**TÀI LIỆU ÔN TẬP ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG
SẢN PHỤ KHOA**

1. TÍNH CHẤT THAI NHI VÀ PHẦN PHỤ ĐỦ THÁNG

2. CHĂM SÓC THAI PHỤ TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN

3. CHĂM SÓC THAI PHỤ TRONG THỜI KỲ CHUYỂN DẠ

4. CHĂM SÓC THAI PHỤ TRƯỚC MỔ LẤY THAI

5. CHĂM SÓC THAI PHỤ THỜI KỲ HẬU SẢN

6. CHĂM SÓC THAI PHỤ SAU MỔ LẤY THAI

7. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BĂNG HUYẾT SAU SINH

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ KHỐI U SINH DỤC

**Bài 1**

**TÍNH CHẤT THAI NHI VÀ PHẦN PHỤ ĐỦ THÁNG**

**Nội dung**

**1.Tính chất thai nhi đủ tháng**

Thai nhi đủ tháng có cấu tạo giải phẫu gần giống người lớn, nhưng về sinh lý tuần hoàn hô hấp có những điểm khác so với người lớn. Thai nằm trong buồng ối lưng cong, đầu cúi, cằm sát vào ngực, 2 tay bắt chéo trước ngực, 2 cẳng chân gập vào đùi, 2 đùi gập sát vào bụng;.

Thai đủ tháng có cân nặng trung bình 3000gr ± 200, có chiều dài trung bình từ 48 - 50 cm.

1.1 Giải phẫu

Chỉ đề cập đến những phần có liên quan đến sản khoa, đặc biệt đầu thai nhi là phần quan trọng nhất.

1.*1.1. Đầu thai nhi*

Là phần to và rắn nhất, nên rất quan trọng trong cơ chế đẻ, đặc biệt là phần sọ.

Sọ được cấu tạo bởi 9 xương: 2 xương đỉnh, 2 xương thái dương, 2 xương trán, xương chẩm, xương bớm và xương sàng. Phần sọ được chia làm 2 vùng: đỉnh sọ và đáy sọ.

-Vùng đáy sọ: gồm một phần các xương trán, thái dương, chẩm và các xương bướm, xương sàng . Vùng đáy sọ không thu hẹp được vì các xương đã được cốt hoá hoàn toàn, vì vậy trong những trường hợp thai chết, đầu khó ra phải làm thủ thuật kẹp đáy sọ.

-Vùng đỉnh sọ: gồm 2 xương trán, 2 xương đỉnh và xương chẩm . Các xương ở vùng này chưa được cốt hoá hoàn toàn vì vậy giữa các xương là các khớp màng. Các đường khớp dọc gặp các đường khớp ngang tạo thành các thóp. Có 2 thóp quan trọng đó là:

+ Thóp trước (thóp lớn, thóp Bregma) có hình tứ giác được tạo bởi 2 xương trán và 2 xương đỉnh.

+ Thóp sau (thóp nhờ, thóp Lamda) có hình tam giác, được tạo bởi 2 xương đỉnh và xương chẩm.

**Hình 3.1**

Thai và phần phụ đủ tháng trong tử cung

Bình thường diện các thóp không to lắm, nhưng trong truờng hợp não úng thuỷ thì các đường khớp giãn rộng và các thóp cũng to lên nhiều.

- Các kích thước của đầu thai nhi:

Đường kính trước sau: có 5 đường kính

+ Hạ chẩm - thóp trước: 9,5 cm là đường kính lọt trong ngôi chỏm đầu cúi tốt,

+ Hạ chẩm - trán: 11 cm 1à đường kính ngôi chỏm đầu cúi vừa

+ Chẩm - trán: 11,5 cm là đường kính lọt của ngôi chòm đầu cúi không tốt.

+ Chẩm - cằm: 13 cm là đường kính lọt của ngôi thóp truớc.

+ Thuợng chẩm - cằm: 13,5 cm là đường kính lọt của ngôi trán.

Đường kính trên dưới:

+ Hạ cằm - thóp trước: 9,5 cm.

Đường kính ngang:

+ Lưỡng đỉnh: 9,5 cm.

+ Lưỡng thái dương: 8 cm.

Chu vi đầu: có 2 chu vi

+ Chu vi lớn qua thượng chẩm- cằm 38 cm.

+ Chu vi nhỏ qua hạ cằm- thóp trước 33 cm.

*1.1.2.Cổ và thân thai nhi*

-Cổ giúp cho đầu thai nhi quay 180°, cúi ngửa nghiêng dễ dàng, cổ chịu được một sức kéo không quá 50kg.

-Thân: các đường kính của thân thai nhi tham gia trong cơ chế đẻ đó là:

+ Đường kính lưỡng mỏm vai 12cm có thể thu hẹp còn 9 cm.

+ Đường kính lưỡng ụ đùi 9 cm.

+ Đường kính cùng chầy 11 cm, thu hẹp còn 9 cm.

+ Đường kính cùng mu 6 cm.

1.2.Sinh lý

Thai sống trong tử cung phụ thuộc hoàn toàn vào người mẹ qua hệ tuần hoàn tử cung rau vì vậy sinh lý bộ máy hô hấp, tuần hoàn có những điểm khác so với người lớn.

*1.2.1.Tuần hoàn*

Tim có 4 buồng nhưng 2 tâm nhĩ thông với nhau bởi lỗ Botal, động mạch phổi thông với động mạch chủ bởi ống động mạch . Từ 2 động mạch chậu trong tách ra 2 động mạch rốn đi theo dây rau vào bánh rau, máu đỏ đi từ các mao mạch của các tua rau trở về nuôi dưỡng thai nhi qua tĩnh mạch rốn.



**Hình** 3.2: Vòng tuần hoàn thai nhi đủ tháng

Chu kỳ tuần hoàn như sau: máu đỏ từ các gai rau mang các chất dinh dư­ỡng và oxy đi vào thai nhi bằng tĩnh mạch rốn . Khi tới tĩnh mạch chủ dưới máu đỏ sẽ pha trộn với máu đen từ nửa dưới cơ thể, đề cùng đổ vào tĩnh mạch chủ . Đến tâm nhĩ phải máu một phần xuống tâm thất phải để vào động mạch phổi, một phần qua lỗ Botal sang tâm nhĩ trái. Vì phổi chưa làm việc nên 1 phần máu từ động mạch phổi theo ống thông động mạch đến động mạch chủ. Động mạch chủ cũng nhận máu từ tâm thất trái chảy ra, rồi đem đi nuôi khắp cơ thể, đến động mạch hạ vị tách ra hai động mạch rốn đưa máu về bánh rau để trao đổi chất . Như vậy, hầu hết máu trong thai nhi là máu pha, nồng độ bão hoà oxy thấp. Sau khi thai nhi sổ ra ngoài được gọi là trẻ sơ sinh, khi cuống rốn được cắt thì rau chấm dứt chức phận của nó. Trẻ sơ sinh bắt đầu thở, phổi bắt đầu hoạt động, tiểu tuần hoàn bắt đầu làm việc, lỗ Botal đóng lại, ống động mạch teo đi, các mạch máu rốn và ống Arantius không hoạt động. Trẻ sơ sinh bắt đầu sống với hệ tuần hoàn vĩnh viễn giống như người lớn.

*1.2.2.Hô hấp*

Thai nhi nằm trong tử cung sử dụng oxy trong máu người mẹ nhờ rau mang tới. Phổi chưa hoạt động nên xẹp, đặc, thả xuống nước thì chìm. CO2 từ các tế bào của thai nhi được chuyển vào các gai rau rồi thải vào các hồ huyết để về máu người mẹ. Máu từ tĩnh mạch rốn đến thai nhi có O2 nên mang màu đỏ, trái lại máu ở động mạch rốn thì có màu đen vì có chứa CO2 . Sự trao đổi O 2 và CO 2 qua gai rau do sự chênh lệch nồng độ giữa máu mẹ và máu con quyết định, khi người mẹ bị ngạt thai nhi có thể nhường O 2 cho mẹ và có thể chết trước . Nhưng thai nhi sử dụng ít O2 nên khả năng chịu đựng thiếu O2 của thai nhi khá cao. Máu động mạch của thai thường chỉ bão hoà khoảng 75% O2. Vì vậy trong truờng hợp mẹ bị chết một cách đột ngột (do tai nạn...) thì thai nhi có thể sống thêm một thời gian và người ta có thể đặt vấn đề phẫu thuật nhanh đề cứu thai nhi sau khi mẹ chết trong vòng 15 phút

-Tuy vậy, nếu thai nhi bị thiếu oxy thì sẽ có những hậu quả:

+ Đầu tiên là toan khí do ứ đọng CO 2 sau đó bị toan chuyển hoá do thừa acid lactic.

+ Thiếu O 2 sẽ gây hiện tuợng tập trung tuần hoàn co mạch ngoại biên và nội tạng để tập trung máu vào những bộ phận quan trọng như não, tim . Tình trạng thiếu O2 làm tăng nhu động ruột và tống phân su vào nước ối. Vi vậy nước ối có lẫn phân su là triệu chứng quan trọng của suy thai.

*1.2.3.Tiêu hoá*

-Khi còn trong bụng mẹ, thai nhi nhận những chất dinh dưỡng của mẹ từ bánh rau, thẩm thấu qua thành của các gai rau.

-Bộ máy tiêu hoá cũng có hoạt động chút ít. Trong ống tiêu hoá có phân su là chất dịch sánh đặc, có chứa chất nhầy của niêm mạc dạ dầy, ruột, mật, nước ối do thai uống vào và ít tế bào bong từ đường tiêu hoả.

1*.2.4.Bài tiết*

Da có bài tiết chất nhờn và chất bã, bắt đầu từ tháng thứ 5.

Thận đã hoạt động, có nước tiểu trong bàng quang, thai đái vào buồng ối. Ngay sau đẻ thai có thể đái ngay, nếu vì lý do nào đó làm bàng quang co bóp

**2.Tính chất cùa phần phụ đủ tháng**

1. Các màng rau
2. *Ngoại sản mạc*

Là phần ngoài nhất của màng rau, do niêm mạc tử cung đã biến đổi trong khi có thai còn gọi là màng rụng. Ngoại sàn mạc có 3 phần: ngoại sản mạc từ cung, ngoại sản mạc trứng, ngoại sản mạc tử cung rau. Trong thời kỳ thai đủ tháng ngoại sản mạc trứng chỉ là 1 màng rất mỏng và kết hợp với phần ngoại sản mạc tử cung thành một màng thống nhất. Ngoại sản mạc phát triển không đều, có một phần phát triển rất mạnh là phần liên quan đến bánh rau gọi là ngoại sản mạc tử cung - rau. Các phần khác teo mòng chỉ còn là màng, màu vàng, hơi sần sùi có khi không thành một lớp liên tục, chỉ lấy ngón tay cào nhẹ cũng đủ làm màng đó bong ra dễ dàng vì vậy khi sổ rau dễ bị sót lại và cùng bị bong ra ngoài cùng với sản dịch trong thời kỳ hậu sản.

**Hình 3.3**

*Rau và các màng rau trong từ cung*

Khuếch tán đơn giản, dựa vào sự khác biệt về nồng độ của chất trao đổi có trọng lượng phân tử dưới 600.

+ Khuếch tán gia tăng, nhờ các yếu tố chuyên chờ như ion Ca+ +, Cl' cơ chế này tiêu thụ nhiều năng lượng tế bào.

+ Vận chuyển chủ động cần nhiều năng lượng.

+ Hiện tượng thực bào.

* Nhờ nhiều cơ chế khác nhau, sự trao đổi qua rau của nhiều chất xảy ra liên tục giữa hai hệ tuần hoàn kín. Lưu lượng tuần hoàn của máu mẹ là 600 ml/phút trong khi lưu lượng tuần hoàn trong thai nhi là 70 - 200 ml/phút.
* Hai chức phận cơ bản của bánh rau là:

+ Bảo đảm cho thai sống và phát triển.

+ Giữ vai trò nội tiết để cơ thể mẹ phủ hợp với tình trạng thai nghén

* Vai trò hô hấp: Máu thai nhi nhận O2 và thải CO 2 vào máu mẹ trong hồ huyết. Sự trao đổi O2 từ máu mẹ sang máu con được dễ dàng là do:

+ Máu mẹ chảy qua hồ huyết rất chậm và áp lực máu hạ thấp hơn máu con.

+ Máu của mẹ có đậm độ Ơ2 cao hơn và CO2 thấp hơn so với máu con.

+ Hemoglobin (Hb) của máu con có đặc tính thu nhận O 2 một cách dễ dàng ngay cả khi đậm độ O2 của máu mẹ thấp

+ Cấu trúc của gai rau làm tăng diện trao đổi giữa máu mẹ và máu con.

Thai muốn hô hấp đầy đủ O2 và đào thải CO2 thì máu mẹ trong hồ huyết phải luôn luôn đổi mới. Nếu dòng tuần hoàn tử cung - rau bị giảm đi trong tr­ường hợp mẹ bị tăng huyết áp (tăng sức cản trong thành mạch) hoặc cơn co tử cung cường tính (tăng áp lực ngoài thành mạch) sẽ làm cho thai suy.

* Vai trò dinh dưỡng: Các chất cần cho năng lượng và tạo hình thai sẽ được đưa từ mẹ vào thai nhờ sự vận chuyển tích cực của gai rau.

+ Nước và các chất điện giải qua gai rau nhờ cơ chế thẩm thấu . Rau còn dự trữ sắt và calcium, nhất là vào những tháng cuối của thai kỳ.

+ Các protein đi qua được là nhờ gai rau chuyển thành acid amin, rồi lại tổng hợp những protein đặc hiệu của thai

+ Các chất mỡ qua rau rất hạn chế, vì vậy thai thường thiếu các loại vitamin tan trong dầu như: vitamin A, D, E, K. Đặc biệt khi thiếu vitamin K làm cho trẻ sơ sinh có tình trạng thiếu prothrombin sinh lý. Trái lại gai rau có khả năng tổng hợp một số loại phospholipid nhờ sự hiện diện của các men, đặc biệt là những loại nội tiết tố steroid của rau thai.

+ Vitamin: caroten qua rau khó khăn sau khi được biến đổi thành vitamin A và dự trữ trong gan của bào thai . Vitamin nhóm B và C qua rau rất dễ . Vitamin D cần thiết cho biến dưỡng phosphocalci qua rau nhung nồng độ vẫn thấp hơn so với mẹ

* Vai trò bảo vệ

+ Một số chất kháng nguyên và kháng thể có nguồn gốc protein có thể đi qua rau nhất là ở thời kỳ 4,5 tháng sau. Vì vậy thai có miễn dịch thụ động nhờ kháng thề của mẹ, hoặc máu của thai có thể bị tan huyết do ngưng kết tố của mẹ trong trường hợp bất đồng yếu tố Rh hoặc nhóm máu A, B, O giữa mẹ và thai.

+ Các mầm bệnh: về nguyên tắc bánh rau bảo vệ không cho vi khuẩn đi từ máu mẹ sang thai, nhưng một số vi khuẩn có thể qua hàng rào rau ở những tháng cuối. Virus qua gai rau dễ dàng hơn và có thể gây ra những dị dạng nghiêm trọng cho thai đặc biệt trong hai tháng đầu của thời kỳ thai nghén.

+ Các thuốc và hoá chất: có hoặc không qua gai rau không theo một quy luật nào, chính vì vậy phải hết sức thận trọng khi dùng thuốc cho phụ nữ có thai.

* Vai trò của bánh rau đối với người mẹ: Những hormon của bánh rau làm cho người mẹ đáp ứng với tình trạng thai nghén

+ Các hormon loại peptid:

•HCG (Human Chorionic Gonadotropin) được tiết ra từ đơn bào nuôi (Cytotrophoblast) là một glycoprotein tác dụng kích thích hoạt động những mô mầm và kích thích tiết các Steroid sinh dục. Sự tiết HCG bắt đầu khi có hiện tượng làm tổ, tăng nhanh tới mức tối đa vào khoảng tuần thứ 8 sau đó giảm nhanh đến mức ổn định kéo dài đến khi đẻ.

* HPL (Human Placental Lactogen) được tiết ra bởi tế bào nuôi, tạo thuận lợi cho sự phát triền của thai nhi, có tác dụng sinh sữa, biến dưỡng glucid, lipid và protid . Lượng hormon tăng dần theo tuổi thai, đạt tối đa vào tuần lễ 26, sau đó hơi giảm.

+ Các hormon loại steroid: Gồm 3 loại: estrogen, progesteron và các steroid khác.

* Estrogen: gồm có estradiol, estriol và estrol. Lượng estrogen tiết ra phản ánh hoạt động của rau thai và sự phát triển của thai.
* Progesteron được tiết ra từ rau thai một phần vào thai nhi, một phẩn vào cơ thể mẹ.
* Các steroid khác như 17 cetosteroid, glucocorticoid cũng tăng lên khi có thai.
1. Cuống rốn (còn gọi là dây rau)
* Cuống rốn chiếm một vị trí quan trọng trong sự vận chuyển máu giữa rau và thai. Khi thai đủ tháng, cuống rốn dài khoảng 45 - 60 cm, đường kính khoảng 1,5 cm màu trắng, mềm, nhẵn và trơn. Một đầu cuống rốn bám vào trung tâm bánh rau, đầu kia bám vào bụng thai nhi. Cuống rốn được bao bọc bởi nội sản mạc, lớp này tiếp nối với hạ bì da bụng, lớp thượng bì da bụng bao quanh cuống rốn khoảng lcm
* Về cấu tạo: cuống rốn từ ngoài vào là nội sản mạc sau đó là chất thạch Wharton, giữa lớp thạch Wharton có một tĩnh mạch rốn và 2 động mạch rốn . Vì lớp thạch Wharton có chỗ dày, chỗ mỏng, các động mạch xoắn xung quanh tĩnh mạch do đó cuống rốn không đều, chỗ to chỗ nhỏ và dễ bị xoắn lại. Nuôi dưỡng của dây rốn được thực hiện do thẩm thấu qua lớp nội sản mạc và từ các lòng mạch
	1. Nước ối

Nước ối là một chất dịch sinh học, có khả năng tái tạo và trao đồi, nó giữ vai trò quan trọng đối với sự sống và phát triển của thai nhi trong tử cung.

1. *Tinh chất nước ối*
* Trong những tháng đầu, nuớc ối màu trong . Khi gần đủ tháng nước ối mầu lờ lờ trắng . Khi lẫn phân su nước ối màu xanh. Nếu thai chết trong tử cung, nước ối có màu hồng hoặc có mầu nâu đen. Lượng nước ối khi thai đủ tháng là 500 - 1000 ml (tương đương 1/6 trọng lượng thai nhi).
* Nước ối có tỷ trọng 1,006 và hơi nhớt, vị ngọt, mủi hơi tanh, pH hơi kiềm (7,10 - 7,30 ờ cuối thời kỳ có thai). Trong nước ối có lẫn tế bào thượng bì thai bong ra, lông tơ, chất bã, các tế bào đường tiết niệu, sinh đục.
* Thành phần của nước ối gồm 97% là nước còn lại là muối khoáng và các chất hữu cơ (protid, glucid, lipid, các hormon, chất màu). Các chất điện giải chính là Na+, K+, cr. Ngoài ra còn có phospho, calcium, magnesium...
1. *Sự tái tạo của nước ối*
* Nước ối luôn được tái tạo, vào cuối thời kỳ có thai nước ối đổi mới 3 giờ một lần tức là lưu lượng khoảng 4-8 lít/ngày. Sự tái tạo này tăng dần đến khi thai đủ tháng và sau đó giảm dần.
* Nguồn gốc tạo thành nước ối: nước ối được sản sinh từ 3 nguồn gốc:

+ Thai nhi: da thai nhi, khí phế quản, do huyết tương của thai thẩm thấu qua niêm mạc hô hấp, hệ tiết niệu.

+ Nội sản mạc.

+ Từ máu của mẹ.

* Sự tiêu nước ối

+ Thai nhi uống nước ối

+ Thẩm thấu qua nội sản mạc.

* Chức năng của nước ối

+ Bảo vệ thai nhi tránh sang chấn và nhiễm trùng

+ Giúp cho ngôi thai bình chỉnh tốt.

+ Thai nhi uống nước ối và đái vào buồng ối cũng có tác dụng giữ thăng bằng nước trong cơ thể.

+ Giữ cuống rốn khỏi bị khô.

+ Trong lúc chuyển dạ sự thành lập đầu ối tạo thuận lợi cho sự xoá mờ cổ tử cung

+ Sau khi ối vỡ, tính nhờn cùa nước ối làm trơn đường sinh dục giúp cuộc đẻ dễ dàng hơn

Sinh lý nước ối còn nhiều vấn đề phức tạp, nhưng trên thực tế việc bảo vệ ối trong khi chuyển dạ đẻ là rất quan trọng để thai bình chỉnh tốt tránh suy thai , tránh nhiễm khuẩn.

BÀI 2

**CHĂM SÓC THAI PHỤ TRONG THỜI KỲ THAI NGHÉN**

**Mục tiêu**

*Sau khi học xong bài sinh viên có khá năng:*

1. Mô tả được các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng của thai nghén trong 4 tháng ruỡi đầu và 4 tháng rưỡi cuối.
2. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc, kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá chăm sóc vào chăm **sóc thai phụ trong thời kỳ thai nghén.**
3. Nhận thức được tầm quan trọng trong chăm sóc thai phụ thời kỳ thai nghén.

**Nội dung**

1. **Mở đầu**
* Thai nghén là hiện tượng sinh lý bình thường của người phụ nữ. Khi có thai, cơ thể người phụ nữ có nhiều thay đổi quan trọng về giải phẫu, nội tiết, tuần hoàn, hô hấp,...
* Trong thời gian mang thai, sức đề kháng của thai phụ với những tác nhân bên ngoài bị giảm sút, do đó người điều dưỡng phải biết vận động, khuyến khích thai phụ biết giữ vệ sinh khi có thai, để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và con.
* về chẩn đoán thai nghén, người ta chia thời kỳ thai nghén làm 2 giai đoạn, đó là 4 tháng rưỡi đầu và 4 tháng rưỡi cuối của thời kỳ thai nghén. Muốn khám đề chẩn đoán thai nghén đòi hỏi nguời điều dưỡng phải có kiến thức, có kỹ năng và thái độ tốt thì mới trợ giúp cho bác sĩ khám và chẩn đoán thai nghén một cách chính xác được, mới biết cách chăm sóc thai phụ được tốt.
1. **Chẩn đoán thai nghén trong 4 tháng rưởi đầu**
	1. Dấu hiệu cơ năng
* Tắt kinh: Ở những người phụ nữ có kinh nguyệt đều, bỗng nhiên tắt kinh thì nên nghĩ đến tình trạng có thai.
* Có triệu chứng nghén: Buồn nôn và nôn thực sự, nôn ra nước bọt nhiều hay nhổ nước bọt. Thay đồi về khứu giác như thích hoặc sợ mùi nào đó, thèm ăn một số loại thức ăn nào đó, hoặc sợ ăn một số loại thức ăn thông thường nào đó. Vị giác cũng thay đổi, hoặc ăn vặt.
* Thay đổi về tâm thần kinh: Dễ bị kích thích, vui buồn lẫn lộn, hay cáu gắt, buồn ngủ và ngủ nhiều, cũng có khi mất ngủ, tính tình thay đổi, người mệt mòi.
	1. Dấu hiệu thực thể
* Thay đổi ở da và niêm mạc: Nhìn ở trán, má có những vết nâu sạm hay tàn nhang xuất hiện trên má
* Thay đổi ở vú: Hai vú lớn ra, quầng vú đậm màu dần, các hạt Montgomery nổi rõ trên quầng vú, tĩnh mạch vú dưới da nổi rõ.
* Xuất hiện rõ 1 đường nâu ở đường giữa dưới da bụng từ trên xuống dưới rốn. Hai bên thành bụng và đùi có những vết giãn màu nâu hồng (ở người con so) hay màu trắng (ở người con rạ).
* Nắn trên xương vệ có thể thấy một khối, đó là đáy tử cung nhô cao lên trên xương vệ.
* Khi thăm âm đạo có thể thấy những đấu hiệu đặc biệt của thai nghén như âm đạo, cổ tử cung mềm hơn, màu tím do xung huyết. Khi eo tử cung quá mềm, khám sẽ có cảm giác như cổ tử cung và thân tử cung không nối liền với nhau nữa, mà là hai khối riêng biệt, đó là dấu hiệu Hegar: đưa hai ngón tay vào trong âm đạo đặt vào vùng eo tử cung có thể gập hai ngón tay nắn qua thành bụng . Khi nan túi cùng bên âm đạo, ta có cảm giác thấy phần thân tử cung phình to ra, đó là dấu hiệu Noble.
	1. Cận lâm sàng
		1. *Phản ứng miễn dịch Microcheck HCG test hay Quickstick test:*

*Dựa Trên nguyên tắc kháng nguyên ngưng kết với kháng thế, đế phát hiện có HCG trong nước tiếu. Kết quả khá chính xác, phản ứng cho kết quả nhanh trong vòng 5-10 phút. Kỹ thuật tiến hành phát hiện thai sớm bằng que thử nhanh::*

* Chuấn bị dụng cụ: Bộ que thử thai nhanh gồm: 01 ly nhựa nhỏ để chứa nước tiểu, que thử còn nguyên trong bao, còn hạn sử dụng, bảo quản ở nhiệt độ thường trong phòng.
* Chuẩn bị thai phụ: Thai phụ được hướng dẫn lấy nước tiểu vào sàng sớm . sau khi thức dậy vì nồng độ HCG trong nước tiểu lúc này là đậm đặc hơn cả.
* Chuẩn bị nhân viên y tế: Mặc ào choàng, đội mũ, rửa tay thường quy.
* Càc bước kỹ thuật:

+ Lấy nước tiểu nguyên chất vào ly.

+ Xé bao đựng que thử theo dấu cắt và cầm que thử theo hướng mũi tên chỉ xuống.

+ Đặt que thử theo chiều thẳng đứng vào ly chứa nước tiểu. Điều quan trọng nhất là mặt nước tiểu không quá đầu mũi tên trên que thừ.

+ Đọc kết quả sau 5 phút: Nếu có hai vạch ngang xuất hiện trên que thử là báo hiệu bạn đã có thai. Nếu chỉ có một vạch ngang xuất hiện trên que thử là báo hiệu bạn không có thai. Trường hợp không có bất cứ vạch nào xuất hiện thì có thề là do que thử bị hư hỏng do bảo quàn, thao tác sai, hoặc mẫu nước tiểu không đảm bảo.

+ Ghi kết quả vào phiếu hoặc sổ khàm.

* + 1. Định lượng pHCG

Đánh giá sự phát triển của thai

* + 1. *Siêu âm chẩn đoán thai:*

Có thế phát hiện hình ảnh túi ối vào ngày 25 sau khi thụ tinh, sau đó là sự hoạt động của tim thai . Chẩn đoán thai bằng siêu âm có thể chính xác tới 95%

+ Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

+ Khám sản khoa: Nắn bụng tìm đáy tử cung, các cực của thai, đo chiều cao từ cung, vòng bụng, nghe tim thai...

- Cận lâm sàng: Tham khào các kết quả xét nghiệm: Công thức máu, protein niệu, siêu âm

1. ***Chẩn đoán chăm sóc***
2. Chẩn đoán chăm sóc 1: Nguy cơ thiếu hụt dinh dưỡng, không tăng cân liên quan đến chưa cung cấp đủ dinh dưỡng, nghén.
* *Kết quả mong đợi:* Đảm bảo dinh dưỡng cho thai phụ.
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Giải thích cho thai phụ về việc tăng cân trong quá trình mang thai: Đo chỉ số khối cơ thể (BMI) của người phụ nữ trước khi mang thai. Dựa trên chỉ số này, giới thiệu cho người phụ nữ những chỉ số tăng cân thường được khuyến cáo trong quá trình mang thai (dựa trên các Hướng dẫn của Viện Y học). Những phụ nữ thiếu cân cần tăng cân, và những phụ nữ thừa cân so với các chỉ số ở người phụ nữ cân nặng bình thường cần giảm cân.

Cân nặng (kg)

BMI = \_ . —

(Chiều cao)2 (m2)

Đối với phụ nữ có chế độ ăn phù hợp trước khi mang thai, chỉ cần tăng cường 300kcal mỗi ngày trong giai đoạn mang thai. Trọng lượng thai phụ có thể tăng từ 10 - 12 kg trong cả quá trình thai nghén và không nên tăng quá 18kg. Trung bình mỗi thai phụ cần ăn 2500 - 3000 kcalo/ngày. Đối với những thai phụ béo phì thì việc tăng cân cần lưu ý, không nên tăng quá 5kg trong quá trình thai nghén

* Giãi thích cho thai phụ biết: Nhu cầu về năng lượng và các chất dinh dưỡng đòi hỏi cao hơn ở mức bình thường vì nhu cầu ngoài đảm bảo cung cấp cho các hoạt động của cơ thề, sự thay đồi về sinh lý của người mẹ như biến đổi về chuyển hoá, tích luỹ mỡ, tăng cân, sự tăng về khối lượng của tử cung, vú, còn cần thiết cho sự phát triển của thai nhi và tạo sữa cho con bú.
* Thành phần thức ăn gồm:

+ Protid: Khi có thai cần l,5g/kg/ngày. Đạm động vật có nhiều trong cá, thịt gà, thịt bò, đạm thực vật có nhiều trong các loại đậu*,* lạc , vừng ...

Thiếu protid sẽ làm giảm sức đề kháng của cơ thể mẹ và thai chậm lớn, thai nhỏ cân so với tuổi thai hoặc đẻ non.

+ Lipỉd: Nhu cầu cần 0,8 - lg/lkg/1 ngày, có nhiều trong mỡ động vật, các loại dầu thực vật (vừng, lạc, dừa). Lipid có vai trò quan trọng đề hoà tan vitamin A, D. Nên ăn 3/5 lipid động vật, 2/5 lipid thực vật.

+ Glucid: Cần từ 300 -400g/ngày. Glucid có nhiều trong gạo, ngô, khoai, sắn, đường mật mía, củ cải.

**+ Các chất vô cơ:**

Canxi tăng 30% so với trước hhi có thai, khoảng l,5g/ngày. Thiếu canxi sẽ gây kích thích thần kinh, gây co giật kiểu chuột rút, đau hhớp vệ và thai chậm lớn, kém phát triển trong tử cung.

Phospho tăng 10% so với trước khi có thai, lượng trung bình cần l,5g/ngày. Calci và phospho phải có sự cân đối thì cơ thể mới hấp thụ được Ca/P = 1 Calci và phospho có nhiều trong trứng, đậu, cua, tôm, phomat, rau quả khô, cải xoong, mồng tơi.

Magnesium và sắt (Mg, Fe) rất cần cho thai nghén. Nếu thiếu Mg sẽ gây co giật, nếu thiếu Fe sẽ gây thiếu máu nhược sắc. Mg và Fe có nhiều trong gan, rau muống, cua, thịt, ngũ cốc.

Muối: có tác dụng giữ nước và cân bằng điện giải cho cơ thể thai phụ.

Các vitamin: Là những yếu tố vi lượng rất cần thiết cho sự phát triển cùa thai nhi, chống táo bón cho mẹ, các vitamin có nhiều trong rau xanh, hoa quả tươi. Các loại vitamin là: Vitamin A, D, E, vitamig Bl, vitamin B/, ...

* Những món ăn mà thai phụ nên tránh: Cà phê, trà, các chất kích thích, các món ăn rán (chiên), các loại bánh có nhiều kem, các loại nước uống đóng hộp có nhiều đường đều hhông phải là những thực phẩm tốt cho phụ nữ đang mang thai
* Uống nước đầy đủ: Nước là chất không thể thiếu trong việc phát triển các tế bào của thai nhi, ngoài ra chúng còn giúp duy trì lượng máu trong cơ thể và hấp thụ nhiều chất dinh duỡng khác. Nước cũng giúp ngăn chặn sự nhiễm trùng đường tiết niệu, tiêu chảy.., mỗi ngày nhu cầu nước uống khoảng 1,5 lít đến 2 lít.
* Không tiêm chích, hút thuốc lá trước và trong khi có thai.
1. Chẩn đoán chăm sóc 2: Nguy cơ mắc các bệnh nhiễm khuẩn liên quan đến vệ sinh kém.
* *Kết quả mong đợi:* Phòng mắc các bệnh nhiễm khuẩn
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Chăm sóc răng miệng

+ Hướng dẫn thai phụ dùng bàn chải, chải răng đúng phương pháp.

+ Khuyến khích thai phụ đánh răng sau khi ăn cơm.

+ Thường xuyên xúc miệng bằng nước sát trùng đường miệng.

+ Tránh tiếp xúc miệng - miệng với người có bệnh lây truyền qua nuớc bọt.

+ Nếu phát hiện thấy hiện tượng bất thường về răng miệng phải khuyên thai phụ đến khám tại phòng khám, và điều trị răng miệng ờ những bác sỹ chuyên khoa, đặc biệt các bệnh viêm lợi, sâu răng, chảy máu chân răng .

+ Không được tự ý nhổ răng vi dễ gây nhiễm trùng.

* Chăm sóc vệ sinh chung

+ Vệ sinh thân thể: Ngoài vấn đề vệ sinh thông thường, người có thai cần tắm rừa hàng ngày nhưng tắm nhanh, không ngâm mình dưới nước ao, hồ, bồn tắm, vì dễ gây nhiễm trùng. Mùa đông tắm nước ấm trong nhà, tránh gió lùa.

+ Vệ sinh về mặc: Nên mặc quần áo rộng rãi, sạch sẽ, mềm, mát, thoáng về mùa hè đủ ấm về mùa đông . Quần áo nên thay giặt hàng ngày, nhất là những đồ lót, không mặc quần áo chung với người khác vi dễ lây nhiễm bệnh ngoài da . Không nên đi guốc hoặc giầy cao gót vi dễ ngã gây doạ sảy, đẻ non và làm sai lệnh khung chậu

+ Chăm sóc vú: Khi có thai dưới ảnh hưởng cùa các estrogen và progesteron các tuyến sữa đều phát triển mạnh để chuẩn bị tiết sữa sau khi đẻ. Thề tích vú ngày càng phát triển to ra, có khả năng tiết dịch sớm, do đó:

Chọn áo lót cho phù hợp, không được nịt chặt vú, nên dùng nịt vú bằng sợi bông mềm, thoáng và thay đổi cỡ cho phù hợp với tăng thể tích vú. Nếu mặc nịt vú chặt quá dễ gây tồn thương tuyến vú.

Nếu có tổn thương như: loét, ngứa ở đầu vú, ờ quầng vú hay dưới da vú, phải chữa trị ngay

Thường xuyên phải rửa sạch đầu vú, quầng vú bằng glycerin borat để làm bong vẩy để chống nhiễm trùng.

+ Vệ sinh bộ phận sinh dục: cần đặc biệt lưu ý vệ sinh đường sinh dục, vì đó là cửa ngõ để vi trùng gây bệnh xâm nhập vào âm đạo, cổ tử cung và từ cung trong lúc có thai, cũng như lúc đẻ. Hàng ngày thai phụ phải rừa âm hộ, tầng sinh môn bằng xà phòng và nước sạch, khi đại tiện hoặc trước khi đi ngủ phải rửa bằng nước dội từ trên xuống, hoặc dùng ca múc nước rửa, không nên ngồi vào chậu có nước rửa.

+ Hạn chế giao hợp, nhất là khi có triệu chúng đau bụng, ra khí hư hay ra huyết, vỉ dễ gây nhiễm trùng hoặc sảy thai. Nếu có hiện tượng viêm nhiễm đường sinh dục thì phải khám ngay, và chi được đặt thuốc vào âm đạo khi có chi định cùa bác sĩ chuyên khoa sản.

1. Chẩn đoán chăm sóc 3: Nguy cơ sảy thai, đẻ non liên quan tới chế độ sinh hoạt, lao động, nghi ngoi không hợp lý.
* Kết quả mong đợi: Phòng sảy thai, đẻ non
* Can thiệp điều **dưỡng:** Hướng dẫn chế độ lao động nghi ngơi hợp lí

+ Khuyên thai phụ lao động vừa sức , Không nên tập thể thao với động tác quá mạnh , Không làm việc ờ nơi ẩm thấp hoặc nơi nhiều bụi, không được tiếp xúc với chất độc hại, không nên đi xe đạp, xe máy với tốc độ nhanh hoặc đường quá sóc, không nên đi quá xa

+ Tránh mọi khả năng gây sang chấn cho cơ thể và tinh thần

+ Nghi ngơi đầy đủ để đảm bảo giấc ngủ. Mỗi ngày thai phụ phải đảm bào giấc ngủ ít nhất trên 8 giờ vào ban đêm và vào một giờ buổi trưa, để phục hồi sức khoẻ

+ Nghỉ truớc khi đẻ 1 tháng để đảm bảo sự tăng cân của thai.

+ Theo dõi cân nặng hàng tháng, nếu tăng cân nhanh hoặc sút cân phải khám thai ngay

+ Hạn chế giao hợp 3 tháng đầu và 3 tháng cuối để tránh sảy thai hoặc đẻ non.

+ Nên nghỉ trước khi đẻ 4 tuần để thai nhi tăng cân, thường mỗi tuần trung bình thai phụ tăng lên 500g . Nếu thai phụ tăng cân quá nhanh trên 500g/tuần, phải đi khám thai ngay.

1. Chẩn đoán chăm sóc 4: Thai phụ chưa hiểu được tầm quan trọng của khám thai định kỳ

*\* Kết quả mong đợi:* Cung cấp kiến thức về tầm quan trọng của khám thai định kỳ

*\*Can thiệp điều dưỡng:*

* Giải thích cho thai phụ hiểu tầm quan trọng của khám thai định kỳ

+ Đánh giá tình trạng sức khoè của người mẹ

+ Đánh giá tình trạng phát triển của thai nhi.

+ Biết cách dùng thuốc để phòng bệnh:

* Tiêm phòng vaccin uốn ván: mũi 1 từ tháng thứ 4 cùa thai nghén, mũi thứ 2 cách mũi thứ nhất ít nhất một tháng hoặc tiêm trước khi sinh 1 tháng.
* Bất cứ dùng thuốc gi, thuốc chữa bệnh hay thuốc bổ trong khi thai nghén đều phải hỏi thầy thuốc chuyên khoa, nên hạn chế dùng thuốc tối đa nếu không cần thiết; vì phần lớn các thuốc chuyển hoá đều sang thai nhi qua bánh rau, nên có thề ảnh hường đến sự phát triền bình thường cùa thai, có khi gây ra quái thai hoặc thai chết trong từ cung
* Dự kiến ngày đẻ cho thai phụ.
1. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra.

1. Đánh giá chăm sóc

*Thai phụ được đánh giá là chăm sóc tốt khi:*

* Thai phụ đã biết cách lựa chọn những thức ăn phủ hợp trong quá trình mang thai.
* Thai phụ biết cách vệ sinh và biết cách nghi ngơi hợp lí.

Biết thời gian tiêm phòng và khám thai định kỳ.

**Bài 3**

**CHĂM SÓC THAI PHỤ TRONG THỜI KỲ CHUYÉN DẠ**

**Mục tiêu**

*Sau khi học xong sinh viên có khả năng:*

1. Trình bày đuợc định nghĩa và các giai đoạn, đặc điểm và tính chất của cơn co từ cung trong chuyển dạ.
2. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc, kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá chăm sóc vào chăm sóc thai phụ trong thời kỳ chuyển dạ.
3. Nhận thức đuợc tầm quan trọng, và có thái độ ân cần trong chăm sóc thai phụ trong thời kỳ chuyển dạ.
4. **Đại cương**
	1. Một số định nghĩa
* Chuyển dạ đẻ là một quá trình sinh lý làm cho thai và phẩn phụ của thai được ra khỏi đường sinh dục cùa người mẹ.

-Một cuộc chuyên dạ đẻ xảy ra từ tròn 37 tuần đến 42 tuần (trung bình là 40 tuần) gọi là đẻ đủ tháng. Khi đó thai nhi đã trường thành và có khả năng sống độc lập ngoài từ cung.

* Đẻ non là tình trạng gián đoạn thai nghén khi thai có thể sống được. Chuyển dạ đẻ non xảy ra khi tuổi thai từ tuần lễ thứ 22 - 37.
* Đẻ già tháng là hiện tượng chuyển dạ đẻ xảy ra sau 2 tuần lễ trở lên so với ngày dự kiến đẻ . Gọi là thai già tháng khi tuồi thai > 41 tuần
	1. Thời gian chuyển dạ và các giai đoạn của chuyển dạ
* Thời gian chuyển dạ: ớ người con so chuyển dạ lâu hơn con rạ. Gọi là chuyển dạ kéo dài khi thời gian chuyển dạ trên 24 giờ.

+ Con so: thời gian chuyển dạ trung bình từ 16 - 24 giờ.

+ Con rạ: thời gian chuyển dạ trung bình từ 8 - 12 giờ.

* Các giai đoạn của chuyển dạ:

+ Giai đoạn I: xoả mờ cổ tử cung. Được tính từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi cổ tử cung mờ hết . Giai đoạn này được chia làm 2 giai đoạn:

* Giai đoạn la (tiềm tàng): Tính từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi cổ tử cung mở 4 cm. Giai đoạn này cho phép kéo dài 8-10 giờ.
* Giai đoạn Ib (tích cực): Tính từ khi cổ từ cung mở > 4cm đến khi mở hết. Giai đoạn này cho khép kéo dài 7 giờ.

+ Giai đoạn II: sổ thai. Tính từ khi cổ tử cung mở hết đến khi sổ thai. Giai đoạn này cho phép tối đa là 1 giờ.

+ Giai đoạn III: sổ rau. Tính từ khi thai sổ đến khi rau sổ ra ngoài. Giai đoạn này cho phép tối đa là 1 giờ.

* 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán chuyển dạ

Chẩn đoán là chuyển dạ khi có 3 trong 5 tiêu chuẩn sau:

* Đau bụng từng cơn, tăng dần.
* Ra dịch nhầy hồng ở âm đạo.
* Có sự thay đổi ở cổ từ cung (cổ tử cung xoá và mở)
* Đầu ối được thành lập
* Có sự tiến triền của ngôi thai sau mỗi cơn co từ cung;.

**/. *4. Động lực của cuộc chuyến dạ***

Động lực của cuộc chuyển dạ là cơn co tử cung. Dưới tác dụng của cơn co tử cung thì cả người mẹ, thai nhi và phần phụ đều có sụ thay đồi:

* Người mẹ: cổ tử cung xoá và mở, đoạn dưới thành lập, thay đồi ở đáy chậu
* Thai nhi được đẩy ra ngoài qua các giai đoạn lọt, xuống, quay, sổ.
* Phần phụ: thành lập đầu ối, rau bong và sổ.
1. **Động lực của cuộc chuyển dạ về phía mẹ**
	1. Cơn co tử cung

Những nghiên cứu về sinh lý và bệnh lý cơn co tử cung đã được nhiều tác giả quan tâm. Thực ra khi chưa chuyển dạ tử cung đã có những cơn co bóp nhẹ nhàng gọi là cơn co Hicks. Đặc điểm của cơn co Hicks là không đau và có áp lực từ 13 - 15 mmHg, Khi chuyển dạ cơn co tử cung tăng dần về cường độ và tần số làm cho sản phụ có cảm giác đau.

* + 1. *Các chỉ số về cơn co tử cung*
* Áp lực cơn co tử cung đuợc tính bằng mmHg hoặc bằng kilo Pascal (lmmHg = 0,133kPa). Đơn vị Montevideo (UM) bằng tích của biên độ cơn co trung bình nhân với tần số cơn co (số cơn co tử cung trong 10 phút).
* Cường độ cơn co tử cung là áp lực buồng tử cung ở thời điểm cao nhất.
* Trương lực cơ bản: là áp lực của buồng tử cung ngoài cơn co. Bình thường trương lực cơ bản của tử cung là 8 - 10 mmHg.
* Hiệu lực cơn co tử cung là hiệu số của cường độ và trương lực cơ bản. Hiệu lực giảm khi cường độ cơn co tử cung giảm hoặc trương lực cơ bản tăng.
* Độ dài của cơn co tử cung được tính bằng giây.
* Khoảng cách giữa hai cơn co tử cung được tính bằng phút.
* Tần số cơn co tử cung là số cơn co tử cung trong 10 phút.
	+ 1. *Các phương pháp nghiên cứu cơn co tử cung:*
* Bằng tay: đặt lòng bàn tay lên thành bụng nơi tương ứng với đáy tử cung và theo dõi độ dài của mỗi cơn co, khoảng cách giữa hai cơn co tử cung . Phương pháp này không đánh giá được chính xác cường độ cơn co tử cung vì phụ thuộc vào chủ quan của người đo. Nhưng do đơn giản, dễ áp dụng nên phương pháp này có thể thực hiện ờ các tuyến y tế.
* Phương pháp ghi ngoài: Đặt một trống Marey ờ đáy tử cung và đo áp lực của cơn co tử cung, đơn vị tính bằng mmHg. Phương pháp này đo được tần số và độ dài các cơn co tử cung nhưng không đo được chính xác áp lực của cơn co tử cung ờ từng phần và áp lực trong buồng ối.
* Phương pháp ghi trong: Đặt một Catheter mảnh và mềm vào buồng ối qua cổ tử cung hoặc qua thành bụng của người mẹ để đo áp lực trong buồng ối . Phương pháp này đo được chính xác áp lực trong buồng ối, trương lục cơ bản của tử cung, tần số và cường độ cơn co tử cung. Nhược điểm của phương pháp này là không xác định áp lực riêng của từng phần tử cung.
* Phương pháp ghi áp lực cơn co ở từng phần của tử cung: đặt các vi bóng (microballons) vào trong cơ tử cung ở các vị trí: sừng tử cung, đáy, thân, đoạn dưới . . ) qua thành bụng để ghi áp lực cơn co ở các vủng khác nhau của tử cung, điểm xuất phát của cơn co tử cung và sự lan truyền của cơn co tử cung
* Phương pháp theo dõi tự động liên tục cơn co tử cung và nhịp tim thai bằng monitoring sản khoa: phương pháp này không những đánh giá chính xác cường độ, tần số cơn co tử cung mà còn biết được ảnh hường của cơn co tử cung đối với nhịp tim thai biểu hiện bằng các DIP được ghi trên giấy.
	+ 1. *Đặc điếm của cơn co tử cung trong chuyển dạ*
* Cơn co tử cung xuất hiện một cách tự nhiên ngoài ý muốn của thai phụ. Do điểm xuất phát của cơn co tử cung nằm ờ các hạch thần kinh trên cơ tử cung.
* Cơn co tử cung gây đau, ngưỡng đau phụ thuộc vào từng thai phụ . Khi áp lực cơn co tử cung đạt tới 25 - 30 mmHg sản phụ bắt đầu cảm thấy đau. Cơn đau xuất hiện sau và mất trước cơn co tử cung. Cơn co tử cung càng mạnh sản phụ càng đau, khi có tình trạng lo lắng, sợ sệt cảm giác đau sẽ tăng lên
* Cơn co tử cung có tính chất chu kỳ và đều đặn, sau một thời gian co bóp là một khoảng thời gian nghỉ rồi lại tiếp tục vào một chu kỳ mới. Cơn co tử cung mau dần lên, khoảng cách giữa các cơn co ngày càng ngắn lại. Khi mới chuyền dạ 15- 20 phút mới có một cơn co tử cung, sau đó khoảng thời gian này ngày càng ngắn lại, đến cuối giai đoạn I cứ 1-2 phút có một cơn co tử cung.
* Cơn co tử cung dài dần ra, khi bắt đầu chuyển dạ mỗi cơn co tử cung chỉ kéo dài 15- 20 giây, sau đạt tới 30 - 40 giây ở cuối giai đoạn I
* Cường độ cơn co tử cung cũng tăng dần, khi mới bắt đầu chuyển dạ áp lực cơn co tử cung 30 - 35 mmHg (120UM), sau đó tăng dần lên đến 50 - 55 mmHg ở cuối giai đoạn I và trong giai đoạn sổ thai cường độ cơn co tử cung có thể lên đến 60 - 70 mmHg (250UM).
* Cơn co tử cung có tính chất 3 giảm: áp lực cơn co tử cung cao nhất ở vùng đáy tử cung rồi giảm dần xuống dưới và đến lỗ ngoài cổ tử cung thì áp lực bằng không. Thời gian của cơn co tử cung cũng giảm dần từ trên xuống d­ưới , ở thân tử cung co bóp dài hơn đoạn dưới, còn ờ đoạn dưới thì thời gian co bóp dài hơn ở cổ tử cung
* Sự lan truyền cơn co tử cung cũng theo huớng từ trên xuống dưới. Cơn co xuất phát từ sừng bên phải lan ra đáy tử cung rồi đi xuống thân, đoạn dưới và cổ tử cung , Tốc độ lan truyền của cơn co tử cung từ 1 - 2 cm/giây.
* Số lượng cơn co tử cung trong một cuộc chuyển dạ đẻ thay đồi từ 70 - 180, nó phụ thuộc vào số lần đẻ, đẻ dễ hay đẻ khó, chất lượng cơ từ cung...

mm Hg



* + 1. *Tác dụng cùa cơn co từ cung trong chuyên dạ*
* Giúp cho đoạn dưới thành lập và cổ tử cung xoá và mờ
* Làm cho đầu ối được thành lập
* Giúp cho ngôi thai bình chỉnh.
* Đẩy thai nhi ra khỏi đuờng sinh dục người mẹ qua các giai đoạn: lọt, xuống, quay, sổ.
	+ 1. *Các yếu tố ảnh hưởng đến cơn co tử cung*
* Yếu tố vật lý:

+ Các kích thích tử cung qua thành bụng hoặc nong cổ tử cung làm cho tử cung tăng co bóp

+ Tư thế nằm ngửa tử cung co bóp nhiều hơn tư thế nằm nghiêng.

* Yếu tố hoá học:

+ Các thuốc làm tăng co bóp tử cung: oxytocine, ecgotamin, spactein..

+ Các thuốc làm giảm co bóp tử cung: papaverin, spasmalverin, dolosal . atropin...

* Yếu tố tâm lý: trong cuộc chuyển dạ người phụ nữ được chuẩn bị kỹ về yếu tố tâm lý, tránh lo lắng sợ sệt thì cơn co tử cung thường điều hoà và ít đau hơn
	1. Cơn co thành bụng

Trong giai đoạn II của chuyển dạ, khi ngôi thai đã lọt trong tiểu khung và đè lên cơ nâng hậu môn thai phụ sẽ có cảm giác mót rặn và rặn phối hợp với cơn co tử cung làm cho áp lực buồng tử cung tăng tới 120 - 150 mmHg có tác dụng đẩy thai nhi ra ngoài. Vì cơ thành bụng là cơ vân nên thai phụ có thể điều khiển được sự co bóp của thành bụng dưới sự điều khiển cùa người thầy thuốc. Do vậy việc hướng dẫn sản phụ rặn đè đúng cách rất có giá trị giúp thời kỳ sổ thai nhanh hơn.

1. **Theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyền dạ**

Biểu đồ chuyển dạ là một bảng ghi lại các diễn biến cùa một cuộc chuyền dạ theo thời gian bằng các ký hiệu đã được quy định.

Biểu đồ chuyển dạ là một phương tiện rất quan trọng để theo dõi sự diễn biến cùa cuộc chuyển dạ . Nó được xem như hệ thống báo động sớm giúp cho người thầy thuốc biết khi nào cần can thiệp và kết thúc cuộc chuyền dạ đúng lúc. Đối với tuyến y tế cơ sở, nó giúp ta biết khi nào cần chuyển tuyến. Nhờ đó, nó giúp hạ thấp rõ rệt những tai biến cho bà mẹ và thai nhi.

Những trường hợp không ghi biểu đồ chuyển dạ:

* Chảy máu trước đẻ
* Tiền sản giật nặng - sản giật
* Thai suy
* vết mổ cũ
* Thiếu máu
* Đa thai
* Ngôi bất thường
* Chuyền dạ đẻ cực non
* Chuyển dạ tắc nghẽn rõ

Biểu đồ chuyển dạ có thể sử dụng cho tất cả những trường hợp ngôi đầu chuyển dạ trong bệnh viện . Đối với tuyến y tế cơ sở biểu đồ chuyển dạ chỉ áp dụng cho những trường hợp không có nguy cơ cao, và tiên lượng có thể sinh thường bằng đường âm đạo. Đối với những trường hợp có nguy cơ cao phải chuyển ngay đến bệnh viện.

Nội dung của biểu đồ chuyển dạ gồm 3 thành phần chính: tình trạng thai, diễn tiến chuyển dạ và tình trạng mẹ.

- Những ghi nhận về tình trạng thai: Được đặt ngay trên đồ thị mở cổ tử cung, bao gồm:

+ Nhịp tim thai: Phần ghi nhận tim thai có hai đường kẻ đậm ờ 120 lẩn/phút - 160 lần/phút để chi rõ giới hạn bình thường của tim thai trong khoảng này. Theo dõi nhịp tim thai là cách theo dõi an toàn và đáng tin cậy đối với tình trạng thai nhi.

+ Tình trạng màng ối, nước ối: Ghi nhận tình trạng màng ối còn hay đã vỡ, nếu ối đã vờ thì màu sắc nước ối như thế nào.

+ Tình trạng xương sọ: nói lên sự uốn khuôn của đầu thai nhi trong tiểu khung người mẹ.

- Những ghi nhận về diễn tiến của chuyển dạ:

+ Đồ thị cổ tử cung, gồm hai phần:

Pha tiềm tàng: Từ khi bắt đầu chuyển dạ đến khi cổ tử cung mở 3 cm, kéo dài từ 0 - 8 giờ. Đường ngang ở pha này được kẻ đậm.

Pha tích cực: Bắt đầu khi cồ tử cung mở 3 cm đến khi mở hết. Có hai đường chéo được vẽ đậm trong pha này: đó là đường báo động đi từ 8 giờ - 15 giờ (tương ứng độ mở cổ tử cung 3 - 10cm), biểu diễn tốc độ mở cổ tử cung tối thiểu là lcm/giờ và đuờng hành động được vẽ bẽn phải song song đường báo động 4 giờ. Nếu đồ thị mở cổ từ cung chạm đến hoặc vượt quá đường báo động là có chuyển dạ bất thường.

+ Độ lọt: Được vẽ trên cùng phần đồ thị mở cổ tử cung, đường biểu diễn bình thường đi xuống dần.

+ Độ lọt được đánh giá bằng nắn đầu thai nhi qua thành bụng .

+ Theo thời gian, đồ thị mở cổ tử cung sẽ là một đường đi dần lên. Cuộc chuyển dạ tiến triển tốt, cổ tử cung phải mở tương xứng với độ lọt của đầu thai nhi.

+ Cơn co tử cung: Cơn co phải được ghi nhận về cường độ, tần số và thời gian co.

* Những ghi nhận về tình trạng mẹ, bao gồm:

+ Mạch, huyết áp, nhiệt độ cơ thể.

+ Phân tích nước tiểu về thể tích, protein, aceton.

+ Thuốc và dịch truyền: Được ghi lại phần dưới phần ghi cơn co tử cung. Phần này cho phép thầy thuốc theo dõi được các thuốc và dịch truyền đã sử dụng trong chuyển dạ.

* Chế độ dùng Oxytocin được ghi lại để theo dõi sự tiến triển của chuyển dạ

**BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Họ vè tín: | Số lân mang tá | SỐ Ổn linh: | Sđnhậpvộn |
| Ngay nhập v\*n. | Thởi gian nhập v\*n | Măng Ổi đà vờ |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Nh**ịp £** *ỊỊỊỊ* tim i « thai " ta

ĐộNSÍ khop 1111111111111111111111111111111111~~1~~11111111111^



Thái gian



ri**1**11**111II1**1lỉ111**1I**I**11II**H-**I**Iir**i**TniTTĩTrm



Thán nhiệt (độ C)



Hình 7.2: Biêu đồ chuyển dạ

1. Chăm sóc
	1. Nhận định chăm sóc
* Nhận định qua hỏi bệnh:
* Quá trình thai nghén lần này.
* Tiền sử: sản khoa, phụ khoa, bệnh tật.
* Sản phụ có thấy đau bụng từng cơn. Mỗi cơn đau kéo dài bao lâu. Khoảng cách giữa các cơn đau
* Có ra máu,dịch âm đạo hay không.
* Cử động của thai nhi
* Mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt, nhìn mờ...
* Hiện tượng đau đầu.
* Nhận định qua thăm khám:
* Khám toàn thân

+ Đánh giả tỉnh trạng da, niêm mạc, dấu hiệu phù

+ Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

+ Cân nặng.

* Khám thực thể:

+ Đo chiều cao tử cung, vòng bụng, nghe tim thai.

+ Sờ nắn xác định ngôi thai.

+ Nhận định về thời gian chuyển dạ: . Xác định thời gian chuyền dạ ở từng giai đoạn.

+ Nhận định về tiến triển của các dấu hiệu chuyển dạ: có 2 loại

+ Dấu hiệu thuộc về động lực: Cơn co từ cung và sức rặn của thai phụ. (cơn co từ cung có tác dụng làm xoá, mờ cổ tử cung, đẻ thai, đẻ rau và cầm máu sau đẻ)

+ Những dấu hiệu thuộc về hiện tượng thụ động: sự xoá, mở cổ tử cung, sự thành lập đầu ối, hiện tượng uốn khuôn của ngôi thai, hiện tượng lọt xuống cùa ngôi thai, giãn khớp chậu, sự giãn nở của âm đạo, tầng sinh môn và âm hộ

* Nhận định các vấn đề khác:
* Nhận định về tinh thần: Xem thai phụ có lo lắng về cuộc chuyển dạ sắp tới.
* Chế độ ăn uống của thai phụ.
* Chế độ vệ sinh: Xem có nhầy hồng, hoặc ra nước ối hoặc ra máu...
* Chế độ vận động của thai phụ
* Sự hiểu biết của thai phụ về các giai đoạn của chuyển dạ.
* Nhận định các kết quà xét nghiệm: Công thức máu, nước tiểu....
	1. ***Chẩn đoán chăm sóc***
		1. Chẩn đoán chăm sóc 1: Thai phụ lo lắng liên quan đến chưa hiểu các bước tiến triển của chuyển dạ
* *Kết quả mong đợi:* Giảm lo lắng cho thai phụ
* *Can thiệp điều dưỡng.*
* Động viên để thai phụ yên tâm tin tưởng.
* Giải thích cho thai phụ biết các giai đoạn chuyển dạ.
* Hướng dẫn thai phụ hợp tác tốt với người đỡ đẻ: lúc nào cần nghỉ ngơi, lúc nào cần hít thở sâu, không nên kêu ca gây mất sức khi đẻ, lúc nào cần cố gắng dặn đẻ
* Thông báo cho thai phụ và gia đình về tình trạng hiện tại.
	+ 1. Chẩn đoán chăm sóc 2: Thai phụ mệt mỏi liên quan đến cuộc chuyển dạ kéo dài
* *Kết quả mong đợi:* Giảm mệt mỏi cho thai phụ
* *Can thiệp điều dưỡng'.*
* Động viên, giải thích cho thai phụ cần ăn, uống đề có đủ năng lượng cho cuộc chuyển dạ
* Chế độ ăn: Cho thai phụ ăn những thức ăn lòng dễ nuốt không phải nhai nhiều và cung cấp năng lượng tức thì cho thực hiện một cuộc đẻ.
* Chế độ uống không hạn chế, cung cấp nước có nhiều năng lượng như nước đường, sữa
* Chú *ý* khi cho ăn hoặc uống cần phải nắm được tiến triển của chuyển dạ vì khi cuộc chuyển dạ tiến triển xấu đi, có khả năng phải mổ thi không được ăn, uống vì khi gây mê nếu trong dạ dày có nhiều thức ăn dễ gây phản xạ trào ngược
	+ 1. Chẩn đoán chăm sóc 3: Nguy cơ nhiễm khuẩn liên quan đến rì ối, ối vỡ
* *Kết quả mong đợi:* Phòng nhiễm khuẩn cho thai phụ
* *Can thiệp điểu dưỡng:*
* Khi mới bẳt đầu có dấu hiệu chuyển dạ thì bảo thai phụ nên tắm nhanh bằng nước ấm.
* Nếu ối đã vỡ, hướng dẫn thai phụ đóng khố, vệ sinh sạch sẽ sau khi tiểu tiện, đại tiện
* Khi thăm khám trong bao giờ cũng phải làm vệ sinh vùng sinh dục ngoài có thể vệ sinh bằng cồn iode hoặc bằng nước chín.
	+ 1. Chẩn đoán chăm sóc 4: Nguy cơ cuộc chuyển dạ diễn ra bất thường.
* *Kết quả mong đợi:* Hạn chế và phát hiện sớm những diễn biến bất thường cả cuộc chuyển dạ
* *Can thiệp điểu dưỡng:*

*-* Chuẩn bị phương tiện dụng cụ theo dõi các dấu hiệu trong chuyển dạ

+ Phòng cho thai phụ nằm chờ theo dõi chuyển dạ phải liền phòng đẻ.

+ Giường cho thai phụ nằm chờ trải chiếu hay đệm bao giờ cũng được lót nylon vùng mông đề chống ối thấm ra đệm.

+ Cân, thước đo chiều cao.

+ Thước dây đo chiều cao và vòng bụng.

+ Bảng tính tuổi thai.

+ Ống nghe tim phổi, ống nghe tim thai hoặc máy nghe tim thai, huyết áp kế.

+ Thước compa Beaudelocque để đo khung chậu xương.

+ Bộ làm vệ sinh vùng sinh dục ngoài gồm: ấm hay bốc đựng nước chín.

+ Kẹp dài kẹp bông và bông không thấm nước để rửa.

+ Cồn iod 1% để sát trùng vùng sinh dục ngoài trước khi khám trong.

+ Dầư paraíìn vô trùng để làm trơn dụng cụ khám trong.

+ Găng tay vô trùng.

+ Hồ sơ bệnh án sản khoa và các loại giấy xét nghiệm.

+ về mùa đông nên có lò sười, về mùa hè nên có qưạt trong phòng chờ đẻ.

* Chuẩn bị thưốc để sử dụng khi cần thiết trong chưyển dạ

+ Bỉnh oxy, sonde thờ oxy.

+ Dưng dịch glưcoza 5%, 10%o

+ Papaverin sưnfat 0,04g loại ống hay viên.

+ Oxytocin 5 đơn vị/ml.

+ Nospa 40cng ống để tiêm giảm co khi cần.

* Thực hiện kế hoạch theo dõi sát dấu hiệu chuyển dạ.

+ Lấy chỉ số sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

+ Đánh giá sự tiến triển của cơn co tử cưng (có thể đánh giá bằng tay hoặc bằng máy).

+ Đánh giá sự xoá mở của cổ tử cưng. Sau khoảng 4 giờ khám lại mà không thấy có sự thay đổi ở cổ tử cung thì phải tìm nguyên nhân để điều chinh .

+ Đánh giá tình trạng ối: xem ối còn hay đã vỡ. Nếu ối còn phải đánh giá tình trạng của đầu ối. Nếu ối đã vỡ phải đánh giá tình trạng nuớc ối. Nếu nước ối xanh lẫn phân xu chứng tỏ có biểu hiện của suy thai, nếu ối đã vỡ > 6 giờ thì có nguy cơ nhiễm khuẩn ối lúc này ta phải báo bác sỹ ngay để có hướng giải quyết kịp thời.

+ Đánh giá sự tiến triển cùa ngôi thai: bằng sờ nắn ngoài thành bụng kết hợp với thăm âm đạo. Sự tiến triển của ngôi thai trải qua 4 giai đoạn: cao lỏng, chúc, chặt, lọt . Nếu khi cổ tử cung mở hết ngôi không lọt thì phải báo cáo bác sỹ và chuẩn bị mổ lấy thai.

+ Đánh giá tim thai bằng ống nghe sản khoa hoặc máy Monitoring sản khoa. Bình thường tim thai có tần số từ 120 lần/ phút đến 160 1ần/phút, nếu >160 lần/phút hoặc < 100 lần/ phút là có biểu hiện của suy thai lúc này phải tiến hành hồi sức tim thai ngay bằng cho thai phụ thở oxy 6 lít/ phút và cho nằm nghiêng trái. Sau đó báo bác sỹ ngay để kịp thời xừ tàí.

* 1. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra.

* 1. Đánh giá chăm sóc

*Thai phụ khi chuyển dạ được đánh giá là chăm sóc tốt khi:*

* Thai phụ yên tâm và giảm lo lắng.
* Giảm mệt mỏi, ăn uống đảm bảo
* Thai phụ vệ sinh đảm bảo, không có biểu hiện của nhiễm khuần.

Tiến triển của cuộc chuyển dạ diễn ra bỉnh thường

Bài 4

CHĂM SÓC THAI PHỤ TRƯỚC MỔ LẤY THAI

Mục tiêu

*Sau khi học xong bài sinh viên có khá năng:*

1. Trình bày được các trường hợp chỉ định mổ lấy thai.
2. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chàm sóc, kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá chăm sóc vào chăm sóc thai phụ trước mồ lấy thai.
3. Nhận thức được tầm quan trọng trong chăm sóc về tinh thần cho thai phụ trước cuộc mổ.

Nội dung

1. Mở đầu

Chăm sóc thai phụ trước mổ lấy thai là một công tác rất quan trọng, giúp phần nào cho sự thành công của mổ, làm giảm những nguy cơ có thể xảy ra trong khi gây mê, trong và sau khi mổ lấy thai. Chuẩn bị và chăm sóc thai phụ trước mổ là chuẩn bị chăm sóc cả về thể chất, tinh thần cho người mẹ, và đón đứa con ra đời. Vì vậy, người điều dưỡng phải có đầy đủ kiến thức, kĩ năng, thái độ và cách chăm sóc thi cuộc mổ sẽ đạt được kết quả tốt.

1. Các trường họp chỉ định mổ lấy thai

Có nhiều cách xếp loại:

- Theo Maginin xếp loại theo chỉ định mổ 1ấy thai:

+ Tuyệt đối về phía mẹ và con

+ Tương đối về phía mẹ và con

* Theo Cheynier:

+ Biết trước: mỗ cũ, khung xương chậu hẹp,..

+ Chuyển dạ: Rau tiền đạo, rau bong non, thai suy,...

* Nhưng hợp lý hơn cả người ta chỉ định mổ lấy thai về phía mẹ, thai nhi và phần phụ của thai
1. về phía mẹ
* Khung xương chậu hẹp toàn diện đường kính nhô hậu vệ < 8,5cm, khung xương chậu méo hoặc hình phễu.
* Khối u tiền đạo, u xơ tử cung ở eo, u nang buồng trứng, u mạc treo, u thận
* Mac bệnh toàn thân nặng: bệnh tim, thận, gan, tăng huyết áp.
* Mắc bệnh nội tiết: tiểu đường, Basedow,
* Tiền sản giật nặng, sản giật điều trị nội khoa thất bại.
* Nguyên nhân tại tử cung:

+ Sẹo mổ cũ tại tử cung: sẹo dính, sẹo mới dưới 24 tháng.

+ Sẹo mổ thân tử cung

+ Rối loạn cơn co tử cung: không điều chỉnh được như cơn co tử cung cường tính, đẻ chỉ huy thất bại.

+ Dọa vỡ tử cung không đù điều kiện Foocceps .

+ Từ cung dị dạng: tử cung đôi, tử cung hai sừng.

* Nguyên nhân do cổ tử cung:

+ Sẹo cổ tử cung, ung thư cổ tử cung .

+ Cổ tử cung không mở, không tiến triển .

+ Sau mổ Manchester, mổ khoét chóp cổ tử cung

* Nguyên nhân do âm đạo, âm hộ:

+ Âm đạo hẹp bẩm sinh, sẹo sau phẫu thuật sa sinh dục, dò bàng quang âm đạo, dò trực tràng âm đạo, ung thư âm hộ

* Con so lớn tuổi > 35 tuổi, hiếm muộn con
1. *về phía thai*
* Ngôi thai bất thường: ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi mặt cằm sau, ngôi ngược thai to, ngôi ngang
* Thai to > 3500g, bất tương xứng giữa thai nhi với khung xương chậu.
* Thai bất thường: hai thai dính vào nhau, thai đôi mắc nhau, não ửng thủy.
* Thai suy không đủ điều kiện đẻ đường dưới.
* Thai già tháng, test Oxytocin thất bại.
1. về phía phần phụ của thai
* Rau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm chảy máu nhiều.
* Rau bong non, phong huyết tử cung rau.
* Sa dây rau: trước ngôi hoặc bên ngôi nhưng thai còn sống
1. Các chi định mổ lấy thai mới
* Các yếu tố tâm lý
* Các yếu tố xã hội
* Đẻ theo kế hoạch
1. Chăm sóc thai phụ trước mồ lấy thai
	1. Nhận định chăm sóc

*-* Nhận định qua hỏi bệnh:

+ về tinh thần, tâm lý của thai phụ trước khi mồ lấy thai.

+ Chế độ ăn uống để tạo điều kiện thuận lợi trong khi gây mê và mổ, để tránh những tai biến có thể xảy ra gây nguy hiểm cho thai phụ

+ về nguyên nhân, hoàn cảnh mà thai phụ phải chịu đựng để mồ lấy thai

+ Vệ sinh thân thể, đặc biệt là vùng mổ để tránh nhiễm trùng vùng mổ.

* Nhận định qua thăm khám: Toàn trạng của thai phụ: màu sắc da, niêm mạc, dấu hiệu sống
* Tham khảo các kết quả xét nghiệm, hồ sơ bệnh án

- Hoàn chỉnh các yêu cầu xét nghiệm theo y lệnh, thực hiện y lệnh và hoàn thành thủ tục hành chính trước mổ

* 1. ***Chẩn đoán chăm sóc***
		1. Chẩn đoán chăm sóc 1:Thai phụ lo lắng liên quan đến phải mổ lấy thai
* Kết qủa mong đợi: Giảm lo lắng cho thai phụ
* Can thiệp điều dưỡng:
* Giảm lo lắng cho thai phụ khi phải mổ lấy thai: Giải thích cho thai phụ hiểu việc mổ lấy thai là để cứu con, hoặc để cứu cả mẹ và con hoặc chỉ để cứu mẹ.
* Giải thích dựa trên cơ sở chỉ định của bác sĩ để thai phụ và gia đình thai phụ hiểu.
* Động viên, trấn an thai phụ,
	+ 1. Chẩn đoán chăm sóc 2: Thai phụ có chỉ định mổ lấy thai
* *Kết qủa mong đợi:* Chuẩn bị thai phụ trước mổ
* *Can thiệp điểu dưỡng:*
* Phòng nguy cơ trào ngược thức ăn vào đường hô hấp khi gây mê: Kiểm tra xem thai phụ đã nhịn ăn trước khi mổ hay chưa, nếu thai phụ đã ăn phải báo cáo cho bác sĩ gây mê biết đề hút dịch dạ dày trước khi mổ để tránh tai biến trào ngược thức ăn vào đường hô hấp. Trào ngược là một tai biến trong khi gây mê cực kì nguy hiểm, nhưng có thể tránh được khi dạ dày rỗng.
* Thụt tháo phân, làm vệ sinh vủng mổ, chú *ý* vủng bụng dưới rốn, làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng và nước chín, sau đó sát trủng bằng cồn iod 1%, cạo lông nếu chưa cạo. Phủ ga sạch đề che người cho thai phụ.
* Quan sát màu sắc da, niêm mạc, lấy mạch, đo huyết áp, đo nhiệt độ, đếm nhịp thờ, cân thai phụ và ghi vào phiếu theo dõi theo đúng quy định của chuyên môn . Khi lấy các thông số trên nếu thấy có bất thường phải báo cáo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.
* Đánh giá cơn co tử cung, độ lọt của ngôi thai, nghe tim thai và xem có ra máu âm đạo không rồi ghi vào hồ sơ bệnh án
* Lấy các bệnh phẩm để làm xét nghiệm khi có chi định như máu, nước tiểu, hoặc đưa thai phụ đi làm siêu âm, khi có kết quả phải báo cáo ngay cho bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê, trước khi tiến hành gây mê để mổ
* Đưa giấy cam đoan mổ cho thai phụ hoặc người nhà thai phụ đọc và kí. Nhắc thai phụ đưa cho người nhà tiền và tư trang trước khi mồ, nếu không có người nhà phải lập biên bản cất giữ đúng quy định của bệnh viện.
* Thu nhập hồ sơ giấy tờ, bệnh án: sắp xếp lại các giấy tờ, dán theo đúng thứ tự quy định của bệnh viện, kiểm tra xem các loại xét nghiệm đã đủ chưa, nếu thiếu phải báo để có bác sĩ để có kế hoạch bổ sung kịp thời. Đặc biệt kết quả xét nghiệm nhóm máu, hoặc chuẩn bị sẵn máu tươi để khi cần thiết để chuyền máu là có ngay.
* Thực hiện y lệnh tiêm thuốc trước mổ.
* Báo phòng mổ và đưa thai phụ đi mổ: cho thai phụ nằm trên giường có bánh xe hoặc cáng, vận chuyển thai phụ nhẹ nhàng đến phòng mổ, khi đưa thai phụ lên phòng mồ phải bàn giao kĩ càng hồ sơ bệnh án về tình trạng thai phụ, tình trạng thai cho nhân viên phòng mổ.
* Chuẩn bị đón trẻ sơ sinh như một cuộc đẻ thường, nếu mổ vì thai suy phải mời bác sĩ sơ sinh chờ sẵn để hồi sức sơ sinh và đồng thời chuẩn bị sẵn dụng cụ phương tiện hồi sức sơ sinh.
	1. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra.

* 1. Đánh giá kết quả chăm sóc

*Thai phụ trước mổ được đánh giá chăm sóc tổi khi:*

* Thai phụ hết lo lắng.

Các thù tục truớc mổ chuẩn bị đầy đủ.

Bài 5

CHĂM SÓC SẢN PHỤ THỜI KỲ HẬU SẢN

Mục tiêu

*Sau khi học xong bài sinh viên có khà năng:*

1. Trình bày được những thay đổi giải phẫu và sinh lý cùa cơ quan sinh dục trong thời kỳ hậu sản.
2. Trình bày được các hiện tượng lâm sàng trong thời kỳ hậu sản.
3. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc, kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá chăm sóc vào chăm sóc sán phụ trong thời kỳ hậu sản.
4. Nhận thức đuợc tầm quan trọng trong chăm sóc sản phụ trong thời kỳ hậu sản.

Nội dung

1. Mở đầu

Người phụ nữ khi mang thai, chuyển dạ và sinh con gặp rất nhiều khó khăn. Mặc dù chúng ta biết sinh nở là một quá trình sinh lý bình thường cùa người phụ nữ nhưng cũng không thề tránh khòi những tai biến về sản khoa nếu như không được theo dõi, chăm sóc cẩn thận, tỉ mỉ sau khi sinh. Quan trọng hơn nữa là việc chăm sóc sản phụ trong thời kỳ hậu sản. Vì thời kỳ hậu sản là thời kỳ người phụ nữ có rất nhiều thay đổi về giải phẫu và sinh lý, là thời kỳ cơ thể người phụ nữ dễ bị tổn thương nhất và nó ảnh hưởng trực tiếp đến quá trình phục hồi sức khỏe cùa mẹ và việc chăm sóc cho sự phát triển của con sau này.

Thời kỳ hậu sản là khoảng thời gian 6 tuần lễ sau sinh . Trong khoảng thời gian này, các cơ quan trong cơ thể nguời mẹ nhất là những cơ quan sinh dục sẽ dần dần trở về trạng thái bình thuờng như trước khi có thai, trừ tuyến vú vẫn tiếp tục phát triển để tiết ra sữa . Thời kỳ hậu sản được đánh dấu bằng những hiện tượng chính là sự co hồi tử cung, sản dịch, xuống sữa và tiết sữa, kèm theo những thay đồi tổng quát khác.

1. Những thay đổi giải phẫu và sinh lý
	1. Thay đổi ở tử cung
		1. *Thay đối ở thân tử cung*

Thân tử cung có nhiều thay đồi nhất. Ngay sau sổ rau tử cung co nhò, rắn chẳc tạo thành khối an toàn, trọng lượng khoảng 1000g, cao trên vệ 13 cm . Sau đó cứ mỗi ngày co được lcm, trong 1 - 2 ngày đầu tử cung co nhanh hơn (2cm/ ngày), trọng lượng cũng giảm đi, hết tuần đầu tử cung nặng khoảng 500g, sau 3 tuần tử cung nấp sau khớp vệ và nặng 50 - 70g. Trên lâm sàng ta nhận thấy ba hiện tượng;;

* Sự co cứng: Sau sổ rau tử cung co cứng thành một khối gọi là khối cầu an toàn . Khối cầu an toàn tồn tại vài giờ sau đẻ. Sự cứng hoàn toàn của tử cung nhằm thực hiện sự tắc mạch sinh lý.
* Sự co bóp: Trong những ngày đầu sau đẻ, tử cung có những co bóp để tống sản dịch ra ngoài. Vì vậy sản phụ thỉnh thoảng có những cơn đau tử cung và sau mỗi cơn đau có ít máu cục và sản dịch chảy ra ngoài qua đường âm đạo.
* Sự co hồi: Ngay sau đẻ đáy tử cung cao trên vệ 13cm . Trung bình cứ mỗi ngày co đuợc lcm, riêng ngày đầu từ cung co nhanh hơn khoảng 2cm và đến ngày thứ 12-13 không sờ thấy từ cung trên khớp vệ.
	+ 1. *Thay đổi ờ lớp cơ tử cung*

Sau đẻ cơ tử cung dày khoảng 3 - 4cm, thành trước và thành sau-co chặt lại để cẩm máu. Sau đó lớp cơ mỏng dần do các sợi cơ nhỏ đi và ngắn lại, một số sợi cơ thoái hóa mỡ và tiêu đi, tử cung dần nhò lại. Mạch máu cũng co lại do sự co hồi của lớp cơ đan*Thay đổi ờ đoạn dưới và cổ từ cung*

Sau đẻ đoạn dưới tử cung gấp lại như một đàn xếp, dần dần ngắn lại, sau 5-8 ngày trờ về thành eo từ cung làm lỗ trong của cồ tủ cung đóng lại . Lỗ ngoài của cổ từ cung đóng muộn hơn khoảng 12-13 ngày sau đẻ.

1. *Thay đôi ớ niêm mạc từ cung*

Sau đẻ để trờ lại bình thường niêm mạc tử cung phải trài qua 2 giai đoạn:

* Giai đoạn thoái triển: Xảy ra trong 14 ngày đầu sau đẻ lớp bề mặt các ống tuyến, sản bào bị hoại từ đào thải để lại lớp đáy là nguồn gốc của niêm mạc tử cung mới.
* Giai đoạn phát triền: Dưới sự ảnh hường của estrogen và progesterone niêm mạc tử cung tái tạo và phát triển hoàn toàn sau đẻ 6 tuần để thực hiện kỳ kinh nguyệt đầu tiên nếu như không cho con bú
1. Thay đổi ở phúc mạc và thành bụng
* Tử cung co lại phúc mạc cũng co theo, tuy nhiên ngày đầu phúc mạc co chậm nên bề mặt tử cung nhăn nheo, những ngày sau nếp nhăn mất đi vì phúc mạc teo đi.
* Thành bụng cũng co dần lại, các vết rạn còn tồn tại. Cân cơ cũng co lại nhưng nhão hơn so với khi không có thai, đặc biệt ờ những người đẻ nhiều lần, đẻ thai to, đa ối, đa thai...
1. Thay đỗi ở phần phụ, âm hộ, âm đạo

Các cơ quan trên cũng dần trờ lại như trước khi có thai, riêng màng trinh sau đẻ bị rách chi còn di tích của ria màng trinh.

1. *Thay đổi ở vú*

Vú được chuẩn bị bởi các nội tiết estrogen và progesterone và prolactin trong khi có thai, nhưng do prolactin bị ức chế tiết sữa . Tuy nhiên, sữa non được sản xuất từ tháng 4 trờ đi, nhưng với lượng rất ít . Ngay sau đẻ, prolactin được thoát ức chế và kích thích tiết sữa . Vú sau đẻ to nhanh căng lên và rắn chăc, núm vú dài ra . Các tuyên sữa phát triển to lên nan thấy rõ ràng, có khi lan tới tận nách. Sự chế tiết xảy ra 2 - 3 ngày sau đẻ ờ người con so, đối với con rạ sự tiết sữa sớm hơn . Cho con bú làm cạn bầu sữa và kích thích tuyến yên tiết oxytocin giúp duy trì sự tiết sữa

1. Thay đổi ở hệ tiết niệu

Thành và niêm mạc bàng quang có hiện tượng xung huyết sau đẻ. Hơn nữa, bàng quang có hiện tuợng tăng dung tích và mất nhạy cảm tương đối với áp lực của nước tiểu trong bàng quang, Vì vậy, cần phải theo dõi hiện tượng bí tiểu, hoặc tiểu són sau đẻ. Bể thận và niệu quản bị giãn sẽ trờ về bình thường sau đẻ từ 2 - 8 tuần

1. Những hiện tượng lâm sàng của thời kỳ hậu sản
	1. Sự co hồi từ cung
* Ngay sau khi đẻ đáy tử cung cao trên khớp vệ 13cm, ở dưới rốn, trung bình mỗi ngày tử cung co hồi được lcm, riêng ngày đầu tử cung co nhanh hơn có thể đuợc 2 - 3cm và đến ngày thứ 12-13 sau đẻ không sờ thấy tử cung trên khớp vệ nữa . Vì trong từ cung vẫn còn máu cục, sản dịch nên thỉnh thoảng tử cung có những cơn co bóp mạnh để tống máu cục và sàn dịch ra ngoài gây ra những cơn đau gọi là đau tử cung.
* Sự co hồi phụ thuộc vào: Đẻ con so tử cung co hồi nhanh hơn con rạ, ở người đẻ thường tử cung co hồi nhanh hơn người mổ lấy thai, người cho con bú tử cung co hồi nhanh hơn người không cho con bú, tử cung không nhiễm khuẩn co hồi nhanh hơn tử cung bị nhiễm khuẩn. Ngoài ra còn bị ảnh hưởng bời bàng quang căng và sự vận động của sản phụ.
	1. Sản dịch

Sản dịch là chất dịch chảy ra qua đường âm đạo sau đẻ.

* Thành phần của sản dịch: Máu cục, máu loãng, ngoại sản mạc, các sản bào biểu mô tử cung.
* Màu sắc của sản dịch: Ba ngày đầu sản dịch có màu đỏ sẫm như nước bã trầu, tử ngày thứ 4 đến ngày thứ 8 màu sản dịch hồng nhạt (lờ lờ máu cá). Ngày thứ 9-15 sản dịch màu trong, vi chi còn niêm dịch (thanh dịch).
* Bình thường sản dịch có mùi tanh nồng, vô khuẩn, pH kiềm. Ra đến âm đạo sản dịch mất tính chất vô khuẩn, nếu nhiễm khuẩn sản dịch có mùi hôi , pH trở thành axit.
* Khối lượng sản dịch trung bình 1500g cho cả thời kỳ hậu sản, trong 2 ngày đầu ra nhiều nhất rồi giảm hết sau khoảng 15 ngày.
* Sản dịch ở người con so, người cho con bú hết sớm hơn so với người không cho con bú, ở người mổ lấy thai hết sớm hơn đẻ thường.
	1. Sự xuống sữa

Trong khi có thai vú đã có ít sữa non. Sau đẻ 2 - 3 ngày vú căng to và tiết sữa, sản phụ có thể thấy tức 2 vú và sốt nhẹ (37,5 - 38nC), sau khi cho con bú vú hết căng và hết khó chịu, ở người con rạ tiết sữa sớm hơn con so, những ngày đầu tiết sữa non sau đó là sữa mẹ thực sự đặc và ngon hơn.

* 1. Các hiện tượng khác
* Tinh thần: Thay đổi tâm sinh lý, dễ có trầm cảm sau đẻ.
* Cơn rét run sau đè; Sản phụ có cơn rét run sau đè nhưng chi thoáng qua , mạch, huyết áp bình thường.
* Bí tiểu: Do liệt bàng quang cơ năng vì lúc chuyển dạ ngôi thai đè vào bàng quang.
* Sút cân: Trọng lượng cơ thể mẹ giảm sút từ 3 - 5kg do sự bài tiết mồ hôi , nước tiểu, sản dịch trong 10 ngày đầu.

Các dấu hiệu trên sẽ trở lại bình thường sau đẻ từ 2 - 7 ngày.

1. Chăm sóc sản phụ thời kỳ hậu sản
	1. Chăm sóc sản phụ trong 24 giờ đầu sau đẻ
		1. *Nhận định chăm sóc*

\* Nhận định qua hỏi bệnh

* Quá trình bệnh lý
* Tiền sừ
* Hỏi các triệu chứng cơ năng hiện tại:

+ Sản phụ có các dấu hiệu mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt.

+ Sản phụ có đau bụng từng cơn, sau mỗi cơn đau có sản dịch chảy ra qua đường âm đạo.

+ Sản phụ có đau vết khâu tầng sinh môn, mô tả tính chất đau .

+ Tình trạng tiểu tiện: tiểu buốt, tiểu rắt, bí tiểu.

* Nhận định toàn thân
* Ý thức: Tỉnh, lơ mơ...
* Da, niêm mạc của sản phụ
* Đo các dấu hiệu sinh tồn sau đẻ có thể phát hiện các tai biến

+ Shock (choáng) do mất máu, do đau, gắng súc trong quá trình đẻ .

+ Chảy máu do đờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục khi đẻ

* Hạch ngoại vi, tuyến giáp
* Phù, xuất huyết
* Nhận định thực thể
* Sự tiết sữa

+ Nhìn: Núm vú có bị tụt, nứt kẽ, chảy dịch, chảy mủ.

+ Sờ: bầu vú căng hay mềm

+ Nan: xem có sữa chảy ra, sữa non hay sữa thực sự

* Sự co hồi tử cung

+ Nhìn: Có khối cầu an toàn

+ Sờ nắn: tử cung rắn chắc hay mềm nhẽo

+ Đo: Chiều cao tử cung

* Sản dịch

+ Số lượng: số lần thay khố, lượng máu thấm khố, loại khố.

+ Màu sắc: Đỏ tươi, đỏ thẫm hay nâu bẩn.

+ Tính chất: Có nhiều máu cục hay không .

+ Mùi: Tanh nồng hay hôi

* Chấn thương đường sinh dục: Vị trí, chiều dài, độ sâu, mức độ chảy máu.
* vết khâu tầng sinh môn: VỊ trí, chiều dài vết khâu, tình trạng vết khâu và da xung quanh vết khâu
* Nhận định xem có cầu bàng quang.
* Nhận định các cơ quan bộ phận khác.
* Các vấn đề khác
* Tinh thần: Quan sát và hỏi để nhận định tình trạng tinh thần cùa sản phụ: Vui vẻ, phấn khởi, buồn bã, lo lắng, trầm cảm
* Sự hiểu biết về nuôi con bằng sữa mẹ

+ Hỏi: Lợi ích của sữa non và nuôi con bằng sữa mẹ. Sản phụ đã thực hiện được cho con bú sớm ? Thời gian cho con bú? Khoảng cách giữa các bữa bú?

+Quan sát: cách chăm sóc vú và cho trẻ bú.

* Chế độ ăn uống

+ Hòi: Ăn uống kiêng khem, số lượng bữa ăn trong ngày, khẩu phần ăn, ăn có ngon miệng.

+ Quan sát bữa ăn của sản phụ.

* Chế độ vận động: kiến thức về chế độ vận động sau đẻ, sản phụ đã vận động hợp lý chưa
* Chế độ vệ sinh

+ Hỏi: Tập quán cùa sản phụ, gia đỉnh có kiêng gội đầu, tắm rửa, vệ sinh khi nào, vệ sinh như thế nào.

+ Quan sát: Trang phục, giường bệnh của thai phụ,

* + 1. *Chẩn đoán chăm sóc và kế hoạch chăm sóc*
			1. *Chẩn đoán chăm sóc 1:Nguy cơ chảy máu sau đẻ*
* *Kết quả mong đợi:* Phòng chảy máu sau đẻ
* *Can thiệp điều dưỡng*
* Cho sản phụ nằm đầu bằng để phòng thiếu máu và oxy não.
* Xoa đáy từ cung qua thành bụng cho sản phụ
* Vê đầu vú, huớng dẫn sản phụ cho trẻ bú tích cực.
* Thực hiện y lệnh thuốc tăng co.
* Kiểm tra khối cầu an toàn, theo dõi sản dịch (số lượng, màu sắc , tính chất), 30 phút/lần trong 2 giờ đầu sau đé.
* Theo dõi sự co hồi tử cung về mật độ, chiều cao tử cung trên khớp vệ. Theo dõi sản dịch về số lượng, màu sắc, tính chất 1 giờ/ lần trong 3 giờ tiếp theo; 3 giờ/ lần trong 6 giờ tiếp theo; 6 giờ/ lần trong 12 giờ tiếp theo
* Theo dõi mạch, huyết áp, sắc mặt, màu da và niêm mạc 1 giờ/ lần trong 2 giờ tiếp theo, 3 giờ/ lần trong 6 giờ tiếp theo; 6 giờ/ lần trong 12 tiếp theo

*4.1. 2.2. Chẩn đoán chăm sóc 2: Nguy cơ bí tiếu sau đẻ*

* *Kết quả mong đợi:* Phòng bí tiểu sau đẻ
* *Can thiệp điều dưỡng*
* Giải thích cho sản phụ về nguy cơ, hậu quả của bí tiểu
* Khuyên sản phụ để đi tiểu sớm và không nên nhịn tiểu.
* Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng nước ấm...
* Hướng dẫn sản phụ uống đủ nước khoảng 1.5-2 lít nước/ ngày.
* Nếu thăm khám thấy có cầu bàng quang và sản phụ không đi tiểu được hướng dẫn sản phụ xoa và chườm tại vủng bàng quang và kết hợp với liệu pháp tâm lý để sản phụ có thể đi tiểu được (nghe tiếng nước chảy, ...)
* Hướng dẫn sản phụ nhấc cao mông khi đi tiểu và thấm khô vết khâu sau khi đại, tiểu tiện.
* Theo dõi, phát hiện sớm những trường hợp có bí tiểu để xử trí kịp thời
	+ 1. *Thực hiện kế hoạch chăm sóc*

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra

* + 1. *Đánh giá chăm sóc*

*Sản phụ được đánh giá là chăm sóc tốt khi:*

* Sản phụ không có biểu hiện của chảy máu sau đẻ
* Sản phụ tiểu tiện bình thường
	1. Chăm sóc sản phụ những ngày sau
		1. *Nhận định chăm sóc*

Tương tự như phần nhận định chăm sóc trong ngày đầu, tuy nhiên cần lưu ý:

* Phân biệt đau do co hồi tử cung với đau bụng trong trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản. Đau bụng trong trường hợp nhiễm khuẩn hậu sản thường là đau liên tục, ấn vào thấy đau tăng lên.
* Đo các dấu hiệu sinh tồn có thể phát hiện các dấu hiệu nhiễm khuẩn

+ Nhiễm khuẩn

+ Hiện tượng sinh lý và bệnh lý ở vú: Sự xuống sữa, viêm tắc tia sữa, áp xe tuyến vú, nứt kẽ chảy dịch ở núm vú...

* Phát hiện sớm các dấu hiệu, của tắc tia sữa: Hai bầu vú căng hay mềm, có u cục, nắn có sữa chảy ra.
* Phát hiện sớm các dấu hiệu của bế sản dịch: Sản dịch ra ít hoặc không ra , mùi hôi, màu đen bẩn.
* vết khâu tầng sinh môn: đau nhức tại vết khâu, đánh giá tình trạng vết khâu.
	+ 1. *Chẩn đoán chăm sóc và kế hoạch chăm sóc*
			1. *Chẩn đoán chăm sóc 1: Chế độ dinh dưỡng cùa sản phụ chưa đảm bảo liên quan đến sản phụ ăn kiêng quá múc.*
* *Kết quà mong đợi:* Đảm bảo dinh dưỡng cho sản phụ
* *Can thiệp điều dưỡng*
* Giải thích cho sản phụ hiểu tầm quan trọng cùa việc đảm bảo chế độ dinh dưỡng sau đẻ: Để nhanh chóng phục hồi sức khỏe, tăng cường sữa mẹ, phòng táo bón
* Hướng dẫn chế độ ăn uống

+ Cho sản phụ ăn nhiều chất dinh dưỡng để nhanh phục hồi sức khòe, ăn chất dễ tiêu hóa, có thể ăn nhiều bữa ăn trong ngày chỉ kiêng các chất kích thích như: trà, cà phê, thuốc lá. .

+ Cho ăn nhiều thức ăn tạo sữa như: Móng giò, đu đù xanh hầm...

+ Khuyên sản phụ uống nhiều nước khoảng 2 lít/ ngày, nếu là nước có chất dinh dưỡng càng có lợi cho tổng hợp sữa.

* Khuyên người nhà chế biến thức ăn phù hợp với khẩu vị của sản phụ.
* Quan sát, đánh giá các bữa ăn, uống của sản phụ
	+ - 1. *Chẩn đoán chăm sóc* 2: - Nguy cơ *nhiễm khuân bộ phận sinh dục liên*

*quan đến vệ sinh chưa đảm bảo*

* *Kết quả mong đợi:* Phòng nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục
* *Can thiệp điều dưỡng*
* Giải thích cho sản phụ hiểu tầm quan trọng của việc đảm bảo vệ sinh
* Hướng dẫn cho sản phụ về chế độ vệ sinh:

+ Ngày thứ 2 sau đẻ lau người bằng nước ấm. Nếu trời nóng có thể tắm bằng cách dội nước, không ngâm trong bồn nước để tắm vỉ lúc này cổ tử cung còn mở dễ nhiễm trùng. Khi tắm phải tắm nhanh, tắm chỗ kín gió.

+ Mặc quần áo rộng rãi, mặc bằng vải mềm, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông.

+ Hướng dẫn bệnh nhân thay băng vệ sinh (4-6 lần/ ngày, mỗi lần cách nhau 4-6 giờ), vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ, lau khô mỗi khi thay băng vệ sinh, tiểu tiện, đại tiện.

* Hướng dẫn sản phụ đi lại nhẹ nhàng, khoảng 4-6 lần/ ngày, mỗi lần khoảng 10-15 phút để chống bế sản dịch.
* Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ bú tích cực để kích thích sụ co hồi tủ cung, phòng bế sản dịch.
* Hướng dẫn sản phụ báo lại với nhân viên y tế khi phát hiện các dấu hiệu bất thường như: Đau bụng tăng lẽn, sản dịch có mùi hôi, ngứa rát tại bộ phận sinh dục...
* Theo dõi nhiệt độ 2 lần/ ngày.
* Theo dõi chiều cao tử cung, đánh giá mật độ của tử cung, di động của tử cung hay sờ nắn tử cung xem có đau hay không đau.
* Theo dõi sản dịch về: số lượng, màu sắc, tính chất, mùi
* Theo dõi đánh giá vết khâu tầng sinh môn (1 lần/ ngày): Khô hay ướt, có so le chồng mép, chân chỉ có sưng nề hay tấy đò, vùng da xung quanh vết khâu có sưng nề, tấy đỏ.
* Thực hiện kháng sinh theo y lệnh
	+ - 1. *Chần đoán chăm sóc 3: Nguy cơ tắc tia sữa liên quan đến sản phụ chưa cho trẻ bú đúng cách* và *bú tích cực*
* *Kết quả mong đợi:* Phòng tắc tia sữa
* *Can thiệp điểu dưỡng*
* Khuyến khích và hướng dẫn sản phụ cho trẻ bú tích cực. Bú theo nhu cầu cùa trẻ.
* Hướng dẫn sàn phụ cách cho tré bú đúng
* Hướng dẫn sản phụ cách chăm sóc vú.
* Hướng dẫn sản phụ theo dõi các dấu hiệu bất thường: Đau tức vú tăng lên, bầu vú căng cứng...
* Theo dõi nhiệt độ 2 lần/ ngày.
* Theo dõi sự tiết sữa của sản phụ.
* Quan sát, đánh giá cách sản phụ chăm sóc vú, cho trẻ bú.
	+ 1. *Thực hiện kế hoạch chăm sóc*

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra.

* + 1. Đánh giá chăm sóc

*Sản phụ được đánh giá là chăm sóc tối khi:*

* Sàn phụ không có dấu hiệu của nhiễm trùng bộ phận sinh dục.
* Chế độ dinh dưỡng cùa sản phụ được đảm bảo
* Sản phụ không bị tắc tia sữa

**Bài 6**

**CHĂM SÓC SẢN PHỤ SAU MỔ LẤY THAI**

Mục tiêu

*Sau khi học xong bài sinh viên có khả năng:*

1. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc, kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá chăm sóc vào chăm sóc sản phụ sau mổ lấy thai
2. Nhận thức được tầm quan trọng của việc chăm sóc sản phụ sau mổ lấy thai

Nội dung

1. **Nhận định chăm sóc**

\* Nhận định qua hỏi bệnh

* Trạng thái tinh thần, mệt mỏi
* Tỉnh trạng đau: Đau do co hồi tử cung, đau vết mổ,., (vị trí, tính chất, hướng lan và mức độ)
* Tình trạng nuôi con bằng sữa mẹ
* Nhận định về chế độ ăn uống của sản phụ: số bữa ăn/ ngày, thành phần và số lượng thức ăn mỗi bữa, bên cạnh đó nhận định về sự hiểu biết của sản phụ về chế độ ăn uống sau mổ lấy thai.
* Nhận định về chế độ vận động của sản phụ

-Nhận định kiến thức chăm sóc trẻ

* Trung tiện, đại tiểu tiện,...
* Nhận định về chế độ vệ sinh của sàn phụ bao gồm vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thề, vệ sinh bộ phận sinh dục.
* Nhận định về tiền sử của sản phụ: Tiền sừ bàn thân, tiền sử gia đình
* Nhận định qua thăm khám
* Các dấu hiệu toàn thân: Nhận định màu sắc da, niêm mạc, hạch ngoại vi, tuyến giáp, các dấu hiệu sinh tồn
* Tình trạng ống sonde tiểu
* Tình trạng vết mổ
* Những dấu hiệu lâm sàng của thời kỳ hậu sản: Sự tiết sữa, sự co hổi tử cung, sản dịch, ...
* Cận lâm sàng: Tham khảo các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu, siêu âm, ...
1. **Chẩn đoán chăm sóc**
	1. Chăn đoán chăm sóc 1: Nguy cơ chảy máu sau mổ
* *Kết quả mong đợi:* Phòng chảy máu sau mổ
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Theo dõi toàn trạng (tinh thần, da, niêm mạc và dấu hiệu sinh tồn) : Đo và đánh giá dấu hiệu sinh tồn đặc biệt trong 24 giờ đầu sau phẫu thuật. Đếm mạch, đo huyết áp 15 phút/ lần ngay sau mổ trong 3 giờ, nếu mạch, huyết áp ổn định thì theo dõi 30 phút/ lần trong 3 giờ tiếp theo, lgiờ/ lần trong 3 giờ tiếp, 3 giờ/lần trong 18 giờ tiếp- theo và những ngày sau theo dõi như thường qui.
* Theo dõi số lượng, màu sắc nước tiểu chảy qua ống sonde tiểu, số lượng nước tiểu phải đo hàng giờ và báo cáo cho phẫu thuật viên, đặc biệt trong những phút đầu, giờ đầu và ngày đầu, để đánh giá lượng dịch truyền và tai biến phẫu thuật thắt hay chạm vào niệu quản hay bàng quang.
* Theo dõi vết mổ phát hiện sớm các dấu hiệu cùa chảy máu
* Theo dõi sự co hồi tử cung: mật độ và chiều cao tử cung trên khớp vệ
* Theo dõi sản dịch: số lượng, màu sắc, tính chất và mùi sản dịch
* Hướng dẫn sản phụ cho con bú sớm và tích cực để kích thích sự co hồi tử cung hạn chế tinh trạng chảy máu
* Khuyến khích sản phụ xoa đáy từ cung xoa đáy từ cung, xoa đáy tử cung được thực hiện ngay sau khi sinh mỗi lần xoa khoảng 5 đến 10 phút. Trong hai giờ đầu sau sinh xoa đáy tử cung 15 phút một lần. Những giờ tiếp theo thực hiện 30 phút một lần, vận động hợp lý đề phòng bế sản dịch.
* Thực hiện y lệnh thuốc tăng co theo chỉ định.
	1. Chẩn đoản chăm sóc 2: Nguy cơ nhiễm khuẩn (vết mổ, bộ phận sinh dục) liên quan đến vệ sinh kém
* *Kết qúa mong đợi:* Phòng nhiễm khuẩn cho sản phụ
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Quan sát màu sắc da, niêm mạc.
* Đo và đánh giá dấu hiệu sinh tồn
* Theo dõi tình trạng vết mổ và thay băng vết mổ 1 lần /ngày
* Theo dõi sự co hồi tử cung: về mật độ và chiều cao tử cung trên khớp vệ.
* Theo dõi sản dịch: số lượng, màu sắc và mùi sản dịch hằng ngày.
* Hướng dẫn sản phụ ngồi dậy sớm, đi lại để thông sản dịch, chống bế sản dịch, chống tắc ruột do dính ruột sau mổ.
* Hướng dẫn sản phụ sớm cho con bú ở tư thế nằm hay ngồi trên giường, cho bú sớm vừa có tác dụng kích thích tiết sữa, vừa co hồi tử cung tốt, vừa tống sàn dịch ra sau mổ, vừa cung cấp miễn dịch cho trẻ sơ sinh trong những tháng đầu của cuộc sống.
* Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh.
* Vệ sinh sinh dục ngoài thường xuyên hơn bằng dung dịch sát trùng nhẹ như Lactacyd, nuớc lá chè xanh...
	1. ***Chẩn đoán chăm sóc 3: Sản phụ và người nhà thiếu kiến thức về chế*** *độ ăn, chế độ vận động cho sản phụ sau mổ lấy thai*
* *Kết qủa mong đợi:* Cung cấp cho sản phụ và người nhà về chế độ ăn, chế độ vận động cho sản phụ sau mổ lấy thai

\* *Can thiệp điều dưỡng;*

* Hướng dẫn chế độ ăn uống: Hiện nay chế độ chăm sóc sau mổ lấy thai có khác trước vì chỉ mổ lấy thai, không mổ đường tiêu hóa, nên sau mổ từ 12 đến 24 giờ người điều dưỡng có một vai trò tích cực là:

+ Thực hiện cho sản phụ sau mổ ăn uống sớm không chờ trung tiện.

+ Thực hiện cho ăn uống hoặc ăn nhẹ được thực hiện sớm sau mổ, từ lỏng đến đặc dần, đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng cho mẹ và cho con bú. 6 giờ sau mổ có thể cho sản phụ ăn nước cháo loãng hoặc uống oresol để đảm bảo dinh dưỡng, điện giãi và cung cấp nước.

+ Ngày thứ hai sau khi trung tiện, cho ăn cơm và uống nước bình thường. Lượng nước uống phải đủ cho nhu cầu của mẹ và sữa để cung cấp đủ sữa cho trẻ.

* Chế độ vận động: Tủy theo phương pháp vô cảm mà cho sản phụ sau mổ có chế độ vận động phủ hợp.

+ Đối với truờng hợp gây mê nội khí quản: sau 12h sản phụ có thể ngồi dậy được và đi lại nhẹ nhàng.

+ Đối với trường hợp gây tê tủy sống: Sau mổ 6h huớng dẫn sản phụ nằm nghiêng co duỗi chân tay, sau 24h sản phụ mới được ngồi dậy.

+ Những ngày sau cho sản phụ vận động nhẹ nhàng, đặc biệt tránh lao động nặng trong thời kỳ hậu sản để đề phòng sa sinh dục.

1. **Thực hiện kế hoạch chăm sóc**

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra.

1. Đánh giá chăm sóc

*Sản phụ sau mổ được đánh giá chăm sóc tốt khi:*

* Không có các biểu hiện của chảy máu, băng huyết
* Không bị nhiễm khuẩn vết mổ.
* Không có dấu hiệu nhiễm bộ phận sinh dục.
* Dinh dưỡng được đảm bảo, có chế độ vận động hợp lý

**Bài 7**

**CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ**

Mục tiêu

1 Trình bày được những tiêu chuẩn, những đặc điềm sinh lý của trẻ sơ sinh đủ

1. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc, kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đảnh giá chăm sóc vào chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ.
2. Nhận thức được tầm quan trọng, và có thái độ thận trọng trong chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ.

**Nội dung**

1. **Đại cương**
* Chăm sóc trẻ sơ sinh trong những ngày đầu sau đẻ rất là quan trọng , Nếu trẻ được chăm sóc và nuôi dưỡng tốt, tỷ lệ bệnh tật và tử vong cùa trẻ sơ sinh giảm rất nhiều. Bên cạnh đó, việc chăm sóc tốt còn ảnh hưởng đến sự phát triển về thể chất tốt và tinh thần khỏe mạnh của trẻ trong tương lai.
* Trẻ sơ sinh được xem là đủ tháng khi tuổi thai (tính từ ngày đầu cùa kỳ kinh cuối cùng) từ tuần 37 đến hết tuần 42
* Sơ sinh non tháng là những trẻ sinh ra dưới 37 tuần.
* Sơ sinh già tháng là những trẻ sinh ra trên 42 tuần.
* Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh thay đổi tùy theo tuổi thai. Từ đó ta có thể dựa vào các dấu hiệu thực thể ở trẻ để xác định tuổi thai một cách gần đúng.

2**.Nhận biết trẻ sơ sinh đủ tháng**

*2.1.Cân đo*

* Cân nặng lúc đẻ > 2500gr
* Chiều dài: 50 cm
* Vòng đầu: 34 - 35 cm
* Vòng ngực: 33 - 34 cm
	1. Tiêu chuẩn hình thể bên ngoài
* Sụn vành tai cứng, độ cong vành tai tròn đều.
* Kích thước núm vú: > 7mm
* Có nhiều nếp nhăn ở khắp lòng bàn chân, ít nhất đến 2/3 sau lòng bàn chân.
* Bộ phận sinh dục ngoài:

+ Ở bé gái: môi bé và âm vật được che phủ bởi hai môi lớn.

+ Ở trẻ trai: tinh hoàn đã xuống nằm trong túi bìu, da bìu có nhiều nếp nhăn

* Dấu hiệu phụ:

+ Tóc trẻ mượt, dài khoảng 2cm

+ Vầng trán nở nang, rộng

* 1. Tiêu chuẩn về trương lực cơ
* Tư thế trẻ co nhiều hơn duỗi
* Góc khoeo: 90°
* Khi kéo duỗi cẳng tay rồi buông ra, trẻ co cẳng tay lại dù bị kéo duỗi lâu.
* Khi bàn chân trẻ tiếp xúc với mặt phẳng cứng sẽ có sự nhún lên cùa chi dưới.
* Thử nghiệm kéo đầu, trẻ sẽ giữ được đầu.
* Các phản xạ nguyên thủy đều đầy đù . Ờ trẻ đủ tháng mạnh khỏe, phải có các phản xạ nguyên thủy sau sinh. Các phản xạ này sẽ mất dần đi trong vòng từ 4 đến 5 tháng sau sinh . Nếu trong vòng thời gian này các phản xạ còn là không bình thường
	+ 1. *Phản xạ 4 điểm*

Dùng ngón tay trỏ kích thích vào phía trên, phía dưới và hai bên mép trẻ, trẻ sẽ đưa lưỡi về phía bị kích thích và nếu đụng phải vú mẹ, trẻ sẽ mút luôn.

*2.3.2.Phản xạ nắm*

* Kích thích gan bàn tay trẻ, đưa ngón tay út cho trẻ nắm, trẻ nắm chặt và ta có thể nâng trẻ lên khỏi bàn khám

- Kích thích gan bàn chân cũng vậy, các ngón chân sẽ co quắp lại.

*2.3.3.Phản xạ Moro*

Cầm hai bàn tay trẻ nâng lên khỏi bàn khám và từ từ bỏ tay ra trẻ sẽ phản ứng qua ba giai đoạn:

* Dạng cánh tay và duỗi cẳng tay
* Mở rộng, xòe bàn tay
* Òa khóc, gập và co cẳng tay, hai cánh tay như ôm lấy một vật gì vào lòng.

*2.3.4.Phản xạ duỗi chéo*

Để trẻ nằm ngừa thoải mái, người khám nắm lấy một bên chân dùng lực duỗi ra, giữ đầu gối và kích thích gan bàn chân phía đó. Quan sát chân đối diện thấy biểu hiện 3 thì:

* Giai đoạn 1: trẻ co chân lại
* Giai đoan 2: trẻ duỗi chân ra
* Giai đoạn 3: dạng chân tự do và đưa sát đến gần chân bị kích thích.

*2.3.5.Phản xạ bước tự động*

Trẻ được giữ thẳng đứng, hai bên người khám bế xốc hai bên nách trẻ , để bàn chân trè chạm vào mặt bàn khám. Quan sát thấy trẻ dướn người lên , bàn chân dậm xuống và co lên như muốn bước về phía trước.

3.**Đặc điểm sinh lý trẻ sơ sinh đủ tháng**

3.1.Tổng trạng

* Hồng hào
* Trương lực cơ tốt
* Khóc to
* Phàn xạ tốt
* Đánh giá chỉ số Apgar sau sinh ở phút thứ 1 và phút thứ 5

Bảng chi số Apgar (IA):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Điểm****Dấu hiệu** | **0** | ■ | **2** |
| Nhịp tim | Không có | < 100 lần/ phút | > 100 lần/phút |
| Hô hấp | Không | Khóc yếu | Khóc to |
| Trươnglực cơ | Giảm (mềmnhẽo) | Gấp nhẹ chi | Cử động tốt |
| Phán xạ (búng gan chân) | Không đáp ứng | Nhăn mặt | Ho, hắt hơi |
| Màu da—  | Tái nhợt | Thân hồng, chi tím | Hồng toànthân |

- Cách đánh giá

+ Phút thứ nhất:

* Tổng số điểm 8-10: trẻ bình thường không cần hồi sức.
* Tổng số điểm 6-7: Ngạt **nhẹ** cần hồi sức
* Tổng số điểm 4 -5: Ngạt nặng cần hồi sức tích cực.
* Tổng số điểm < 4: Ngạt rất nặng cần hồi sức rất tích cực.

+ Phút thứ 5: Nếu chỉ số Apgar trở lại bình thường là tốt. Nếu sau 5 phút mà tình trạng trẻ vẫn đòi hỏi phải cần hồi sức là xấu.

*3.2.Hô hấp*

* Trẻ sơ sinh đủ tháng thở đều, nông, chủ yếu là thở bụng,.
* Tần số thở từ 40 - 50 lần/ phút
* Trẻ thờ bằng mũi nên nếu mũi bị tắc nghẽn dễ đưa đến suy hô hấp.

3.3.Tuần hoàn

* Hệ tim mạch của trẻ sau khi sinh đã trưởng thành, tự hoạt động theo hệ tuần hoàn mới, lấy oxy từ phổi và chuyển *CO2* qua phổi của mình và đóng hệ thống tuần hoàn thai (đóng ống động mạch và lỗ Botal).
* Nhịp tim đều, thay đổi do trẻ hoạt động, khóc, cử động nhiều.
* Nhịp tim: 140 lần/ phút.
* Huyết áp tối đa lúc mới sinh: 60 - 70 mmHg.
* Hồng cẩu: 5.000.000 - 5.500.000/ mm3
* Bạch cầu: 10.000 - 15.000/ mm3

*3.4.Tiêu hóa*

Trẻ có thể bắt đầu tiêu hóa ngay sau khi sinh. Phần lớn trẻ sơ sinh có hiện tượng sút cân sinh lý từ 6 - 9 % cân nặng khi đẻ. Nếu sút trên *9%* là bất thường. Vì vậy, cần khuyến khích các bà mẹ cho trẻ bú sớm sau sinh để trẻ đỡ bị giảm cân sinh lý.

3.5.Biến đổi thân nhiệt

Trẻ sơ sinh ngay sau đẻ thân nhiệt cao hơn 37°c, sau 30 phút giảm còn 37°c, sau 2-3 giờ giảm 36°c . Do vậy, nếu không được ủ ấm, thân nhiệt có thể giảm xuống còn 36OC hay thấp hơn nữa.

*3.6.Đào thải phân su*

Sau sinh ruột trẻ chứa từ 60 - 150 gr phân su màu xanh đen, thành phẩn gồm có ít nitơ, ít chất mỡ, chù yếu là mucopolysaccharide, các chất cặn bã của tiêu hóa nước ối, tế bào thượng bì của ruột tróc ra . Phân su được đào thải trong những giờ đầu, thường khoảng 8 đến 10 giờ sau sinh

3.7.*Đào thải nước tiểu*

Bình thường trẻ tiều lần đầu ngay tại phòng sinh. Phần lớn trẻ tiểu truớc 24 giờ. Trẻ suy dinh dưỡng hoặc già tháng tiểu ít hơn bình thường vì thiếu nước.

3.8.Biến động sinh dục

* Trong thời kỳ bào thai, sơ sinh chịu ảnh hường của nội tiết tố mẹ nên sau sinh có thề có những biểu hiện:

-Tuyến vú căng phồng, ấn vào có tiết ít dịch như sữa non.

* Có thể có hiện tượng phì đại tinh hoàn ở bé trai, màng tinh hoàn có ít dịch. Không cần phải can thiệp gì, triệu chứng sẽ hết khoảng tháng thứ 2 đến thứ 3 sau sinh.
* Ở bé gái có thể có hiện tượng hành kinh sinh lý 2 hoặc 3 ngày và xung huyết và phì đại môi lớn, âm hộ.

3.9.Vàng da sinh lý

* Những ngày sau sinh, hồng cầu của trẻ sơ sinh bị vỡ, giải phóng ra các bilirubin gây nên hiện tượng vàng da sinh lý.
* Hiện tượng vàng da sinh lý thường gặp ở 85% trẻ sơ sinh. Ở trẻ sơ sinh đủ tháng, vàng da bắt đầu xảy ra vào ngày thứ 3 sau sinh, chấm dứt khoảng ngày thứ 8 đến thứ 10. Ở trẻ sơ sinh non tháng, hiện tượng vàng da kéo dài hơn
* Vàng da xuất hiện bắt đầu từ mặt rồi lan dần ra toàn thân và tứ chi. Trẻ vẫn bú tốt, phân vàng, nước tiểu vàng trong, tăng cần. Nếu phát hiện thấy trẻ bỏ bú, vàng da tăng lên, tăng trương lực cơ thì cho trẻ khám bác sĩ ngay.

**4.Chăm sóc trẻ sơ sinh sau đẻ**

4.1.Nhận định chăm sóc

\* Nhận định qua hỏi bênh: Qua người nhà cần khai thác một số thông tin sau:

* Nhận định tuổi thai cùa trẻ sơ sinh.
* Dinh dưỡng của trẻ: bú mẹ hay ăn sữa ngoài, số bữa/ ngày, thời gian bú/ bữa, số lương sữa/ bữa.
* Đại, tiều tiện của trẻ.
* Giấc ngủ của trẻ.
* Vệ sinh của trẻ.
* *Nhận định qua thăm khám:* Người điều dưỡng cần nhận định các vấn đề sau:
* Sau khi sổ thai, đánh giá chỉ số Apgar ở thời điểm 1 phút, 5 phút và 10 phút về nhịp tim, hô hấp, trương lực cơ, phản xạ và màu da để có thái độ xử trí phù hợp
* Cân năng, chiểu cao của trẻ
* Da, niêm mạc
* Hô hấp
* Tuần hoàn
* Tình trạng thân nhiệt
* Tinh trạng rốn của trẻ
* *Cận lâm sàng:* Tham khảo các kết quả xét nghiệm như: công thức máu, sinh hóa máu,...

4.2.Chẩn đoán chăm sóc

*4.2.1.Chẩn đoán chăm sóc 1: Nguy cơ trẻ bị ngạt do đường hô hấp dễ bị tắc nghẽn*

* Kết quả mong đợi: Đảm bảo thông khí cho trẻ
* Can thiệp điều dưỡng:
* Thông khí là một công việc khẩn cấp cần làm ngay không được chậm trễ. Vì nếu không được thông khí ngay khi sổ thai ra, trẻ hít phải dịch âm đạo, nước ối vào phế quản, sẽ gây viêm phổi, tắc nghẽn đường thở.
* Nếu khi sổ ra trẻ khóc ngay cũng cần hút nhớt ngay bằng ống hút nhớt , hút nhớt trong tư thế đầu thấp hoặc dùng miếng gạc mềm vô trùng lau hết dãi trong miệng và mũi trẻ.
* Đối với trẻ bị ngạt, khóc yếu hoặc không khóc được phải hút nhớt dãi , thông khí cho trẻ ngay và tích cực hơn để giúp cho trẻ thở tốt, bấm đồng hồ theo dõi thời gian và tính điểm Apgar để đánh giá mức độ ngạt của trẻ, kỹ thuật hút nhớt bắt đầu từ miệng, họng, sau đến mũi, hút càng sâu càng tốt, áp lực máy hút không quá 0,4 kg lực âm, nếu mạnh quá gây tổn thương niêm mạc đường hô hấp. Có thể hút nhớt qua ống nội khí quản với những trẻ ngạt.

*4.2.2.Chẩn đoán chăm sóc 2: Nguy cơ trẻ bị hạ thân nhiệt do ủ ấm không tốt cho trẻ.*

* Kết quả mong đợi: Duy trì thân nhiệt
* Can thiệp điều dưỡng:



Hình 12.1: ủ ấm cho trẻ kiểu Kangaroo

* Trung tâm điều hoà thân nhiệt ờ trẻ sơ sinh mới bắt đầu khởi động nên còn yếu kém . Da và tổ chức dưới da mỏng, nên trẻ dễ bị nóng quá hoặc lạnh quá. Vậy muốn trẻ không bị lạnh, không bị hạ thân nhiệt, thì ngay khi thai sổ ra, phải lau khô người cho trẻ, đặc biệt ở những nếp gấp, không để cho trẻ bị ướt, ủ ấm cho trẻ như dùng khăn bông ấm, đội mũ cho trẻ, bật lò sưởi ấm về mùa rét.
* Nhiệt độ phòng đẻ và vệ sinh phải đảm bảo không được chênh lệch với thân nhiệt quá 5°c, Tốt nhất nhiệt độ phòng không được để lạnh dưới 22°c, từ 28- 32oc là tốt nhất
* Kiểm tra nhiệt độ thường xuyên cho trẻ, thân nhiệt của trẻ em phải đảm bảo ở nhiệt độ 36OC - 37°c.
* Không được đặt trẻ ờ nơi gió lùa
* Quất tã lót là việc đảm bảo thân nhiệt tốt và đặt con bên mẹ hay mẹ bế con để truyền hơi ấm của mẹ sang con, gọi là phương pháp ủ ấm (kiểu chuột túi) tốt nhất

4.2.3.*Chán đoán chăm sóc 3: Nguy cơ chảy máu rốn cho trẻ*

* Kết quả mong đợi : Phòng chảy máu rốn cho trẻ
* Can thiệp điều dưỡng:
* Khi động mạch rốn ngừng đập dùng 2 kẹp dây rốn lại, thứ nhất kẹp về phía thai nhi (phía con) trước để tránh vỡ hồng cầu cho trẻ, kẹp thứ hai kẹp về phía mẹ, hai kẹp nên kẹp cách nhau khoảng 2-5 cm, dùng kéo vô trùng cắt rốn, Chỗ buộc dây rốn phải cách da bụng trẻ sơ sinh khoảng 2 - 3 cm để đề phòng chảy máu rốn còn có chỗ buộc lại . Trước khi buộc rốn phải xác định xem có thoát vị rốn hay không, nếu có phải báo cáo ngay cho bác sĩ biết
* Dùng bông vô trùng thấm sạch máu ở đầu rốn để kiểm tra xem đã buộc rốn đủ chặt chưa, có chảy máu không, sau đó sát trùng đầu rốn, dây rốn bằng iod 5%. Không được để cồn Iod 5% chạm vào da bụng trẻ vì dễ gây cháy da bụng, nên có miếng gạc che quanh rốn trước khi sát trùng dây rốn : Dùng gạc vô trùng quấn kín dây rốn và băng lại : Điều quan trọng phải giữ rốn thật khô và vô trùng mỗi khi thay băng rốn
* Những giờ đầu sau đẻ theo dõi rốn thật sát, để xem rốn có bị chảy máu do buộc lỏng không? Tuyệt đối không được để rốn bị ướt, không được sờ tay trục tiếp vào dây rốn, khi sát trùng dây rốn bằng cồn Iod 5% phải sát khắp dây rốn không được để sót một chỗ nào trên dây rốn, kể cả chỉ buộc dây rốn.

*4.2.4.Chẩn đoán chăm sóc 4: Nguy cơ trẻ bị thiếu hụt dinh dưỡng liên quan đến bà mẹ thiếu kiến thức về cách cho trẻ bú*

* Kết quả mong đợi: Phòng thiếu hụt dinh dưỡng cho trẻ
* Can thiệp điều dưỡng:
* Sau khi trẻ đã được chăm sóc đầy đủ các điểm nêu trên, cho trẻ được nằm bẽn cạnh mẹ càng sớm càng tốt, để người mẹ được ôm ấp con mình và thiêt lập sớm mối quan hệ giữa mẹ và con, đề giữ ấm cho con
* Hướng dẫn bà mẹ lau rừa sạch hai núm vú trước khi cho con bú.
* Hướng dẫn bà mẹ cho con bú sớm, càng sớm càng tốt, tốt nhất bất đầu cho trẻ bú 30 phút - 1 giờ sau đẻ kể cả khi chưa có sữa hay mới có sữa non. Vì sữa non là loại thức ăn quý giá nhất và thích hợp nhất với men tiêu hoá ở dạ dày trẻ sơ sinh. Sữa mẹ là loại thức ăn dễ tiêu hoá, có nhiều kháng thể, vitamin và giàu chất dinh dưỡng phù hợp với sơ sinh.
* Hướng dẫn bà mẹ đặt trẻ nằm nghiêng về một bên sau mỗi lần cho bú để tránh sặc sữa cho trẻ . Cho trẻ bú thường xuyên, bú theo nhu cầu của trẻ.
* Nếu trẻ ngủ say, ngủ quên trên 3 giờ nên đánh thức trẻ dậy cho bú, không được đề trẻ mất bữa, dễ dẫn đến sụt cân do thiểu dưỡng;.
* Theo dõi nước tiểu, phân của trẻ sơ sinh.

*4.2.5.Chẩn đoán chăm sóc 5: Nguy cơ trẻ bị nhiễm khuẩn liên quan đến vệ sinh không đúng cách.*

* Kết quả mong đợi: Phòng nhiễm khuẩn cho trẻ
* Can thiệp điều dưỡng:
* Cách vệ sinh rốn: Quấn tã vùng dưới rốn, tránh để phân, nước tiểu hay bất kỳ chất gì vấy bẩn lèn vùng rốn. Phải theo dõi và chăm sóc rốn hàng ngày, nếu phát hiện một trong các triệu chứng sau thì phải báo ngay cho cán bộ y tế: Rốn rỉ nước vàng, có mùi hôi hoặc rốn có mủ, chảy máu rốn nhiều, khó cầm máu da quanh rốn sưng nề, tấy đỏ, rốn có chồi hạt, rỉ nuớc kéo dài . Chú ý: Tuyệt đối không rắc kháng sinh hoặc bất kỳ một chất gì lên rốn mà không có chỉ định cùa bác sĩ.
* Mặc áo, quẫn tã, đúng kỹ thuật, không chặt, không lỏng (chặt làm cản trở tuần hoàn hô hấp, lỏng làm mất nhiệt). Mục đích của mặc áo, đội mũ, quấn tã là giữ thân nhiệt cho thai.
* Trẻ sơ sinh vừa đẻ ra không nên tắm cho trẻ ngay, vì trên da thường có một lớp gây màu trắng có tác dụng tốt bảo vệ da, dinh dưỡng da và giữ nhiệt cho trẻ . Do đó không được rửa lớp chất nhầy đó đi, mà chỉ lau khô những chỗ chất gây quá nhiều như ở nách và bẹn trong 24 giờ đầu. Còn trên 24 giờ chất gây này không còn tác dụng nữa, nếu để lại dễ gây nhiễm trùng da và cản trờ hô hấp da.
* Nếu trẻ bị ướt, bẩn do nước ối, máu, phân su thì dùng vải mềm sạch, vô trùng, lau sạch máu, phân su đàm bảo cho da của trẻ khô và sạch sẽ
* Nhỏ mắt là một thủ tục cần thiết phải làm ngay sau khi đẻ. Nhỏ vào mỗi mắt trẻ 1 giọt argyron 1%, nhỏ vào phía khoé trong mắt sao cho argyron thấm khắp nhãn cầu, và dùng bông vô trùng thấm để argyron khỏi chảy ra ngoài mắt và má trẻ, để đề phòng nhiễm trùng mẳt, đặc biệt để chống lậu cầu ở âm đạo mẹ. Nếu không có argyron 1% có thể thay bằng nitrat bạc 1%0 hay những dung dịch thuốc tra mắt khác có cùng tác dụng.

4.3.Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Người điều dưõng thục hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra.

4.4.Đánh giá chăm sóc

*Trẻ sơ sinh được đánh giá chăm sóc tốt khi:*

* Khóc to
* Nhịp tim 120 - 140 lần/ phút
* Da hồng hào
* Trương lực cơ khỏe

Phản xạ bú tốt, ngủ ngoan.

Bài 8

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BĂNG HUYẾT SAU SINH

1 Trình bày nguyên nhân, triệu chứng băng huyết sau sinh (BHSS).

1. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc, kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá chăm sóc vào chăm sóc người bệnh băng huyết sau sinh.
2. Nhận thức được tầm quan trọng, và có thái độ khẩn trương trong chăm sóc người bệnh bâng huyết sau sinh.

Nội dung

1. Đại cương
* Theo cổ điên, băng huyết sau sinh là chảy máu có nguồn gốc từ vùng rau bám, xảy ra từ ngay sau sổ thai đến sau khi sổ rau với số lượng > 300 ml và có ảnh hường đến toàn trạng cùa sản phụ. Theo định nghĩa này thì những trường hợp chảy máu do sang chấn đường sinh dục là không tính . Trên thực tế , khó có thể tách bạch các nguyên nhân này, hơn nữa tiên lượng và giải quyết một trường hợp chảy máu sau đẻ là như nhau vì vậy theo định nghĩa mới nhất cùa Tổ chức y tế Thế giới (WHO) thi:
* Chày máu sau sinh là chảy máu từ đường sinh dục, xảy ra ngay sau so thai , trong khi sổ rau và sau sổ rau 24 giờ. Lượng máu mất > 500 ml
* Việt Nam: do tỉ lệ thai phụ thiếu máu rất nhiêu, chiếm >50% nên các nhà sàn khoa Việt Nam coi lượng máu >300 ml gọi là BHSS
* Tần xuất chảy máu > 300 ml đối với đẻ thường là từ 18% - 26%, chảy máu nặng >1000ml chiếm 3 - 4,5% sau đẻ, 6% sau mổ lấythai.
* Băng huyết sau sinh (BHSS) ngày nay đang là một vấn đề rất được quan tâm trên thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triền vì nó là nguyên nhân gây tử vong cao nhất cho bà mẹ . Theo thống kê của Tổ chức y tế Thế giới (1996), hàng năm có 585.000 truờng hợp từ vong mẹ, 99% trong số đó là ở các nước đang phát triển, mà nguyên nhân hàng đầu là chảy máu sau đẻ (31%) và 20 triệu phụ nữ mắc các bệnh, nguyên nhân chính là từ BHSS . Theo Đỗ Trọng Hiếu “Nguyên nhân gây tử vong của các bà mẹ ờ các tinh miền Bắc Việt Nam”, tử vong do chảy máu là cao nhất (36%).
1. Nguyên nhân
* Đờ tử cung
* Sót rau, rau cài răng lược
* Lộn tử cung
* Chấn thương đường sinh dục
* Các bệnh liên quan đến yếu tố đông máu
1. Nguyên nhân đờ tử cung: gặp trong một số trường hợp
* Từ cung căng quá mức vì: chửa đa thai, đa ối.
* Chất lượng cơ tử cung xấu vì xơ hoá, đẻ nhiều lần, béo bệu, dị dạng tử cung, các u niêm mạc từ cung, phong huyết tử cung rau
* Nhiễm khuẩn ối: do ối vỡ non, ối vỡ sớm.
* Trên thai phụ có thể trạng xấu như tăng huyết áp với thai nghén.
* Các cuộc đẻ khó phải can thiệp dủng thuốc mê hoặc thuốc giàm đau.
1. Sót rau
2. *Rau dinh bất thường do cau trúc niêm mạc lử cung*
* Viêm niêm mạc từ cung mãn tính do vi khuẩn.
* Teo niêm mạc từ cung bầm sinh
* Nạo buồng tử cung quá sâu hoặc có nhiễm khuẩn tử cung sau nạo gây thành sẹo niêm mạc từ cung,
* Những lần đè trước có bóc rau nhân tạo, kiểm soát từ cung hoặc nhiễm trủng tử cung sau đẻ
* Các sẹo phẫu thuật tại tử cung: mổ lấy thai, bóc nhân xơ, phẫu thuật tạo hình tử cung
* Hậu quà là trong thời kỳ sổ rau:

+ Rau bong không hoàn toàn: rau cài răng lược từng phần. Trường hợp này rất nguy hiểm vì chảy máu nhiều nguy hiểm đến tính mạng của người mẹ, đặc biệt là cuộc đẻ diễn ra ở tuyến cơ sở không có phương tiện cấp cứu và phẫu thuật.

+ Rau không bong: rau cài răng lược toàn phần. Trường hợp này ít chảy máu hơn rau cài răng lược từng phần nhung thái độ xủ trí rất phức tạp, đặc biệt là ờ người con so.

+ Rau bong hoàn toàn nhưng sót rau.

1. *Các bắt thường do vị trí rau bám*

Do bất thường vị trí bám nên rau bong không sinh lí, dễ sót rau, thường gây chảy máu sau đẻ

* Rau bám thấp vào đoạn dưới tử cung (rau tiền đạo).
* Rau bám góc tứ cung: dễ bị kẹt.
* Rau bám vách ngăn của từ cung đôi
1. *Bất thường do hình thể bánh rau*
* Bánh rau quá rộng trong sinh đôi
* Bánh rau phụ
* Trong những trường hợp này, rất dễ sót bánh rau phụ hoặc sót múi rau . Vì vậy sau sổ rau phải kiềm tra kỹ bánh rau để phát hiện nguyên nhân này.
1. *Sót rau nguyên nhân do rau bong sớm hoặc bong không sinh lí*
* Ấn đáy từ cung
* Kích thích từ cung trong giai đoạn nghi ngơi sinh lý.
* Keo dây rốn trong một số thủ thuật như đỡ đẻ ngôi ngược, dây rau ngắn, dây rau quấn cổ.
1. *Lộn tử cung*

Do từ cung nhão hoặc do can thiệp thô bạo vào quá trinh bong rau làm cho đáy tử cung lõm xuống, trường hợp nặng có thê lộn ngược ra ngoài . Trong trường hợp này, bệnh nhân thường choáng nặng vừa do mât máu, vừa do đau



**Hình 20.1.** Đẳy tử cung trở lại trong lộn lòng tử cung

1. *Sang chấn đường sinh dục*
* Rách tầng sinh môn, âm hộ âm đạo, đặc biệt là trường hợp rách 2/3 trẽn âm đạo đôi khi bỏ sót do kiểm tra không phát hiện ra.
* Rách cổ tử cung
* Vỡ tử cung
* Các sang chân này thường xuất hiện sau các thủ thuật khó khăn như forceps, ventouse, hủy thai, nội xoay thai, các cuộc đẻ khó . Nên sau khi xử trí các tình huống này có chảy máu cần kiểm tra kỹ phát hiện các tổn thương và xứ tri kịp thời.
1. *Băng huyết sau sinh (lo rối loạn quá trình đông máu và cầm máu*
* Bệnh về máu nguyên phát hiếm găp vì những bệnh nhân bị bệnh máu. nặng hiếm khi sống đến khi sinh đẻ
* Rối loạn đông máu thứ phát xuất hiện sau một mất máu cấp, đây là trường hợp thường gặp trong sản khoa. Vỉ vậy trong trường hợp chảy máu sau sinh cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời, tránh biến chứng trên.
1. **Triệu chứng**
	1. *Cơ năng*

Khát nước, môi khô, cảm giác mệt mòi, thấy máu ra ấm nóng ở âm đạo.

* 1. *Toàn thân*

Tùy mức độ mất máu mà có dấu hiệu khác nhau . Nếu ờ giai đoạn đầu lượng máu mất ít, hầu như chưa có dấu hiệu toàn thân. Giai đoạn muộn khi mất máu nhiều sẽ có các biểu hiện: mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt, da xanh tái,, vã mồ hôi.

* 1. *Thực thể*
* Chảy máu: máu đỏ tươi ra nhiều ở âm đạo chảy thành tia hoặc thành dòng, tuy nhiên có trường hợp máu chảy ra ngoài không nhiều, chỉ nhỏ giọt vì đọng trong buồng tử cung hoặc đọng ở âm đạo. Để đánh giá chính xác lượng máu mất phải cân, nhưng cần nhớ rằng số lượng máu nhìn thấy chỉ đại diện cho 50% lượng máu mất. Vì vậy trong khi đánh giá lượng máu mất phải hết sức thận trọng, nên có hướng dự phòng sớm chứ không ngồi đợi lượng máu chảy ra nhiều đủ tiêu chuẩn mới xử trí.
* Khám tử cung to mềm (đờ tử cung, sót rau), khi kích thích vào tử cung máu trào ra. Đặc biệt những trường hợp máu chảy đọng trong tử cung, tử cung to bè trên rốn, sờ không rõ ranh giới từ cung, mặc dù không thấy máu chảy ra ngoài nhiều nhưng phải xử trí ngay. Có trường hợp máu chảy đọng ở đoạn dưới và âm đạo đẩy từ cung lên cao. Khám tử cung vẫn co hồi chắc nhưng rất cao, đôi khi làm cho thầy thuốc nhầm lẫn nếu không khám toàn diện và theo dõi sát
* Khám phát hiện các thương tổn tại âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, tử cung. Chú ý những trường hợp ra máu nhiều sau các thù thuật như forceps, đại kéo thai ... phải mở rộng âm đạo bằng van, khám kiềm tra cổ tử cung, trong trường hợp cần thiết chỉ định kiểm soát tử cung phát hiện thương tổn tại tử cung như vỡ tư cung
* Tính chất rau bong, rau sổ:

+ Nếu rau chưa sổ: có thể nguyên nhân do rau cài răng lược, rau bám. chặt hoặc rau bị kẹt

+ Nếu rau đã sổ cần xác định kiểu sổ rau là Baudelocque hay Duncan

+ Kiểm tra kỹ bánh rau để phát hiện sót rau, đặc biệt là bánh rau phụ

* 1. *Cận lâm sàng*

Các xét nghiệm phải làm là:

* Máu chảy, máu đông
* Công thức máu: số lượng hồng cầu và tỳ lệ huyết sac tố giảm
* Nhóm máu
1. **Hướng xử trí**

BHSS là một trong năm tai biến sản khoa, là nguyên nhân chính gây tử vong bà mẹ, nếu không tử vong thì cũng để lại các di chứng nặng nề do thiếu máu . Là nguyên nhân gây giảm sút sức khỏe cũng như sức lao động của phụ nữ . Đây là một cấp cứu sản khoa đòi hỏi phải xử trí nhanh, chính xác và phải có sự phối hợp nhịp nhàng, đồng bộ của nhiều người, nhiều bộ phận, trong khi đó biến cố này xảy ra đột ngột, nhiều khi không có dấu hiệu báo trước. Đây là vấn đề hết sức khó khăn cho các nhà sản khoa trong cấp cứu bệnh nhân . Vì vậy, trong lúc cấp cứu phải tuân thủ các nguyên tắc sau:

*4.1. Nguyên tắc*

+ Chẩn đoán sớm, xử trí tích cực tránh mất máu nhiều cho bệnh nhân.

+ Xử trí theo nguyên nhân và mức độ mất máu

+ Phối hợp vừa cầm máu theo nguyên nhân, vừa hồi sức tích cực bằng nội khoa, điều trị phẫu thuật khi cần thiết.

* 1. *Điều trị cụ thể*
* Trước hết phải bình tĩnh xử trí sơ cứu tuỳ theo điều kiện đang có tại cơ sở trên nguyên tắc giúp cầm máu hoặc hạn chế tối đa lượng máu chảy.
* Những việc có thể làm được:

+ Chẹn động mạch chủ bụng

+ Xoa đáy tử cung ngoài thành bụng kích thích tử cung co bóp.

+ Ép tử cung bằng hai tay, một tay ngoài thành bụng, một tay trong âm đạo.

+ Cho con bú.

+ Lập đường truyền tĩnh mạch, truyền dung dịch Ringerlactat hoặc các dung dịch đẳng trương khác.

+ Tiêm Oxytocin.

+ Tiêm các thuốc cầm máu.

+ Kiềm soát tử cung.

+ Khâu một số sang chấn đường sinh dục thông thường.

- Ngoài ra cần xác định nguyên nhân đề xử trí.

+ Nếu bánh rau vẫn còn trong buồng tử cung: bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung. Trường hợp bóc rau không được phải nghĩ tới rau cài răng lược, chi định cắt tử cung bán phần.

+ Bánh rau đã sổ ra ngoài ..

Kiểm tra bánh rau nếu thấy thiếu chỉ định kiểm soát tử cung

Nếu bánh rau đủ: khám tử cung mềm cho thuốc co hồi tử cung: Oxytocin, Ergotamin. Trường hợp vẫn không kết quả mà đã loại trừ được nguyên nhân do sang chấn, kết hợp ép tử cung bằng hai tay phối hợp giữa tay trong âm đạo và tay ngoài thành bụng, hướng dẫn cho con bú. Trong trường hợp là làm tất cả các phương pháp mà máu vẫn chảy thì phải phẫu thuật, tùy trường hợp mà thắt động mạch từ cung, động mạch hạ vị hay cắt tử cung.

+ Tử cung chắc mà máu vẫn chảy phải kiểm tra phát hiện sang chấn. Nếu rách âm đạo, cổ tử cung thì khâu cầm máu . Nếu vỡ tử cung phải mổ.

+ Trường hợp chày máu do rối loạn đông máu:

Nếu mắc bệnh ưa chảy máu thì bệnh nhân có tiền sử chảy máu kéo dài, thường bệnh nặng thi không sống được,

Trường hợp rối loạn đông máu thứ phát do chày máu nhiều: kết hợp giữa giải quyết nguyên nhân và phải truyền máu tươi, Transamin, thuốc co hồi tử cung nếu cần thiết

1. **Chăm sóc người bệnh chảy máu sau đẻ**
2. *1. Nhận định chăm sóc*
* Hỏi bệnh
* Tiền sừ băng huyết ở những lần sinh trước, mắc các bệnh về rối loạn đông máu.
* Hỏi:

+ Người bệnh có mệt mỏi, hoa mắt, chóng mặt.

+ Nguời bệnh có đau bụng từng cơn do co hồi tử cung

* Toàn thân
* Ý thức: Tỉnh, lơ mơ...
* Da, niêm mạc của người bệnh.
* Đo các dấu hiệu sinh tồn sau đẻ có thể phát hiện các tai biến

+ Shock (choáng) do mất máu, do đau, gắng sức trong quá trình đẻ.

+ Chày máu do đờ từ cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục khi đè.

* Thực thể
* Sự co hồi tử cung: Nhận định để phát hiện các dấu hiệu như: mất khối cầu an toàn, tử cung mềm nhẽo, đáy tử cung cao trên rốn.
* Sản dịch: nhận định để đánh giá mức độ ra huyết âm đạo: lượng huyết' ra âm đạo, màu đỏ tươi, lẫn nhiều máu cục.
* Chấn thương đường sinh dục: kiểm tra để xác định có ra huyết bất thường tại đường sinh dục. Nhận định vị trí, độ dài, độ sâu của tổn thương.
* vết khâu tầng sinh môn: kiềm tra để phát hiện sớm sự hình thành của khối hematome.
* Nhận định số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu, cầu bàng quang (+)
1. *Chẩn đoán chăm sóc và kế hoạch chăm sóc*

*Chẩn đoán chăm sóc: Người bệnh ra huyết âm đạo nhiều liên quan đến đờ tử cung, chấn thương đưòmg sinh dục...*

* *Kết quả mong đợi:* cầm máu cho người bệnh

\* *Can thiệp điều dưỡng:*

* Giải thích về nguyên nhân và tình trạng mất máu cho người bệnh và gia đình người bệnh
* Động viên người bệnh hợp tác điều trị
* Phụ giúp bác sĩ giải quyết nguyên nhân chảy máu.
* Khẩn trương chuẩn bị dụng cụ cho thầy thuốc làm thủ thuật bóc rau nhân tạo, kiềm soát từ cung hoặc kiềm tra cồ tử cung, âm đạo
* Cho người bệnh nằm đầu thấp, thờ oxy
* Cầm máu tạm thời bằng cách xoa đáy từ cung, chèn động mạch chủ bụng.
* Thực hiện y lệnh tăng co, cầm máu
* Theo dõi sắc mặt, mạch, huyết áp
* Theo dõi tình trạng huyết ra âm đạo, sự co hồi tử cung
* Giữ ấm cho người bệnh khi mạch nhanh, yếu và huyết áp tụt cể đề phòng shock.
* Chuẩn bị máu tươi để truyền theo y lệnh (nếu có)
* Nếu cầm được máu: Động viên người bệnh, giúp người bệnh nghỉ ngơi, nâng cao thể trạng . Hướng dẫn cách đề phòng chảy máu bằng cách cho con bú và tự xoa đáy từ cung
* Nếu không cầm được máu thi khẩn trương chuẩn bị người bệnh, làm thủ tục để mổ theo y lệnh.
1. *Thực hiện kế hoạch chăm sóc*

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra

1. *Đánh giá chăm sóc*

*Người bệnh được đánh giá là chăm sóc tốt khi:*

* Người bệnh không có biểu hiện của chảy máu: Sản dịch ra số lượng vừa, màu đỏ thẫm, mùi tanh nồng.
* Người bệnh không có biểu hiện của shock
* Người bệnh tiểu tiện bình thường

**Bài 9**

**CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ KHỐI U SINH DỤC**

1. Trình bày triệu chúng, biến chứng u xơ tử cung, u nang buồng trứng thực thể.
2. Áp dụng kiến thức để nhận định chăm sóc, chẩn đoán chăm sóc, kế ’ hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc, đánh giá chăm sóc vào chăm sóc người bệnh có khối u sinh dục.
3. Nhận thức được tầm quan trọng trong chăm sóc người bệnh có khối u sinh dục.

Nội dung

1. **Những khối u sinh dục thường gặp**
	1. *U xơ tử cung*
* Định nghĩa: u xơ tử cung là những khối u lành tính ờ tử cung do tổ chức liên kết và cơ trơn của tử cung tạo nên
* Bệnh thường gặp ờ phụ nữ từ 35- 50 tuổi, các khối u thường gây nên vô sinh hoặc không sinh đẻ được
* Cơ chế bệnh sinh: chưa rõ ràng, nhưng có nhiều giả thuyết cho rằng do có tình trạng cường estrogen thì u xơ mới phát sinh được

1.1.1.*Đặc điểm*

* u xơ tử cung là những khối u tròn, đặc, mật độ chắc, mầu trắng ngà giới hạn rõ với lớp cơ tử cung bao quanh có màu hồng.
* Có một hoặc nhiều nhân xơ, kích thước to nhỏ khác nhau.
* Trong nhân xơ thấy các sợi xơ, sợi cơ và tổ chức liên kết đan lẫn nhau và xếp thành hình xoáy ốc.

*1.1.2.Phân loại*

*Theo vị trí giải phẫu u xơ tử cung được phân thành 3 loại:*

* u xơ ở thân tử cung: ở vị trí này hay gặp nhất, tuỳ theo vị trí của khối u trên thành tử cung mà người ta chia làm 3 loại:

u Xơ Tử CUNG



**Hình 21.1:** Các vị trí của u xơ tử cung

+ u dưới niêm mạc: phát triển từ lớp cơ tử cung, lớn lên về phía niêm mạc làm thay đổi hình dạng buồng tử cung. Có khi u dưới niêm mạc phát triển thành u có cuống dài thò qua cổ tử cung ra âm đạo, trường hợp này dễ bị nhiễm khuẩn và chày máu

+ U kẽ: phát triển trong lớp cơ tử cung, loại này phát triển tương đối nhanh, khối u có thể phát triển rất to làm biến dạng hình thề tử cung và gây chèn ép các tạng trong tiểu khung

+ u dưới phúc mạc: phát sinh từ lớp cơ tử cung, phát triển về phía phúc mạc, loại này thường phát triển chậm, có cuống dài hoặc nằm lọt vào giữa hai lá phúc mạc của dây chằng rộng khó khăn cho việc chẩn đoán và phẫu thuật.

* u xơ ở eo tử cung: Phát triển trong tiểu khung và thường gây chèn ép các tạng xung quanh. Khi chuyển dạ u xơ ở eo tử cung sẽ trờ thành khối u tiền đạo cản trờ quá trình lọt, xuống, quay, sổ của thai là nguyên nhân gây đẻ khó.
* u xơ ở cổ tử cung: Khối u thường phát triển về phía âm đạo dưới dạng polip

*1. 1.3. Triệu chứng*

*\* Triệu chứng cơ năng*

* Ra huyết từ tử cung: là triệu chứng chính. Lúc đầu huyết ra duới dạng rong kinh, sau đó là cường kinh và dần dần dẫn đến băng huyết khi chu kì kinh bị rối loạn.
* Ra khí hư: khí hư loãng, có khi ra rất nhiều thành từng đợt, không hôi.
* Các triệu chứng gây ra do sự chèn ép của khối u:

+ Nếu khối u phát triển to bệnh nhân sẽ có cảm giác tức nặng bụng dưới, đau tức vủng hạ vị.

+ Nếu khối u phát triển ra phía trước chèn ép vào bàng quang sẽ gây tiểu tiện nhiều lần hoặc bí tiểu tiện.

+ Nếu khối u phát triển ở eo tử cung hoặc trong dây chằng rộng sẽ chèn ép vào niệu quản gây tình trạng ứ nước bể thận.

+ Nếu u phát triển ra phía sau chèn ép vào trực tràng sẽ gây táo bón hoặc đau khi đại tiện . Chèn ép vào đám rối thần kinh thắt lưng sẽ làm bệnh nhân đau âm ỉ vùng thắt lưng lan xuống đùi.

Đau bụng: bệnh nhân thường đau theo kiểu thống kinh do tử cung tăng co bóp, ngoài ra có thể đau bụng cấp hoặc đau âm ỉ vùng hạ vị khi khối u đã có biến chứng xoắn, hoại từ hoặc nhiễm khuẩn

+ Khám lâm sàng: bệnh nhân có chậm kinh, cổ tử cung có nhiều chất nhầy. Thâm âm đạo phát hiện u nang nhỏ bằng quả táo hay quả cam. Nếu bọc vỡ gây triệu chứng đau bụng và rong huyết giống chửa ngoài tử cung.

* Nang hoàng tuyến: Thường gặp ở hai bên buồng trứng, vỏ nang mỏng, dịch trong nang chứa nhiều Lutéin. Loại này hay gặp ở những bệnh nhân bị chửa trứng, ung thư rau do nồng độ HCG tăng cao. Vì vậy khi bệnh khỏi thỉ nang sẽ nhò dần và mất đi.
* Nang hoàng thể: u nang này sinh ra từ hoàng thề, nhưng chỉ gặp trong thời kỳ thai nghén . Nhất là những trường hợp đa thai hoặc mẹ bị nhiễm độc thai nghén . Nang chế tiết nhiều estrogen và progesteron.
1. *u nang thực thể*
* u nang thực thể sinh ra do tổn thương thực thể giải phẫu của buồng trứng. Loại này tiến triển chậm và không bao giờ tự khỏi. Kích thước của nang thường lớn, có vỏ dầy. u nang thực thể phổ biến là lành tính, nhưng đôi khi có thể trờ thành ác tính.
* *Phân loại:* Dựa vào giải phẫu bệnh chia u nang thực thể buồng trứng ra là 4 loại.

+ u nang nước: Võ nang mỏng, dịch trong nang có mầu vàng trong. Cuống nang dài ít khi dính vào các tạng xung quanh.

+ u nang nhầy: thường gặp ờ một bên của buồng trứng. Nang có nhiều thuỳ nên thể tích thường to. Vỏ nang dầy, gồm hai lớp: bên ngoài là tồ chức xơ hay dính vào các tạng xung quanh, lớp trong là lớp thượng bì trụ. Dịch trong nang đặc như hồ hoặc lầy nhầy như mũi, có mầu vàng nhạt hay nâu.

+ u nang bi: loại này chắc, phát triển không to . cấu trức cùa vỏ nang giống cấu trức của da, bao gồm các tuyến bã, tuyến mồ hôi, nang lông và lớp thượng bì kép dẹp. Dịch trong nang giống như bã đậu kèm theo các tổ chức: tóc, răng, xương sụn hay những màng thượng bì ruột . u nang bì có nguồn gốc từ thời kỳ bào thai phát triển dưới dạng u quái

+ u nang hỗn hợp: là những u nang có nhiều thuỳ, về cấu trức giải phẫu bệnh của nó là sự kết hợp của hai trong ba loại nói trên .

* Triệu chứng

+ Triệu chứng cơ năng: Triệu chứng cơ năng rất nghèo nàn, chỉ tình cờ sờ thấy một khối ở trên khớp mu, hoặc do người thầy thuốc phát hiện nhân một dịp khám phụ khoa định kỳ hay bệnh nhân đi khám vi một rối loạn cơ nãng nào đó: cảm giác tức nặng bụng dưới, đái khó hay táo bón.

+ Triệu chứng toàn thân: ít ảnh huờng, trừ trường hợp khối u to tiến triển lâu ngày bệnh nhân gầy yếu, da khô.

+ Triệu chứng thực thể: Nếu khối u nhỏ không phát hiện gì đặc biệt. Nếu khối u to, có thể thấy một khối tròn nổi gồ lên ờ chính giữa vùng hạ vị hay lệch về một bên hố chậu. Những trường hợp u to có thể thấy bụng to như có thai đủ tháng, da bụng căng bóng và có tuần hoàn bàng hệ.Thăm âm đạo kết hợp với sờ nắn ngoài phát hiện khối u.

+ Cận lâm sàng

Siêu âm: cho phép chẩn đoán chính xác vị trí, kích thước, thành phần của khối u.

Soi ổ bụng: chỉ định trong trường hợp u nang nhỏ, cần phân biệt với chửa ngoài tử cung.

1. *Biến chứng*
* Xoan nang

+ Xoắn nang cấp tính: xảy ra đột ngột, bệnh nhân đau bụng dữ dội, có thề ngất xỉu, mạch, huyết áp ít thay đổi. Khám thấy u to nhanh, di động rất đau, nếu ấn đúng chỗ cuống bị xoan bệnh nhân đau chói.

+ Xoan nang bán cấp tính: diễn ra từ từ, đau âm ỉ, có khi thay đổi tư thế xoan tự tháo, bệnh nhân hết đau nhưng lại tái phát vào dịp khác.

* Chảy máu trong nang: Là hậu quả của xoắn nang, do máu động mạch có thể qua chỗ xoan được nhưng máu tĩnh mạch không về được, dần dần gây vỡ mạch, chảy máu vào túi nang làm nang to dần, máu chảy càng nhiều nang càng to nhanh
* Vỡ u nang: Thường gặp sau xoắn nang không được điều trị kịp thời, hoặc do sang chấn.
* Nhiễm khuẩn nang: Thường gặp sau xoắn nang bán cấp tính.
* Chèn ép: Những khối u nhỏ trong tiểu khung chèn ép bàng quang gây đái khó hoặc bí đái, chèn ép trực tràng gây táo bón hoặc đại tiện khó. Những khối u to chèn ép vào dạ dày ruột gây bán tắc ruột.
* Ung thư hoá: Là biến chứng nguy hiểm nhất, có thể gặp ở cả ba loại nang nhưng hay gặp nhất là ờ những nang nước có nhú.
* u nang buồng trứng với thai nghén: Trên bệnh nhân có kết hợp với u nang buồng trứng thì giữa u nang buồng trứng và thai nghén có ảnh hường qua lại lẫn nhau

+ Thời kỳ có thai: u nang buồng trứng dễ gây sẩy thai, đẻ non, ngôi bất thuờng.

+ Thời kỳ chuyển dạ : sự có mặt của ư nang thuờng gây rối loạn cơn co tử cung, những khối u nhỏ trong tiểu khung sẽ trở thành khối u tiền đạo cản trở đường xuống của ngôi thai. Tăng áp lực ổ bụng trong chuyển dạ dễ làm cho u nang dễ bị vỡ.

+ Sau đẻ: u nang làm ảnh hường đến co hồi tử cung, đến lưu thông sản dịch : Ngược lại ở thời kỳ sau đẻ ổ bụng rỗng khối u dễ bị xoắn.

1. *Hướng điều trị*
* Đối với u nang cơ năng thì chỉ mổ khi có biến chứng, còn đối với u nang thực thề thì phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật cắt bỏ u hoặc cả phần phụ.
* Trường hợp u nang xoắn: phải mổ cấp cứu ngay đồng thời hồi sức tốt cho người bệnh.
* Trường hợp ung thư hoá: phải mổ cắt toàn bộ tử cung và phần phụ hai bên kết hợp điều trị bằng hoá chất để hạn chế sự lan tràn của tế bào ung thư.
1. Chăm sóc
	1. Nhận định chăm sóc
		1. *Nhận định qua hỏi bệnh*
* Nhận định các dấu hiệu trước khi người bệnh đến viện như: đau tức nặng vùng hạ vị, bí đái, táo bón...

-Các biểu hiện do sự chèn ép cùa khối u.

* Tiền sử người bệnh: nhất là đối với những trường hợp khó có thai, sảy thai, đẻ non.
* Tình trạng ra huyết âm đạo, khi hư.
* Nhận định tinh thần của người bệnh trước hoàn cảnh bị bệnh.
	+ 1. *Nhận định qua thăm khám*
* Các dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thờ.
* Nhìn: da niêm mạc, bụng to trong những trường hợp khối u to
* Sờ nắn qua thành bụng có thể thấy được khối u: xác định đuợc vị tri, mật độ, ranh giới, độ di động của khối u.
* Thăm âm đạo kết hợp với sờ nắn ngoài thành bụng có thể phát hiện được khối u.
* Đo buồng tử cung thường sâu hơn bình thường;.
	+ 1. *Cận lâm sàng*

Tham khảo các kết quả cận lâm sàng: Công thức máu, siêu âm...

* 1. *Chẩn đoán chăm sóc*
		1. Chẩn đoán chăm sóc 1: Người bệnh lo lắng mất ngủ do sợu biển chứng.
* *Kết quả mong đợi:* Giảm lo lắng, mất ngủ cho người bệnh
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Động viên người bệnh yên tâm điều trị.
* Giải thích cho người bệnh về: bệnh, những biến chứng có thể xảy ra, những công việc sắp làm
* Thực hiện y lệnh thuốc an thần
	+ 1. Chẩn đoán chăm sóc 2: Nguy cơ chảy máu, nhiễm khuẩn do xoắn u hoặc vở u.
* *Kết qua mong đợi:* Phòng chảy máu, nhiễm khuẩn do xoắn u, vỡ u
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Theo dõi toàn trạng: sắc mặt, da, niêm mạc..
* Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
* Cho người bệnh nằm tư thế đầu thấp trong trường hợp ra huyết nhiều.
* Theo dõi sự ra huyết từ tử cung về số lượng, màu sắc, tính chất.
* Bồi phụ khối lượng tuần hoàn theo y lệnh.
* Theo dõi dấu hiệu đau bụng, báo cáo bác sĩ khi người bệnh đau bụng dữ dội.
	+ 1. Chẩn đoán chăm sóc 3: Nguy cơ thai nghén và sinh đẻ bất thường liên quan tới khối u chèn ép.
* *Kết quà mong đợi:* Phòng sảy thai, đẻ non, đẻ khó.
* *Can thiệp điểu dưỡng:*
* Hướng dẫn người bệnh về chế độ nghỉ ngơi.
* Hướng dẫn chế độ ăn uống: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn thức ăn dễ tiêu
* Khuyên người bệnh đi khám thai định kỳ, chờ đẻ tại cơ sở chuyên khoa hoặc nơi có điều kiện phẫu thuật, hồi sức
* Hướng dẫn người bệnh những dấu hiệu sớm của dọa sảy thai, đẻ non: đau bụng, ra huyết...
	+ 1. Chăn đoán chăm sóc 4: Người bệnh đau bụng, bí đái, bí đại tiện liên quan đến sự chèn ép của khối u.
* *Kết quả mong đợi:* Giảm các rối loạn do khối u chèn ép
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Theo dõi, đánh giá mức độ đau bụng, mức độ rối loạn đại, tiểu tiện.
* Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.
* Trợ giúp hoặc tiến hành các can thiệp làm giảm đau, giảm đái khó và đại tiện khó

216

* + 1. Chẩn đoán chăm sóc 5: Nguy cơ nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục liên quan đến ra huyết, ra khi hư
* *Kết quả mong đợi:* Phòng nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục.
* *Can thiệp điều dưỡng:*
* Hướng dẫn nguời bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục.
* Làm thuốc âm đạo cho người bệnh.
* Theo dõi màu sắc và mùi của dịch chảy ra từ âm đạo.
* Theo dõi mạch nhiệt độ, huyết áp
* Thực hiện y lệnh thuốc kháng sinh.
	1. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Người điều dưỡng thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã đề ra.

* 1. Đánh giá chăm sóc

*Người bệnh được đánh giá chăm sóc tốt khi:*

* Các rối loạn kèm theo thuyên giảm
* Được can thiệp thủ thuật hoặc phẫu thuật kịp thời.
* Nguy cơ cho thai nghén và chuyển dạ đẻ được phát hiện sớm và can thiệp kịp thời.