung quanh, gây bí tiểu, bí đại tiện.

2.2. Triệu chứng thực thể

- U nang to: Thấy bụng dưới to lên như mang thai, sờ thấy khối u di động, có khi đau.
- Khám âm đạo: tử cung nhỏ, cạnh tử cung có khối tròn đều, di động dễ dàng, ranh giới biệt lập với tử cung.
- U nang to, dính, hay nằm trong dây chằng rộng, thì di động hạn chế, có khi mắc kẹt trong tiểu khung. Không nên đè mạnh hay đẩy lên, vì có thể gây vỡ.

2.3. Cận lâm sàng

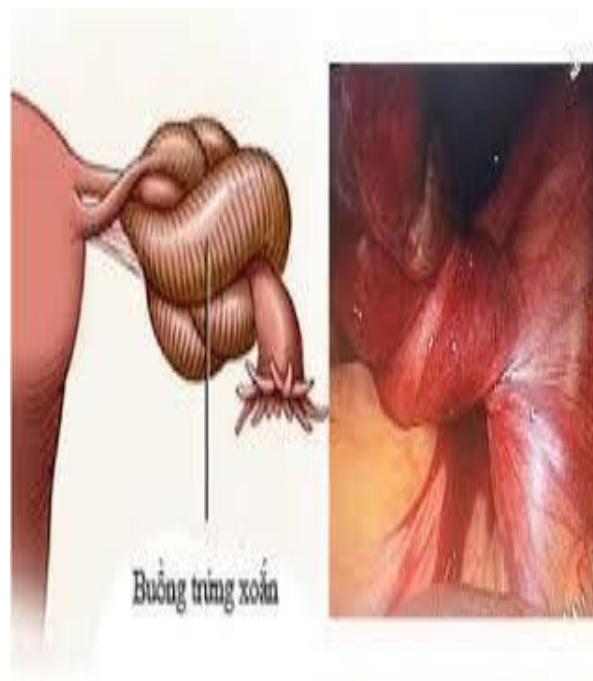
- Chụp bụng không chuẩn bị, nếu là u nang bì sẽ thấy cản quang. Chụp tử cung vòi trứng với thuốc cản quang, thấy tử cung lệch 1 bên, vòi trứng bên khối u kéo dài ra ôm lấy khối u.
- Siêu âm thấy ranh giới khối u rõ.
- Soi ổ bụng chỉ làm khi khối u nhỏ, nghi ngờ với chửa ngoài tử cung.

3. Tiến triển và biến chứng

- Người phụ nữ có u nang buồng trứng, có thể khó có thai, khi có thai có nguy cơ ngôi bất thường và đẻ non.
- Xoắn u nang
- Chảy máu trong nang
- Vỡ u nang
- Viêm nhiễm
- Chèn ép các tạng lân cận, gây bán tắc ruột, đại, tiểu tiện khó.
- Ung thư hoá có thể xảy ra với 3 loại u nang thực thể, nhưng u nang nước là thường gặp nhất.
- Có thể chẩn đoán nhầm với áp - xe ruột thừa, chửa ngoài tử cung.

4. Điều trị

- 4.1. **U nang cơ năng:** thường mất đi khi điều trị khỏi các căn nguyên, chỉ mổ khi biến



chúng

4.2. U nang thực thể: phẫu thuật là chủ yếu

- Trong trường hợp u lành tính 2 bên, bệnh nhân trẻ nên bóc u nang để lại phần lành.
- U xoắn khi mổ cấp cứu nên giảm đau, chống choáng, cầm, cắt trước khi tháo xoắn.
- Các khối u đều phải gửi giải phẫu bệnh lý để xác định lành hay ác tính.
- Trường hợp ác tính, phải cắt tử cung hoàn toàn, cắt bỏ phần phụ bên kia, cắt một phần mạc nối lớn và tiếp tục điều trị bằng hoá chất.

5. Phòng bệnh

- Khuyến khích phụ nữ khám phụ khoa định kỳ, phát hiện sớm u buồng trứng.
- Quản lý chặt chẽ những bệnh nhân sau mổ, phát hiện sớm bệnh tái phát.

U XƠ TỬ CUNG

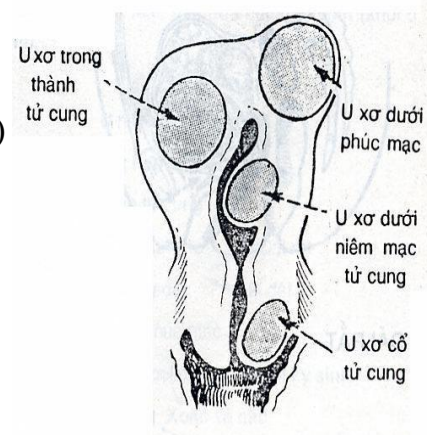
U xơ tử cung là khối u lành tính, bệnh khá phổ biến ở phụ nữ từ 30 - 45 tuổi, tỷ lệ 15 - 20%. U xơ tử cung có thể to, nhỏ,

một hay nhiều nhân xơ nằm ở thân, ở cổ và cả ở eo tử cung.

U xơ có thể phát triển bề ngoài tử cung (U xơ dưới thanh mạc)

U xơ phát triển trong lớp cơ tử cung (U xơ kẽ)

U xơ phát triển trong buồng tử cung (U xơ dưới niêm mạc)



Hình: Các dạng u xơ tử cung

1. Lâm sàng và cận lâm sàng

1.1. Triệu chứng cơ năng

Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào vị trí, số lượng thể tích của u xơ.

- Rối loạn kinh nguyệt: cường kinh, rong kinh kéo dài, vòng kinh ngắn, nhưng vẫn theo chu kỳ, làm người bệnh thiếu máu.
- Đau: do thiếu máu cục bộ hay do chèn ép hệ thần kinh trong tiểu khung
- Chèn ép: U xơ to chèn ép bàng quang, gây tiểu khó, tiểu nhiều lần, chèn ép trực tràng, gây táo bón.
- Thường dịch âm đạo nhiều, loãng theo chu kỳ.

1.2. Triệu chứng thực thể

- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng, sẽ thấy tử cung lớn hơn bình thường, nhiều nhân gồ ghề, thay đổi hình dạng tử cung. Di động tử cung bị hạn chế, do u xơ to, dính trong tiểu khung.
- U xơ kẽ thấy tử cung to tròn đều, hay gây cường kinh.
- Nhân xơ dưới niêm mạc có thể không lớn, đôi khi thấy polyp chui ra cổ tử cung, hay ra huyết bất thường.
- U xơ dưới phúc mạc làm tử cung biến dạng. Nếu có cuống dài, dễ nhầm U nang buồng trứng.

1.3. Cận lâm sàng

- Đo buồng tử cung
- Chụp buồng tử cung cản quang
- Siêu âm

2. Tiến triển và biến chứng

- Thiếu máu do rong kinh rong huyết
- Chèn ép các tạng xung quanh, gây tiểu khó, táo bón.
- Nhiễm khuẩn, hoại tử do thiếu máu tại chỗ.
- Xoắn u nếu u dưới thanh mạc có cuống.
- Khi có thai, gây sảy thai, đẻ non, rau bám thấp, ngôi thai bất thường.
- Khi chuyển dạ: rối loạn cơn co, chuyển dạ kéo dài, u tiền đạo.
- Sau đẻ chờ tử cung, băng huyết, bé sản dịch.
- Một số ít u xơ có thể thoái hoá, biến thành ung thư, nhưng hiếm gặp.

3. Điều trị

3.1. Phẫu thuật

- Bóc tách nhân xơ
- Cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần

3.2. Điều trị nội khoa

Chỉ định khối u nhỏ, tiến triển chậm, chưa có biến chứng, người bệnh còn trẻ. Điều trị bằng progesteron 10 mg/ ngày x 7 - 10 ngày trong nửa sau của chu kỳ kinh nguyệt.

Bài 7: CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày các dấu hiệu chẩn đoán thai
- 1.2. Phân tích được các phương pháp tính tuổi chẩn đoán thai.

2. Kỹ năng

- Thực hiện được các phương pháp tính tuổi thai

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ nghiêm túc trong học tập, tác phong nhanh nhẹn cẩn thận
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

1. CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN

1.1. Chẩn đoán thai nghén trong 4 tháng rưỡi đầu

- Tắt kinh:

Một phụ nữ kinh nguyệt đều, đã có sinh hoạt tình dục đột nhiên tắt kinh thì việc đầu tiên phải nghĩ đến có thai.

- Tình trạng nghén:

+ Người phụ nữ cảm thấy mệt mỏi, uể oải, có rối loạn về giấc ngủ như lúc nào cũng buồn ngủ, có khi ban ngày thì ngủ gà ngủ gật nhưng đêm lại không ngủ được. Tính tình cũng ít nhiều thay đổi, dễ bị kích thích, hay cáu gắt, buồn vui thất thường.

+ Ăn uống trở nên thất thường, bữa chính thì ăn uể oải nhưng lại hay ăn vặt và thèm ăn các thức ăn chua, ngọt, cay, đắng, có khi sợ các thức ăn trước nay vẫn thích, có người còn ăn các thứ rất đặc biệt như ăn đất sét nướng, ăn vôi vữa trên tường.

+ Thường hay ứa nước bọt, lợm giọng, buồn nôn và nôn, thường nôn vào buổi sáng hoặc sau khi ăn, thậm chí có người nôn nặng ăn gì nôn nấy, nôn hết thức ăn thì nôn khan, có khi nôn cả ra mật đắng.

- Thay đổi ở vú: Từ khi tắt kinh, vú luôn luôn căng, tức, nắn vào hơi đau và thấy các thùy tuyến vú giống như những ngày sắp hành kinh trước đây. Sau vài tuần chậm kinh quầng vú và núm vú đổi màu thâm dần và tại quầng vú nổi các hạt nhỏ. Trên da ngực có các tĩnh mạch nổi lên khá rõ.

- Thân nhiệt thường hơi cao trong 3 - 4 tháng đầu, do sự tồn tại hoàng thể thai.

- Rối loạn đi tiểu, thường có triệu chứng tiểu rất vì bàng quang bị kích thích nhưng không bao giờ tiểu buốt, tiểu máu hay tiểu mù.

- Nếu khám âm đạo sẽ thấy niêm mạc âm đạo và cổ tử cung có màu tím. Cổ tử cung mềm. Thân tử cung mềm và to ra, nên ngón tay đặt ở túi cùng bên đã chạm được đến thân tử cung (dấu hiệu Noble). Trong lúc khám có thể thấy tử cung co bóp nên đang mềm thấy chắc lại. Khi sờ nắn bụng dưới, từ tuần thứ 8 trở đi có thể nắn thấy đáy tử cung trên xương mu và mỗi tháng đáy tử cung cao thêm 4cm. Khi thai được 20 tuần đáy tử cung thường ngang với rốn.

- Cuối thời kỳ này, vào tuần 20 có thể nghe được tiếng tim thai khi khám và thai phụ có thể bắt đầu thấy thai cử động (thai máy). Thai con ra cảm giác thai máy sớm hơn (18 - 20 tuần), con so thấy máy muộn hơn (20 - 22 tuần).

- Hiện nay, các xét nghiệm hỗ trợ cho thăm khám lâm sàng có thể giúp thầy thuốc chẩn đoán thai nghén từ rất sớm như:

+ Dùng que thử thai nhanh: Nhúng que thử vào nước tiểu, nếu trên que xuất hiện hai vạch đỏ thì phản ứng dương tính, người phụ nữ đó có thai; nếu chỉ đỏ một vạch là phản ứng âm tính, người phụ nữ đó không có thai. Độ chính xác của xét nghiệm có thể tới 95% từ khi mới chậm kinh 5 ngày trở đi (thai tuần thứ 5).

+ Thăm dò bằng siêu âm: Thấy túi ối trong tử cung với mầm thai và cả nhịp đập của thai từ tuần thứ 6.

Chú ý: Nghiêm cấm chẩn đoán giới tính của thai nhi.

1.2. Chẩn đoán thai nghén sau 4 tháng rưỡi

- Ở thời kỳ này các triệu chứng có thai đã rõ. Các dấu hiệu cơ năng về tình trạng nghén đã hết. Các dấu hiệu thực thể tại vú vẫn tồn tại và phát triển.

- Bụng thai phụ mỗi ngày một to thêm. Thai phụ nhận biết được cử động của thai trong tử cung (thai máy).

- Khi nắn bụng thấy các phần của thai bập bênh trong buồng ối, đo được chiều cao tử cung, nghe được tim thai. Vào những tuần cuối, qua nắn bụng ngoài xác định được vị trí thai trong tử cung giúp chẩn đoán ngôi, thế của nó.

1.3. Chẩn đoán phân biệt

1.3.1. Trong giai đoạn đầu

- Các bệnh nội khoa hoặc nội tiết gây mất kinh.

- Trường hợp có thai giả (thai tưởng tượng) do quá mong muốn có thai hoặc quá sợ mang thai, người phụ nữ cũng thấy mất kinh, nghén giống như người có thai thật.

- Những trường hợp thấy tử cung to và mềm, nhưng lại là u xơ cơ tử cung hoặc nhầm một u nang buồng trứng với tử cung.

1.3.2. Trong giai đoạn sau

Rất ít khi nhầm lẫn nhưng cũng cần phân biệt với:

- Trường hợp “thai giả”, người phụ nữ cũng có thể thấy bụng to dần ra, có cảm giác và khẳng định với thầy thuốc là thai máy. Đây là trường hợp bệnh lý về tinh thần chứ không phải giả có thai vì một ý nghĩ không tốt nào đó.

- Các bệnh có khối u, tích mỡ ở bụng do béo phì hoặc cổ trướng (dịch trong ổ bụng) làm bụng mỗi ngày to ra.

1.4. Cách tính tuổi thai và dự đoán ngày sinh

1.4.1. Tính tuổi thai

- Tuổi thai đúng ra phải tính từ khi thụ tinh đến ngày sinh, nhưng vì không có cách nào xác định được ngày thụ tinh, nên người ta thống nhất lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối để bắt đầu tính tuổi thai, mặc dù ngày đó khó có thể thụ tinh được.

Tuổi thai trước đây tính theo tháng, hiện nay được tính theo tuần hoặc theo ngày.

- Ví dụ: Một phụ nữ có ngày đầu của kỳ kinh cuối là 20 tháng 2 năm 2015. Đến ngày 25 tháng 4 được đăng ký thai nghén. Tuổi thai của người phụ nữ này sẽ là:

+ Từ 20/2 đến 19/3: 28 ngày (tháng 2 chỉ có 28 hoặc 29 ngày).

+ Từ 20/3 đến 19/4: 31 ngày (tháng 3 có 31 ngày).

+ Từ 20/4 đến 25/4: 5 ngày. Cộng : 64 ngày hay 9 tuần 1 ngày.

- Trên thực tế khi tính tuổi thai cần có 1 tờ lịch của năm hoặc một quyển lịch bỏ túi.

- Trường hợp thai phụ không nhớ ngày kinh hoặc không có kinh (đang cho con bú chẳng hạn) thì dựa vào ngày đầu tiên có cảm giác thai máy.

1.4.2. Dự kiến ngày sinh

- Thai được coi là đủ tháng khi tuổi thai đủ 37 tuần đến hết 41 tuần, trung bình là 40 tuần (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối).

- Trường hợp thai phụ nhớ được ngày kinh theo dương lịch, áp dụng công thức sau:

Ngày dự kiến sinh: Ngày đầu kỳ kinh cuối + 7.

Tháng dự kiến sinh: Tháng có kỳ kinh cuối + 9 (hoặc - 3).

(Cộng 9 khi tháng còn kinh < 4 và trừ 3 khi tháng có kinh cuối từ tháng 4 trở đi).

- Tuổi thai tính từ ngày đầu kỳ kinh cuối đến ngày dự tính sinh là tròn 40 tuần.

Ví dụ 1: Chị An đang có thai, ngày đầu kỳ kinh cuối là 21/2/2015. Dự kiến ngày sinh của chị là: Ngày dự kiến sinh: $21 + 7 = 28$

Tháng dự kiến sinh: $2 + 9 = 11$

Kết quả: Dự kiến ngày sinh của chị An là 28/11/2015.

Ví dụ 2: Chị Lâm có thai, ngày đầu của kỳ kinh cuối là 28/8/2015. Dự kiến ngày sinh của chị là: Ngày sinh dự kiến: $28 + 7 = 35$

Tháng sinh dự kiến: $8 - 3 = 5$

Kết quả: Dự kiến ngày sinh của chị Lâm là 35/5/2016 hay 5/6/2016.

- Trường hợp thai phụ nhớ ngày kinh theo lịch âm. Vì các tháng âm lịch đủ chỉ có 30 ngày và tháng thiếu đều là 29 ngày, khác với tháng dương lịch (tháng đủ 31, tháng thiếu 30, riêng tháng 2 hàng năm lại chỉ có 28 hoặc 29 ngày), nên công thức tính ngày sinh dự kiến theo âm lịch như sau:

Ngày dự kiến sinh: Ngày đầu kỳ kinh cuối (theo âm lịch) + 15.

Tháng dự kiến sinh: Tháng có kỳ kinh cuối (theo âm lịch) + 9 (hoặc - 3).

Chú ý: Các năm nhuận âm lịch sẽ dôi ra hẳn 1 tháng chứ không như năm nhuận dương lịch chỉ dôi ra có một ngày (ngày 29/2). Vì thế, khi tính ngày dự kiến sinh theo lịch âm cần chú ý xem trong năm đó hoặc năm sau có phải là năm nhuận không, và nếu có thì nhuận vào tháng nào để tính được chính xác ngày tháng sinh dự kiến.

Bài 8: KHÁM THAI VÀ QUẢN LÝ THAI

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày được mục đích của khám thai.
- 1.2. Giải thích ý nghĩa các nội dung của quản lý thai

2. Kỹ năng

Thực hiện thành thạo theo kỹ thuật khám thai theo quy trình.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

Nội dung

Khám thai là một trong những bước quan trọng nhất đối với công việc chăm sóc trước đẻ, giúp cho người thầy thuốc và hộ sinh theo dõi được sự tiến triển của thai nghén, phát hiện được những thai nghén có nguy cơ cao, hướng dẫn cho thai phụ những điều cần biết để tự chăm sóc khi có thai và sau khi sinh, hướng dẫn cho thai phụ đến nơi sinh an toàn nhất.

1- Mục đích của mỗi lần khám thai

1.1- Lần thứ nhất

- Để xác định có thai hay không.
- Để phát hiện thai nghén bất thường và nguy cơ cao trong thai nghén.
- Để bàn bạc với thai phụ kế hoạch cụ thể về chăm sóc thai nghén lần này.
- Trường hợp thai ngoài ý muốn, giúp thai phụ hướng xử trí thích hợp và an toàn nhất.

1.2-Lần thứ hai

- Để biết thai nghén phát triển có bình thường không.
- Để xem thai phụ có thích nghi được với tình trạng thai nghén không.
- Bổ sung những kiến thức và kỹ năng cần thiết cho thai phụ trong việc tự chăm sóc.
- Phát hiện các yếu tố nguy cơ xuất hiện trong thời kỳ thai nghén.

1.3-Lần thứ ba

- Đánh giá tình trạng phát triển của thai, tiên lượng cuộc đẻ sắp tới.
- Phát hiện các yếu tố nguy cơ trong giai đoạn cuối thai kỳ.
- Chuẩn bị cho thai phụ kiến thức và công việc cần làm để sẵn sàng cho cuộc

sinh sắp tới.

- Quyết định nơi sinh an toàn nhất cho thai phụ.

2. Các bước thực hành khám thai

Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản, do Bộ y tế ban hành năm 2002 đã qui định rõ khi khám thai cần thực hành đầy đủ chín bước như sau:

- Hỏi.
- Khám toàn thân (toàn trạng).
- Khám sản khoa.
- Xét nghiệm cần thiết (nước tiểu, máu).
- Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván.
- Giáo dục sức khoẻ (truyền thông - tư vấn).
- Cung cấp thuốc thiết yếu (phòng thiếu máu, sốt rét, bấu cổ).
- Ghi chép sổ sách và phiếu khám.
- Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí.

2.1- Hỏi

Hỏi là công việc rất quan trọng, giúp người hộ sinh nắm bắt được những thông tin cần thiết từ phía thai phụ. Nhiều khi chưa cần khám, chỉ qua hỏi cũng đã phát hiện nhiều yếu tố nguy cơ trong thai nghén. Hỏi còn là sự giao tiếp tạo nên mối thiện cảm, thân mật với thai phụ, gây cho họ niềm tin vào sự chăm sóc, phục vụ của cán bộ y tế và do đó giúp họ dễ vượt qua những trở ngại, khó khăn, lo lắng cho thai nghén và sinh đẻ lần này.

2.1.1- Hỏi về bản thân thai phụ và hoàn cảnh sinh sống: Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp (chú ý đến nghề nặng nhọc, nguy hiểm, độc hại), dân tộc, trình độ văn hoá, tôn giáo (nếu có), điều kiện sinh hoạt (kinh tế xung túc hay thuộc diện nghèo, đói), thói quen hay phong tục tập quán (ăn chay, ăn kiêng, nghiện thuốc lào, thuốc lá hay ma tuý, ở nhà hoặc ở nơi khuất nẻo không cho người lạ hoặc đàn ông có mặt...)

2.1.2- Hỏi về tiền sử bệnh tật của thai phụ: Có bệnh gì không. Nếu có thì mắc từ bao giờ. Có dùng thuốc gì không. Chú ý các bệnh phải điều trị tại bệnh viện, phải mổ, truyền máu, tai nạn, dị ứng (đặc biệt với thuốc gì nếu có). Chú ý hỏi để phát hiện các bệnh tiểu đường, tim mạch, bệnh gan, bệnh thận, lao, tâm thần, nội tiết.

2.1.3- Hỏi về tiền sử bệnh tật của gia đình: Gia đình thai phụ và gia đình chồng, nơi

thai phụ đang sống chung. Cũng cần khai thác kỹ như trên, đặc biệt quan tâm đến chồng, bố mẹ chồng.

2.1.4- Hỏi về kinh nguyệt: Có kinh lần đầu năm bao nhiêu tuổi, chu kỳ bao nhiêu ngày, kéo dài bao nhiêu ngày, có đều hay không. Đặc biệt phải cố gắng khai thác được ngày bắt đầu có kinh lần cuối. Chú ý: rất nhiều người không nhớ ngay được ngày có kinh lần cuối, nên phải dò dẫm, gợi ý dần cho họ: ví dụ ngày chị thấy kinh lần đó có vào dịp gần tết, gần một sự kiện nào lớn trong xã hay trong gia đình, vào cuối tháng hay đầu tháng...Nhiều người lại cho biết tháng họ không còn kinh, chứ không phải là tháng có kinh cuối cùng. Cũng rất nhiều chị em, nhất là ở nông thôn chỉ nhớ theo ngày âm lịch.

2.1.5- Hỏi về hôn nhân và gia đình: lấy chồng từ năm bao nhiêu tuổi. Hôn nhân lần thứ mấy. Họ tên, tuổi, nghề nghiệp của chồng. Quan hệ vợ chồng có điều gì chưa tốt (ví dụ: vấn đề chung thủy với nhau, vấn đề bạo lực gia đình). ở nước ta còn rất khó khăn và chưa có thói quen để hỏi về tuổi bắt đầu hoạt động tình dục, có bạn tình hay không, nhiều hay ít và những vấn đề cụ thể khác về tình dục. Tuy nhiên nếu khai thác được những vấn đề này cũng rất có giá trị trong công tác chăm sóc của người hộ sinh đối với thai phụ.

2.1.6- Hỏi về tiền sử sản khoa: Số lần có thai, số lần đẻ (đủ tháng, thiếu tháng), số lần sảy, số con đẻ ra bị chết ngay hoặc chết những năm về sau. Có thể ghi lại tiền sử thai nghén dưới dạng một con số gồm 4 chữ số: số đầu tiên là số lần đẻ đủ tháng - số thứ hai là số lần đẻ thiếu tháng - số thứ ba là số lần sảy hay phá thai - số thứ tư là số con hiện còn sống (trên lâm sàng hay gọi là: Sinh - Sớm - Sảy - Sống).

Trong mỗi lần đẻ hay sảy thì tuổi thai lúc sự việc diễn ra là bao nhiêu. Khi đẻ dễ dàng hay khó khăn, có phải can thiệp không (nếu có cụ thể là gì), có tai biến gì trong lần sinh trước (băng huyết, chuyển dạ kéo dài, sau đẻ bị nhiễm khuẩn...).

2.1.7- Hỏi về tiền sử phụ khoa: Chú ý đến các bệnh phụ khoa đã từng được phát hiện, đã hay chưa được điều trị. Có phải dùng thuốc men hay can thiệp gì để có thai hay không.

2.1.8- Hỏi về các biện pháp tránh thai đã dùng: Biện pháp gì. Nếu phải thay thế biện pháp thì vì sao. Lần có thai này là chủ động hay do thất bại của biện pháp tránh thai.

2.1.9- Hỏi về lần thai nghén này: Xác định rõ ngày đầu kỳ kinh cuối. Các triệu chứng nghén. Ngày đầu thai máy, tình trạng thai đạp... Các dấu hiệu bất thường: ra máu, đau

bụng, mệt mỏi, nhức đầu, hoa mắt ù tai...

Những vấn đề cần hỏi trên đây thường đã được in sẵn trong bệnh án sản khoa.

2.2- Khám toàn thân

Bao gồm các công việc phải làm sau đây:

- Đo chiều cao (lần khám đầu): từ 144 cm trở xuống là yếu tố nguy cơ.
- Cân nặng: cho mỗi lần khám. Có thể hướng dẫn thai phụ tự theo dõi cân nặng ở nhà, hàng tháng hoặc hàng tuần: Cân nặng dưới 40 Kg hoặc trên 70 Kg là yếu tố nguy cơ. Theo dõi cân hàng tháng nếu mỗi tháng tăng quá 2 Kg hoặc trong một tuần tăng quá 500 gam thì có nguy cơ bị phù nề, giữ nước.

- Đếm mạch: cho mỗi lần khám: mạch thai phụ có thể tăng trung bình 10 đến 15 nhịp/

phút.

- Đo huyết áp (HA): cho mỗi lần khám. Bình thường, HA không biến đổi khi có thai. Nếu

HA tâm thu (tối đa) tăng thêm 30 mmHg và HA tâm trương (tối thiểu) tăng thêm 15 mmHg so với HA đo được lúc tuổi thai dưới 20 tuần, thì phải coi là bị tăng HA. Trường hợp không được biết số đo HA từ trước, nếu số đo HA là 140/90 mmHg trở lên phải coi là bị tăng HA.

- Khám tim phổi (do y sĩ hoặc bác sĩ thực hiện. Trường hợp không có thầy thuốc, hộ sinh vẫn nên nghe tim, nếu thấy có tiếng bất thường không giống tiếng tim của mình thì có thể thai phụ có bệnh tim): Sau khi khám lần đầu, nếu không có bệnh tim thì những lần sau không cần khám.

- Khám vú (kết hợp khi khám tim phổi). Nếu có bất thường gì về vú (u, cục) cần khuyên thai phụ đi khám thầy thuốc chuyên khoa. Nếu đầu vú tụt vào trong thì hướng dẫn thai phụ xoa nắn, nặn đầu vú hàng ngày để tạo điều kiện dễ dàng cho con bú sau sinh.

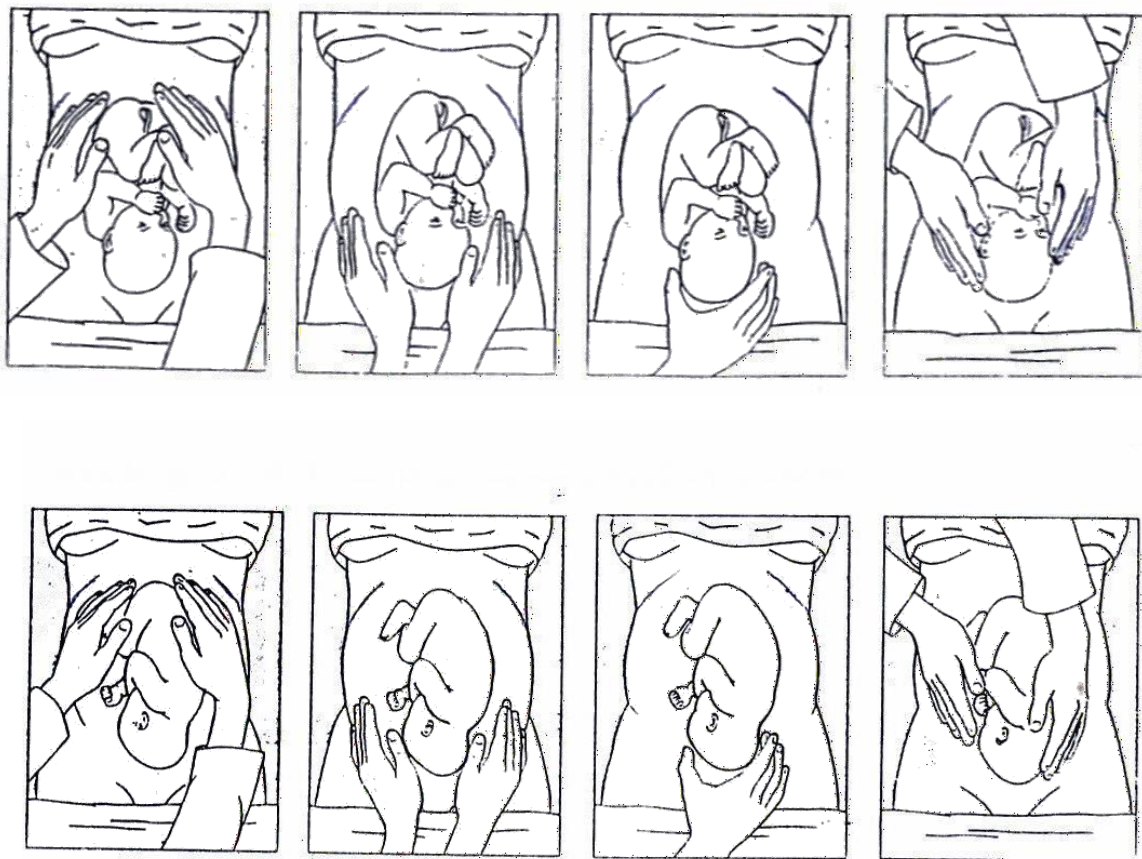
- Khám bụng: nắn bụng xem có u, cục gì bên trong. Nếu có cần gửi khám hội chẩn với thầy thuốc chuyên khoa.

- Phát hiện các dấu hiệu bất thường: da xanh, niêm mạc nhợt, phù nề, (thiếu máu hoặc nhiễm độc thai nghén) tăng phản xạ đầu gối (tiền sản giật) cần điều trị thiếu máu bằng viên sắt/folic hoặc gửi thai phụ đi khám ở bệnh viện.

2.3- Khám sản khoa

- Quan sát bụng: hình dáng (hình trứng, hình tròn hay bè ngang), seò mủ.

- Nắn bụng tìm đáy tử cung.
- Đo chiều cao tử cung (đường thẳng từ xương mu đến đáy tử cung). Từ sau tháng thứ hai, tử cung cao trên mu 4 cm và sau đó mỗi tháng cao thêm 4 cm nữa. Đến khi đủ tháng, chiều cao tử cung trung bình 30-32 cm (xem lại bài chẩn đoán thai nghén).



Hình 19: Cách khám xác định các phần thai

- Đo vòng bụng (vòng chạy chung quanh bụng và lưng ở mức ngang rốn). Vòng bụng của người có thai đủ tháng trung bình 95 cm, có thể to hơn do béo, do thai to hoặc sinh đôi, đa ối.
- Đo khung xương chậu ngoài bằng thước đo khung chậu. Các số đo các đường kính (ĐK) của khung chậu một thai phụ bình thường trung bình như sau:
 - + ĐK lưỡng gai (nối liền 2 gai chậu trước trên): 22,5 cm.
 - + ĐK lưỡng mào (nối 2 điểm xa nhất của 2 mào chậu): 25,5 cm.
 - + ĐK lưỡng ụ đùi (nối liền 2 ụ to của xương đùi): 27,5 cm.
 - + ĐK trước sau (từ mặt trước xương mu đến mỏm gai đốt thắt lưng 5): 17,5 cm.
 - + ĐK lưỡng ụ ngồi (của eo dưới) 11 cm.

- + ĐK cụt hạ mu (của eo dưới): 9 cm.
- + ĐK cùng hạ mu (đường kính thực dụng của eo dưới): 11 cm.
- Nắn bụng để xác định các phần của thai nhi: đầu, các bươu của đầu, lưng, mồm vai, các chi. (Hình vẽ về các động tác sờ nắn thai qua thành bụng)
- Đánh giá mức độ tiến triển của ngôi thai (cao, chúc, chặt hay đã lọt).
- Nghe tim thai.

(Các kỹ năng về khám sản khoa sẽ được học trong các tiết thực hành)

Tuỳ theo tuổi thai mà phần khám sản trong mỗi lần khám có thể thay đổi: ví dụ khi khám ở tuổi thai còn nhỏ (3-4 tháng) thì chưa thể nghe được tim thai, không cần đo chiều cao tử cung và vòng bụng, mà chỉ cần nắn tìm đáy tử cung là đủ. Chỉ những tháng cuối mới khám nắn kỹ các phần thai, để chẩn đoán ngôi, thế và đánh giá mức độ cao thấp của ngôi thai.

Việc thăm âm đạo để chẩn đoán thai nghén trong những tháng đầu tiên không đặt ra, vì với các phương tiện hiện có để chẩn đoán thai nghén, việc này không cần thiết, thực hiện hàng loạt có thể dễ gây nhiễm khuẩn hoặc gây động thai nếu thực hành thô bạo.

2.4- Xét nghiệm cần thiết

- Với hộ sinh, xét nghiệm bắt buộc phải thực hiện mỗi lần khám thai là xét nghiệm nước tiểu để tìm protêin. Có thể thực hiện xét nghiệm này bằng phương pháp đốt nóng hay bằng giấy thử. (sẽ học trong giờ thực hành)
- Trong điều kiện cơ sở được cung cấp thiết bị xét nghiệm huyết cầu tố, thì cũng cần thực hiện để đánh giá tình trạng thiếu máu của thai phụ. (sẽ học trong buổi thực hành).

2.5- Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván

- Ngay từ lần khám đầu tiên phải thăm dò thai phụ xem họ đã được miễn dịch uốn ván ở mức nào, để có kế hoạch tiêm bổ sung hay tiêm mới hoàn toàn theo các chỉ dẫn sau:
 - Nếu thai phụ chưa được tiêm mũi phòng uốn ván nào, thì phải tiêm cho họ hai mũi, cách nhau 1 tháng, mũi 2 phải tiêm trước thời gian dự kiến đẻ ít nhất 30 ngày. Trường hợp thai phụ được đăng ký thai sớm thì có thể tiêm mũi 1 vào bất cứ tháng nào. Tuy nhiên, nên tiêm các mũi vào tháng thứ 4 và thứ 5 hoặc tháng thứ 5 và tháng thứ 6.
 - Nếu thai phụ đã được tiêm 2 mũi (lần sinh trước đây) hay lần có thai này đã được tiêm một mũi, thì hướng dẫn cho thai phụ tiêm thêm một mũi nữa.
 - Nếu khi còn nhỏ, thai phụ đã được tiêm chủng mở rộng với ba mũi tiêm phòng

uốn ván, thì cũng hướng dẫn tiêm thêm một mũi.

- Nếu thai phụ đã tiêm phòng uốn ván được tới ba hay bốn mũi và mũi cuối cùng đã trên một năm, thì cũng hướng dẫn tiêm 1 mũi.

- Nếu thai phụ đã tiêm đủ 5 mũi theo lịch tiêm chủng mở rộng nhưng mũi cuối cùng đã quá 10 năm, cũng nên khuyến khích tiêm thêm một mũi.

2.6- Giáo dục sức khỏe

Đây là một bước rất quan trọng trong tiến trình khám thai. Giáo dục sức khỏe cần được thực hiện trong mọi lần khám thai. Người hộ sinh cần chủ động trao đổi với thai phụ (truyền thông) hoặc sẵn sàng, vui vẻ trả lời, giải thích cho thai phụ những điều họ hỏi (tư vấn). Nội dung và cách thức giáo dục sức khỏe đã được trình bày trong bài “Truyền thông và tư vấn cho phụ nữ có thai”.

2.7- Cung cấp thuốc thiết yếu

- ở vùng có bệnh sốt rét lưu hành, thuốc phòng sốt rét cần được cấp cho thai phụ theo phác đồ của ngành sốt rét.

- Thuốc có i ốt cần được cung cấp cho các vùng có bướu cổ lưu hành nặng, theo phác đồ của ngành phòng chống thiếu i ốt.

- Để phòng ngừa thiếu máu cho mẹ và thai, cần cung cấp cho tất cả thai phụ viên sắt/folic để uống trong suốt thời kỳ mang thai cho đến sau đẻ một tháng. Nếu bị thiếu máu thì cần điều trị cũng bằng viên sắt/folic, nhưng với liều cao hơn. (Xem bài “Thiếu máu và thai nghén”).

2.8- Ghi chép sổ sách và phiếu khám

- Ghi sổ khám thai.

- Ghi phiếu khám thai: 2 bản, 1 cho thai phụ và 1 để lưu ở cơ sở y tế.

- Lưu phiếu khám hay phiếu hẹn vào ô hay túi có tên tháng sẽ hẹn thai phụ khám lần sau.

- Lập “con tôm” để dán lên bảng theo dõi quản lý thai vào ô có tháng dự kiến đẻ của thai phụ, ngay từ lần khám đầu tiên.

2.9- Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí

- Trường hợp thai nghén phát triển bình thường: Nói cho thai phụ biết kết quả và động viên họ thực hiện tốt tự chăm sóc, hẹn khám định kỳ lần sau.

- Nếu có vấn đề phát hiện được trong khi khám, cần theo dõi hoặc cấp thuốc chữa ngoại trú, thì hẹn khám lại sau một vài ngày.

- Nếu phát hiện có yếu tố nguy cơ cao, cần thiết được theo dõi ở tuyến trên: thảo luận với thai phụ và gửi lên khám ở bệnh viện.
- Dự kiến ngày sinh, thông báo cho thai phụ biết. Nếu thai đã gần đủ tháng thì lựa chọn nơi đẻ an toàn nhất và thông báo, thuyết phục thai phụ chấp nhận và chuẩn bị sẵn các điều kiện cần thiết cho cuộc sinh sắp tới.

QUY TRÌNH KHÁM THAI

STT	Kỹ thuật tiến hành
1	Bước 1: Chào hỏi
2	Bước 2: Khám tổng quát
	Quan sát hình dạng, dáng đi
	Đo nhiệt độ, huyết áp
	Khám da, niêm mạc, đánh giá phù (nếu có)
	Khám tim, phổi: theo ghi nhận của bác sĩ
	Khám vú
3	Bước 3: Khám sản
	Nhìn: hình dạng tử cung, vết rạn nứt (mô tả), sẹo mổ (vùng tử cung)
	Sờ: bắt cơn co tử cung
	Đo: chiều cao tử cung, vòng bụng
	Nắn: 4 thủ thuật leopold
	Nghe tim thai
	Thăm khám âm đạo (nếu có chuyển dạ): độ xóa mở cổ tử cung, ngôi, ối, độ lọt
4	Bước 4: Xét nghiệm cần thiết (nước tiểu, máu).
5	Bước 5: Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván
6	Bước 6: Giáo dục sức khỏe (truyền thông - tư vấn).
7	Bước 7: Cung cấp thuốc thiết yếu (phòng thiếu máu, sốt rét, bấu cổ).
8	Bước 8: Ghi chép sổ sách và phiếu khám.
9	Bước 9: Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KHÁM THAI

STT	Kỹ thuật tiến hành	Có	Không
1	Bước 1: Chào hỏi		
2	Bước 2: Khám tổng quát		
	Quan sát hình dạng, dáng đi		
	Đo nhiệt độ, huyết áp		
	Khám da, niêm mạc, đánh giá phù (nếu có)		
	Khám tim, phổi: theo ghi nhận của bác sĩ		
	Khám vú		
3	Bước 3: Khám sản		
	Nhìn: hình dạng tử cung, vết rạn nứt (mô tả), sẹo mổ (vùng tử cung)		
	Sờ: bắt cơn co tử cung		
	Đo: chiều cao tử cung, vòng bụng		
	Nắn: 4 thủ thuật Leopold		
	Nghe tim thai		
	Thăm khám âm đạo (nếu có chuyển dạ): độ xóa mờ cổ tử cung, ngôi, ối, độ lọt		
4	Bước 4: Xét nghiệm cần thiết (nước tiểu, máu).		
5	Bước 5: Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván		
6	Bước 6: Giáo dục sức khỏe (truyền thông - tư vấn).		
7	Bước 7: Cung cấp thuốc thiết yếu (phòng thiếu máu, sốt rét, bấu cổ).		
8	Bước 8: Ghi chép sổ sách và phiếu khám.		
9	Bước 9: Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí.		

BÀI 9: CHĂM SÓC THIẾT YẾU CHO BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐẼ

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

Liệt kê các điều kiện để thực hiện đỡ đẻ thiết yếu

2. Kỹ năng

2.1. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ

2.2. Thực hiện đúng kỹ thuật chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ theo qui trình trên mô hình

3. Thái độ

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

Nội dung

1. SÁU BƯỚC CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU:

6 bước chăm sóc thiết yếu bao gồm:

- Lau khô và ủ ấm; cho trẻ tiếp xúc trực tiếp da-đứa (trẻ được đặt lên bụng mẹ ngay sau khi sinh và kéo dài ít nhất 90 phút sau sinh).
- Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin.
- Kẹp dây rốn muộn (sau khi dây rốn đã ngừng đập hoặc 1 - 3 phút sau khi thai sổ) và kẹp và cắt dây rốn một thì.
- Kéo dây rốn có kiểm soát.
- Xoa đáy tử cung cứ 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu sau đẻ.
- Hỗ trợ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn.

**QUY TRÌNH CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ
VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐẸ TRẺ THỎ ĐƯỢC**

NỘI DUNG	
I. CHUẨN BỊ TRƯỚC KHI SINH	
1. Kiểm tra nhiệt độ phòng; tắt quạt	
2. Rửa tay (lần thứ nhất).	
3. Đặt trên bụng mẹ miếng vải khô.	
4. Chuẩn bị khu hồi sức trẻ sơ sinh.	
5. Kiểm tra túi và mặt nạ có làm việc không.	
6. Kiểm tra bóng hút trên bàn đẻ (hoặc máy hút).	
7. Rửa tay (lần 2).	
8. Đeo 2 lần găng tay sạch (nếu chỉ có 1 người đỡ).	
9. Chuẩn bị panh, kẹp rốn (chỉ buộc), kéo theo thứ tự cho dễ dùng.	
10. Kiểm tra đủ điều kiện (TSM phòng căng, ngôi thập thò âm hộ) thì tiến hành đỡ đẻ.	
II. ĐỠ ĐẸ	
A. Đỡ đầu	
11. Dùng 1 tay giữ TSM qua 1 miếng gạc (hoặc khăn vô khuẩn).	
12. Hai ngón 2 và 3 của tay kia vít chòm cho đầu cúi hơn.	
13. Khi chòm đã lộ ra khỏi âm hộ, 1 bàn tay ôm lấy chòm hướng lên trên để các phần trán, mắt, mũi, mồm, cằm chui ra. Khi làm các thao tác này nói bà mẹ không rặn nữa (thối mạnh và nhanh).	
14. Tay kia vẫn giữ tầng sinh môn cho khỏi rách.	
15. Chờ cho đầu thai nhi tự xoay, người đỡ đẻ mới giúp nó xoay tiếp cho chằm sang hẳn 1 phía (trái ngang hay phải ngang).	
B. Đỡ vai	
16. Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ hay không. Nếu có nới lỏng thêm. Nếu dây rốn quấn cổ chặt thì phải luồn 2 kẹp, kẹp cắt dây rốn giữa 2 kẹp rồi mới đỡ tiếp.	
17. Áp 2 bàn tay vào 2 bên thái dương của thai.	
18. Kéo nhẹ thai xuống về phía chân của người đỡ đẻ và hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho đến khi vai trước sỏ.	
19. Đỡ đỡ vai sau, 1 bàn tay ôm lấy đầu tan hi cho gáy thai nằm giữa ngón 1 và 2 để kéo đầu lên trên.	
20. Bàn tay kia vẫn giữ tầng sinh môn để tránh bị rách khi vai sỏ.	
C. Đỡ mông và chi	
21. Tay giữ gáy thai khi đỡ vai sau vẫn nguyên, tay giữ TSM chuyển theo các phần ngực bụng, mông và chi dưới của thai	
22. Khi đến bàn chân của thai thì nhanh chóng bắt lấy để cho bàn chân nằm giữa khe các ngón 2,3,4 của tay đỡ mông. Thai được giữ theo tư thế nằm ngang.	
III. CÁC VIỆC LÀM NGAY SAU SINH	
23. Đọc to thời điểm sinh (giờ, phút, giây), giới tính.	
24. Lau khô trẻ trong vòng 5 giây ngay sau khi đẻ.	
25. Lau khô trẻ kỹ càng (mắt, mặt, đầu, tay và chân).	
26. Bỏ tấm vải ướt.	

27. Trẻ được tiếp xúc da kề da với mẹ.
28. Phủ một tấm vải lên người trẻ và đội mũ cho trẻ.
29. Kiểm tra xem có trẻ thứ hai không.
30. Tiêm bắp oxytocin cho mẹ trong vòng 1 phút.
31. Tháo găng tay đầu.
32. Kiểm tra dây rốn trước khi kẹp, chỉ kẹp khi dây rốn ngừng đập (thông thường là 1 – 3 phút).
33. Kẹp dây rốn cách chân rốn 2 cm, vuốt máu dây rốn về phía mẹ.
34. Kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm (hoặc cách chân rốn 5cm). Cắt sát kẹp 1 bằng kéo vô khuẩn.
35. Một tay cầm kẹp dây rốn. Một tay đặt lên bụng vùng trên khớp vệ, chờ TC co chặt thì giữ và đẩy tử cung về phía xương ức.
36. Kéo dây rốn có kiểm soát, nhẹ nhàng theo hướng của cơ chế đẻ trong khi tay để trên bụng sản phụ đẩy TC theo chiều ngược lại.
37. Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ, nâng dây rốn lên để sức nặng bánh nhau kéo nốt màng nhau ra. Nếu màng nhau không bong ra thì cầm bánh nhau bằng hai tay đồng thời xoắn lại theo một chiều cho màng nhau bong nốt.
38. Xoa đáy tử cung qua thành bụng sản phụ đến khi tử cung co tốt và 15 phút 1 lần trong 2 giờ đầu sau đẻ.
39. Kiểm tra nhau: khi tử cung co tốt và không có dấu hiệu chảy máu mới tiến hành kiểm tra nhau theo thường lệ.
40. Tư vấn cho mẹ về những dấu hiệu đòi bú của trẻ (chảy nước dãi, mở miệng, lè lưỡi/liếm, gặm tay, bò trườn).

**BẢNG KIỂM CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG
VÀ NGAY SAU ĐỂ TRẺ THỞ ĐƯỢC**

NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
I. CHUẨN BỊ TRƯỚC KHI SINH		
1. Kiểm tra nhiệt độ phòng; tắt quạt.		
2. Rửa tay (lần thứ nhất).		
3. Đặt trên bụng mẹ miếng vải khô.		
4. Chuẩn bị khu hồi sức trẻ sơ sinh.		
5. Kiểm tra túi và mặt nạ có làm việc không.		
6. Kiểm tra bóng hút trên bàn đẻ (hoặc máy hút).		
7. Rửa tay (lần 2).		
8. Đeo 2 lần găng tay sạch (nếu chỉ có 1 người đỡ).		
9. Chuẩn bị panh, kẹp rôn (chỉ buộc), kéo theo thứ tự cho dễ dùng.		
10. Kiểm tra đủ điều kiện (TSM phòng căng, ngôi thập thò âm hộ) thì tiến hành đỡ đẻ.		
II. ĐỠ ĐẼ		
A. Đỡ đầu		
11. Dùng 1 tay giữ TSM qua 1 miếng gạc (hoặc khăn vô khuẩn).		
12. Hai ngón 2 và 3 của tay kia vít chòm cho đầu cúi hơn.		
13. Khi chòm đã lộ ra khỏi âm hộ, 1 bàn tay ôm lấy chòm hướng lên trên để các phần trán, mắt, mũi, mồm, cằm chui ra. Khi làm các thao tác này nói bà mẹ không rặn nữa (thở mạnh và nhanh).		
14. Tay kia vẫn giữ tầng sinh môn cho khỏi rách.		
15. Chờ cho đầu thai nhi tự xoay, người đỡ đẻ mới giúp nó xoay tiếp cho chậm sang hẳn 1 phía (trái ngang hay phải ngang).		
B. Đỡ vai		
16. Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ hay không. Nếu có nói lỏng thêm. Nếu dây rốn quấn cổ chặt thì phải luôn 2 kẹp, kẹp cắt dây rốn giữa 2 kẹp rồi mới đỡ tiếp.		
17. Áp 2 bàn tay vào 2 bên thái dương của thai.		
18. Kéo nhẹ thai xuống về phía chân của người đỡ đẻ và hướng dẫn sản phụ rặn nhẹ cho đến khi vai trước sỏ.		
19. Để đỡ vai sau, 1 bàn tay ôm lấy đầu tan hi cho gáy thai nằm giữa ngón 1 và 2 để kéo đầu lên trên.		
20. Bàn tay kia vẫn giữ tầng sinh môn để tránh bị rách khi vai sỏ.		
C. Đỡ mông và chi		
21. Tay giữ gáy thai khi đỡ vai sau vẫn nguyên, tay giữ TSM chuyên theo các phần ngực bụng, mông và chi dưới của thai		

22. Khi đến bàn chân của thai thì nhanh chóng bắt lấy để cho bàn chân nằm giữa khe các ngón 2,3,4 của tay đỡ mông. Thai được giữ theo tư thế nằm ngang.		
III. CÁC VIỆC LÀM NGAY SAU SINH		
23. Đọc to thời điểm sinh (giờ, phút, giây), giới tính.		
24. Lau khô trẻ trong vòng 5 giây ngay sau khi đẻ.		
25. Lau khô trẻ kỹ càng (mắt, mặt, đầu, tay và chân).		
26. Bỏ tấm vải ướt.		
27. Trẻ được tiếp xúc da kề da với mẹ.		
28. Phủ một tấm vải lên người trẻ và đội mũ cho trẻ.		
29. Kiểm tra xem có trẻ thứ hai không.		
30. Tiêm bắp oxytocin cho mẹ trong vòng 1 phút.		
33. Kẹp dây rốn cách chân rốn 2 cm, vuốt máu dây rốn về phía mẹ.		
34. Kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm (hoặc cách chân rốn 5cm). Cắt sát kẹp 1 bằng kéo vô khuẩn.		
35. Một tay cầm kẹp dây rốn. Một tay đặt lên bụng vùng trên khớp vệ, chờ TC co chặt thì giữ và đẩy tử cung về phía xương ức.		
36. Kéo dây rốn có kiểm soát, nhẹ nhàng theo hướng của cơ chế đẻ trong khi tay để trên bụng sản phụ đẩy TC theo chiều ngược lại.		
37. Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ, nâng dây rốn lên để sức nặng bánh nhau kéo nốt màng nhau ra. Nếu màng nhau không bong ra thì cầm bánh nhau bằng hai tay đồng thời xoắn lại theo một chiều cho màng nhau bong nốt.		
38. Xoa đáy tử cung qua thành bụng sản phụ đến khi tử cung co tốt và 15 phút 1 lần trong 2 giờ đầu sau đẻ.		
39. Kiểm tra nhau: khi tử cung co tốt và không có dấu hiệu chảy máu mới tiến hành kiểm tra nhau theo thường lệ.		
40. Tư vấn cho mẹ về những dấu hiệu đòi bú của trẻ (chảy nước dãi, mở miệng, lè lưỡi/liếm, gặm tay, bò trườn).		

Đánh giá:

- **Đạt:** Làm được 40 bước và không vi phạm 1 trong các bước in nghiêng.
- **Không đạt:** Làm dưới 40 bước hoặc vi phạm 1 trong các bước in nghiêng.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐỂ TRẺ KHÔNG THỞ ĐƯỢC

NỘI DUNG
1. Đặt trẻ lên bụng mẹ.
2. Lau khô trẻ kỹ (đầu, ngực, lưng, tay chân), kích thích trẻ thở.
3. Bỏ tấm vải ướt, ủ ấm cho trẻ.
4. Đánh giá sau 30 giây trẻ không thở, hoặc thở nấc.
5. Gọi giúp đỡ.
6. Bỏ đôi găng tay ngoài cùng ra.
7. Nhanh chóng kẹp và cắt dây rốn.
8. Chuyển trẻ đến khu vực hồi sức, kích thích trong lúc di chuyển.
9. Nhanh chóng ủ ấm trẻ trong và sau khi di chuyển.
10. Đặt đầu trẻ đúng để mở thông luồng không khí.
11. Chỉ hút khi miệng và mũi trẻ bị tắc nghẽn. Hút sâu trong miệng 5cm, sâu trong mũi 3cm. Thời gian hút không quá 20 giây.
12. Ưp mặt nạ chặt qua cằm, mũi và miệng.
13. Bắt đầu bóp bóng qua mặt nạ thở trong vòng 1 phút sau sinh.
14. Bóp 30 - 50 lần thở mỗi phút.
15. Sau 1 - 2 phút thông khí trẻ, trẻ không thở hoặc thở nấc. Kiểm tra nhịp tim của trẻ. Cho oxy hỗ trợ (nếu có).
16. Nếu nhịp tim dưới 60 lần/phút: tiến hành ấn ngực
17. Vị trí ấn ngực: 1/3 dưới xương ức, hay dưới đường liên núm vú 1 khoát ngón tay trẻ. Áp lực: Lún khoảng 1/3 đường kính trước – sau của lồng ngực trẻ
18. Tần số ấn ngực: 120 – 140 lần/phút phối hợp với bóp bóng theo tỷ lệ bóp bóng/ấn ngực = 1/3.
19. Sau 30 giây đánh giá trẻ không thở tốt hơn, chuyển tuyến có điều kiện theo dõi và hồi sức sơ sinh tốt hơn (đặt nội khí quản).
20. Nếu trẻ bắt đầu thở hoặc khóc, ngừng thông khí. Quan sát trẻ tiếp tục thở tốt? Cho trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ. Ủ ấm trẻ.
21. Tư vấn cho mẹ rằng trẻ đã ổn và các dấu hiệu đòi bú của trẻ.

**BẢNG KIỂM CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG
VÀ NGAY SAU ĐỂ TRẺ KHÔNG THỞ ĐƯỢC**

NỘI DUNG	Có	Không
1. Đặt trẻ lên bụng mẹ.		
2. Lau khô trẻ kỹ (đầu, ngực, lưng, tay chân), kích thích trẻ thở.		
3. Bỏ tấm vải ướt, ủ ấm cho trẻ.		
4. Đánh giá sau 30 giây trẻ không thở, hoặc thở nấc.		
5. Gọi giúp đỡ.		
6. Bỏ đôi găng tay ngoài cùng ra.		
7. Nhanh chóng kẹp và cắt dây rốn.		
8. Chuyển trẻ đến khu vực hồi sức, kích thích trong lúc di chuyển.		
9. Nhanh chóng ủ ấm trẻ trong và sau khi di chuyển.		
10. Đặt đầu trẻ đúng để mở thông luồng không khí.		
11. Chỉ hút khi miệng và mũi trẻ bị tắc nghẽn. Hút sâu trong miệng 5cm, sâu trong mũi 3cm. Thời gian hút không quá 20 giây.		
12. Úp mặt nạ chặt qua cằm, mũi và miệng.		
13. Bắt đầu bóp bóng qua mặt nạ thở trong vòng 1 phút sau sinh.		
14. Bóp 30 - 50 lần thở mỗi phút.		
15. Sau 1 - 2 phút thông khí trẻ, trẻ không thở hoặc thở nấc. Kiểm tra nhịp tim của trẻ. Cho oxy hỗ trợ (nếu có).		
16. Nếu nhịp tim dưới 60 lần/phút: tiến hành ấn ngực		
17. Vị trí ấn ngực: 1/3 dưới xương ức, hay dưới đường liên núm vú 1 khoát ngón tay trẻ. Áp lực: Lún khoảng 1/3 đường kính trước – sau của lồng ngực trẻ		
18. Tần số ấn ngực: 120 – 140 lần/phút phối hợp với bóp bóng theo tỷ lệ bóp bóng/ấn ngực = 1/3.		
19. Sau 30 giây đánh giá trẻ không thở tốt hơn, chuyển tuyến có điều kiện theo dõi và hồi sức sơ sinh tốt hơn (đặt nội khí quản).		
20. Nếu trẻ bắt đầu thở hoặc khóc, ngừng thông khí. Quan sát trẻ tiếp tục thở tốt? Cho trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ. Ủ ấm trẻ.		
21. Tư vấn cho mẹ rằng trẻ đã ổn và các dấu hiệu đòi bú của trẻ.		

Đánh giá:

- **Đạt:** Làm được 30 bước và không vi phạm 1 trong các bước in nghiêng.
- **Không đạt:** Làm dưới 30 bước hoặc vi phạm 1 trong các bước in nghiêng

Bài 10: CHĂM SÓC TRẺ HÀNG NGÀY

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

Trình bày chỉ định chăm sóc trẻ đủ tháng, thiếu tháng

2. Kỹ năng

Thực hiện thành thạo các bước chăm sóc trẻ hàng ngày trên mô hình

3. Thái độ

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

Nội dung

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Thau tắm trẻ
- Nước ấm
- Găng tay
- Nhiệt kế
- Khăn mềm
- Quần áo, tả lót trẻ

2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Nhận trẻ từ mẹ
- Giải thích việc chăm sóc

3. Tiến hành kỹ thuật

QUI TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC TRẺ HÀNG NGÀY

STT	Kỹ thuật tiến hành
1	Báo giải thích việc sắp làm cho bà mẹ, hỏi những thông tin cần thiết
2	Chào, nói chuyện làm quen với bé
3	Đặt bé lên bàn tắm
4	Mang khẩu trang, rửa tay, pha nước ấm, mang găng tay sạch
5	Dùng gòn hoặc khăn mềm thấm nước chín lau mắt từ góc trong ra góc ngoài
6	Cởi áo tả lót chưa băng rốn
7	Lau: Mũi, miệng, má, tai bé
8	Gội đầu: dùng ngón tay cái và giữa đẩy váy tai bé lên bịt kính lỗ tai, tay còn lại tiến hành gội đầu từ trán đến cằm
9	Lau phần trên: cổ - ngực - tay - lưng
10	Lau phần dưới: đùi - mông - bẹn - bộ phận sinh dục - hậu môn
11	Lau khô bằng khăn mềm từng phần
12	Tháo băng rốn (nếu có), di chuyển bé sang đồ sạch
13	Mặc áo để lộ vùng rốn (tháo gạc rốn nếu có)
14	Quan sát và chăm sóc rốn: - Rốn khô: tháo kẹp rốn (24 giờ sau sinh), sát trùng xung quanh chân rốn bằng cồn 70 độ - Rốn ướt: chấm povidin 10% lên rốn, sát trùng xung quanh chân rốn bằng cồn 70 độ - - Rốn nhiễm trùng: rửa bằng oxy già
15	Mặc quần áo cho bé
16	Nhỏ mắt bằng NaCl 0.9%
17	Trả bé về với mẹ
18	Thao tác nhẹ nhàng thái độ yêu thương âu yếm

QUI TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC TRẺ HÀNG NGÀY

STT	Kỹ thuật tiến hành	CÓ	KHÔNG
1	Báo giải thích việc sắp làm cho bà mẹ, hỏi những thông tin cần thiết		
2	Chào, nói chuyện làm quen với bé		
3	Đặt bé lên bàn tắm		
4	Mang khăn trang, rửa tay, pha nước ấm, mang găng tay sạch		
5	Dùng gòn hoặc khăn mềm thấm nước chín lau mắt từ góc trong ra góc ngoài		
6	Cởi áo tả lót chừa băng rôn		
7	Lau: Mũi, miệng, má, tai bé		
8	Gội đầu: dùng ngón tay cái và giữa đẩy váy tai bé lên bịt kính lỗ tai, tay còn lại tiến hành gội đầu từ trán đến chẩm		
9	Lau phần trên: cổ - ngực - tay - lưng		
10	Lau phần dưới: đùi - mông - bẹn - bộ phận sinh dục - hậu môn		
11	Lau khô bằng khăn mềm từng phần		
12	Tháo băng rôn (nếu có), di chuyển bé sang đồ sạch		
13	Mặc áo để lộ vùng rôn (tháo gạc rôn nếu có)		
14	Quan sát và chăm sóc rôn: - Rôn khô: tháo kẹp rôn (24 giờ sau sinh), sát trùng xung quanh chân rôn bằng cồn 70 độ - Rôn ướt: chấm povidin 10% lên rôn, sát trùng xung quanh chân rôn bằng cồn 70 độ - - Rôn nhiễm trùng: rửa bằng oxy già		
15	Mặc quần áo cho bé		
16	Nhỏ mắt bằng NaCl 0.9%		
17	Trả bé về với mẹ		
18	Thao tác nhẹ nhàng thái độ yêu thương âu yếm		

Bài 11: CHĂM SÓC HẬU SẢN THƯỜNG

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức

- 1.1. Trình bày các nội dung chăm sóc hậu sản thường
- 1.2. Phân tích cách xử trí biến cố khi chăm sóc hậu sản thường

2. Kỹ năng

Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc hậu sản thường.

3. Thái độ

- 3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.
- 3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này.

Nội dung

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Máy đo sinh hiệu
- Thước dây
- Găng tay

2. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Hướng dẫn tư thế thuận tiện
- Giải thích việc chăm sóc

3. Tiến hành kỹ thuật

QUY TRÌNH CHĂM SÓC HẬU SẢN THƯỜNG

STT	Kỹ thuật tiến hành
Theo dõi toàn thân:	
1	Quan sát da: hồng hào, tím tái hay trắng bệch...
2	Theo dõi: Mạch, nhiệt độ, huyết áp
Theo dõi sự xuống sữa:	
3	Quan sát bầu vú, quầng vú, núm vú
4	Sờ nắn nhận định sự xuống sữa
Theo dõi tử cung:	
5	Xác định độ co hồi (kích thước), mật độ tử cung
Theo dõi sản dịch:	
6	Số lượng, màu sắc, mùi
Theo dõi vết may tầng sinh môn (nếu có)	
7	Vị trí, kích thước, tính chất
Dinh dưỡng	
8	Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng phù hợp (tránh kiêng khem)
Vận động	
9	Hướng dẫn bệnh nhân vận động nhẹ nhàng
Chăm sóc tinh thần	
10	Động viên quan tâm sản phụ
11	Hướng dẫn giải thích những điều cần thiết

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH CHĂM SÓC HẬU SẢN THƯỜNG

STT	Kỹ thuật tiến hành	Có	Không
Theo dõi toàn thân:			
1	Quan sát da: hồng hào, tím tái hay trắng bệch...		
2	Theo dõi: Mạch, nhiệt độ, huyết áp		
Theo dõi sự xuống sữa:			
3	Quan sát bầu vú, quầng vú, núm vú		
4	Sờ nắn nhận định sự xuống sữa		
5	Xác định độ co hồi (kích thước), mật độ tử cung		
Theo dõi tử cung:			
5	Xác định độ co hồi (kích thước), mật độ tử cung		
Theo dõi sản dịch:			
6	Số lượng, màu sắc, mùi		
Theo dõi vết may tầng sinh môn (nếu có)			
7	Vị trí, kích thước, tính chất		
Dinh dưỡng			
8	Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng phù hợp (tránh kiêng khem)		
Vận động			
9	Hướng dẫn bệnh nhân vận động nhẹ nhàng		
Chăm sóc tinh thần			
10	Động viên quan tâm sản phụ		
11	Hướng dẫn giải thích những điều cần thiết		

Bài 12: CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

Mục tiêu học tập

1. Kiến thức:

Nêu được chỉ định chống chỉ định các biện pháp tránh thai.

2. Kỹ năng:

2.1. Thực hiện kỹ thuật đặt dụng cụ tử cung, hút thai chân không

2.2. Tư vấn và sử dụng đúng các loại thuốc ngừa thai.

3. Thái độ

3.1. Có thái độ tích cực nghiên cứu tài liệu và học tập tại lớp.

3.2. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học đối với thực hành nghề sau này

Nội dung

1. Thuốc tránh thai đơn thuần:

1.1. Cách dùng viên thuốc tránh thai chỉ có Progestin

- Bắt đầu uống viên đầu tiên là viên mà mặt sau của vỉ thuốc có dấu chấm tròn
- Mỗi ngày uống 1 viên, vào 1 giờ nhất định.
- Uống thuốc chậm vài giờ có thể giảm hiệu quả của thuốc.
- Tiếp tục vỉ kế tiếp ngay sau khi hết vỉ đầu. Không ngừng thuốc giữa hai vỉ.

* Xử trí khi quên thuốc

- Nếu quên uống 1 viên thuốc, uống bù ngay lập tức khi nhớ ra và uống tiếp tục như thường lệ.
- Nếu quên uống từ 2 viên trở lên, nguy cơ có thai rất cao, uống 2 viên khi nhớ ra, uống 2 viên vào ngày hôm sau. Sử dụng biện pháp hỗ trợ 7 ngày trong khi vẫn tiếp tục dùng hết vỉ thuốc đó.
- Người không cho con bú hoặc có cho bú nhưng đã có kinh: nếu quên uống 1 viên hoặc uống muộn quá 3 giờ so với lệ thường thì phải dùng biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 2 ngày.

1.2. Cách dùng thuốc tiêm tránh thai DMPA

- Kỹ thuật tiêm:
- + Sát khuẩn vùng tiêm (cơ Delta bả vai hoặc mông) bằng cồn, có pha iốt càng tốt.

- + Dùng bơm kim tiêm 1 lần
- + Kiểm tra thuốc còn hạn, lắc đều lọ thuốc trước khi hút thuốc ra bơm tiêm
- + Tiêm sâu. Đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết để đảm bảo đủ 150 mg DMPA được đưa vào cơ thể
- + Sau khi rút kim không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan toả sớm và nhanh.
- Theo dõi sau tiêm: Có 1 số trường hợp có thể bị viêm nhiễm tại chỗ, đau, đỏ vùng tiêm hoặc áp xe.

1.3. Cách dùng viên thuốc tránh thai khẩn cấp (Postinor)

- Dùng cho phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ.
- Uống 1 viên càng sớm càng tốt trong vòng 72 giờ sau giao hợp không có bảo vệ, uống viên thứ 2 cách viên thứ nhất 12 giờ.

Chú ý: Nếu bị nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống, phải uống lại. Không được dùng quá 2 lần trong 1 tháng và không nên dùng thường xuyên

1.4. Tác dụng phụ và dấu hiệu báo động 1.4.1- Tác dụng phụ có thể gặp

- Vô kinh hoặc kinh ít.
- Rong kinh hoặc ra máu nhẹ vào những ngày không đúng chu kỳ
- Buồn nôn hoặc đau đầu
- Tăng hoặc giảm cân
- Mất kinh (thường xảy ra sau tiêm thuốc DMPA mũi đầu tiên)
- Cương vú nhẹ

1.4.2- Người phụ nữ dùng thuốc cần đến cơ sở y tế khám ngay nếu thấy:

- Đau bụng dữ dội
- Ra máu âm đạo nhiều hơn bình thường
- Đau đầu nhiều
- Tăng cân quá nhanh hoặc quá nhiều

1.4.3. Tư vấn

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của người phụ nữ về viên thuốc hoặc thuốc tiêm tránh thai chỉ có Progestin.
- Cho người phụ nữ xem vỉ thuốc/ ống thuốc, hướng dẫn người phụ nữ cách sử dụng thuốc.
- Trao đổi với người phụ nữ về hiệu quả, thuận lợi, không thuận lợi của từng loại

thuốc tránh thai chỉ có Progestin. Chú ý: Với thuốc tiêm DMPA khả năng có thai lâu hồi phục khi thôi dùng thuốc, không nên sử dụng cho những người có ý định có thai trong 1 năm tới.

- Cho người phụ nữ biết cả những tác dụng phụ có thể gặp.
- Người phụ nữ có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào.
- Hẹn khám lại, ngày và nơi tiêm/ nhận thuốc uống tiếp theo.

Lưu ý: So với viên tránh thai kết hợp, viên tránh thai chỉ có progestin hiệu quả thấp hơn, một số vấn đề như vô kinh, rối loạn kinh hay gặp hơn.

3. Viên thuốc tránh thai kết hợp:

Thực hiện các bước tư vấn:

- Hỏi xem khách hàng đã biết gì về viên thuốc tránh thai kết hợp, lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng.
- Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn khách hàng cách sử dụng trên vỉ thuốc.
- Phân tích hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng thuốc.
- Giải thích các tác dụng phụ có thể gặp đặt biệt trong 3 tháng đầu, thời điểm uống thuốc, xử trí quên thuốc, các biện pháp hỗ trợ.
- Cách xử trí khi gặp các dấu hiệu báo động.
- Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào, nếu có vấn đề.
- Sau 3 tháng đầu uống thuốc, nên đến cơ sở y tế để khám toàn thân, đo huyết áp, cân nặng.
- Ghi sổ

Hẹn đến khám lại hàng tháng, quý, năm để theo dõi trong quá trình sử dụng biện pháp

Bảng kiểm viên thuốc tránh thai kết hợp

STT	Nội dung	Có	Không
1	Chị nghĩ là mình có thể đang có thai hay chậm kinh không?		
2	Chị đã bao giờ được chẩn đoán/ điều trị tắc mạch máu chưa?		
3	Chị có bị bệnh tim không?		
4	Chị có hút thuốc(10 điếu/ ngày trở lên) không?		
5	Chị có đau đầu dữ dội kèm theo nhìn mờ không?		
6	Chị có sờ thấy u cục ở vú không?		
7	Chị đã bao giờ bị bệnh gan không?		
8	Chị đã bao giờ được chẩn đoán/ điều trị cao huyết áp chưa?		
9	Chị có bị bệnh đái đường không?		
10	Chị có bị ra máu âm đạo bất thường giữa các kì kinh không?		
11	Chị có đang dùng thuốc điều trị bệnh lao hoặc bệnh nấm , thuốc chống co giật không?		
12	Chị có đang cho con bú dưới 6 tháng tuổi không?		

- Nếu người phụ nữ trả lời “có” ở câu số 1 thì khuyên họ nên đi xét nghiệm xem có thai không
- Nếu người phụ nữ trả lời “có” 1 trong các câu từ 2 đến 12 thì bàn bạc thêm với họ để chọn biện pháp tránh thai khác phù hợp hơn

DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. Chỉ định và chống chỉ định của DCTC

1.1. Chỉ định

- Phụ nữ khoẻ mạnh trong độ tuổi sinh đẻ đã có 1 con trở lên, có bộ máy sinh sản bình thường và muốn áp dụng một BPTT tạm thời và không có chống chỉ định.
- DCTC còn được dùng như một BPTT khẩn cấp.

1.2. Chống chỉ định

1.2.1- Về kinh nguyệt

- Rong kinh, kinh nhiều, đau bụng kinh nặng
- Rong huyết do bất cứ nguyên nhân gì.

1.2.2- Về phụ khoa

- Mọi viêm nhiễm đường sinh dục chưa điều trị khỏi: viêm âm đạo, viêm cổ tử cung, tử cung, viêm tiểu khung
- Bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV
- Khối u sinh dục (lành tính và ác tính)
- Sa sinh dục độ II, độ III
- Tử cung dị dạng

1.2.3- Về sản khoa

- Chưa sinh lần nào
- Có thai hoặc nghi ngờ có thai
- Tiền sử chữa ngoài tử cung

1.2.4- Về nội khoa

- Bệnh tim, thiếu máu, gan, rối loạn đông máu
- Cơ địa dễ nhiễm khuẩn: có bệnh tiểu đường, giảm bạch cầu, điều trị corticoit kéo dài

Bảng kiểm dùng cho khách hàng trả lời khi đã chấp nhận DCTC

Nội dung	Có	Không
1. Chị đang muốn có con phải không ?		
2. Chị mới sinh con dưới 6 tuần phải không		
3. Chị có nghĩ mình đang có thai không?(Chị có bị chậm kinh không)		
4. Chị thường xuyên có khí hư hôi hoặc đau, ngứa ở bộ phận sinh dục không?		
5. Chị có đang được theo dõi chữa bệnh ở một cơ sở phụ khoa nào không?		
6. Trong 3 tháng gần đây chị có bị rong kinh, rong huyết, đau bụng kinh không?		
7. Chị có bị chữa ngoài da con lần nào không?		
8. Chị có khi nào được chẩn đoán bị mắc bệnh tim hoặc thiếu máu nặng không?		
9. Chị và chồng chị có khi nào nghi ngờ mắc bệnh LTQĐTD không?		

Chỉ cần 1 trong 9 câu hỏi nêu trên được khách hàng trả lời “có” thì khuyên khách hàng lựa chọn một BPTT khác vì đối với DCTC là chống chỉ định.

Hỏi - khám toàn thân và phụ khoa để loại trừ chống chỉ định

	Nội dung	Chống chỉ định đặt DCTC khi:
Hỏi	về kinh nguyệt:	- Rong kinh, cường kinh, rong huyết bất kì nguyên nhân gì
	về phụ khoa:	- Viêm âm đạo, cổ tử cung, viêm TC mãn tính, viêm phần phụ, viêm tiểu khung, ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung
	về sản khoa:	- Nghi ngờ có thai, chưa sinh đẻ lần nào, đã bị ngoài TC
	về nội khoa:	- Bệnh tim, rối loạn đông máu, thiếu máu, dị ứng với đông
Khám toàn thân	Khám toàn thân,	- Bệnh tim
	nghe tim phổi nắn bụng dưới	- Các khối u đường sinh dục
	các xét nghiệm cần thiết	- Bệnh về máu, thiếu máu
Khám phụ khoa	lâm sàng và xét nghiệm (nếu có thể)	- Các viêm nhiễm đường sinh dục kể cả các BLQĐD - Các khối u ở TC, sa sinh dục, dị dạng ở TC

QUY TRÌNH
KỸ THUẬT ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG TCu-380A

BƯỚC	NỘI DUNG QUY TRÌNH
A. CHUẨN BỊ	
1	<p>Dụng cụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dụng cụ vô khuẩn: Mâm trái khăn vô khuẩn, 2 pen dài sát khuẩn, van âm đạo (hoặc mỏ vịt), kẹp cổ tử cung (Pozzi), thước đo lòng tử cung, kéo cong phụ khoa, khăn, bát đựng dung dịch, gòn, vòng tránh thai, găng tay vô khuẩn - Dụng cụ ngoài mâm: Khay hạt đậu, đèn gù
2	Nhân viên y tế: trang phục chỉnh tề, đội nón, mang khẩu trang
3	<p>Khách hàng: Tư vấn, giải thích cho khách hàng nội dung công việc sẽ tiến hành và hướng dẫn khách hàng đi tiểu, vệ sinh bộ phận sinh dục</p>
B. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT	
1	Mang dụng cụ đến giường để nơi thuận tiện
2	Đỡ khách hàng nằm tư thế phụ khoa, mang găng tay vô khuẩn khám trong xác định tư thế, thể tích tử cung và phần phụ, tháo găng rửa tay
3	Mang găng tay vô khuẩn: ngồi trên ghế giữa 2 đùi khách hàng. Người phụ ngồi bên trái chỉ cần mang gant ở tay cầm van
4	Trái khăn dưới mông
5	Dùng pen sát khuẩn 1: Sát khuẩn âm hộ tầng sinh môn, hậu môn bằng betadin 10%
6	Bộc lộ âm đạo cổ tử cung bằng van
7	Dùng pen sát khuẩn 2: Sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo bằng betadin 10%
8	Dùng pozzi tiến hành kẹp cổ tử cung vị trí 6 hoặc 12 giờ
9	Dùng thước đo buồng tử cung (đưa thước đúng hướng, không chạm vào âm hộ, âm đạo). Xác định kích thước lòng tử cung (vết dịch dính ở thước)
10	Lắp vòng: đưa cần đẩy vào ống dẫn, lắp DCTC vào đầu trên ống dẫn, dịch chuyển núm điều chỉnh ống dẫn đúng hướng và kích thước của lòng tử cung.

11	Cầm pozzi kéo cổ tử cung thẳng trục
12	Đưa dụng cụ tử cung vào đúng tư thế, đúng hướng, nhẹ nhàng cho qua lỗ ngoài cổ tử cung vào trong đến sát chỗ núm điều chỉnh.
13	Giữ cán đẩy, lui ống dẫn để giải phóng ngành chữ “T”
14	Đẩy nhẹ ống dẫn lên để đảm bảo dụng cụ tử cung nằm sát đáy tử cung.
15	Giữ ống dẫn, rút cán đẩy ra ngoài
16	Rút ống dẫn ra ngoài
17	Dùng kéo cắt dây nilông còn 2 – 3 cm
18	Dùng pen sát khuẩn 2: đẩy dây nilông vào một bên cùng đồ
19	Tháo kẹp pozzi
20	Dùng pen sát khuẩn 2: sát khuẩn lại cổ tử cung, cầm máu (nếu có)
21	Tháo van hay mỏ vịt
22	Thông báo cho khách hàng biết việc đã xong
23	Dặn dò khách hàng những điều cần thiết như: chế độ nghỉ ngơi, lao động, cách kiểm tra vòng đúng vị trí,...
24	Thu dọn, xử lý dụng cụ

**BẢNG KIỂM
KỸ THUẬT ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG TCu-380A**

Bước	Nội dung quy trình	Có	Không
A. CHUẨN BỊ			
1	Dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: Mâm trải khăn vô khuẩn, 2 pen dài sát khuẩn, van âm đạo (hoặc mỏ vịt), kẹp cổ tử cung (Pozzi), thước đo lòng tử cung, kéo cong phụ khoa, khăn, bát đựng dung dịch, gòn, vòng tránh thai, găng tay vô khuẩn - Dụng cụ ngoài mâm: Khay hạt đậu, đèn gù		
2	Nhân viên y tế: trang phục chỉnh tề, đội nón, mang khẩu trang		
3	Khách hàng: Tư vấn, giải thích cho khách hàng nội dung công việc sẽ tiến hành và hướng dẫn khách hàng đi tiêu, vệ sinh bộ phận sinh dục		
B. THỰC HIỆN KỸ THUẬT			
1	Mang dụng cụ đến giường để nơi thuận tiện		
2	Đề khách hàng nằm tư thế phụ khoa, mang găng tay vô khuẩn khám trong xác định tư thế, thể tích tử cung và phần phụ, tháo găng rửa tay		
3	Mang găng tay vô khuẩn: ngồi trên ghế giữa 2 đùi khách hàng. Người phụ ngồi bên trái chỉ cần mang gant ở tay cầm van		
4	Trải khăn dưới mông		
5	Dùng pen sát khuẩn 1: Sát khuẩn âm hộ tầng sinh môn, hậu môn bằng betadin 10%		
6	Bộc lộ âm đạo cổ tử cung bằng van		
7	Dùng pen sát khuẩn 2: Sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo bằng betadin 10%		
8	Dùng pozzi tiến hành kẹp cổ tử cung vị trí 6 hoặc 12 giờ		
9	Dùng thước đo buồng tử cung (đưa thước đúng hướng, không chạm vào âm hộ, âm đạo). Xác định kích thước lòng tử cung (vết dịch dính ở thước)		

10	Lắp vòng: đưa cần đẩy vào ống dẫn, lắp DCTC vào đầu trên ống dẫn, dịch chuyển núm điều chỉnh ống dẫn đúng hướng và kích thước của lòng tử cung.		
11	Cầm pozzi kéo cổ tử cung thẳng trục		
12	Đưa dụng cụ tử cung vào đúng tư thế, đúng hướng, nhẹ nhàng cho qua lỗ ngoài cổ tử cung vào trong đến sát chỗ núm điều chỉnh.		
13	Giữ cần đẩy, lui ống dẫn để giải phóng ngạnh chữ “T”		
14	Đẩy nhẹ ống dẫn lên để đảm bảo dụng cụ tử cung nằm sát đáy tử cung.		
15	Giữ ống dẫn, rút cần đẩy ra ngoài		
16	Rút ống dẫn ra ngoài		
17	Dùng kéo cắt dây nilông còn 2 – 3 cm		
18	Dùng pen sát khuẩn 2: đẩy dây nilông vào một bên cùng đồ		
19	Tháo kẹp pozzi		
20	Dùng pen sát khuẩn 2: sát khuẩn lại cổ tử cung, cầm máu (nếu có)		
21	Tháo van hay mô vịt		
22	Thông báo cho khách hàng biết việc đã xong		
23	Dặn dò khách hàng những điều cần thiết như: chế độ nghỉ ngơi, lao động, cách kiểm tra vòng đúng vị trí,...		
24	Thu dọn, xử lý dụng cụ		

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tài liệu tham khảo:

- [1] Giáo trình Điều Dưỡng Sản Phụ Khoa, NXB Y học, 2008.
- [2] Giáo trình Chăm Sóc Bà Mẹ Trong Thời Kỳ Thai Nghén, NXBY học 2005.
- [3] Giáo trình Chăm Sóc Bà Mẹ Trong Khi Đẻ, NXB Y học 2005.
- [4] Giáo trình Dân Số Kế Hoạch Hóa Gia Đình, NXB Y học 2005.
- [5] Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, BYT năm 2016