

TÀI LIỆU ÔN TẬP

Cao đẳng hộ sinh và Cao đẳng điều dưỡng phụ sản

Bài 1: CÁC NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

1. Môi trường sạch ở các phòng kỹ thuật.

- Trong cơ sở y tế, phòng kỹ thuật phải được ưu tiên ở nơi sạch sẽ, khô ráo, xa các nơi dễ lây nhiễm như nhà bếp, nhà vệ sinh công cộng, khoa lây...
- Phòng kỹ thuật phải có nền và tường không thấm nước để có thể rửa bằng nước và xà phòng, có hệ thống kín dẫn nước thải.
- Phòng kỹ thuật không dùng quạt trần, có quạt bàn hoặc điều hòa nhiệt độ. Các cửa sổ phải lắp kính, cao hơn sàn nhà 1,5 m, nếu không có cửa kính phải có lưới hoặc màn để tránh ruồi muỗi bay vào phòng.
- Những lúc không làm kỹ thuật, phòng phải đóng cửa kín không ai được ra vào. Tuyệt đối không làm việc khác trong phòng kỹ thuật.
- Sau mỗi ca thủ thuật phải thay tấm lót bàn thủ thuật, lau chùi sạch sẽ tấm trải bàn rồi mới sử dụng tiếp.
- Phòng phẫu thuật: mọi đồ vật trong phòng phải luôn sạch, tiến hành lau chùi thường xuyên.

1. Khách hàng (người sử dụng các dịch vụ chăm sóc SKSS).

Trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật.

- Trước khi làm thủ thuật và phẫu thuật, khách hàng tắm rửa, thay quần áo sạch.
- Đi tiểu hoặc làm rỗng bàng quang.
- Cán bộ y tế kiểm tra lại một lần nữa trước khi phẫu thuật xem vùng sắp làm thủ thuật có tổn thương xước, mụn, nốt, ghẻ, có ổ nhiễm khuẩn không. Nếu có thì nên hoãn cuộc phẫu thuật trừ trường hợp cấp cứu.
- Vùng sắp phẫu thuật phải được rửa sạch, bôi thuốc sát khuẩn da, niêm mạc như iod hữu cơ 10%.

Sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật.

- Sau khi phẫu thuật, khách hàng phải mặc quần áo sạch, phải được giữ vết mổ sạch và khô, nếu tắm phải tránh làm ướt vết mổ.
- Nếu băng vết mổ khô, sạch không có máu, thì không nên thay băng hàng ngày. Tới ngày cắt chỉ (5-7 ngày) sẽ vừa cắt chỉ vừa thay băng.

2. Người cung cấp dịch vụ (cán bộ y tế).

- Giày dép của cán bộ y tế phải để ngoài phòng kỹ thuật (đi dép guốc của phòng kỹ thuật). Mũ phải kín không để lộ tóc ra ngoài, khẩu trang phải che kín mũi. Nhân viên y tế đang có bệnh nhiễm khuẩn không được phục vụ trong phòng kỹ thuật. Thay áo phẫu thuật, găng, khẩu trang sau mỗi ca phẫu thuật.
- Phẫu thuật viên, người trợ thủ phải: cắt ngắn móng tay, tháo nhẫn, vòng tay, đội mũ, đeo khẩu trang vô khuẩn. Rửa tay theo đúng qui trình rồi mặc áo choàng.

Chú ý: Rửa tay là một bước rất quan trọng trong chống nhiễm khuẩn khi thực hiện các dịch vụ chăm sóc SKSS.

- Nguyên tắc sử dụng găng tay:
 - + Các dịch vụ chăm sóc SKSS đều cần sử dụng găng tay.
 - + Hầu hết găng vô khuẩn hiện nay sử dụng một lần. Găng dùng lại (cũng phải qua các thao tác vô khuẩn) chỉ còn dùng để lau rửa dụng cụ hoặc vệ sinh cơ thể cho người bệnh.
 - + Trước khi mang găng phải rửa tay sạch (thường qui hay phẫu thuật), lau khô tay bằng khăn sạch (nếu rửa tay thường quy) hay khăn vô khuẩn (nếu rửa tay phẫu thuật).
 - + Khi mang găng vô khuẩn (để phẫu thuật, đỡ đẻ...), dù tay đã rửa sạch vẫn không được để ngón tay chạm vào mặt ngoài (mặt sử dụng của găng), thực hiện nguyên tắc “tay chạm tay, găng chạm găng”.

3. Các dụng cụ, phương tiện sử dụng trong thủ thuật, phẫu thuật.

- Các thiết bị như bàn phẫu thuật, bàn đờ,... phải được làm sạch sau mỗi lần làm thủ thuật bằng cách rửa, lau sạch máu, dịch sau đó lau lại bằng khăn với dung dịch sát khuẩn (dung dịch clorin 0,5%, glutaraldehyd 2%), cuối cùng lau lại bằng nước sạch; hàng tuần phải rửa bằng xà phòng và nước sạch rồi tiếp tục các bước tiếp theo; bàn phụ khoa ở các bệnh viện (do số lượng khám nhiều) phải được làm sạch hàng ngày theo cách đó. Thay khăn trải sau mỗi lần thủ thuật.
- Các dụng cụ bằng kim loại, cao su, nhựa, vải, thủy tinh... phải được tiệt khuẩn theo qui trình vô khuẩn đối với từng loại dụng cụ.
- Các phương tiện tránh thai như dụng cụ tử cung, thuốc, que cấy tránh thai được bảo quản trong bao bì vô khuẩn do nhà sản xuất thực hiện. Khi phát hiện bao bì rách, thủng thì không được sử dụng.

Bài 2: THEO DÕI CHUYỂN ĐẠ VÀ BIỂU ĐỘ CHUYỂN ĐẠ

1. Mô tả 6 công việc cần làm để theo dõi một cuộc chuyển dạ:

- Theo dõi cơn gò tử cung
- Theo dõi tim thai
- Theo dõi xóa mở cổ tử cung
- Theo dõi tình trạng ối
- Theo dõi ngôi thai
- Theo dõi độ lọt

1.1. Theo dõi cơn gò tử cung: Cơn gò tử cung là động lực của chuyển dạ và cũng là dấu hiệu đầu tiên của chuyển dạ.

Tính chất sinh lý của cơn co tử cung

- Thời gian cơn co, khoảng cách giữa 2 cơn co
- Cường độ cơn co, trương lực cơ

Cách theo dõi cơn gò:

Tần suất theo dõi cơn gò:

Mỗi lần theo dõi ít nhất 10 phút./ hoặc tối thiểu 3 cơn co để tính tần số cơn co tử cung.

Pha tiềm thời: 1 giờ 1 lần

Pha hoạt động: 30 phút 1 lần

1.2. Theo dõi tim thai

Nơi nghe: tùy vị trí ngôi thai, bình thường tim thai dao động trong khoảng 120-160 lần / phút, đều rõ.

Bất thường: dưới 120 lần/ phút, nhanh hơn 160 lần/ phút, hoặc tim thai không đều, nghe xa xăm. Nếu không có Monitoring nên nghe tim thai sau mỗi cơn co để phát hiện thai suy.

Sau khi giải thích về nội dung công việc với thai phụ: -Đặt lòng bàn tay áp sát trên bụng sản phụ, quan sát nét mặt, cử chỉ của thai phụ trong cơn đau kết hợp với nhận định về thay đổi mật độ tử cung mà xác định: Thời gian cơn co, khoảng cách giữa 2 cơn co, cường độ cơn co, trương lực cơ.

1.3. Theo dõi xóa mở cổ tử cung

Khám âm đạo: không có qui định chuẩn cho số lần khám âm đạo, thông thường khám lúc thai phụ nhập viện, 4 giờ một lần trong thời kỳ tiềm thời và mỗi giờ một lần trong thời kỳ hoạt động.

Số lần khám âm đạo có liên quan đến tỷ lệ nhiễm trùng, đặc biệt trong trường hợp ối vỡ.

Cổ tử cung xóa là quá trình cổ tử cung thu ngắn lại. Bình thường cổ tử cung dài 2cm, nếu còn 1cm là đã xóa một nửa, nếu không còn là xóa hết. Cách khám dùng ngón trỏ và ngón giữa để ước lượng độ mở cổ tử cung, độ mở cổ tử cung tính bằng cm, cổ tử cung mở hoàn toàn là 10cm.

Ngoài ra xem mật độ cổ tử cung: mềm, chắc, phù nề; hướng cổ tử cung.

Con số cổ tử cung xóa trước mở sau, con số cổ tử cung vừa xóa vừa mở.

1.4. Theo dõi tình trạng ối

Các loại đầu ối: ối phòng, ối dẹt, ối quả lê (thai chết lưu)

Khi ối vỡ: cần ghi giờ ối vỡ, lượng nước ối, màu sắc, mùi.

1.5. Theo dõi ngôi thai

Nắn ngoài và thăm khám âm đạo

Xác định ngôi: dựa vào điểm mốc của ngôi thai.

Xác định kiểu thế: tương xứng giữa mốc ngôi thai so với điểm mốc của khung chậu mẹ.

Đầu có quay tốt không?

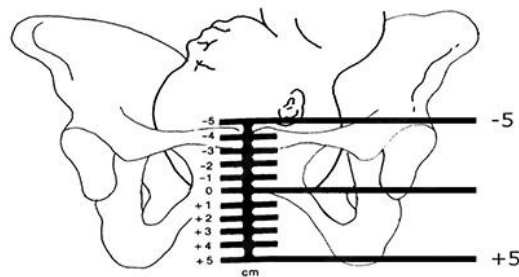
Có hiện tượng uốn khuôn: chông xương, bướu huyết thanh.
Ngôi chỏm có kiểu thể trái trước, lọt đối xứng, không có chông xương hoặc bướu huyết thanh là bình thường.

1.6. Theo dõi độ lọt

Khi phần thấp nhất của ngôi thai ngang với 2 gai chậu: là ngôi thai ở vị trí 0.
Theo phân loại Hiệp Hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ 1989 chia khung chậu ở trên hay dưới hai gai chậu làm 5 phần:

Sử dụng phương pháp nắm ngoài:

- Đầu cao 5/5: phần đầu nắm thấy trên xương mu đo được 5 khoát ngón tay
- Đầu chực 4/5: phần đầu nắm thấy trên xương mu đo được 4 khoát ngón tay
- Đầu chật 3/5: phần đầu nắm thấy trên xương mu đo được 3 khoát ngón tay
- Đầu lọt cao 2/5: phần đầu nắm thấy trên xương mu đo được 2 khoát ngón tay
- Đầu lọt vừa 1/5: phần đầu nắm thấy trên xương mu đo được 1 khoát ngón tay
- Đầu lọt thấp 0/5: không nắm thấy đầu thai nhi trên xương mu



Hình: Độ lọt ngôi thai

Dấu hiệu Farabeuf, ngôi đầu chưa lọt

Ngón tay khám từ bờ dưới khớp vệ hướng về đốt sống cùng số 2.

- Nếu sờ được đốt sống cùng thứ 2 là ngôi chưa lọt
- Nếu không sờ được đốt sống cùng thứ 2 là ngôi đã lọt

Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:

- Mạch: 1 giờ 1 lần
- Huyết áp: 4 giờ 1 lần
- Thân nhiệt: 4 giờ 1 lần

Theo dõi giờ chuyển dạ

- Giờ chuyển dạ thật sự khi tần số cơn co là 2 và thời gian mỗi cơn co từ 20 giây.

2. CÁC TRƯỜNG HỢP CHUYỂN DẠ KHÔNG BÌNH THƯỜNG

(Cần báo bác sĩ hoặc chuyển tuyến)

-Thay đổi dấu hiệu sinh tồn:

Mạch: 60 lần/ phút < M > 90 lần/ phút

Huyết áp: 90 mmHg < tâm thu > 140 mmHg

Thân nhiệt: >38 độ C

Toàn thân: mệt, khó thở

- Tim thai thay đổi
- Nước ối lẫn phân su, có dấu nhiễm trùng ối
- Cơn co tử cung bất thường: quá dài (trên 60 giây), quá ngắn (dưới 20 giây), quá mau (tần số trên 5)
- Cổ tử cung mở chậm
- Bất tương xứng: đầu không lọt, chông xương
- Các bệnh toàn thân nặng

- Tiền sản giật..

3. Ghi và phân tích được tình trạng thai nhi, tiến độ của chuyển dạ, tình trạng của mẹ qua biểu đồ chuyển dạ

3.1. Cấu trúc biểu đồ: cần điền đủ 10 nội dung của biểu đồ

1. Tim thai 2. Nước ối 3. Độ chông khớp	Thai nhi
4. Độ mở cổ tử cung 5. Độ lọt ngôi thai 6. Cơ co tử cung	Tiến độ chuyển dạ
7. Mạch 8. Huyết áp 9. Thân nhiệt	Dấu hiệu sống của người mẹ
10. Giờ	

3.2. Cách ghi biểu đồ:

Trước tiên phải xác định lúc bắt đầu lập biểu đồ chuyển dạ đang ở pha nào.

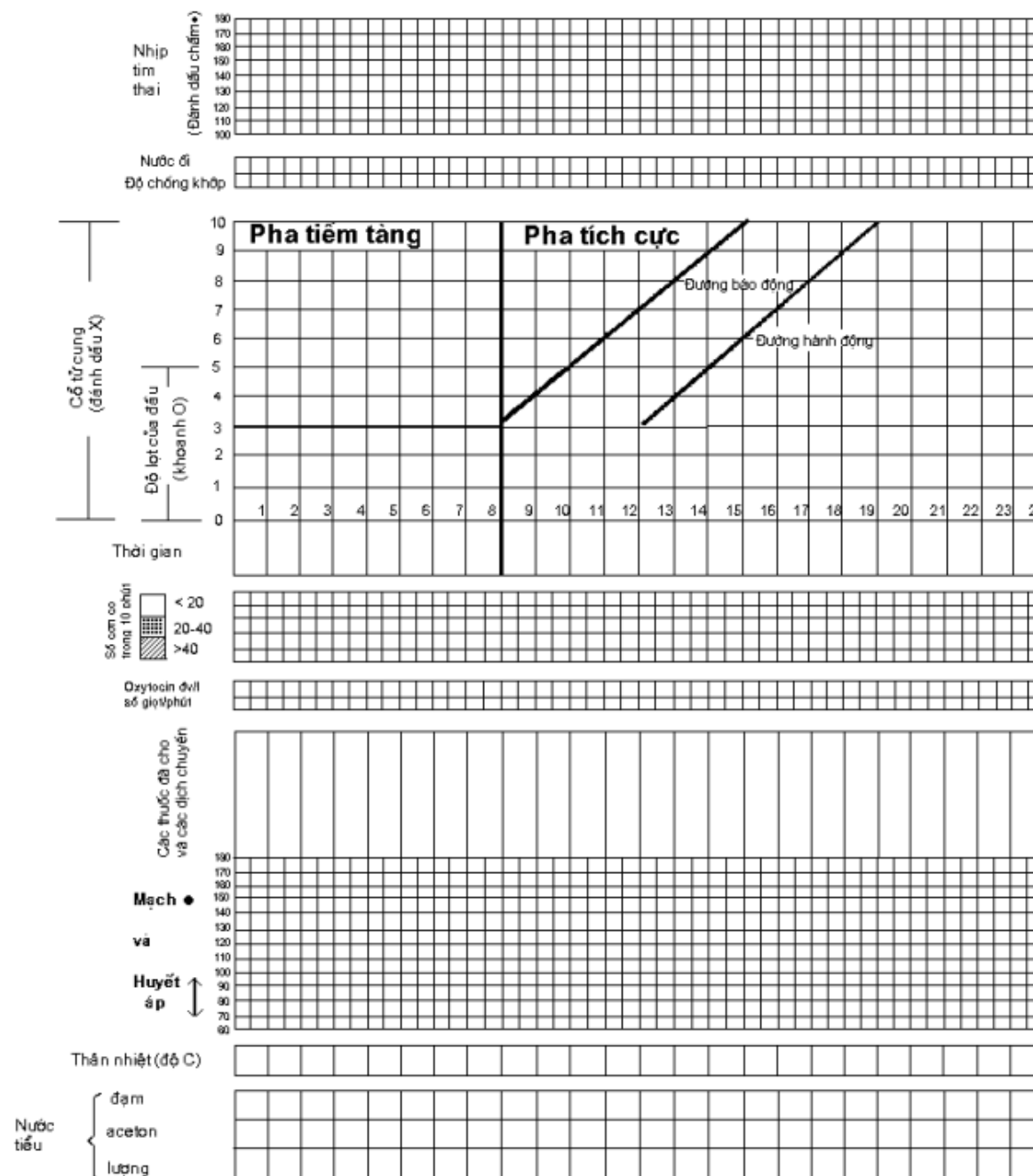
- Pha tiềm thời (cổ tử cung mở < 3 cm), giờ đầu với các số liệu thăm khám sẽ được ghi ở dòng đầu của biểu đồ
- Pha tích cực (cổ tử cung mở từ 3 cm trở lên), giờ đầu với các số liệu thăm khám sẽ được ghi ở dòng ứng với số độ mở trên đường báo động

Cách ghi các ký hiệu:

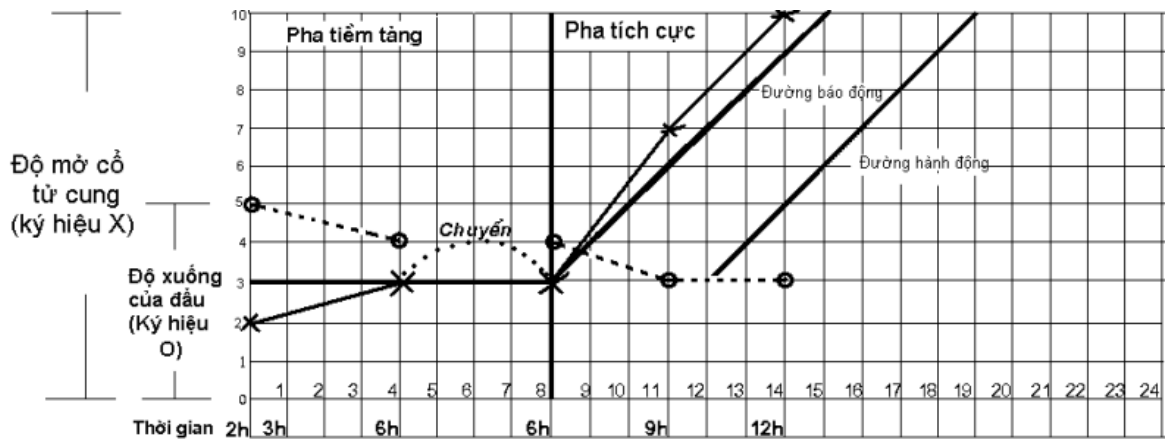
- Tim thai: (.) pha tiềm thời 1 giờ ghi 1 lần, pha tích cực 30 phút ghi 1 lần,
- Nước ối: đục (D), trong (P), nếu ối vỡ sẽ đánh mũi tên ở giờ vỡ, màu trong (T), có màu (M)
- Chông xương: Không (-), Có (+), (++)
- Độ mở cổ tử cung: (X), ghi 4 giờ 1 lần
- Độ lọt: (0)
- Cơ co tử cung: Pha tiềm thời 1 giờ 1 lần, pha tích cực 30 phút 1 lần, cường độ nhẹ dấu chấm (...), cường độ vừa vạch đơn (//), cường độ mạnh vạch kép
- Mạch: (.) ghi 1 giờ 1 lần
- Huyết áp : ghi 4 giờ 1 lần
- Thân nhiệt: ghi 4 giờ 1 lần
- Giờ: ghi theo 24 giờ trong ngày
 - o Lập pha tiềm thời thì giờ vào được ký hiệu trên dòng kẻ dọc đầu
 - o Lập pha tích cực thì giờ vào được ký hiệu trên dòng kẻ dọc ứng với độ mở cổ tử cung tương ứng lúc vào./.

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Họ và tên:	Số lần mang thai	Số lần sinh:	Số nhập viện
Ngày nhập viện:	Thời gian nhập viện	Màng ối đã vỡ	

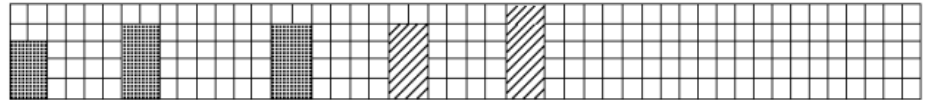


Hình: Biểu đồ chuyển dạ



Số cơn co TC/10phút

- < 20 giây
- 20-40 giây
- >40 giây



Hình: Mẫu biểu đồ chuyển dạ bất thường

Bài 3: ĐỠ ĐẼ NGÔI CHỖM

1. CHUẨN BỊ CHO ĐỠ ĐẼ NGÔI CHỖM

1.1. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, may tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ may, kim may.
- Phương tiện chăm sóc sơ sinh bình thường và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa).
- Thuốc thiết yếu.
- Thông tiểu.
- Găng tay

1.2. Thai phụ.

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự tiểu được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi, trái khăn vô khuẩn.
- Tư thế sản phụ: nằm ngửa tư thế sản khoa.

1.3. Thầy thuốc

- Người đỡ đẻ và người phụ giúp trong lúc đỡ đẻ.

2. ĐỠ ĐẼ ĐÚNG LÚC

Đúng lúc có nghĩa là không muộn quá và cũng không sớm quá.

+ Đỡ sớm quá sẽ phí thời gian công sức bỏ ra không cần thiết, lại có thể đi đến nhận định không chính xác là rặn lâu không chuyển.

+ Đỡ muộn quá sẽ giảm phần hỗ trợ tích cực của người hộ sinh, lại có nguy cơ đẻ rơi, rách tầng sinh môn.

6 điều kiện đỡ đẻ đúng lúc

1. CTC mở trọn
2. Thai mắc rặn
3. Tầng sinh môn căng.
4. Hậu môn căng tròn.
5. Âm môn hướng lên trên.
6. Đầu thập thò âm môn (chôm quả cam)

- Cần thận trọng đề phòng có thể sỏ thai lúc người hộ sinh đi rửa tay

3. ĐỠ ĐẼ TẠI BÀN – KIỂU SỎ CHẤM VỆ

Người đỡ đứng giữa hai đùi thai phụ và hơi chéch sang phải (nếu thuận tay phải) dụng cụ để trên bàn chuyên dùng.

3.1. Đỡ chắm: Nguyên tắc là giúp đầu cúi hết.

Theo cơ chế đẻ

- Đầu từ cúi vừa chuyển sang cúi hết.
- Cơ co tử cung cộng với cơ co thành bụng (sức rặn của thai phụ) đẩy đầu xuống về phía dưới (xương cùng cụt và tầng sinh môn), trán bị giữ lại, chắm sỏ dần dần.
- Động tác đỡ chắm (hỗ trợ cơ chế đẻ tự nhiên).
- Bàn tay trái giữ tầng sinh môn:
 - + Đặt một miếng gạc vô khuẩn (20 x 20 cm), dày vừa che được tầng sinh môn và hậu môn, vừa thêm độ dày cho lòng bàn tay áp sát vào.

- + Bàn tay để úp ngang, ngón cái một bên, các ngón còn lại ở một bên.
- Bàn tay kia dùng 4 đầu ngón ấn xuống cho chằm cúi tối đa. Cần thận trọng không để các đầu ngón làm thương tổn vùng tiền đình.
- Khi hạ chằm đến dưới khớp vệ là hoàn tất thì đỡ chằm.

3.2. Đỡ mặt: Nguyên tắc là giúp mặt ngửa từ từ.

- Tay giữ tầng sinh môn: vị trí và tác động giống như động tác đỡ chằm, nhưng lực giữ phải lớn hơn để trán ra từ từ, giúp tầng sinh môn có điều kiện giãn nở tốt.
- Tay hướng cho mặt sỏ: trường hợp đẻ con so hoặc đầu thai to có thể dùng bàn tay lách cho một bấu đỉnh sỏ trước, ta sẽ thay thế đường kính 2 đỉnh 9,5cm bằng đường kính đỉnh – thái dương nhỏ hơn. Trong cơ chế đẻ tự nhiên không có thì này.

- Sau khi mặt sỏ hết, đầu sẽ có hai động tác quay

+ Quay thứ nhất: trở lại vị trí ban đầu để sửa tư thế cổ vắn

Ví dụ: Nếu lọt kiểu thể chằm trái. Trước thì đầu sẽ quay lại 45 độ – từ Chằm mu về trái trước.

+ Quay thứ hai: quay theo vai vì trước khi sỏ vai phải quay từ đường kích chéo về trước sau. Như vậy, đầu sẽ tiếp tục quay thêm 45 độ.

Tổng hai lần quay: Nếu lưng trái, chằm sẽ về trái ngang, Nếu lưng phải chằm sẽ về phải ngang.

- Hút nhót để khi thở không hít phải dịch này

- Xử trí dây rốn quấn cổ nếu có: Trước hết nếu dây rốn lỏng thì gỡ qua đầu hoặc gỡ qua vai, nếu không gỡ được thì kẹp và cắt giữa hai kẹp; Nếu dây nhau quấn cổ hai vòng, cặp cắt giữa hai kẹp, xử trí lúng túng dây nhau quấn cổ có thể làm trẻ ngạt.



Giúp đầu cúi



Giúp đầu ngửa



mặt sỏ xong

3.3. Đỡ vai trước

- Hai bàn tay kéo nhẹ đầu xuống trong cơn rặn cho vai trước sỏ. Động tác này sẽ kết thúc khi cơ delta của vai trước đã sỏ.

3.4. Đỡ vai sau

- Một tay đỡ gáy thai nhi
- Một tay giữ tầng sinh môn, nâng đầu lên cho vai sau sỏ.
- Thận trọng vì rất dễ gây rách tầng sinh môn.

3.5. Đỡ mông và chân

Điều quan trọng là không để rơi bé. Tay đỡ cổ vẫn giữ nguyên như lúc đỡ vai sau nhưng có chuyển nhẹ để lưng nằm ngang. Tay giữ tầng sinh môn đỡ lần lượt từ lưng – mông – hai chân và giữ hai cổ chân giữa các ngón 1-2-3.



4. ĐỠ ĐỂ TẠI BÀN KIỂU SỔ CHẤM CÙNG

Kiểu sổ này chỉ gặp trong 1-2 %o khi đỡ ngôi chỏm.

4.1. Đỡ trán

Giữ tầng sinh môn (giữ chằm) để sức rặn đẩy phần trán phía trước sổ, đầu ngửa. Tới góc mũi thì dừng lại.

4.2. Đỡ chằm

- Sức rặn dồn về phía sau vì lực cản lúc này ít hơn đẩy cho chằm sổ dần, đầu cúi ra phía trước.
- Khi chằm đã sổ hết thì mặt tiếp tục ngửa cho phần còn lại của mặt sổ hết.
- Đường kính sổ lớn nhất của ngôi là trán - chằm = 11,5 cm, dễ gây rách tầng sinh môn và do đó cũng có yêu cầu cắt tầng sinh môn cao hơn hoặc phải can thiệp bằng forceps, giác hút.

4.3. Đỡ vai trước, vai sau, thân hông và chân: các thì này giống như phần đỡ đẻ tại bàn.

5. CÁC HỖ TRỢ KHÁC KHI ĐỠ NGÔI CHỎM

5.1. Hỗ trợ tinh thần

- Phải thật sự thông cảm, động viên, không để sản phụ có tâm lý phải “vượt cạn một mình”. Trước khi làm gì phải thông báo trước vì sao làm, sẽ làm gì để có sự hợp tác tốt.
- Sự có mặt của người nhà cũng là một hỗ trợ tinh thần tốt.
- Thường xuyên thông báo tiến độ để sản phụ vững tâm.

5.2. Hỗ trợ sức rặn

- Ngoài việc hướng dẫn cách rặn, động viên sự cố gắng trong mỗi cơn rặn có thể giúp cơn co bằng phản xạ vú – tử cung (vê đầu vú).
- Trong đỡ đẻ ngôi chỏm, chủ yếu là để tự nhiên theo cơ chế đẻ có thể hỗ trợ sức rặn nhưng phải theo đúng cơ chế đẻ.

7. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC THAI PHỤ CHUYÊN DẠ ĐỂ THƯỜNG

7.1. Nhận định

- Tâm lý: trai? gái? Điều kiện kinh tế, hoàn cảnh gia đình?
- Hành chánh:
 - + Tuổi: bình thường? bất thường? chú ý vị thành niên.
 - + Nghề nghiệp, địa chỉ: ảnh hưởng đến kiến thức về chăm sóc thai nghén, chuyên dạ?
 - + PARA: có nguy cơ? số lần sinh?
 - + Lý do vào viện: tuyên trước chuyên? lý do?
- Sức khỏe người mẹ: tiền sử nội, ngoại, sản? có bệnh lý? toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, sức rặn (sức khỏe?)

- Sản khoa:
 - + Con gò?
 - + Tim thai?
 - + Kiểu thế?
 - + Độ lọt?
 - + Khung chậu?
 - + Ước lượng cân nặng thai nhi?
 - + Tiên lượng sanh? Diễn tiến và các biến chứng có thể gặp trong giai đoạn sổ thai

7.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Giai đoạn 2 thuận lợi
- Sổ thai nhanh? Đỉnh trệ?
- Đau do cơn co tử cung
- Mệt mỏi do không có sức rặn
- Tiên lượng chảy máu
- Tiên lượng sót nhau, đờ tử cung.....
- Tiên lượng chấn thương sinh dục: rách phức tạp, rách cổ tử cung
- Các nguy cơ khác (nếu có)

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Hỗ trợ, động viên tinh thần thai phụ
- Giúp thai phụ rặn tốt
- Đảm bảo cuộc đẻ an toàn cho mẹ và con
- Hạn chế tai biến và nguy cơ cho mẹ và con

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Tinh thần: động viên thai phụ cố gắng
- Ăn uống: cho uống ít nước
- Tư thế đẻ
- Để dụng cụ vị trí thích hợp
- Chuẩn bị người hỗ trợ
- Hướng dẫn, khuyến khích, hỗ trợ sức rặn
- Thông tiểu (nếu cần)
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật
- Giữ tầng sinh môn, cắt TSM (nếu cần)
- Sử dụng thuốc giảm đau
- Theo dõi tổng trạng người mẹ, mạch, huyết áp, hô hấp
- Theo dõi sức khoẻ con: nghe tim thai sau mỗi cơn rặn
- Phương tiện chăm sóc con ngay sau đẻ
- Mang găng đúng kỹ thuật
- Đảm bảo vô khuẩn
- Chuẩn bị thuốc đề phòng chảy máu sau đẻ
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức sơ sinh

7.5. Đánh giá

- Tốt: cuộc đẻ thuận lợi, an toàn không tai biến
- Chưa tốt: những vấn đề nào làm chuyển dạ đình trệ, hướng xử trí, chăm sóc tiếp theo

BÀI 4: CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU ĐẼ

1. Nội dung chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ.

Chảy máu sau đẻ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Mặc dù có thể tiên lượng được trước nguy cơ chảy máu nhưng có tới 90% trường hợp xảy ra trên sản phụ không có yếu tố nguy cơ nào. Để phòng ngừa chảy máu sau đẻ, Hiệp hội nữ hộ sinh quốc tế (ICM) và Hiệp hội Sản phụ khoa quốc tế (FIGO) khuyến cáo xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc chuyển dạ bao gồm ba can thiệp chính: tiêm bắp oxytocin ngay sau khi sổ thai, kéo dây rốn có kiểm soát và xoa đáy tử cung 15 phút/lần trong hai giờ đầu sau đẻ.

1.1 Tiêm bắp oxytocin

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) khuyến cáo sử dụng thuốc tăng co tử cung (thuốc được khuyến cáo là oxytocin) để xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc chuyển dạ cho tất cả các trường hợp đẻ đường âm đạo, oxytocin sử dụng đường tiêm bắp với liều 10 đơn vị để phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

Trước khi tiêm bắp thuốc tăng co tử cung cần phải kiểm tra xem trong tử cung có còn thai hay không bằng cách sờ nắn tử cung qua thành bụng ngay sau khi thai sổ.

1.2 Kéo dây rốn có kiểm soát

Kéo dây rốn có kiểm soát sau khi tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin được áp dụng cho tất cả các trường hợp đẻ đường âm đạo.

1.3 Xoa đáy tử cung

Xoa đáy tử cung liên tục trong hai giờ đầu sau đẻ, với tần suất 15 phút/lần. Hơn nữa xoa đáy tử cung còn có thể giúp phát hiện sớm các trường hợp dờ tử cung sau đẻ, hạn chế tai biến băng huyết.

1.4 Kẹp và cắt dây rốn muộn

Nghiên cứu về sinh lý ở trẻ sơ sinh cho thấy, trong phút đầu tiên sau sinh lượng máu truyền từ bánh nhau sang trẻ sơ sinh khoảng 80ml và có thể lên tới 100ml trong 3 phút sau sinh. Lượng máu thêm này có thể cung cấp một lượng sắt tương ứng 40-50mg/kg cân nặng của trẻ, cùng với lượng sắt của cơ thể (khoảng 75mg/kg cân nặng) có thể giúp trẻ đủ tháng ngăn ngừa được thiếu máu thiếu sắt trong năm đầu.

1.5 Tiếp xúc da kề da

Trẻ được tiếp xúc da kề da với mẹ ngay từ những phút đầu sau khi sinh giúp tăng sự tương tác sớm giữa mẹ và con. Trẻ sẽ không bị hạ thân nhiệt, trẻ sẽ tìm vú mẹ sớm hơn và bú mẹ khoẻ hơn.

1.6 Cho trẻ bú sớm

Cho trẻ bú sớm và bú sữa mẹ hoàn toàn trong giờ đầu sau đẻ, không cho trẻ ăn thêm bất cứ một loại thực phẩm nào khác. Cho trẻ bú sớm còn làm kích thích tuyến yên tăng tiết oxytocin giúp tử cung co tốt hơn để phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

Chính từ các bằng chứng lâm sàng trên, WHO đã đưa ra khuyến cáo áp dụng 6 bước chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ bao gồm:

1. Lau khô và ủ ấm; cho trẻ tiếp xúc trực tiếp da-kề da (trẻ được đặt lên bụng mẹ ngay sau khi sinh và kéo dài ít nhất 90 phút sau sinh)
2. Tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin
3. Kẹp dây rốn muộn (sau khi dây rốn đã ngừng đập hoặc 1-3 phút sau khi thai sỏ) và kẹp và cắt dây rốn một thì.
4. Kéo dây rốn có kiểm soát
5. Xoa đáy tử cung cứ 15 phút một lần trong vòng 2 giờ đầu sau đẻ.
6. Hỗ trợ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn.

2. Quy trình chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ

2.1. Tư vấn cho sản phụ

- Tiếp xúc da kề da, ôm trẻ ngay sau khi sinh
- Tiêm oxytocin với mục đích làm cho tử cung co bóp sớm giúp bong nhau, rút ngắn thời gian sỏ nhau, hạn chế mất máu sau đẻ.
- Lợi ích của việc kẹp và cắt dây rốn muộn:
- Hợp tác với nhân viên y tế, xoa đáy tử cung đạt hiệu quả tốt.

2.2. Tiến hành đỡ đẻ

- Khi cổ tử cung đã mở hết, đầu đã lọt thấp,
- Thông báo cho sản phụ ngày, giờ, phút sinh và giới tính của trẻ.
- Đặt trẻ vào khăn khô trên bụng mẹ.

2.3. Chăm sóc thiết yếu ngay sau đẻ

2.3.1. Lau khô, ủ ấm

Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì:

- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên ngực mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai vú mẹ, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên.
- Đội mũ cho trẻ, dùng 1 khăn khô, sạch để che cho trẻ.
- Hướng dẫn người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.

Nếu trẻ không khóc hoặc thở nấc sau 30 giây lau khô, ủ ấm và kích thích:

- Kẹp và cắt dây rốn ngay
- Chuyển trẻ đến bàn hồi sức và tiến hành hồi sức sơ sinh

2.3.2. Tiêm oxytocin

- Sờ nắn tử cung qua thành bụng để bảo đảm không còn thai trong tử cung.
- Tiêm 10 đơn vị oxytocin vào mắt trước đùi sản phụ

2.3.3. Kẹp dây rốn muộn và cắt dây rốn một thì

- Người đỡ đẻ tháo bỏ đôi găng bản bên ngoài
- Chờ cho đến khi dây rốn ngừng đập (khoảng 1-3 phút) thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn một thì.

- Kẹp dây rốn bằng kẹp nhựa cách chân rốn 2 cm, vuốt máu về phía mẹ đồng thời kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3 cm. Cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

2.3.4. Kéo dây rốn có kiểm soát

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để kiểm tra cơn co tử cung. Chỉ khi có cơn co tử cung mới thực hiện kéo dây rốn

2.3.5. Xoa tử cung

- Ngay lập tức sau khi nhau sổ ra ngoài phải xoa tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt

- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung một lần trong hai giờ đầu.

2.3.6. Tư vấn, hướng dẫn và hỗ trợ bà mẹ cho con bú sớm

- Quan sát trẻ, khi nào thấy dấu hiệu trẻ đòi ăn (mở miệng, chảy nước dãi, thè lưỡi, liếm...), hướng dẫn mẹ giúp trẻ hướng về phía vú, đẩy nhẹ miệng trẻ gần sát vú.

3. Kế hoạch chăm sóc

3.1. Nhận định

3.1.1. Tâm lý: trai? gái? Điều kiện kinh tế, hoàn cảnh gia đình?

3.1.2. Hành chánh:

+ Tuổi: bình thường? bất thường? chú ý vị thành niên.

+ Nghề nghiệp, địa chỉ: ảnh hưởng đến kiến thức về chăm sóc thai nghén, chuyển dạ?

+ PARA: có nguy cơ? số lần sinh?

+ Lý do vào viện: tuyển trước chuyển? lý do?

3.1.3. Sức khỏe người mẹ: tiền sử nội, ngoại, sản? có bệnh lý? toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn, sức rặn (sức khỏe?)

3.1.4. Sản khoa:

+ Cơn gò?

+ Tim thai?

+ Kiểu thế?

+ Độ lọt?

+ Khung chậu?

+ Ước lượng cân nặng thai nhi?

+ Tiên lượng sanh? Diễn tiến và các biến chứng có thể gặp trong giai đoạn sổ thai

3.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Giai đoạn 2 thuận lợi

- Sổ thai nhanh? Đình trệ?

- Đau do cơn co tử cung

- Mệt mỏi do không có sức rặn

- Tiên lượng chảy máu

- Tiên lượng sót nhau, đờ tử cung.....
- Tiên lượng chấn thương sinh dục: rách phức tạp, rách cổ tử cung
- Các nguy cơ khác (nếu có)

3.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Hỗ trợ, động viên tinh thần thai phụ
- Giúp thai phụ rặn tốt
- Đảm bảo cuộc đẻ an toàn cho mẹ và con
- Hạn chế tai biến và nguy cơ cho mẹ và con

3.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Tinh thần: động viên thai phụ cố gắng
- Ăn uống: cho uống ít nước
- Tư thế đẻ
- Để dụng cụ vị trí thích hợp
- Chuẩn bị người hỗ trợ
- Hướng dẫn, khuyến khích, hỗ trợ sức rặn
- Thông tiểu (nếu cần)
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật
- Giữ tầng sinh môn, cắt TSM (nếu cần)
- Sử dụng thuốc giảm đau
- Theo dõi tổng trạng người mẹ, mạch, huyết áp, hô hấp
- Theo dõi sức khoẻ con: nghe tim thai sau mỗi cơn rặn
- Phương tiện chăm sóc con ngay sau đẻ
- Mang găng đúng kỹ thuật
- Đảm bảo vô khuẩn
- Chuẩn bị thuốc để phòng chảy máu sau đẻ
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức sơ sinh

3.5. Đánh giá

- Tốt: cuộc đẻ thuận lợi, an toàn không tai biến
- Chưa tốt: những vấn đề nào làm chuyển dạ đình trệ, hướng xử trí, chăm sóc tiếp

theo

Bài 5: NUÔI DƯỠNG TRẺ EM

1. NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Bú mẹ là chế độ ăn của trẻ dưới 6 tháng, khi mẹ có nhiều sữa, trẻ hoàn toàn chỉ bú mẹ.

Nuôi con bằng sữa mẹ là phương pháp nuôi dưỡng tự nhiên và tuyệt đối an toàn cho trẻ nhỏ. Đây là khâu quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. Cho đến nay, mọi người đã phải thừa nhận sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ dưới 1 tuổi và không có bất cứ loại thức ăn nào có thể thay thế được. Ở nước ta, những đứa trẻ dưới 6 tháng tuổi được bú mẹ đầy đủ thì sự tăng trưởng về cân nặng không kém những đứa trẻ ở các nước phát triển Âu – Mỹ. Theo phong tục cổ truyền, đa số các bà mẹ rất muốn nuôi con bằng sữa của chính mình, vì thực tế đã mang lại nhiều lợi ích cho trẻ, cho mẹ và cho xã hội.

1.2. Sự bài tiết sữa.

1.2.1. Cơ chế bài tiết sữa

Sữa mẹ bài tiết theo cơ chế phản xạ:

Khi trẻ bú, xung động cảm giác đi từ núm vú lên não, tác động lên tuyến yên để sản xuất prolactin và oxytocin (hình 5.1).

- Prolactin là nội tiết tố của thùy trước tuyến yên, thường được sản xuất nhiều về đêm, ngoài tác dụng chính là kích thích tế bào bài tiết sữa (phản xạ tạo sữa), nó còn có tác dụng ngăn cản sự rụng trứng, giúp cho bà mẹ chậm có thai.
- Oxytocin là nội tiết tố của thùy sau tuyến yên, có tác dụng làm co cơ xung quanh tế bào tiết sữa để đẩy sữa từ các nang sữa theo ống dẫn sữa xuống các xoang sữa (phản xạ tiết sữa). Ngoài ra oxytocin còn có tác dụng co hồi tử cung và cầm máu cho bà mẹ sau đẻ. Phản xạ oxytocin chịu ảnh hưởng bởi những cảm xúc, suy nghĩ lo âu của bà mẹ. Niềm vui và hạnh phúc là yếu tố kích thích sự hoạt động của phản xạ tiết sữa; ngược lại, những sang chấn về tinh thần sẽ ức chế phản xạ này.

1.2.2. Những yếu tố hỗ trợ cho sự bài tiết sữa

- Ăn uống
 - + Phải ăn đầy đủ các chất đạm, đường, mỡ.
 - + Đảm bảo năng lượng (2700 – 2800 kcal/ngày) nhiều hơn phụ nữ lao động nặng cùng lứa tuổi (2600 kcal/ ngày).
 - + Ăn bổ sung các loại rau quả giàu vitamin, nhất là vitamin A và muối khoáng, đặc biệt là sắt...
 - + Uống thêm nước, nước đường, sữa...
 - + Dùng thêm các loại thức ăn dân tộc có tác dụng kích thích bài tiết sữa như chân giò, gạo nếp.
 - + Không dùng các loại gia vị như hành, tỏi, ớt, rau thơm... vì chúng gây cho sữa có mùi khó chịu, làm cho trẻ không bú.
- Lao động hợp lí
 - Làm việc nặng trong thời gian mang thai dễ dẫn đến sảy thai, thai chết lưu. Khi cho con bú, làm việc nhiều sẽ phải tiêu hao nhiều năng lượng, làm giảm quá trình tạo sữa.
- Tinh thần thoải mái
 - Những bà mẹ sống thoải mái, ít lo lắng, ngủ tốt, tin tưởng là mình đủ sữa thì vú sẽ tiết nhiều sữa, trước hết vì không bị tiêu hao năng lượng cho não hoạt động, mặt khác do phản xạ tiết sữa của oxytocin được kích thích hoạt động mạnh.

- Đảm bảo hết sữa (kiệt sữa) sau mỗi lần bú
Trong sữa có chất ức chế tế bào tiết sữa. Nếu trong vú có nhiều sữa thì lượng chất ức chế này cũng tăng lên và sẽ ức chế quá trình tạo sữa. Khi trẻ bú hết số lượng sữa trong vú thì chất ức chế tế bào bài tiết sữa cũng không còn, do đó quá trình tạo sữa không còn bị ức chế và sữa lại được tạo ra. Do vậy, khi trẻ không bú hết được lượng sữa mẹ trong vú, thì nên vắt kiệt sữa ra để kích thích quá trình tạo sữa. Khuyến khích, động viên các bà mẹ cho trẻ bú thường xuyên, bú đúng cách là vấn đề quan trọng. Trong trường hợp nhiều sữa, một số tác giả khuyến nên cho trẻ bú luân phiên mỗi lần bú kiệt một bên vú.
Như vậy, cho trẻ bú hết, không để sữa ứ đọng sau mỗi lần bú là yếu tố quan trọng kích thích quá trình tạo sữa. Đây là một trong những nội dung cần được hướng dẫn cho các bà mẹ nuôi con nhỏ.
- Không nịt chặt tuyến vú
Khi vú bị nịt chặt sẽ ức chế quá trình tạo sữa. Do vậy, phải hướng dẫn, động viên để các bà mẹ chuẩn bị áo quần cho hợp lý để mặc trong thời gian nuôi con. Điều này cần được nhấn mạnh đối với các bà mẹ trẻ, các bà mẹ làm công tác nghệ thuật như ca sĩ, nghệ sĩ múa, người mẫu thời trang, hướng dẫn viên...
- Sinh đẻ có kế hoạch
Những bà mẹ đẻ dày, đẻ nhiều, sức khỏe giảm sút, kinh tế khó khăn, làm lụng vất vả, lo nghĩ nhiều nên có ảnh hưởng xấu đến quá trình bài tiết sữa. Do đó sữa của các bà mẹ ngày không những giảm về số lượng mà còn giảm cả về chất lượng.
- Hạn chế dùng thuốc
Cần hạn chế sử dụng thuốc trong thời gian cho con bú vì:
 - + Một số thuốc làm giảm sự tạo sữa: caest thuốc lợi tiểu nhóm thiazid, thuốc tránh thai có Oestrogen, một số kháng sinh, aspirin....
 - + Một số thuốc được bài tiết vào sữa mẹ dễ gây ngộ độc cho trẻ.

1.3.Những lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ

Sữa mẹ bài tiết trong 2 – 3 ngày đầu sau đẻ được gọi là sữa non. Sữa non sánh, đặc và có màu vàng nhạt. Đây là loại sữa có nhiều năng lượng, nhiều protein và có hàm lượng vitamin A rất cao, đồng thời lại có nhiều chất kháng khuẩn, tăng cường miễn dịch cho trẻ.

Tuy lượng sữa non tiết ra ít, nhưng chất lượng cao thỏa mãn nhu cầu của trẻ mới đẻ. Sau khi bú sữa non, phân su được tống ra nhanh hơn do có tác dụng nhuận tràng nhẹ.

Do vậy, cần phải giáo dục, động viên, khuyến khích để các bà mẹ cho trẻ mới đẻ bú loại sữa non quý hiếm này càng sớm càng tốt, trong vòng 30 – 60 phút sau đẻ; xóa bỏ đi quan niệm sai lệch cho rằng đây là loại sữa chua, nhạt mà vắt bỏ đi. Sữa được tạo ra từ ngày thứ 3 – 4 đến tuần thứ 2 – 3 là sữa chuyển tiếp có thành phần biến động nhiều.

Từ đầu tuần thứ 2-3 sau đẻ, thành phần sữa mẹ khá ổn định, khối lượng tăng dần đến tháng thứ 4-6 có thể đạt tới 1000-1500ml/ngày (cá biệt có người cho 4000-5000ml sữa/ngày), rồi giảm dần sau tháng thứ 6-8 và được gọi là sữa thường, sữa ổn định hay gọi chung là sữa mẹ.

1.3.1. Sữa mẹ là chất dinh dưỡng hoàn hảo, dễ tiêu hóa và dễ hấp thu

- Protein
- + Protein trong sữa mẹ tuy ít hơn trong sữa bò nhưng có đủ các acid amin cần thiết.
- + Protein trong sữa mẹ chủ yếu là protein nước sữa, dễ tiêu hóa; còn proteinn sữa bò chủ yếu là casein, khi vào dạ dày sẽ đông vón, kết tủa, khó tiêu hóa

- Lipid
- + Lipid sữa mẹ có những acid béo như acid linolenic, acid linolenic cần thiết cho sự phát triển của não, mắt và sức bền thành mạch.
- + Lipid sữa mẹ dễ tiêu hóa hơn vì trong thành phần của chúng chủ yếu là các acid béo không no và có men lipase.
- Lactose
- + Trong sữa mẹ có nhiều lactose trong sữa bò, do đó cung cấp nhiều năng lượng cho cơ thể.
- + Một số lactose vào ruột chuyển hóa thành acid lactic giúp cho sự hấp thu calci và các muối khoáng.
- Vitamin
- + Sữa mẹ có nhiều vitamin A hơn sữa bò. Trẻ bú mẹ sẽ phòng được bệnh khô mắt do thiếu vitamin A.
- + Sữa mẹ có hàm lượng vitamin nhóm B ít hơn trong sữa bò.
- Muối khoáng
- + Calci trong sữa mẹ ít hơn trong sữa bò, nhưng có tỉ lệ thích hợp, dễ hấp thu, thỏa mãn nhu cầu của trẻ. Cho nên trẻ bú mẹ ít bị bệnh còi xương.
- + Sắt trong sữa mẹ dễ hấp thu, cho nên trẻ bú mẹ ít bị bệnh thiếu máu thiếu sắt.

1.3.2. Sữa mẹ có các chất kháng khuẩn

- Sữa mẹ vô khuẩn, trẻ bú trực tiếp ngay, vi khuẩn không có điều kiện phát triển nên trẻ bị tiêu chảy.
- Sữa mẹ có nhiều IgA tiết, nhất là trong sữa non. IgA tiết thường không hấp thụ mà ở lại hoạt động trong lòng ruột để chống lại một số vi khuẩn như E.Coli và virus.
- Sữa mẹ có lactoferin (protein gắn sắt) có tác dụng kiềm khuẩn: không cho các vi khuẩn cần sắt phát triển.
- Sữa mẹ có lysozym với hàm lượng cao hơn hàng ngàn lần so với sữa bò, có tác dụng diệt vi khuẩn và virus.
- Các đại thực bào trong sữa mẹ có khả năng bài tiết lysozym, lactoferin và thực bào (ăn) nấm Candida và các loại vi khuẩn, nhất là các vi khuẩn Gram âm gây viêm ruột hoại tử cho trẻ sơ sinh (Clostridium, Klebsiella).

Bảng 5.1. Thành phần các chất dinh dưỡng trong 100ml sữa

Thành phần		Sữa mẹ	Sữa bò
Năng lượng	(Kcal)	70	67
Protein	(g)	1,07	3,4
Tỷ lệ Casein/protein nước sữa	(g)	1:1,5	1:0,2
Lipid	(g)	4,2	3,9
Lactose	(g)	7,4	4,8
Vitamin			
Retinol	(μ g)	60	31
β caroten	(μ g)	0	19
Vitamin D	(μ g)	0,81	0,18
Vitamin C	(mg)	3,8	1,5
Vitamin B ₁	(mg)	0,02	0,04
Vitamin B ₂	(mg)	0,03	0,02
Vitamin B ₃	(mg)	0,62	0,89

Vitamin B ₁₂	(µg)	0,01	0,31
Acid folic	(µg)	5,2	5,2
Muối khoáng			
Calci	(mg)	35	124
Sắt	(mg)	0,08	0,05
Đồng	(µg)	39	21
Kẽm	(µg)	295	361

- Trong sữa mẹ có các yếu tố kích thích sự phát triển vi khuẩn Lactobacillus Bifidus:
- + Lactose trong sữa mẹ được Lactobacillus Bifidus phân hủy thành acid lactic. Acid này có tác dụng cản trở sự phát triển của vi khuẩn gây bệnh như E.coli.
- + Yếu tố Bifidus: là một carbonhydrat có chứa nitrogen cần thiết cho sự phát triển của vi khuẩn Lactobacillus Bifidus. Vi khuẩn này phát triển sẽ lấn át và ngăn cản sự phát triển của các loại vi khuẩn gây bệnh khác
- + Do sữa mẹ có đặc tính kháng khuẩn, nên tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong của trẻ em bú mẹ thấp hơn trẻ nuôi nhân tạo.

1.3.3. Sữa mẹ có tác dụng chống dị ứng

Trẻ bú mẹ thường không bị dị ứng, eczema như 1 số trẻ ăn nhân tạo. Điều này được giải thích là TgA tiết cùng với đại thực bào có tác dụng chống dị ứng.

1.3.4 Gắn bó tình cảm mẹ con

Nuôi con bằng sữa mẹ giúp bà mẹ và đứa trẻ hình thành mối quan hệ gần gũi yêu thương, trẻ ít quấy khóc. Trẻ bú mẹ thường phát triển trí tuệ tốt hơn, thông minh hơn trẻ ăn sữa bò.

1.3.5. Bú mẹ có tác dụng bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ và là điều kiện tốt để thực hiện kế hoạch hóa gia đình

- Động tác trẻ bú mẹ ngay sau mẹ có tác dụng có hồi tử cung, cầm máu sau đẻ thông qua cơ chế bài tiết oxytocin.
- Trong thời gian cho con bú, bà mẹ ít có khả năng có thai do prolactin có tác dụng ức chế quá trình rụng trứng.
- Cho con bú có thể giảm được ung thư tử cung, ung thư vú, viêm tắc tuyến sữa cho bà mẹ.

1.3.6. Bú mẹ là cách nuôi con đơn giản, dễ thực hiện, thuận tiện và ít tốn kém.

- Cho con bú là cách nuôi con đơn giản nhất đối với các bà mẹ.
- Có thể cho con bú bất cứ ở đâu, bất cứ lúc nào kể cả ban đêm.
- Không mất thời gian, phương tiện, dụng cụ pha sữa phiền phức.
- Tạo điều kiện cho mẹ có thời gian nghỉ ngơi, ăn uống bổ dưỡng, đảm bảo công tác gia đình và xã hội, vì không mất thời gian đun nước, pha sữa...
- Không tốn kém tiền của để mua sữa bò và các dụng cụ cần thiết để cho con ăn

1.4. Bảo vệ nguồn sữa mẹ

1.4.1. Chăm sóc 2 bầu vú mẹ

- Khi mang thai phải kiểm tra 2 bầu vú, nếu đầu vú tụt thì phải lau rửa sạch, xoa bóp nhẹ và kéo ra hằng ngày cho đến khi để để trẻ có thể bú được dễ dàng. Công việc này nên làm từ tuần thứ 38 trước khi trẻ ra đời.
- Vệ sinh đầu vú sạch trước và sau khi cho con bú bằng nước ấm, không rửa đầu vú bằng cồn hay xà phòng vì dễ làm khô da, nứt da do nhiễm trùng

- Nếu vú bị nứt thì bôi kháng sinh hay vaselin, nhưng phải lau sạch trước khi cho trẻ bú. Nếu bị áp xe vú thì phải vắt sạch sữa hoặc bơm hút sữa hằng ngày. Tránh ứ đọng sữa.

1.4.2. Đảm bảo dinh dưỡng cho người mẹ khi mang thai và cho con bú.

- Ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng với số lượng nhiều hơn bình thường để đảm bảo cho người mẹ từ khi mang thai đến khi sinh tăng được 10 – 12 kg.
Bình thường, trọng lượng của những người mẹ mang thai:
- 1kg trong 3 tháng đầu
- 5kg trong 3 tháng giữa
- 6kg trong 3 tháng cuối
- Sau khi đẻ, người mẹ cũng không được ăn kiêng khem mà phải uống bồi dưỡng đủ chất. Mỗi bữa nên ăn 100 – 150 gam gạo, 100 gam thịt, cá, trứng; 100 gam rau quả tươi.
- Mỗi lần cho bú xong, người mẹ nên uống thêm 1 cốc nước đường, nước cam, chanh hoặc sữa bò.

1.4.3. Lao động hợp lý.

Gia đình và cơ quan nên tạo điều kiện cho phụ nữ mang thai và cho con bú lao động hợp lý phù hợp với sức khỏe, có thời gian cho con bú; không nên lao động nặng quá sức. Điều này cần lưu ý khi tư vấn cho các bà mẹ làm các việc chân tay nặng nhọc.

1.4.4. Không sử dụng thuốc tùy tiện

Trong quá trình mang thai và cho con bú, không nên sử dụng thuốc tùy tiện mà chỉ nên sử dụng theo hướng dẫn của thầy thuốc. Cần đặc biệt chú ý không sử dụng các loại thuốc gây mất sữa, các loại thuốc gây ảnh hưởng xấu đến sự phát triển hoặc ức chế các trung tâm hô hấp, tim mạch của trẻ.

1.4.5. Không để sữa ứ đọng trong vú

Phải vắt kiệt sữa sau mỗi lần cho con bú, nếu trẻ không bú hết. Nếu đi làm xa hoặc công tác ở xa không thể cho trẻ bú được thì phải vắt hết, không để sữa ứ đọng.

1.4.6. Thoải mái, vui vẻ khi cho con bú.

Động viên khuyến khích để các bà mẹ thoải mái, vui vẻ khi cho con bú để sữa xuống tốt, tạo điều kiện cho trẻ dễ bú.

1.4.7. Không nặn chặt vú quá chặt

Hướng dẫn để các bà mẹ không nặn chặt vú trong thời gian cho con bú để tránh mất sữa.

1.5. Nuôi con bằng sữa mẹ

1.5.1. Cách cho con bú

- Cho trẻ bú càng sớm càng tốt, bú ngay sau khi đẻ trong vòng nửa giờ đầu
- Khi cho trẻ bú phải:
- + Lau sạch đầu vú trước khi cho bú
- + Bé trẻ ở tư thế thoải mái
- + Đầu và thân trẻ nằm trên 1 đường thẳng
- + Mặt trẻ quay vào vú, miệng đối diện với núm vú
- + Người mẹ ngồi bế sát cho con bú. Nếu là trẻ sơ sinh thì bà mẹ phải đỡ đầu và mông trẻ. Chỉ nên nằm cho con bú khi mẹ mệt. Trên thực tế cho thấy, những người mẹ thường xuyên cho con bú sẽ tạo cho trẻ có thói quen là “Nằm bú”. Với thói quen

này, cứ mỗi khi trẻ nằm cùng mẹ là đòi bú, nhiều khi bé bú suốt đêm, làm cho mẹ mất ngủ dẫn đến mất sữa.

- + Bà mẹ nâng vú bằng tay để đưa vú vào miệng trẻ. Thỉnh thoảng dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ nâng và ấn nhẹ vào vú để vú khỏi bị mũ của trẻ, đồng thời cũng làm cho trẻ ngậm và bú tốt hơn.
- + Những dấu hiệu chứng tỏ việc ngậm bắt vú tốt (Hình 5.2)
 - Miệng mở rộng, ngậm sâu vào quầng vú.
 - Môi dưới hướng ra ngoài.
 - Lưỡi chụm quanh đầu vú
 - Má chụm tròn
 - Trẻ mút chậm, sâu, có nhịp nghỉ khi nuốt
 - Có thể nhìn hoặc nghe thấy trẻ nuốt
- + Cho trẻ bú hết bầu vú bên này mới chuyển sang bầu vú bên kia để tận dụng được sữa đầu, sữa cuối và đảm bảo kiệt sữa nhằm kích thích tạo sữa. (Sữa đầu: có nhiều protein, lactose, chất dinh dưỡng khác, khối lượng lớn. Sữa cuối: có nhiều chất béo, cung cấp nhiều năng lượng).
- + Khi trẻ bú xong, phải nên vắt hết sữa trong bầu vú
- + Thời gian mỗi lần bú từ 15 – 20 phút. Không nên để trẻ bú quá lâu để làm mất sức của trẻ.
- + Sau khi trẻ bú xong nên bế trẻ nằm yên ở tư thế cao đầu trong vòng 5 – 10 phút để trẻ có thể ợ hơi (hít vào trong khi bú), tránh được nôn, trớ.
- Cho trẻ bú theo nhu cầu (kể cả ban đêm), có thể cho trẻ bú 8 – 10 lần trong ngày. Nếu trẻ không bú được nên vắt sữa đổ bằng thìa.
- Cho trẻ bú kéo dài đến 18 -24 tháng tuổi. Không nên cai sữa trước 12 tháng; cá biệt có thể cho trẻ bú đến tới 3 tuổi; nên cai sữa vào mùa mát, tốt nhất vào mùa lạnh, không nên cai sữa khi trẻ ốm hoặc vào mùa hè.
- Trẻ bú cần được ăn sam (ăn thêm) từ tháng thứ 6. Khi cho trẻ ăn sam phải thực hiện theo nguyên tắc ô vuông thức ăn (tô màu bát bột).

1.5.2. Chế độ ăn của trẻ trong thời kì bú mẹ

- 0 – 6 tháng : bú mẹ hoàn toàn.
- 6 tháng: bú mẹ + nước quả 1- 2 thìa + 1 bữa bột loãng.
- 7 tháng: bú mẹ + nước quả 2 – 4 thìa + 1 bữa bột đặc/sữa bò.
- 8 – 9 tháng: bú mẹ + nước quả + 2 bữa bột trứng/cá/ thịt/rau/sữa.
- 10 – 12 tháng: bú mẹ + nước quả + 3 bữa bột trứng/cá/ thịt/rau/sữa.

2. ĂN NHÂN TẠO

Ăn nhân tạo là chế độ ăn của trẻ dưới 5 – 6 tháng tuổi, khi người mẹ, vì lí do nào đó không có sữa, buộc phải nuôi trẻ bằng thức ăn thay thế sữa mẹ(thức ăn gần giống sữa mẹ).

2.1. Các loại thức ăn thay thế sữa mẹ (Sữa thay thế).

Hiện nay, các nước Âu – Mỹ , từ sữa bò người ta đã chế biến được các loại sữa gần giống sữa mẹ để dùng cho trẻ em. Nhiều loại sữa thích hợp cho trẻ em cũng đã có mặt tại nước ta, tuy nhiên giá thành các loại sữa này còn khá cao, chưa phù hợp với kinh tế của những gia đình nghèo. Do đó việc hiểu biết cách pha chế thức ăn cho trẻ nhỏ từ các loại sữa bò thông thường vẫn còn cần thiết đối với người điều dưỡng để có thể hướng dẫn được cho các bà mẹ có hoàn cảnh khó khăn.

Để chế biến các loại thức ăn thay thế sữa mẹ, người ta thường dùng sữa bò (sữa bò tươi, sữa đặc hoặc sữa bột) . Các loại sữa trâu, sữa dê, sữa cừu, sữa ngựa ít được

sử dụng vì có thành phần rất khác so với sữa mẹ, nhất là chất béo. Sữa đậu nành được một số quốc gia đang phát triển khuyến dùng, nhưng đây là loại sữa có nguồn gốc từ thực vật, giá trị dinh dưỡng thấp do thiếu nhiều acid amin cần thiết.

Các loại thức ăn thay thế sữa mẹ rất nhiều, nhưng có thể chia thành 2 nhóm:

2.1.1. Các loại sữa bò đã được chế biến sẵn cho trẻ em

- Đặc điểm chung của các loại sữa này là:
- + Sữa bột tách 1 phần hay toàn bộ bơ:
- + Sữa gầy là loại sữa tách toàn bộ bơ, dùng cho trẻ sơ sinh.
- + Sữa tách bơ 1 phần dành cho trẻ từ 2 – 4 tháng.
- + Sữa bột toàn phần (không tách bơ) dùng cho trẻ từ 4 – 12 tháng. Và cũng có các loại sữa được bổ sung theo 1 số chất khác như sắt, vitamin hoặc bơ ... dùng cho trẻ trên 1 tuổi
- + Có thìa đong sữa bột kèm theo.
- + Có hướng dẫn cách pha cụ thể về tỉ lệ, khối lượng sữa và nước cho 1 bữa ăn.
- + Chỉ pha bằng nước đun sôi để ấm không dùng nước đang sôi.
- + Cho trẻ ăn ngay sau khi ra
- Người điều dưỡng cần đọc kỹ hướng dẫn ghi trên nhãn hộp từng loại sữa để hướng dẫn chính xác cho bà mẹ cho con ăn nhân tạo/ ăn hỗn hợp.
Ví dụ: Trong hướng dẫn của hãng sữa Cimilac nêu rất cụ thể về việc chuẩn bị đồ dùng và nước để pha sữa:
- + Nước để pha sữa phải được đun sôi trong 10 phút.
- + Các dụng cụ để pha sữa phải được luộc sôi trong 5 phút.
- + Rửa tay dưới vòi nước chảy trước khi pha sữa.
- + Đổ nước sôi với khối lượng cần thiết cho 1 bữa vào cốc (bát) đã luộc và chờ cho nguội.
- + Khi nước đã nguội xuống 45 – 50°C, thì đong sữa bột bằng thìa có sẵn trong hộp sữa theo tỉ lệ: 1 thìa gạt bằng cho vào 60 ml nước.
- + Khuấy đều cho đến khi tan hết sữa thì cho trẻ ăn.
- + Cho trẻ ăn bằng thìa.
- + Không nên cho trẻ bú chai với vú cao su.

2.1.2. Các loại thức ăn thay thế sữa mẹ được pha chế từ sữa bò tươi, sữa bò bột hoặc sữa bò đặc

Từ các nguyên liệu sữa bò tươi, sữa bò đặc, sữa bò bột, chúng ta phải pha chế thành các loại thức ăn thay thế sữa mẹ là:

- Sữa loại I: dùng cho trẻ trong 3 ngày tuổi.
- Sữa loại II: dùng cho trẻ dùng trong 1 tháng tuổi.
- Sữa loại III: dùng cho trẻ từ 2 – 4 tháng tuổi.
- Sữa nguyên: dùng cho trẻ trên 4 tháng tuổi.

2.2. Cách pha các loại sữa thay thế từ sữa bò tươi, sữa đặc, sữa bột.

Sữa bò tươi: khó bảo quản, dễ nhiễm khuẩn, vì vậy ít sử dụng cho trẻ em ở xa nơi cung cấp sữa tươi.

Sữa đặc: là sữa bò tươi lấy bớt bơ, cô đặc 4 lần và cho thêm đường, đóng hộp, có thể lưu giữ được hàng năm. Khi đã mở hộp thì không nên để quá 3 ngày nếu không có tủ lạnh.

Sữa bột (sữa bột toàn phần), là sữa bò tươi được lấy đi gần hết lượng nước bằng phương pháp cho bốc hơi để từ 8kg sữa bò tươi cho ra được 1 kg sữa bột.

Do vậy, để có sữa loại I, II, III và sữa nguyên, chúng ta phải pha loãng các loại sữa bò nêu trên với nước sôi đã để nguội xuống còn 45 – 50 °C (cho trẻ dưới 2 tháng tuổi) hoặc nước cháo (đối với trẻ trên 2 tháng tuổi) theo tỷ lệ sau:

Sữa nguyên chính là sữa tươi cho 5% đường.

- Sữa loại III có lượng sữa bằng 2/3 sữa nguyên
- Sữa loại II có lượng sữa bằng 1/3 sữa nguyên.
- Sữa loại I có lượng sữa bằng 1/3 sữa nguyên.

Bảng 5.2 Tỷ lệ sữa và nước trong các loại thức ăn thay thế sữa mẹ

Nguồn gốc Loại sữa	Sữa tươi		Sữa đặc		Sữa bột		Dùng cho trẻ
	Sữa	Nước	Sữa	Nước	Sữa	Nước	
Sữa loại I	1/3	2/3	1/12	11/12	1/24	23/24	3 ngày đầu
Sữa loại II	1/2	1/2	1/8	7/11	1/16	15/16	1 tháng đầu
Sữa loại III	2/3	1/3	1/6	5/6	1/12	11/12	2 – 4 tháng tuổi
Sữa nguyên	1	0	1/4	1/3	1/8	7/8	> 4 tháng tuổi
Đường 5%	Có		Không		Có		

2.3. Cách tính số lượng thức ăn cho trẻ ăn nhân tạo

Đối với trẻ ăn nhân tạo, cũng như trẻ bú sữa mẹ, cần phải cho ăn theo nhu cầu của trẻ. Trong thực tế, trẻ ăn nhân tạo có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao hơn trẻ bú mẹ. Nguyên nhân chủ yếu là do bà mẹ cho trẻ ăn không đủ về số lượng và một nguyên nhân khác là do sữa bò khó tiêu làm cho trẻ “no” lâu hơn, vì thế số lần ăn trong ngày thường ít hơn so với nhu cầu của trẻ.

Để giúp các bà mẹ biết được số lượng sữa cần thiết cho trẻ ăn trong một ngày, các tác giả đã nêu lên cách tính số lượng sữa như sau:

- Trẻ sơ sinh trong tuần đầu

Số lượng sữa được tính theo công thức Phinkelstein:

- + Nếu trẻ đẻ ra có cân nặng dưới 3,2 kg, thì số lượng sữa V (ml) ăn trong 1 ngày được tính theo công thức:

$$V = 70n$$

Trong đó n là ngày tuổi

- + Nếu trẻ đẻ ra có cân nặng $\geq 3,2$ kg thì số lượng sữa V (ml) ăn trong 1 ngày được tính theo công thức:

$$V = 80n$$

Trong đó n là ngày tuổi

- Đối với trẻ từ tuần thứ 2 đến 6 tháng tuổi, số lượng sữa được tính theo công thức Skarin:

- + Đối với trẻ 2 tháng tuổi: số lượng sữa cho trẻ ăn trong 1 ngày là 800ml

- + Đối với trẻ từ 2 tuần đến 8 tuần tuổi:

$$V = 800 - 50(8 - n)$$

Trong đó n là ngày tuổi

Ví dụ trẻ 4 tuần tuổi, số lượng sữa cho trẻ ăn trong 1 ngày là

$$V = 800 - 50(8 - 4) = 600\text{ml}$$

Đối với trẻ trên 2 tháng tuổi đến tháng thứ 6

$$V = 800 + 50(N - 2)$$

Trong đó N là ngày tuổi

Ví dụ trẻ 5 tháng tuổi, số lượng sữa cần cho trẻ ăn 1 ngày là

$$V = 800 + 50(5 - 2) = 950\text{ml}$$

- Đối với trẻ từ 6 tháng tuổi đến 18 tháng, số lượng thức ăn (sữa bò, thức ăn bổ sung) trung bình mỗi ngày là 1000ml. Trẻ trên 18 tháng, cho uống sữa theo nhu cầu của trẻ.
- Cũng có thể tính số lượng thức ăn cho trẻ ăn nhân tạo dựa vào nhu cầu về năng lượng mỗi ngày của trẻ
- + Trẻ dưới 3 tháng cần 120 kcal/Kg/Ngày
- + Trẻ từ 4 đến 6 tháng cần 115 kcal/Kg/Ngày
- + Trẻ từ 7 đến 9 tháng cần 110 kcal/Kg/Ngày
- + Trẻ từ 10 đến 12 tháng cần 105 kcal/Kg/Ngày

Một lít sữa bò tươi cho 700 Kcal

Dựa vào các yếu tố trên (nhu cầu kcal/Kg/Ngày, cân nặng của trẻ lượng Kcal trong sữa bò tươi), sẽ tính được lượng sữa cần thiết trong 1 ngày.

2.4. Số lần ăn trong ngày đối với trẻ em nhân tạo

Nhìn chung, không nên quy định cứng nhắc về số lần ăn trong ngày cho trẻ, nhưng cũng không thể tùy tiện 1 lần pha sữa để cho trẻ ăn trong cả ngày. Do vậy, nên hướng dẫn cho bà mẹ về số lần ăn thích hợp trong ngày, để từ đó mới có thể tính được số lượng sữa cần pha trong 1 lần ăn.

Nhiều tác giả khuyên cho trẻ ăn nhân tạo với số lần trong 1 ngày gần giống với số lần của trẻ bú mẹ.

- Trẻ sơ sinh từ 7-8 lần ngày, các bữa cách nhau từ 2 giờ 30 đến 3 giờ
 - Trẻ từ 1 đến 2 tháng tuổi ăn 7 lần trên ngày, các bữa cách nhau 3 giờ
 - Trẻ từ 3 đến 4 tháng tuổi ăn 6 lần trên ngày, các bữa cách nhau 3 giờ 30
 - Trẻ từ 5 đến 12 tháng tuổi ăn 5 lần trên ngày, các bữa cách nhau 4 giờ
- Có thể cho trẻ ăn thêm vào ban đêm nếu trẻ đòi ăn.

Bài 6: KHÁM THAI - QUẢN LÝ THAI NGHÉN CHĂM SÓC THAI NGHÉN

1. Qui định của Bộ y tế (BYT)

- Một thai phụ từ khi có thai đến lúc đẻ, phải được khám tối thiểu 3 lần (nếu không có vấn đề gì bất thường).
 - + 3 tháng đầu: 1 lần.
 - + 3 tháng giữa: 1 lần.
 - + 3 tháng cuối: 1 lần.

2. Dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của thai nghén

2.1. Lâm sàng:

- *Cơ năng:*

+ Trễ kinh.

+ Có triệu chứng nghén: nôn hoặc buồn nôn, khúu giác và vị giác thay đổi.

+ Thay đổi về tâm thần kinh: dễ bị kích thích, vui, buồn lẫn lộn, buồn ngủ, mệt mỏi...

- *Thực thể:*

+ Thay đổi da và niêm mạc: xuất hiện vết xạm nâu, tàn nhang.

+ Thay đổi ở vú: quầng vú sậm màu, nổi hạt Montgomery, t/mạch vú dưới da nổi rõ.

+ Xuất hiện đường nâu giữa bụng.

+ Năm bụng có khối thai.

+ Khám âm đạo: CTC mềm, màu tím, có dấu hiệu Hegar, dấu hiệu Noble.

2.2. Cận lâm sàng:

- Quistick test dương tính.

- Định lượng hCG tăng.

- Siêu âm: phát hiện hình ảnh túi thai.

3. Nội dung 9 bước khám thai

- Hỏi
- Khám toàn thân.
- Khám sản khoa.
- Xét nghiệm cần thiết (nước tiểu, máu).
- Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván.
- Giáo dục sức khỏe.
- Cung cấp thuốc thiết yếu (phòng thiếu máu, sốt rét, bấuu cổ).
- Ghi chép sổ sách và phiếu khám.
- Kết luận và đưa ra phương hướng xử trí.

4. Khám thai 3 tháng đầu thai kỳ

4.1. Mục đích

- Xác định có thai hay không?
- Phát hiện thai nghén bất thường và thai nghén nguy cơ cao.
- Bàn bạc với thai phụ KHCS thai kỳ.
- Xử lý thích hợp và an toàn cho thai ngoài ý muốn.

4.2. Các bước thăm khám

+ Hỏi:

- Tuổi thai phụ.
- Kinh cuối cùng (KCC) → dự đoán tuổi thai + ngày dự sinh (DS)
- Tiền sử sản khoa: Diễn biến lần sanh trước → tiên lượng lần này.
- Tiền sử nội – ngoại khoa.

+ Khám toàn thân:

- *Đo HA*: nếu $\geq 140/90$ mmHg là cao HA (HA tối đa tăng > 30 mmHg, HA tối thiểu tăng > 15 mmHg)
- *Cân*: BT thai phụ tăng 10 – 12kg/thai kỳ.
- *XN nước tiểu*: tìm protein niệu, phát hiện sớm nhiễm độc thai nghén.

5. Khám thai 3 tháng giữa thai kỳ

5.1. Mục đích

- Để biết thai có phát triển bình thường?
- Tình trạng thích nghi của thai phụ?
- Bổ sung kiến thức và kỹ năng cần thiết trong CS thai nghén cho thai phụ.
- Phát hiện yếu tố nguy cơ.

5.2. Các bước thăm khám

+ Hỏi:

- Thời gian thai máy (nếu khám từ tháng thứ 4)
- Các dấu hiệu khó chịu: ra khí hư, đau vùng hông, dẫn T/M, phù chi dưới...

+ Khám toàn thân: niêm mạc mắt, răng, bứu cổ, đo HA, cân nặng.

+ Thử nước tiểu.

+ Khám sản khoa: khám vú, đo CCTC, VB, nắn bụng (4 thủ thuật Leopold) để đánh giá sự phát triển của thai và ngôi thai thuận hay chưa?

+ Tiêm phòng uốn ván (vaccine VAT)

6. Khám thai 3 tháng cuối

6.1. Mục đích:

- 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 công việc và kiến thức cần làm cho cuộc đẻ sắp tới.
- Quyết định nơi sinh an toàn cho thai phụ.

6.2. Các bước khám

- Khám toàn thân
- Thử nước tiểu.
- Khám sản khoa (đo CCTC, VB, 4 Thủ thuật Leopold)
- Nghe tim thai: bình thường tim thai đều, rõ, 140l/phút.
- Khám âm đạo: chú ý khung chậu
- Phát hiện các nguy cơ: tiền sản giật, bệnh tim, K/C hẹp, vết mổ cũ.... → TD, hướng dẫn nơi sanh thích hợp.

6.3. Thủ thuật Leopold : Để biết vị trí các phần của thai nhi, việc sờ nắn có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán ngôi thể. Áp dụng bốn thủ thuật của Léopold, người

khám đứng bên phải sản phụ, nắn lần lượt từ thủ thuật 1, 2, 3; đến thủ thuật 4 thì xoay nhìn về phía chân của sản phụ.

- Thủ thuật thứ nhất: nắn cứng trên (đáy tử cung) để biết ở đáy tử cung là đầu hay là mông của thai nhi. Nếu sờ được một khối có chỗ rắn chỗ mềm, không tròn, ít di động đó là mông. Nếu sờ được một khối rắn chắc, tròn đều, dễ di động có dạng đá cục đó là đầu của thai nhi.

- Thủ thuật thứ hai: nắn nhẹ nhàng nhưng sâu hai bên bụng, để xác định bên nào là lưng, bên nào là chi của thai nhi. Nếu sờ được một diện phẳng, rắn, đều đó là lưng; đối diện với lưng nắn thấy lồi nhô những khối to nhỏ khác nhau di động dễ, có khi nắn mạnh thấy phần thai nhi mất đi rồi hiện lại đó là tay chân của thai nhi.

- Thủ thuật thứ ba: Nắn cứng dưới để biết có đầu hay mông, dựa vào các tính chất như nắn cứng trên của tử cung. Nếu không sờ thấy gì, hạ vị rỗng đó là ngôi ngang.

- Thủ thuật thứ bốn: Người khám xoay mặt về phía chân của sản phụ:

+ Dùng một bàn tay ấn sâu xuống bờ trên xương vệ, khi ngôi còn cao thì bàn tay người khám ấn xuống dễ.

+ Dùng hai bàn tay ấn dọc 2 bên cực dưới của tử cung. Khi đầu chưa lọt 2 bàn tay có hướng hội tụ vào nhau, khi đầu đã lọt 2 bàn tay hướng ra ngoài không chạm vào nhau được.

7. Cách tính tuổi thai và dự đoán ngày sinh

7.1. Tính tuổi thai

+ Tính tuổi thai theo ngày kinh cuối.

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 ngày kinh cuối để bắt đầu tính tuổi thai, mặc dầu ngày đó khó có thể thụ tinh được. Tuổi thai trước đây được tính theo tháng. Hiện nay được tính theo tuần hoặc theo ngày.

Ví dụ: ngày đầu của kỳ kinh cuối là 20/2/2003. đến ngày 25/4 được đăng ký thai nghén. Tuổi thai của người phụ nữ này 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.

Để thuận tiện 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 có thể dựa vào ngày đầu tiên có cảm giác thai máy, khi đó với thai lần đầu: tuổi thai 20-22 tuần; nếu thai con rạ; tuổi thai sẽ là 18-20 tuần.

+ Tính tuổi thai dựa vào chiều cao tử cung (CCTC).

- Tuổi thai (tháng) = CCTC (cm) /4 + 1

- VD: CCTC = 20cm → Tuổi thai = 20/4+ 1 = 6 tháng

+ Tính tuổi thai theo ngày thai máy nhưng thường không chính xác.

+ Tính tuổi thai theo siêu âm: dựa vào các số đo của đầu và chân thai nhi.

7.2. 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:

Ngày dự kiến sinh: ngày đầu kỳ kinh cuối + 7

Tháng dự kiến sinh: tháng có kỳ kinh cuối + 9 (hoặc -3)

(+9 khi tháng còn kinh nhỏ hơn 4 và -3 khi tháng có kinh cuối cùng từ tháng 4 trở đi).

Tuổi thai tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối đến ngày dự tính sinh là tròn 40 tuần.

Ví dụ 1: Chị An đang có thai, ngày đầu của kỳ kinh cuối là 21/2/2003. Dự kiến ngày sinh của chị là:

Ngày dự sinh: $21+7=28$

Tháng dự sinh: $2+9=11$

Kết quả: Dự kiến sinh của chị An là 28/11/2003.

Ví dụ 2: Chị Lâm có thai, ngày đầu của kỳ kinh cuối là 28/8/2003. Dự kiến ngày sinh của chị là:

Ngày dự sinh: $28+7=35$

Tháng dự sinh: $8-3=5$

Kết quả: dự kiến ngày sinh của chị Lâm là 35/5/2004 hay 5/6/2004.

Trường hợp thai phụ nhớ ngày kinh theo âm lịch: vì các tháng âm lịch đủ chỉ có 30 ngày và tháng thiếu đều là 29 ngày, khác với dương lịch (tháng đủ 31, tháng thiếu 30; riêng tháng 2 hằng năm lại chỉ có 28 hoặc 29 ngày); nên công thức tính ngày dự sinh 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 âm lịch 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 dự kiến.

8. QUẢN LÝ THAI NGHÉN

8.1. Thế nào là quản lý thai nghén

Quản lý thai nghén là nắm được tất cả các phụ nữ có thai trong địa phương do người cán bộ y tế quản lý, ghi vào sổ, lập phiếu theo dõi để tiến hành khám thai định kỳ cho từng người nhằm đảm bảo một cuộc thai nghén bình thường và sinh đẻ an toàn cho cả mẹ và con.

8.2. Các công cụ quản lý thai nghén

- Sổ khám thai.
- Phiếu khám thai.
- Hộp phiếu hẹn.
- Bảng theo dõi quản lý thai sản.

Cần đăng ký thai sớm ngay từ quý đầu của thai nghén.

Tất cả các cơ sở y tế đều phải có sổ khám thai, phiếu khám thai có đầy đủ các mục theo quy định của bộ y tế.

Những cơ sở y tế cần có hộp phiếu hẹn để quản lý thai nghén tốt, phát hiện những trường hợp không đi khám thai, vận động phụ nữ có thai đến khám đầy đủ. Bảng theo dõi quản lý thai sản được treo tại trạm y tế cơ sở. Phát hiện những trường hợp thai nghén nguy cơ cao, thai nghén bất thường để chuyển tuyến kịp thời.

9. Kế hoạch chăm sóc.

9.1. Nhận định:

- Xác định thai nghén, tổng trạng, dấu hiệu sinh tồn.
- Dinh dưỡng.
- Bệnh về răng, miệng.
- Tình hình lao động, nghỉ ngơi, vệ sinh.
- Sự phát triển của thai nhi.

9.2. Chẩn đoán điều dưỡng.

- Nguy cơ mắc bệnh răng, miệng, bệnh về vú do không biết cách chăm sóc.

- Nguy cơ sảy thai, đẻ non do chế độ lao động, nghỉ ngơi không hợp lý.
- Nguy cơ thai kém phát triển do không được chăm sóc và thăm khám đầy đủ.

9.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Thực hiện chăm sóc vệ sinh chung.
- Thực hiện chăm sóc răng miệng.
- Thực hiện chăm sóc vú.
- Thực hiện chăm sóc đường sinh dục dưới.
- Thực hiện chăm sóc về lao động, nghỉ ngơi, đi lại.
- Chăm sóc dinh dưỡng, sử dụng thuốc trong thời gian mang thai.

9.4. Đánh giá kết quả chăm sóc.

- Kết quả tốt: thai nhi phát triển bình thường, thai phụ không mắc các bệnh về răng miệng, vú, viêm đường SD...
- Kết quả không tốt: có dấu hiệu dọa sảy thai, thai kém phát triển, thai phụ mắc các bệnh về răng miệng, vú, đường sinh dục.

Bài 7: CHẢY MÁU SAU ĐẼ

Chảy máu âm đạo quá 500 ml sau đẻ được gọi là chảy máu sau đẻ. Chảy máu sau đẻ là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu.

1. Bệnh cảnh thường gặp.

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong rau, sổ rau.
- Rối loạn đông máu.

2. Xử trí chung.

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Khẩn trương đánh giá thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có sốc hoặc bắt đầu có sốc phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí sốc.
- Đánh giá tình trạng mất máu bằng túi đo lượng máu mất.
- Thông tiểu.
- Xoa bóp tử cung và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác để cầm máu.
- Tiêm bắp 10 đv oxytocin.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Xin hỗ trợ của tuyến trên hoặc chuyển tuyến nếu thể trạng cho phép.

3. Triệu chứng và xử trí.

Đờ tử cung.

Triệu chứng.

- Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.
- Có thể dẫn đến sốc nếu không xử trí kịp thời.

3.1.2. Xử trí

Tuyến xã

- Dùng các biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung, chẹn động mạch chủ bụng, chẹn tử cung qua thành bụng, ép ngoài tử cung bằng hai tay hoặc ép trong và ngoài tử cung.
- Thông tiểu.
- Kiểm soát tử cung lấy hết rau sót và máu cục rồi tiêm bắp oxytocin 5-10 đv, có thể tiêm nhắc lại 2 lần. Nếu tử cung không co, tiêm ergometrin 0,2 mg x 1 ống vào bắp hoặc misoprostol 200 mcg x 1-4 viên ngâm dưới lưỡi.
- Truyền dịch chống sốc.
- Cho kháng sinh toàn thân.
- Nếu không cầm được máu thì tư vấn và nhanh chóng chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm để theo dõi và hồi sức đồng thời xoa bóp tử cung liên tục.

Tuyến huyết và tuyến tĩnh

- Xử trí như tuyến xã. Trong trường hợp nguy cơ chảy máu sau đẻ hoặc đã có chảy máu sau đẻ, sử dụng carbetocin 100mcg, 1 ống tiêm bắp hoặc prostodin. Phải xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài dẫn tới rối loạn đông máu.
- Nếu xử trí như trên nhưng không có kết quả thì phải phẫu thuật cắt tử cung bán phần (nếu đã đủ con) hoặc nếu có điều kiện và kinh nghiệm thì sử dụng mũi khâu B-Lynch hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch tử cung trước khi cắt tử cung.
- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.
- Cho kháng sinh toàn thân.

Chấn thương đường sinh dục (rách âm hộ, âm đạo, rách tầng sinh môn, rách cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục).

Triệu chứng.

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu vẫn chảy ra ngoài âm hộ, máu đỏ tươi chảy rỉ rả hay thành dòng liên tục.
- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

Xử trí tuyến xã.

- Xử trí theo nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức.
- Khâu lại tầng sinh môn nếu rách độ 1, 2.
- Nếu rách tầng sinh môn độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vẫn tiếp tục chảy máu, hoặc máu tụ phải chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống xử trí. Khi chuyển tuyến phải cầm máu tạm thời bằng cặp mạch nơi chảy máu hoặc chèn chặt trong âm đạo.
- Cho kháng sinh.

Tuyến huyết và tuyến tĩnh.

- Cầm máu, hồi sức chống sốc.
- Khâu phục hồi các vết rách bằng chỉ tự tiêu mũi rời (ở cổ tử cung, túi cùng, âm hộ, âm đạo) và khâu nhiều lớp ở vị trí rách tầng sinh môn.
- Với vỡ tử cung: xem bài “*Chảy máu trong nửa cuối thời kỳ thai nghén và trong khi chuyển dạ*”.
- Tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp.

Bất thường về bong rau và sổ rau.

Sốt rau, sốt màng

Triệu chứng:

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ rau.
- Tử cung có thể co hồi kém.
- Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
- Có thể phát hiện sớm sốt rau bằng cách kiểm tra rau và màng rau.
- Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu sốc.

Xử trí tuyến xã.

- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- Cho thuốc giảm đau (morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung.

Tiêm bắp 5-10 đv oxytocin hoặc/và ergometrin 0,2

- Dùng kháng sinh toàn thân.
 - Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
 - Nếu có sốc phải hồi sức, tư vấn rời chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển tuyến phải có nhân viên y tế đi kèm.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
- Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu còn ra máu cho thêm thuốc oxytocin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch (hoặc tiêm bắp 1 ống carbetocin 100mcg hoặc prostodin)
- Kiểm soát tử cung lại nếu cần.

3.3.2. Rau không bong

Triệu chứng:

- Rau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
- Rau bám chặt và không chảy máu.
- Rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút rau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện rau bong rộng hay hẹp.
- Rau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

Chú ý: Thường được phát hiện trong quá trình bóc rau nhân tạo.

Xử trí tuyến xã:

- Nếu chảy máu, tiến hành bóc rau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp oxytocin 10 đv, xoa bóp tử cung, hồi sức chống sốc, cho kháng sinh. Nếu không bóc được hoặc vẫn chảy máu thì phải chuyển tuyến trên ngay hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.
- Nếu rau không bong thì không được bóc rau, chuyển lên tuyến trên ngay.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung. Tiêm thuốc co bóp tử cung.
- Rau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc rau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
- Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống sốc, truyền máu và phẫu thuật.
- Cho kháng sinh.

3.4. Rối loạn đông máu.

Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản rải rác). Đông máu nội quản rải rác có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung và rau bong non thể ẩn. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

Tuyến xã.

- Tư vấn và chuyển bệnh viện huyện.

Bệnh viện huyện trở lên.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính và điều trị nguyên nhân.
- Nếu tình trạng nặng bệnh viện huyện chuyển bệnh viện tỉnh hoặc mời bệnh viện tỉnh đến hỗ trợ.

4. Dự phòng.

- Đảm bảo công tác quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ

cao để chuyển lên để ở tuyến trên.

- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau đẻ, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

Bài 8: TIỀN SẢN GIẬT - SẢN GIẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

Cao huyết áp là một triệu chứng có thể có sẵn trước khi mang thai, hoặc xuất hiện lúc mang thai, hay nặng lên do thai nghén. Như vậy, cao huyết áp khi có thai có thể có nguyên nhân độc lập với tình trạng mang thai hoặc nguyên nhân do thai và là dấu hiệu báo động, biểu hiện của một thai kỳ nguy cơ cao, có thể gây tử vong cho mẹ và thai nhi.

Trong sản khoa, cao huyết áp đi kèm với protein niệu và phù tạo nên một bệnh cảnh đặc biệt mà trước đây người ta đây người ta thường gọi là nhiễm độc thai nghén, nay được gọi là tiền sản giật - sản giật.

Phân loại các rối loạn cao huyết áp do thai :

- Cao huyết áp do thai:

- + Tiền sản giật: Tiền sản giật nhẹ, tiền sản giật nặng
- + Sản giật

- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai, không nặng lên trong khi có thai

- Cao huyết áp mạn tính trước khi có thai nặng lên trong khi có thai

+ Cao huyết áp nặng lên thành tiền sản giật

+ Cao huyết áp nặng lên thành sản giật

- Cao huyết áp thoáng qua: xuất hiện trong khi mang thai hoặc chuyển dạ trong 3-4 giờ rồi trở lại bình thường.

2. TIỀN SẢN GIẬT

2.1. Định nghĩa

Tiền sản giật là bệnh lý do thai nghén hoặc ảnh hưởng của một thai nghén rất gần gây nên với sự xuất hiện cao huyết áp với protein niệu, có hoặc không kèm theo phù. Tiền sản giật - sản giật thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 của thai kỳ và chấm dứt sau 6 tuần sau đẻ. Tuy nhiên, với sự hiện diện của bệnh lá nuôi, tiền sản giật nặng có thể xuất hiện trước thời điểm đó.

2.2. Tỷ lệ

Tiền sản giật xảy ra khoảng 5-10 % và sản giật chiếm khoảng 0,2- 0,5% trong tổng số thai nghén.

2.3. Bệnh nguyên và các yếu tố ảnh hưởng

2.3.1. Bệnh nguyên

Cho đến nay người ta vẫn chưa hiểu rõ nguyên nhân sinh bệnh của tiền sản giật. Một số yếu tố sau đây có thể góp phần trong sự xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

- Hiện tượng miễn dịch
- Di truyền.
- Các yếu tố dinh dưỡng.
- Phản ứng, stress.
- Phản xạ do căng tử cung trong đa thai, thai to.
- Thiếu máu cục bộ tử cung - nhau.
- Mất cân bằng giữa Prostacyclin và Thromboxan:
 - + Tăng sản xuất thromboxan A2 (chất gây co mạch và dễ hình thành cục máu đông.)

+ Giảm sản xuất prostacyclin (chất gây giãn mạch).

Điều này làm giảm tỷ lệ prostacyclin/thromboxan A2, gây co mạch và dẫn đến tăng huyết áp.

2.3.2. Các yếu tố nguy cơ

- Con so
- Thai phụ lớn tuổi (trên 35 tuổi).
- Đa thai, đa ối.
- Thai trứng, biểu hiện tiền sản giật thường xảy ra sớm.
- Thai nghén kèm đái tháo đường, bệnh thận mãn tính, cao huyết áp mãn tính.
- Tiền sử có tiền sản giật - sản giật.

2.4. Triệu chứng

2.4.1. Cao huyết áp

Cao huyết áp là triệu chứng cơ bản để chẩn đoán xác định tiền sản giật. Cao huyết áp được xác định khi tuổi thai từ 20 tuần trở lên với các giá trị sau :

- Huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg hoặc
- Huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg.

Những trường hợp có huyết áp tối đa tăng hơn 30mmHg hoặc huyết áp tối thiểu tăng hơn 15mmHg so với trị số huyết áp khi chưa có thai cần được quan tâm đặc biệt, vì có thể xuất hiện tiền sản giật - sản giật.

Lưu ý: Phải đo huyết áp 2 lần cách nhau 4 giờ, sau khi nghỉ.

2.4.2. Phù: Đặc điểm của phù:

- + Phù toàn thân, không giảm khi nghỉ ngơi.
- + Phù trắng, mềm, có dấu ấn lõm.
- + Tăng cân nhanh, quá 0,5kg/tuần.

Có thể phù nhiều, phù toàn thân, các chi to lên, ngón tay tròn trĩnh, mặt nặng, mí mắt húp lại, âm hộ sưng to. Bụng căng lên, nổi hẳn dây thắt lưng hay sau khi nghe tim thai còn hẳn dấu vết của ống nghe. Có khi phù cả phủ tạng, phù phúc mạc nên có nước trong ổ bụng, màng phổi, não. Vồng mạc có thể bị phù nên bệnh nhân bị nhức đầu, mờ mắt. Trong một số trường hợp, phù có thể nhẹ, kín đáo, chỉ khi ấn lên mắt cá chân mới phát hiện được hoặc buổi sáng hơi nặng mặt.

2.4.3. Protein niệu: Protein niệu thường là dấu hiệu sau cùng của bộ ba triệu chứng. Mức độ protein niệu có thể thay đổi nhiều trong 24 giờ, do đó xét để nghiệm protein niệu chính xác nước tiểu phải được lấy mẫu trong 24 giờ.

Protein niệu dương tính khi lượng protein lớn hơn 0,3g/l/24 giờ hoặc trên 0,5g/l/mẫu nước tiểu ngẫu nhiên.

Mức độ protein niệu trong 24 giờ

Vết	# 0,1 g/l
+	# 0,3 g/l
++	# 1,0 g/l
+++	# 3 g/l

2.4.4. Các xét nghiệm : Bệnh nhân tiền sản giật cần được làm các xét nghiệm sau

- Công thức máu, hematocrit, hemoglobin, tiểu cầu
- Chức năng thận: Ure, creatinin, axit uric, protein niệu. Ngoài ra tùy thuộc vào mức độ tổn thương thận trong nước tiểu có thể có hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu

- Chức năng gan: SGOT, SGPT.
- Điện giải đồ và dự trữ kiềm
- Chức năng đông chảy máu toàn bộ.
- CRP, Protid máu.
- Soi đáy mắt
- Đánh giá tình trạng thai qua siêu âm và monitoring.

3.5. Chẩn đoán tiền sản giật : Dựa vào ba triệu chứng chính : cao huyết áp, phù và protein niệu.

3.5.1. Tiền sản giật nhẹ

- Huyết áp tâm thu 140 - <160 mmHg
- Huyết áp tâm trương 90 - <110 mmHg
- Protein niệu từ (+) đến (++)

3.5.2. Tiền sản giật nặng: khi có ít nhất một trong những dấu hiệu sau:

- Huyết áp tối đa ≥ 160 mmHg và/hoặc tối thiểu ≥ 110 mmHg,
- Protein niệu ≥ 3 g/l.(+++)
- Rối loạn thị giác và tri giác.
- Đau đầu nhưng không đáp ứng với các thuốc giảm đau thông thường.
- Đau vùng thượng vị hoặc phần tư trên của hạ sườn phải.
- Phù phổi hoặc xanh tím.
- Thiểu niệu: lượng nước tiểu <400ml/24 giờ.
- Giảm tiểu cầu: số lượng tiểu cầu <150.000/mm³.
- Tăng men gan.
- Thai chậm phát triển

3.6. Chẩn đoán phân biệt

- Cao huyết áp mãn tính: tiền sử đã có cao huyết áp, hoặc cao huyết áp xuất hiện trước tuần thứ 20 của thai kỳ.
- Các bệnh lý về thận: viêm thận cấp, viêm thận mãn, viêm mù bở thận, hội chứng thận hư.
- Phù do tim, phù do suy dinh dưỡng.

3.7. Biến chứng của tiền sản giật

3.7.1.. Biến chứng cho mẹ

- Hệ thần kinh trung ương: phù não, xuất huyết não- màng não.
- Mắt: Phù võng mạc, mù mắt,
- Thận: Suy thận cấp.
- Gan: Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan.
- Tim, phổi: suy tim cấp, phù phổi cấp (gặp trong tiền sản giật nặng hoặc sản giật).
- Huyết học: Rối loạn đông - chảy máu, giảm tiểu cầu, đông máu rải rác trong lòng mạch.

3.7.2. Biến chứng cho thai

- Thai chậm phát triển trong tử cung (56%).
- Đẻ non (40%), do tiền sản giật nặng hoặc sản giật phải cho đẻ sớm.
- Tử vong chu sinh (10%): Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao nếu đẻ non hoặc biến chứng nhau bong non.

Tiền sản giật nặng, sản giật có thể tiến triển thành hội chứng HELLP (Hemolysis-Elevated Liver enzyme- Low plateletes: tan huyết, tăng các men gan và giảm tiểu cầu). Hội chứng này có thể đe dọa tính mạng cho mẹ và con.

3.8. Xử trí

3.8.1. Dự phòng: Vì nguyên nhân chưa rõ nên dự phòng bệnh lý này không có biện pháp đặc hiệu, cần làm tốt những việc sau:

- Đăng ký quản lý thai nghén là khâu cơ bản nhất trong dự phòng tiền sản giật - sản giật. Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, bổ sung Canxi. Chế độ ăn ít muối (muối ăn) không ngăn ngừa được tiền sản giật
- Thai phụ cần được giữ ấm.
- Phát hiện sớm, điều trị kịp thời những sản phụ có nguy cơ cao để ngăn ngừa xảy ra sản giật.
- Chăm sóc liên tục trong thời kỳ hậu sản.

3.8.2. Điều trị

Nguyên tắc điều trị: Bảo vệ mẹ là chính, cố gắng quan tâm đến con.

- Tiền sản giật nhẹ: Có thể điều trị và theo dõi ở tuyến y tế cơ sở
 - + Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái.
- + Có thể cho uống thuốc an thần Seduxen (Diazepam) 5mg.
 - + Theo dõi hằng tuần, nếu nặng lên phải nhập viện và điều trị tích cực.
 - + Nếu thai đã đủ tháng nên chấm dứt thai kỳ ở tuyến chuyên khoa.
- Tiền sản giật nặng

Phải nhập viện và theo dõi tại tuyến tỉnh và được điều trị tích cực. Theo dõi huyết áp 4 lần/ngày, cân nặng và protein niệu hàng ngày, xét nghiệm đếm tiểu cầu, Hct, đánh giá các chức năng gan, thận, rối loạn đông chảy máu, hội chứng HELLP, siêu âm và theo dõi tim thai liên tục.

Chế độ điều trị cụ thể như sau:

+ Điều trị nội khoa

- Nghỉ ngơi và nằm nghiêng trái
- Thuốc an thần: Diazepam tiêm hoặc uống.
- Sử dụng Magnesium Sulfate

Liều tấn công

- Dung dịch Magnesium Sulfate 4 gam, pha loãng trong 20ml dung dịch Glucoza 5% tiêm tĩnh mạch chậm trên 5 phút.
- Ngay sau đó dùng 10g Magnesium sulfate 50% (10ml) tiêm bắp sâu, mỗi bên 5g hoà với 1ml Lidocain 2%.

Liều duy trì

- Truyền tĩnh mạch Magnesium sulfate 15%, liều lượng 1g trong một giờ hoặc tiêm bắp 4g mỗi 5 giờ.

Trong khi dùng cần bảo đảm:

- Có phản xạ xương bánh chè.
- Tần số thở ít nhất là 16 lần/ phút.
- Lượng nước tiểu tối thiểu trên 30ml/ giờ hoặc 100ml/4 giờ
- Có sẵn thuốc đối kháng là Gluconat calci hoặc Clorua calci.

* Lưu ý:- Không được dùng quá 24g/24giờ

- Theo dõi nồng độ ion Magnesium mỗi 4-6 giờ /lần, để điều chỉnh liều dùng.
- **Thuốc hạ huyết áp:** sử dụng thuốc hạ huyết áp khi có huyết áp cao (160/110mmHg):

- *Hydralazin hoặc Dihydralazin* là thuốc được lựa chọn đầu tiên.

Liều dùng: Dihydralazin 5 - 10 mg tiêm tĩnh mạch chậm, có thể lập lại liều 5mg, sau 10-20 phút nếu cần. Tổng liều là 100mg/24giờ, có thể chuyển tĩnh mạch chậm 10mg trong 100ml Dextrose 5%.

Một số thuốc hạ huyết áp có thể dùng thay thế như:

- * *Labetalol*: thuốc hạ huyết áp chọn α và β , liều 10-20mg tiêm tĩnh mạch chậm.

- * *Nifedipin* (thuốc ức chế kênh calci): Biệt dược là Adalat 10mg, ngậm dưới lưỡi hoặc giọt 3 giọt dưới lưỡi. Thuốc có tác dụng tốt trong trường hợp cao huyết áp đột ngột.

Thuốc lợi tiểu: chỉ sử dụng khi có đe dọa phù phổi cấp và thiếu niệu.

+ Điều trị sản khoa và ngoại khoa:

Nếu tiền sản giật nặng không đáp ứng với điều trị hoặc xảy ra sản giật thì chấm dứt thai kỳ với mọi tuổi thai.

Nên sinh thủ thuật nếu đủ điều kiện, hoặc mổ lấy thai khi có chỉ định sản khoa

4. SẢN GIẬT

4.1. Định nghĩa

Sản giật được xác định là khi xuất hiện những cơn co giật hoặc hôn mê, xảy ra trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng. Đây là một biến chứng cấp tính của tiền sản giật nặng nếu không được theo dõi và điều trị đúng mức.

Sản giật có thể xảy ra ở các thời điểm khác nhau: trước đẻ (50%), trong đẻ (25%) và sau đẻ (25%).

4.2. Triệu chứng và chẩn đoán

4.2.1. *Lâm sàng*: Cơn giật điển hình thường trải qua 4 giai đoạn.

- *Giai đoạn xâm nhiễm*: kéo dài từ 30 giây đến 1 phút, với những cơn kích thích ở vùng mặt, miệng, mí mắt nhấp nháy, nét mặt nhăn nhúm, sau đó cơn giật lan xuống hai tay.

- *Giai đoạn giật cứng*: xảy ra khoảng 30 giây, biểu hiện bằng những cơn giật cứng lan toả khắp người. Toàn thân co cứng, các cơ thanh quản và hô hấp bị co thắt làm cho bệnh nhân ngạt thở vì thiếu oxy.

- *Giai đoạn giật gián cách*: Sau cơn giật, các cơ toàn thân giãn ra trong chốc lát rồi tiếp tục những cơn co giật toàn thân, lưỡi thè ra thụt vào nên rất dễ cắn phải lưỡi, mặt tím do ngưng thở, Sô nhau tích cực (thực hiện ngay sau sô thai) miệng sùi bọt mép. Giai đoạn giật gián cách kéo dài khoảng 1 phút.

- *Giai đoạn hôn mê*: Các cử động co giật nhẹ và thưa dần rồi chấm dứt. Bệnh nhân đi vào tình trạng hôn mê. Bệnh nhân có thể hôn mê nhẹ hoặc hôn mê sâu tùy thuộc mức độ nặng hay nhẹ của bệnh. Nếu nhẹ thì sau 5-7 phút bệnh nhân sẽ tỉnh lại, nếu nặng thì bệnh nhân hôn mê sâu. Hôn mê có thể kéo dài từ vài giờ đến vài ngày. Bệnh nhân mất tri giác, đồng tử giãn rộng, rối loạn cơ vòng nên đại tiểu tiện không tự chủ. Trường hợp nặng bệnh nhân có thể tử vong.

4.2.2. *Chẩn đoán*

- *Chẩn đoán xác định*: dựa vào triệu chứng lâm sàng của cơn giật điển hình trên một bệnh nhân có hội chứng tiền sản giật nặng.

- *Chẩn đoán phân biệt*

- + Động kinh: có tiền sử động kinh trước khi có thai.
- + Con Tetanie: có thể có hay không có tiền sử. Các ngón tay duỗi thẳng và co dóm lại như bàn tay người đờ để.
- + Con Hysteria: sự biểu hiện các cơn giật không giống nhau, tuy không tỉnh nhưng người xung quanh nói vẫn biết; Mất tri giác nhưng không mất phản xạ.
- + Các bệnh chuyển hoá: hạ calci máu, hạ glucoza máu, hôn mê do urê máu cao, hôn mê gan, hôn mê do đái tháo đường. . .

4.3. Biến chứng

4.3.1. Về phía mẹ

- Cản phải lưỡi khi lên cơn giật
- Ngạt thở, suy hô hấp
- Suy tim cấp, phù phổi cấp
- Xuất huyết não - màng não
- Chảy máu dưới bao gan, vỡ gan
- Suy gan cấp, suy thận cấp
- Mù mắt, thông manh, ngớ ngẩn
- Có thể để lại di chứng cao huyết áp mãn, suy gan, suy thận mãn.
- Tử vong

4.3.2. Về phía con

- Thai kém phát triển trong tử cung.
- đẻ non.
- Thai chết trong tử cung.

4.4. Điều trị sản giật

4.4.1. Chế độ chăm sóc

- Giữ bệnh nhân tại nơi yên tĩnh, tránh mọi kích thích, không cho ăn.
- Ngáng miệng bằng thanh ngáng có quần vải để đề phòng cản phải lưỡi. Đây là một việc làm bắt buộc vì khi bệnh nhân lên cơn giật rất dễ cắn lưỡi.
- Nằm giường có thanh chắn, cố định bệnh nhân .
- Hút đờm dãi đề phòng tắc đường hô hấp.
- Thở oxy qua mặt nạ hoặc ống thông mũi.
- Theo dõi cơn giật, huyết áp, lượng nước tiểu, mạch, nhiệt độ. Tất cả được ghi vào bảng theo dõi để phục vụ điều trị.

4.4.2. Xử trí tại tuyến y tế cơ sở:

- Nguyên tắc: bệnh nhân phải được sơ cứu trước khi chuyển tuyến, phải có nhân viên y tế hộ tống khi chuyển lên tuyến trên.
- Cần thực hiện đầy đủ chế độ chăm sóc: Hút đờm dãi, ngáng miệng, tiêm thuốc an thần, lập một đường truyền tĩnh mạch trước và trong khi chuyển tuyến.

4.4.3. Điều trị nội khoa

*** Thuốc chống co giật và đề phòng cơn giật:**

- Magnesium sulfat là thuốc được chọn lựa để phòng và chống co giật.
- Liều lượng, cách dùng Magnesium Sulfate giống như điều trị tiền sản giật nặng.
- Nếu cơn giật tái diễn sau 15 phút, dùng thêm 2g Magnesium sulfate 20% tiêm chậm vào tĩnh mạch (thận trọng khi tiêm Magnesium sulfate vào tĩnh mạch vì thuốc có thể gây ngưng thở đột ngột do ức chế hô hấp).

* Sử dụng Diazepam (Seduxen) trong tiền sản giật nặng và sản giật

- Liều tấn công :

Diazepam 10mg tiêm tĩnh mạch chậm trên 2 phút.

Nếu cơn giật tái diễn: lập lại liều tấn công.

- Liều duy trì:

+ Diazepam 40mg, pha trong 500ml dung dịch chuyển tĩnh mạch (Glucoza 5% hoặc Ringers lactat) đủ để giữ cho bệnh nhân ngủ nhưng có thể đánh thức.

+ Bệnh nhân có thể bị ức chế hô hấp khi dùng quá 30mg/ 1 giờ.

Không dùng quá 100mg Diazepam trong 24 giờ. Hô hấp hỗ trợ khi có suy hô hấp (mặt nạ oxy, bóp bóng ambu, đặt nội khí quản)

* Thuốc hạ huyết áp:

Nếu như huyết áp tâm trương trên 110mmHg sẽ có nguy cơ xuất huyết não, để đề phòng tai biến này phải điều chỉnh để huyết áp tâm trương ở giữa khoảng 90-100mmHg

Hydralazin hoặc Dihydralazine là thuốc được lựa chọn.

Liều dùng: Dihydralazine 5-10mg tiêm tĩnh mạch chậm, nếu cần có thể lập lại liều 5mg cứ 10-20 phút cho đến khi huyết áp giảm, hoặc liều Dihydralazine 12,5mg tiêm bắp cách 2 giờ. Tổng liều Dihydralazine là 100mg trong 24giờ.

Nifedipine viên nang 10mg ngâm dưới lưỡi.

Lưu ý: Nifedipine có khả năng tương tác với Magnesium sulfate dẫn đến hạ huyết áp mạnh.

- Lợi tiểu và vấn đề truyền dịch:

Thuốc lợi tiểu chỉ dùng khi có thiếu niệu, đe dọa phù phổi, phù não. Lượng dịch cần bù phụ thuộc vào sự bài tiết nước tiểu. Trong trường hợp bệnh nặng cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP). *Lượng dịch chuyển vào bằng lượng nước tiểu trong ngày cộng với 700ml dịch.*

- Sử dụng kháng sinh để dự phòng bội nhiễm.

4.4.4. Điều trị sản khoa và ngoại khoa

Nếu thai nhi còn sống sau cơn giật thì cuộc đẻ cần phải được tiến hành ngay khi bệnh nhân ổn định.

Khởi phát chuyển dạ, nếu tiến triển thuận lợi thì phá ối. Không nên đẻ sản phụ phải dùng sức rặn, cần hỗ trợ thủ thuật khi đẻ (forceps). Có thể mổ lấy thai khi có chỉ định.

**Lưu ý:*

- Không được dùng Ergometrin sau đẻ cho bệnh nhân tiền sản giật- sản giật vì tăng nguy cơ co giật và tai biến mạch máu não.

- Trong trường hợp tiền sản giật nặng cần chấm dứt thai kỳ trong vòng 24 giờ kể từ khi bắt đầu có triệu chứng. Nếu sản giật cần khởi phát chuyển dạ trong vòng 12 giờ từ khi bắt đầu có cơn giật.

4.4.5.Theo dõi và điều trị trong thời gian hậu sản

- Tiếp tục theo dõi, điều trị chống co giật trong 24 giờ sau đẻ hoặc cơn giật cuối cùng.

- Tiếp tục điều trị cao huyết áp nếu có.

- Tiếp tục theo dõi lượng nước tiểu.

- Tư vấn các biện pháp tránh thai.

5. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

- Tổng trạng, Dấu hiệu sinh tồn.
- Da niêm, thần kinh, tri giác, phản xạ?
- Mức độ phù
- Đau vùng thượng vị
- Số lượng nước tiểu, màu sắc
- Tình trạng sản khoa.
- Các kết quả cận lâm sàng

5.2. Chẩn đoán điều dưỡng:

- Nguy cơ sản giật có thể xảy ra cho thai phụ vì cao huyết áp
- Nguy cơ thai chậm phát triển, suy thai, thai chết.
- Nguy cơ sinh non do tình trạng huyết áp của mẹ không ổn định
- Nguy cơ băng huyết sau sanh do rối loạn yếu tố đông máu
- Thiếu hụt kiến thức về bệnh

5.3. Lập và thực hiện Kế hoạch chăm sóc:

- + Thực hiện thuốc theo y lệnh: thuốc hạ áp, thuốc chống co giật, thuốc an thần,....
- + Theo dõi phát hiện các dấu hiệu phản ứng thuốc hoặc ngộ độc thuốc.
- + Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng theo y lệnh và báo cáo kết quả
- + Hướng dẫn thai phụ cách tự phát hiện các dấu hiệu trở nặng như nhức đầu, ù tai, hoa mắt, đau vùng thượng vị rồi báo ngay cho nhân viên y tế
- + Chuẩn bị phương tiện cấp cứu nếu có sản giật xảy ra
- + Nghe tim thai
- + Hướng dẫn thai phụ theo dõi thai máy và đếm cử động thai mỗi ngày
- + Cho thai phụ siêu âm để xác định trình trạng thai nhi, lượng nước ối.... theo y lệnh
- + Theo dõi các dấu hiệu chuyển dạ: cơn gò tử cung, dịch âm đạo, sự xóa mờ cổ tử cung, nước ối, ngôi thế,....
- + Chuyển phòng sanh khi có chuyển dạ thật sự
- + Chuẩn bị mổ lấy thai nếu có chỉ định như thai suy
- + Chuẩn bị đầy đủ thuốc co hồi tử cung, dịch truyền.
- + Sử dụng thuốc cho bà mẹ ngay sau khi thai sổ theo y lệnh
- + Đánh giá tình trạng tử cung và lượng máu chảy sau sanh.
- + Cung cấp thông tin về bệnh lý cao huyết áp do thai, tiền sản giật – sản giật cho thai phụ biết

5.4. Đánh giá:

Bệnh diễn biến tốt khi:

- + Huyết áp bệnh nhân giảm và trở lại bình thường
- + Lượng nước tiểu trong 24 giờ tăng dần, trong hơn
- + Protein giảm dần hoặc trở về bình thường
- + Phù giảm dần
- + Da niêm hồng, tiếp xúc tốt
- + Nhìn rõ, hết mờ mắt
- + Tình trạng thai nhi: Thai nhi phát triển bình thường.