|  |  |
| --- | --- |
| ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI  **TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI**  **Giáo trình**  **CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ,**  **BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH**  ( TÀI LIỆU DÙNG CHO SINH VIÊN NGÀNH CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG )   |  | | --- | |  |   **Hà Nội 2020** |

|  |
| --- |
| ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI  **TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI**  **Giáo trình**  **CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ,**  **BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH**  ( TÀI LIỆU DÙNG CHO SINH VIÊN NGÀNH CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG )  **Hà Nội 2020** |

# LỜI NÓI ĐẦU

Việc hoàn thiện một tài liệu cho sinh viên để đáp ứng chương trình của cơ quan chủ quản là cần thiết của Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội và Bộ môn Điều dưỡng sản phụ khoa. Môn học “Chăm sóc sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và gia đình” là môn học chuyên ngành bắt buộc trong chương trình đào tạo Cao đẳng điều dưỡng.

Tài liệu gồm 5 nội dung cơ bản trong chăm sóc phụ nữ ở các thời kỳ đó là:

1. Chăm sóc sức khỏe phụ nữ
2. Chăm sóc thai nghén
3. Chăm sóc chuyển dạ
4. Chăm sóc sau đẻ
5. Kế hoạch hóa gia đình.

Với cách tiếp cận lấy phụ nữ và gia đình họ làm trung tâm chăm sóc, yêu cầu người học khi ra trường không chỉ chăm sóc sức khỏe phụ nữ mà còn chăm sóc cả gia đình của họ và mong muốn người phụ nữ có môi trường gia đình, xã hội thuận lợi nhất để phát triển và chăm sóc con cái của họ. Đây là cách tiếp cận rất nhân văn và cũng khá mới so với cách nhìn truyền thống. Vì vậy tài liệu phải đáp ứng yêu cầu cung cấp đủ kiến thức cơ bản nhất, phù hợp cho đối tượng Điều dưỡng đa khoa.

Mặc dù nhóm biên soạn đã cố gắng rất nhiều nhưng có thể chưa thực sự đáp ứng được mong mỏi của các độc giả và các em sinh viên. Rất mong nhận được sự đóng góp để chúng tôi hoàn chỉnh tài liệu.

Trân trọng!

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Chủ biên**  **Phạm Thúy Quỳnh** |

**Tham gia biên soạn**

**Chủ biên:** Ths. Phạm Thúy Quỳnh

**Đồng chủ biên:** Ths. Bùi Thị Phương

**Thành viên tham gia:** Ts. Nguyễn Thanh Phong

Ths. Lê Tùng Lâm

Ths. Phạm Thị Kim Hoàn

Ths. Mã Thị Hồng Liên

Bs. Trần Mai Huyên

# Bài 1: CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ

Thời gian: 05 tiết

## 

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

***Kiến thức:***

1. Trình bày được đặc điểm sinh lý sinh dục nữ.

2. Giải thích được nguyên nhân, triệu chứng của một số hình thái viêm nhiễm sinh dục; rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường.

3. Phân tích được nguyên nhân, triệu chứng của một số khối u sinh dục và u vú.

***Kỹ năng:***

4. Giao tiếp, tư vấn hiệu quả với khách hàng và các nhân viên y tế khác.

5. Lập được kế hoạch chăm sóc cho người phụ nữ bị một số bệnh phụ khoa: viêm nhiễm sinh dục; rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường; khối u sinh dục và u vú trên tình huống lâm sàng.

***Năng lực tự chủ và trách nhiệm:***

6. Thể hiện được sự tôn trọng, quan tâm đến các mong muốn và lòng tin của người phụ nữ trong việc chăm sóc.

**NỘI DUNG**

**1. Sinh lý sinh dục nữ**

***1.1. Buồng trứng***

Là tuyến vừa nội tiết, vừa ngoại tiết thuộc cơ quan sinh dục nữ. Buồng trứng tương ứng với tinh hoàn của cơ quan sinh dục nam. Tuy nhiên nếu tinh hoàn nằm ở ngoài cơ thể thì buồng trứng nằm trong tiểu khung. Có 2 buồng trứng nằm cạnh 2 vòi trứng ở 2 bên của tử cung. Bình thường kích thước buồng trứng tương ứng khoảng ngón tay cái. Buồng trứng thay đổi cả hình thể và kích thước theo tuổi của người phụ nữ. Trong độ tuổi sinh đẻ, buồng trứng to hơn, có nhiều nang noãn và phóng noãn hàng tháng tạo ra chu kì kinh nguyệt. Khi bé chưa dậy thì, buồng trứng nhỏ, chứa nhiều nang noãn nhỏ và khi đã mãn kinh buồng trứng không còn nang noãn, tổ chức có màu xơ trắng. Buồng trứng có 2 chức năng chính là nội tiết và ngoại tiết.

*1.1.1. Chức năng nội tiết*

Buồng trứng tiết ra 2 nội tiết chính là Estrogen và Progesteron.

- Estrogen của buồng trứng chủ yếu do các tế bào hạt của nang noãn tiết ra dưới tác động của FSH của tuyến yên.Chức năng chính của Estrogen:

+ Là nội tiết tố chính gây tăng trưởng niêm mạc tử cung; giúp biệt hóa, phát triển cơ quan và đặc điểm sinh dục phụ thứ phát như quy định cách mọc lông mu, phát triển vú, giọng nói, khung xương chậu…..; góp phần điều hòa hoạt động của trục Dưới đồi – Tuyến Yên – Buồng trứng.

+ Ngoài ra Estrogen còn có tác động lên các cơ quan khác như làm tăng kích thước các cơ quan sinh dục, làm ẩm âm đạo, tăng chất nhày cổ tử cung, giúp xương phát triển và chắc khỏe, giúp chuyển hóa mỡ, …

+ Phối hợp Progesteron giúp niêm mạc tử chế tiết tạo điều kiện thuận lợi cho trứng làm tổ sau thụ thai. Giúp thai phát triển và trưởng thành.

+ Progesteron do hoàng thể tiết ra dưới tác động của LH của tuyến yên. Chức năng chính: Làm niêm mạc tử cung chế tiết trong nửa 2 của vòng kinh, tạo điều kiện thuận lợi cho trứng làm tổ.

+ Chức năng khác: Phát triển và biệt hóa tuyến vú. Cùng một số nội tiết tố khác ức chế tiết sữa. Tham gia vào quá trình điều hòa hoạt động trục Dưới đồi - Tuyến yên – Buồng trứng.

+ Có tác dụng đối kháng với Estrogen trên niêm mạc tử cung. Phối hợp cùng Estrogen phát triển, duy trì sự phát triển của thai. Tăng nguy cơ sảy thai nếu thiếu trong trường hợp suy sớm hoàng thể của buồng trứng.

*1.1.2. Chức năng ngoại tiết*

Từ khi dậy thì, buồng trứng bắt đầu hoạt động. Mỗi tháng thông thường phóng ra một noãn. Đôi khi có ngoại lệ có thể phóng 2 hoặc nhiều hơn gây ra đa thai nếu noãn được thụ tinh hoặc không phóng noãn. Chức năng này kết thúc khi mãn kinh.

***1.2. Chu kỳ kinh nguyệt và hoạt động của buồng trứng***

- Kinh nguyệt là sự chảy máu có chu kỳ của tử cung đi đôi với sự rụng niêm mạc tử cung và chủ yếu là sự giảm Estrogen và Progesteron trong máu, nhưng vai trò của Estrogen là quyết định.

- Đặc tính của kinh nguyệt: theo qui ước chung, chu kỳ kinh nguyệt được tính từ ngày đầu tiên hành kinh (là ngày thứ nhất của chu kỳ kinh nguyệt) đến ngày trước khi có kinh lần sau (ngày kết thúc của chu kỳ kinh nguyệt). Nhưng trên thực tế, để dễ hiểu người ta thường tính chu kỳ kinh nguyệt từ ngày bắt đầu hành kinh lần này đến ngày bắt đầu có kinh lần sau.

- Máu kinh nguyệt là máu không đông, kinh nguyệt có máu đông gặp trong trường hợp băng kinh.

- Lượng máu kinh khoảng 40 - 100ml.

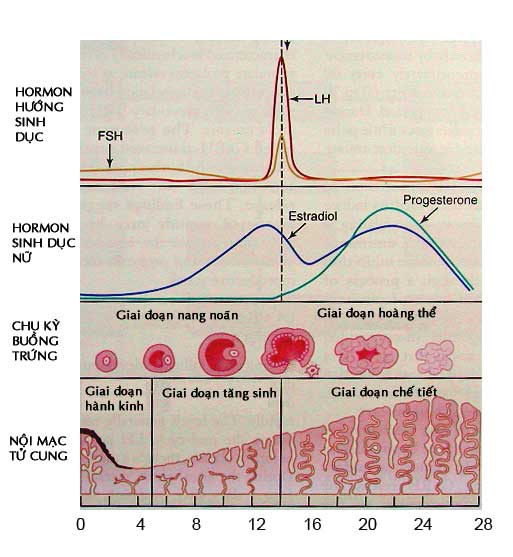
- Chu kỳ kinh nguyệt thường gặp là 28 - 30 ngày có thể có những chu kỳ kinh nguyệt dài hơn 35 - 40 ngày hoặc ngắn hơn 20 - 25 ngày.

- Đặc điểm ra máu kinh nguyệt: ngày đầu, ngày cuối ra ít những ngày giữa ra nhiều.

- Một chu kỳ kinh nguyệt là kết quả của một chu kỳ hoạt động của buồng trứng, chu kỳ hoạt động này được chia làm bốn thời kỳ. Nếu lấy chu kỳ kinh nguyệt là 28 ngày, thì 4 thời kỳ đó là:

*1.2.1. Thời kỳ bong niêm mạc tử cung*

Từ ngày thứ 1 đến hết 3 - 4 ngày đầu của chu kỳ kinh nguyệt, niêm mạc tử cung bong ra gây chảy máu (thực chất đây là kết quả của chu kỳ kinh nguyệt trước).



**Hình 1.1. Những thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt**

*(*[*https://thuocchuabenh.vn/benh-san-khoa/chu-ky-kinh-nguyet-la-gi.html*](https://thuocchuabenh.vn/benh-san-khoa/chu-ky-kinh-nguyet-la-gi.html)*)*

*1.2.2. Thời kỳ phát triển của noãn bào thành nang De Graaf*

Bắt đầu từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 14 của chu kỳ kinh nguyệt, dưới ảnh hưởng của kích dục tố FSH của thùy trước tuyến yên, một noãn bào của buồng trứng phát triển thành nang De Graaf. Nang này càng lớn càng tiết ra nhiều estrogen. Dưới tác dụng của estrogen, tế bào niêm mạc tử cung tăng sinh, dày lên nhưng không chế tiết

*1.2.3. Thời kỳ phóng noãn (rụng trứng)*

Vào khoảng ngày thứ 14 của chu kỳ kinh nguyệt, nang De Graaf chín, bài tiết estrogen ngày càng nhiều và đạt mức tối đa, làm cho thùy trước tuyến yên ngừng bài tiết FSH, đồng thời bài tiết ra LH làm nang De Graaf vỡ ra, tiểu noãn được giải phóng và đi vào ống dẫn trứng, nếu không gặp tinh trùng để thụ tinh, noãn tự tiêu hủy.

*1.2.4. Thời kỳ hoàng thể*

Phần còn lại ở buồng trứng sau khi phóng noãn có màu vàng nên gọi là hoàng thể. Dưới tác dụng của LH hoàng thể chế tiết ra progesterol và estrogen. Tại tử cung dưới tác dụng của progesterol niêm mạc tử cung dày lên, động mạch và các tuyến phát triển và chế tiết, tạo điều kiện để trứng thụ tinh về làm tổ. Vì vậy niêm mạc tử cung ở giai đoạn này còn gọi là niêm mạc hoài thai. Thường có hai khả năng:

Nếu có thụ thai, hoàng thể phát triển và tồn tại 2,5tháng tiếp tục tiết ra progesterol giúp trứng làm tổ ở tử cung được tốt, nên được gọi là hoàng thể thai nghén.

Nếu không thụ thai, hoàng thể sẽ thoái hóa, nên gọi là hoàng thể kinh nguyệt. Đến ngày thứ 26 của chu kỳ kinh nguyệt nồng độ progesterol và estrogen trong máu giảm đột ngột, làm cho các mạch máu dưới niêm mạc tử cung xoắn lại gây chảy máu, niêm mạc tử cung bị hoại tử bong ra từng mảng nhỏ chảy ra ngoài tạo nên kinh nguyệt. Khi nồng độ progesterol và estrogen giảm theo cơ chế hồi tác FSH của thùy trước tuyến yên được giải phóng, tác động lên buồng trứng kích thích noãn bào phát triển và một chu kỳ kinh nguyệt mới lại bắt đầu.

Trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt, thời kỳ hoàng thể thường là cố định 14 ngày. Như vậy chu kỳ kinh nguyệt dài hay ngắn là tùy thuộc vào thời kỳ phát triển dài hay ngắn.

Trên thực tế người ta thường chia một chu kỳ kinh nguyệt thành 2 thời kỳ (giai đoạn): trước phóng noãn gọi là thời kỳ phát triển và sau phóng noãn gọi là thời kỳ chế tiết. Nếu chu kỳ kinh nguyệt không có phóng noãn là chu kỳ kinh nguyệt chỉ có một giai đoạn.

***1.3.*** ***Những thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt***

Do nội tiết tố thay đổi liên tục trong một chu kì nên có nhiều thay đổi diễn ra trong cơ thể người phụ nữ mà họ có thể cảm nhận được. Còn chúng ta có thể ứng dụng các tính chất này để theo dõi, chẩn đoán và chăm sóc điều trị.

*Một số thay đổi trong vòng kinh của phụ nữ:*

- Trong giai đoạn trước phóng noãn: do có sự tăng dần của Estrogen nên người phụ nữ thấy âm đạo ẩm ướt tăng dần cho đến ngày phóng noãn. Khi khám âm đạo bằng mỏ vịt, chúng ta thấy dịch âm đạo tăng, dịch trong và gần đến ngày phóng noãn, dịch cổ tử cung nhiều trong (còn gọi là dấu hiệu con ngươi).

- Ngay sau phóng noãn, dịch này khô lại. Âm đạo khô, cổ tử cung đóng. Người phụ nữ cảm thấy ngực căng và có người cảm thấy nóng hơn, hơi chút tăng cân do giữ nước. Đây chính là vai trò của Progesteron.

- Khi gần ngày hành kinh, người phụ nữ lại thấy dịch âm đạo xuất hiện, các dấu hiệu trên giảm dần và khi hành kinh thì hết.

***Ứng dụng:***

- Tránh thai:Chúng ta có thể xác định được ngày phóng noãn trên lâm sàng. Trên nguyên lý noãn chỉ tồn tại trong vòng 24 giờ nên ứng dụng để tránh thai. Phương pháp này còn gọi là phương pháp tránh thai tính theo vòng kinh hay phương pháp Ogino- Knaus (xem kĩ hơn tại bài các biện pháp tránh thai)

- Theo dõi dịch âm đạo để phát hiện ngày phóng noãn, ứng dụng chăm sóc cho những phụ nữ hiếm muộn

- Ứng dụng giải thích một số hiện tượng tiền kinh ở phụ nữ

**2. Rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường**

2.1. Định nghĩa những bất thường chu kỳ kinh nguyệt

- Kinh thưa (Olygomenorrhea): Kinh nguyệt không thường xuyên, không đều. Chu kỳ kinh thường trên 35 ngày.

- Kinh mau (Polymenorrhea): Chu kỳ kinh thường là 21 ngày hoặc ngắn hơn.

- Rong kinh (Menorrhagia): Ra máu có chu kỳ, lượng kinh nhiều (> 80ml) và kéo dài trên 7 ngày.

- Rong huyết (Metrorrhagia): Ra máu thất thường không theo chu kỳ.

- Kinh ít (Hypomenorhea): Số ngày có kinh ngắn, lượng kinh ít.

- Chảy máu giữa chu kỳ kinh (Intermenstrual bleeding): Chảy máu (thường lượng không nhiều) xảy ra giữa chu kỳ kinh bình thường.

- Thống kinh là hiện tượng đau bụng khi có kinh nguyệt, thống kinh nặng có thể kèm theo nôn và tiêu chảy.

*2.2. Nguyên nhân ra máu âm đạo bất thường*

Bước đầu tiên của việc đánh giá là phải xác định chắc chắn nguồn gốc chảy máu, loại trừ chảy máu đường tiêu hoá hoặc tiết niệu.

Có thể phân chia nguyên nhân chảy máu thành 5 nhóm riêng biệt theo nguyên nhân của nó:

\* Cơ năng:

Nguyên nhân thường gặp là do không phóng noãn:

- Tuổi dậy thì.

- Tuổi mãn kinh.

- Không phóng noãn rải rác trong tuổi sinh đẻ.

\* Các tổn thương thực thể ở cơ quan sinh dục:

- U xơ tử cung: u xơ dưới niêm mạc.

- Polip tử cung, cổ tử cung.

- Ung thư cổ tử cung.

- Ung thư thân tử cung.

- Lạc nội mạc tử cung ở cơ tử cung.

- Dị dạng tử cung.

- Lao sinh dục.

- Các khối u nội tiết của buồng trứng

\* Các biến chứng liên quan với thai nghén:

- Sảy thai.

- Bệnh tế bào nuôi.

- Chửa ngoài tử cung.

- Các biến chứng sau đẻ như sót rau, viêm nội mạc tử cung.

**-** Rau tiền đạo.

- Rau bong non.

- Vỡ tử cung.

\* Bệnh toàn thân:

- Các bệnh về máu.

- Thiếu máu mãn tính.

- Sự kém nuôi dưỡng.

- Các bệnh về gan.

\* Các yếu tố do thuốc:

- Điều trị các thuốc chống đông máu.

- Thuốc tiêm (Depo – Provera), cấy thuốc tránh thai, thuốc tránh thai uống.

- Điều trị hormon thay thế

***2.3. Chăm sóc phụ nữ rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường***

Tuỳ theo người bệnh điều trị ngoại trú hay tại viện có kế hoạch chăm sóc khác nhau, theo kế hoạch chăm sóc của qui trình thực hành

2.3.1. Bệnh nhân ngoại trú

- Thảo luận với người bệnh về tình trạng bệnh và kế hoạch điều trị

- Hướng dẫn và hỗ trợ người phụ nữ dùng thuốc theo đơn của bác sỹ để họ yên tâm và hợp tác khi sử dụng thuốc.

- Tư vấn cho người bệnh về những biểu hiện của tác dụng phụ của thuốc và cách xử trí. Nhắc nhở người bệnh khám lại theo hẹn

- Tư vấn cho người bệnh về chế độ lao động, chế độ dinh dưỡng phù hợp

- Không quan hệ tình dục khi đang ra máu âm đạo.

2.3.2. Người bệnh điều trị tại bệnh viện

*\* Nhận định:*

- Diễn biến bệnh:

+ Tình trạng ra máu: thời gian, số lượng, màu sắc.

+ Các dấu hiệu kèm theo: đau bụng, mệt mỏi....

+ Đã điều trị ở đâu, điều trị như thế nào và tiến triển bệnh

- Tiền sử:

+ Nội-ngoại khoa: các bệnh lý mãn tính, các bệnh về máu…

+ Phụ khoa, kinh nguyệt: rối loạn kinh nguyệt, u nang buồng trứng, u xơ tử cung....

+ Sản khoa: PARA

+ Tiền sử sử dụng thuốc

- Khám lâm sàng:

+ Cơ năng và toàn thân: tình trạng thiếu máu, nhiễm khuẩn. Hỏi chế độ vệ sinh, ăn uống của người bệnh.

+ Các dấu hiệu thực thể: tình trạng bụng, các hố chậu. Khám âm đạo, cổ tử cung....

- Cận lâm sàng:

+ CTM: số lượng hồng cầu, Hb…

+ Siêu âm tử cung phần phụ

+ Soi ổ bụng

*\* Chẩn đoán chăm sóc*

- Thiếu máu do mất máu kéo dài

- Nhiễm khuẩn do không đảm bảo vệ sinh

- Mệt mỏi lo lắng về tình trạng bệnh

*\* Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc*

- Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, hợp tác điều trị.

- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn phù hợp: thức ăn giàu sắt, thức ăn đảm bảo dinh dưỡng, uống đủ nước.

- Hướng dẫn người bệnh chế độ vệ sinh phù hợp: vệ sinh bộ phận sinh dục nhẹ nhàng, sạch sẽ.

- Thực hiện y lệnh:

+ Cho người bệnh sử dụng thuốc bổ máu, thuốc kháng sinh phòng nhiễm khuẩn, thuốc nội tiết, thuốc cầm máu

+ Hỗ trợ bác sĩ nạo buồng tử cung (nếu cần)

+ Lấy máu, lấy dịch xét nghiệm

+ Theo dõi:

Toàn trạng: ý thức, tinh thần, các dấu hiệu sinh tồn, da niêm mạc

Tình trạng ra máu: số lượng, máu sắc, mùi

Các dấu hiệu kèm theo

Nếu có các dấu hiệu bất thường, báo bác sĩ

*\* Đánh giá:*

- Tốt: nếu tình trạng bệnh tiến triển tốt lên như giảm và hết ra máu, rối loạn kinh nguyệt, đỡ và hết thiếu máu...

- Không tốt: nếu các triệu chứng không thay đổi hoặc tiến triển nặng lên

3. Các khối u sinh dục và u vú

***3.1. Ung thư vú***

*3.1.1. Đại cương*

Ung thư vú chủ yếu là loại ung thư biểu mô phát triển từ biểu mô của các ống dẫn sữa hoặc các thuỳ tận cùng. Ung thư vú thường gặp ở phụ nữ, tần suất 60 đến 70/100.000 dân/năm.

Các yếu tố nguy cơ: tiền sử gia đình; chưa sinh đẻ; thai nghén muộn; tiền sử bệnh xơ nang tuyến vú có kèm quá sản biểu mô.

*3.1.2. Chẩn đoán*

Trong 80% các trường hợp đến khám là do bệnh nhân tự phát hiện thấy có một u nhỏ ở vú.

- Hỏi: ngày phát hiện, có hoặc không sự tăng thể tích của khối u từ khi phát hiện, đau hoặc không và khối u có thay đổi với chu kỳ kinh không.

- Khám lâm sàng: cho phép chẩn đoán chính xác trong 70% trường hợp.

+ Khám vú: (so sánh tư thế ngồi, nằm, 2 tay đưa cao) khối u không đau, giới hạn không rõ, di động so với da trong phần lớn các trường hợp.

+ Tìm kiếm các dấu hiệu viêm da (da đỏ, phù, dưới dạng da cam) có co rút da, co rút núm vú nếu khối u ở trung tâm.

+ Khối u phải được đo chính xác và xác định vị trí ở phần tư nào của vú.

+ Khám hạch các vùng.

- Cận lâm sàng:

+ Chụp Xquang vú: có giá trị chẩn đoán trong 80% trường hợp.

+ Siêu âm: hữu ích đối với ác trường hợp vú có mật độ cao, cho phép thấy tổn thương (tạo siêu âm) không đồng nhất với giới hạn mờ.

+ Chọc hút tế bào: được làm với kim nhỏ cho phép chẩn đoán chính xác 90% trường hợp.

+ Sinh thiết giải phẫu bệnh: một vài loại kim cho phép lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh, phương pháp này rất được ưa thích trong những trường hợp mổ không phải là ý định đầu tiên.

***3.2. U nang buồng trứng***

U nang buồng trứng là những khối u khá phổ biến ở phụ nữ, bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất từ 30 – 45 tuổi. Chẩn đoán tương đối dễ, nhưng triệu chứng và tiến triển phức tạp, nên việc điều trị và tiên lượng còn gặp nhiều khó khăn.

Gọi là u nang, vì có cấu tạo kiểu túi. Thành túi là vỏ nang, trong túi có chứa dịch nang đơn thuần hay phối hợp với thành phần khác.

*3.2.1. Phân loại*

*3.2.1.1. U nang cơ năng*

- U nang cơ năng sinh ra do tổn thương chức năng của buồng trứng, có đặc điểm: Lớn nhanh, mất sớm, chỉ tồn tại trong một vài chu kỳ kinh nguyệt.

- U nang cơ năng bao gồm:

+ U nang bọc noãn: do không phóng noãn, thường tồn tại trong vài chu kỳ kinh nguyệt, rồi tự mất.

+ U nang hoàng tuyến: thường gặp sau chửa trứng có biến chứng Chorio.

+ U nang hoàng thể: có thể gặp trong 1 số trường hợp dùng thuốc kích thích phóng noãn liều cao để điều trị vô sinh.

*3.2.1.2. U nang thực thể*

*-* Do tổn thương thực thể giải phẫu buồng trứng. U phát triển chậm, nhưng không bao giờ mất. Kích thước u nang thường lớn, có vỏ dày, đa số là lành tính.

- Có 3 loại u nang thực thể: u nang bì ; u nang nước; u nang nhầy.

*3.2.2. Lâm sàng và cận lâm sàng*

*3.2.2.1. Triệu chứng cơ năng*

- U nang nhỏ: triệu chứng nghèo nàn, khối u tiến triển nhiều năm. Phần lớn người bệnh vẫn sống, hoạt động bình thường.

- U nang chỉ được phát hiện khi tắm hoặc khi khám sức khoẻ.

- Một số người bệnh cảm giác nặng bụng dưới. Trường hợp u lớn có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh, gây bí tiểu, bí đại tiện.

*3.2.2.2. Triệu chứng thực thể*

- U nang to: thấy bụng dưới to lên như mang thai, sờ thấy khối u di động, có khi đau.

- Khám âm đạo: tử cung nhỏ, cạnh tử cung có khối tròn đều, di động dễ dàng, ranh giới biệt lập với tử cung.

- U nang to, dính, hay nằm trong dây chằng rộng, thì di động hạn chế, có khi mắc kẹt trong tiểu khung. Không nên đè mạnh hay đẩy lên, vì có thể gây vỡ.

*3.2.2.3. Cận lâm sàng*

*-* Chụp bụng không chuẩn bị; siêu âm thấy ranh giới khối u rõ; soi ổ bụng.

*3.2.3. Tiến triển và biến chứng*

- Xoắn u nang; chảy máu trong nang; vỡ u nang; viêm nhiễm.

- Chèn ép các tạng lân cận, gây bán tắc ruột, đại, tiểu tiện khó.

- Ung thư hoá có thể xảy ra với 3 loại u nang thực thể, nhưng u nang nước là thường gặp nhất.

***3.3. U xơ tử cung***

- U xơ tử cung là khối u lành tính, bệnh khá phổ biến ở phụ nữ từ 30 – 45 tuổi, tỷ lệ 15 – 20%.U xơ tử cung có thể to, nhỏ, một hay nhiều nhân xơ nằm ở thân, ở cổ và cả ở eo tử cung.

- Có 3 loại u xơ tử cung: u xơ dưới thanh mạc; u xơ kẽ và u xơ dưới niêm mạc.

*3.3.1. Lâm sàng*

*3.3.1.1. Triệu chứng cơ năng*

Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào vị trí, số lượng thể tích của u xơ.

- Rối loạn kinh nguyệt: cường kinh, rong kinh kéo dài, vòng kinh ngắn, nhưng vẫn theo chu kỳ, làm người bệnh thiếu máu.

- Đau: do thiếu máu cục bộ hay do chèn ép hệ thần kinh trong tiểu khung

- Chèn ép: u xơ to chèn ép bàng quang, gây tiểu khó, tiểu nhiều lần, chèn ép trực tràng, gây táo bón.

- Thường ra nhiều khí hư loãng theo chu kỳ.

*3.3.1.2. Triệu chứng thực thể*

- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng, sẽ thấy tử cung lớn hơn bình thường, nhiều nhân gồ ghề, thay đổi hình dạng tử cung. Di động tử cung bị hạn chế, do u xơ to, dính trong tiểu khung.

- U xơ kẽ thấy tử cung to tròn đều, hay gây cường kinh.

- Nhân xơ dưới niêm mạc có thể không lớn, đôi khi thấy polyp chui ra cổ tử cung, hay ra huyết bất thường.

- U xơ dưới phúc mạc làm tử cung biến dạng. Nếu có cuống dài, dễ nhầm u nang buồng trứng.

*3.3.2. Cận lâm sàng*

- Đo buồng tử cung; chụp buồng tử cung cản quang hoặc siêu âm.

***3.4. Ung thư cổ tử cung***

Ung thư cổ tử cung là một bệnh thường gặp ở phụ nữ, đứng hàng thứ 2 sau ung thư vú. Thương tổn xuất phát từ vùng nối tiếp của 2 loại biểu mô, biểu mô lát ở phía ngoài, biểu mô trụ ở phía trong ống cổ tử cung. Diễn biến của nó thường chậm, sau một thời gian dài phát triển ở bề mặt cổ tử cung, các tế bào tân sinh phá huỷ lớp màng đáy, lan tràn đến tổ chức liên kết của cổ tử cung và đi xa theo đường bạch huyết, đường máu.

*3.4.1. Các yếu tố nguy cơ*

- Tuổi: từ 35 – 50.

- Đẻ nhiều: từ 5 con trở lên.

- Hoạt động sinh dục sớm: trước 17 tuổi.

- Có nhiều bạn tình.

- Tiền sử có bệnh viêm sinh dục do virus Papilloma hay herpes.

- Vệ sinh cá nhân kém.

*3.4.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng*

Thường người bệnh đến khám, vì ra máu âm đạo bất thường giữa kỳ kinh, sau giao hợp, hoặc là khí hư hôi, màu hồng cộng với cơ thể suy mòn.

*3.4.2.1. Giai đoạn sớm*

Hầu như không có dấu hiệu lâm sàng.

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào các xét nghiệm như:tế bào âm đạo, soi cổ tử cung, sinh thiết cổ tử cung.

*3.4.2.2. Giai đoạn muộn*

Chẩn đoán dựa vào

- Cổ tử cung loét, sùi, dễ chảy máu, sờ cổ tử cung thấy nền loét sùi cứng.

- Khi ung thư đã sang giai đoạn 2 – 3, sờ túi cùng bên thấy cứng, hẹp.

***3.5. Chăm sóc người bệnh khối u sinh dục***

*3.5.1. Kế hoạch chăm sóc người bệnh điều trị nội khoa/trước phẫu thuật*

*3.5.1.1. Nhận định*

Người hộ sinh cần nhận định các vấn đề sau:

- Toàn trạng người bệnh:

. Tình trạng tinh thần, thể trạng.

. Tình trạng thiếu máu.

. Cân nặng, mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.

. Hệ thống hạch bạch huyết.

- Các dấu hiệu cơ năng: đau, sốt, dịch âm đạo, ra máu âm đạo...

- Tình trạng khối u: vị trí, mật độ, thể tích, sự di động...

- Tình trạng các bộ phận khác, xác định xem khối u có ảnh hưởng đến các bộ phận khác không.

- Tình trạng dinh dưỡng: người bệnh ăn uống bình thường hay bất thường (nếu bất thường thì hiện tại người bệnh ăn bằng đường nào, chế độ ăn như thế nào, có phù hợp với tình trạng người bệnh không...)

- Vận động (khả năng tự vận động, tự chăm sóc như thế nào)

- Y lệnh về các xét nghiệm cận lâm sàng

- Y lệnh về thuốc

*3.5.1.2. Chẩn đoán chăm sóc/Những vấn đề cần chăm sóc*

- Thiếu máu do rong kinh kéo dài.

- Đau do khối u chèn ép.

- Lo lắng về tình trạng bệnh.

- Thiếu hụt kiến thức về chế độ chăm sóc.

*3.5.1.3. Lập và thực hiện kế hoạch*

- Trao đổi với người bệnh về những vấn đề người hộ sinh cần làm trong quá trình chăm sóc người bệnh để người bệnh yên tâm và cảm thấy thoải mái.

- Theo dõi toàn trạng: ít nhất 1 lần/ngày.

- Theo dõi các dấu hiệu cơ năng để đánh giá tiến triển của người bệnh: ít nhất 6 giờ/ lần.

- Theo dõi đại, tiểu tiện.

- Động viên người bệnh và người nhà để người bệnh bớt lo âu, chán nản.

- Hỗ trợ người bệnh trong các vấn đề: ăn uống, vận động, vệ sinh... đặc biệt chú ý những người bệnh nặng, đề phòng loét.

- Thực hiện y lệnh của bác sĩ về chế độ thuốc, thủ thuật.

- Theo dõi và phát hiện sớm những tác dụng phụ hoặc tai biến của thuốc để báo cáo với bác sĩ kịp thời.

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh xử trí các tác dụng phụ của thuốc, đặc biệt trong những trường hợp dùng hoá chất trị liệu.

- Hỗ trợ người bệnh trong quá trình thực hiện các xét nghiệm.

*3.5.1.4. Đánh giá*

- Nếu các dấu hiệu cơ năng giảm, tình trạng toàn thân của người bệnh tốt lên là tiến triển tốt.

- Nếu các triệu chứng không giảm hoặc có thêm các triệu chứng khác là bệnh không tiến triển hoặc tiến triển xấu, cần điều chỉnh chế độ chăm sóc cho phù hợp.

*3.5.2. Kế hoạch chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật*

*3.5.2.1. Nhận định*

- Thời gian sau phẫu thuật.

- Cách thức phẫu thuật, ví dụ: mổ cắt khối u, cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn... mổ nội soi hay mở bụng.

- Cách thức gây mê: gây mê, gây tê...

- Toàn trạng của người bệnh:

+ Tỉnh hoàn toàn hay còn ảnh hưởng của thuốc mê.

+ Da niêm mạc.

+ Mạch, huyết áp, nhiệt độ.

+ Hô hấp: tự thở hay còn phải hỗ trợ hô hấp.

- Tinh thần của người bệnh sau phẫu thuật. Đặc biệt những phẫu thuật trong ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng.

- Tình trạng vết mổ: khô hay có dịch, có máu...

- Khám bụng (nếu mổ khối u tử cung, buồng trứng): bụng mềm hay chướng, có phản ứng, có điểm đau...

- Ra máu âm đạo: nếu có cần xác định vị trí, số lượng, màu sắc...

- Khả năng vận động: tuỳ theo thời gian sau mổ, toàn trạng người bệnh để đánh giá vận động phù hợp hay chưa.

- Chế độ dinh dưỡng của người bệnh phù hợp với phẫu thuật và thời gian sau phẫu thuật chưa.

- Đại tiểu tiện.

- Các xét nghiệm cần làm.

- Y lệnh của bác sĩ.

*3.5.2.2. Chẩn đoán chăm sóc/Những vấn đề cần chăm sóc*

- Lo lắng về tình trạng bệnh.

- Thiếu hụt kiến thức về chăm sóc sau mổ.

- Đau sau mổ.

- Các nguy cơ biến chứng sau mổ: chảy máu, nhiễm trùng.

*3.5.2.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc*

Lập kế hoạc chăm sóc cụ thể phù hợp với từng thời điểm sau mổ của người bệnh, bao gồm:

- Theo dõi: toàn trạng; hô hấp; tiết niệu và tình trạng ra máu âm đạo, dịch vết mổ.

- Chế độ dinh dưỡng: tuỳ theo thời gian sau mổ, tuổi người bệnh mà xây dựng chế độ ăn phù hợp.

- Chế độ vận động phù hợp với tình trạng người bệnh, tuy nhiên cần tránh nằm bất động nhiều, để tránh bội nhiễm.

- Động viên người bệnh, tránh lo lắng quá mức, trao đổi với người bệnh về tiến triển của người bệnh hàng ngày để người bệnh yên tâm điều trị.

- Chế độ vệ sinh phù hợp với thời gian sau mổ: vệ sinh toàn thân, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, làm thuốc âm đạo (nếu có chỉ định) ...

- Thực hiện y lệnh cụ thể.

*3.5.2.4. Đánh giá*

- Tình trạng người bệnh tốt dần lên, ăn uống tốt, tinh thần thoải mái, tình trạng vết mổ tốt, không có biểu hiện chảy máu hoặc nhiễm khuẩn là tiến triển tốt.

- Người bệnh có biểu hiện chảy máu hoặc nhiễm khuẩn.

4. Viêm nhiễm sinh dục dưới

***4.1. Đại cương***

- Viêm nhiễm sinh dục nữ là một bệnh phổ biến trong các bệnh lý phụ khoa.

- Bệnh thường gặp ở độ tuổi sinh hoạt tình dục, dễ lây truyền theo đường tình dục.

- Thường gặp ở hình thái mãn tính nhiều hơn hình thái cấp tính, điều trị thường kéo dài. Phát hiện sớm và điều trị tích cực sẽ khỏi hẳn, có thể tránh được các biến chứng như tắc vòi trừng, viêm phần phụ mãn tính, tổn thương cổ tử cung, chửa ngoài tử cung, vô sinh, …

- Nguyên nhân gây bệnh có thể do vi khuẩn, virus hay ký sinh trùng.

- Các yếu tố thuận lợi:

+ Do cấu tạo của bộ phận sinh dục nữ.

+ Vệ sinh phụ nữ chưa đảm bảo.

+ Môi trường làm việc của phụ nữ chưa tốt.

+ Vô khuẩn khi thăm khám chưa tốt.

***4.2. Các thể viêm nhiễm sinh dục***

*4.2.1. Viêm âm đạo*

*4.2.1.1. Triệu chứng*

- Khí hư: Số lượng ít hoặc nhiều, loãng hoặc đặc, màu trong, đục hoặc màu vàng, mùi hôi hoặc không hôi.

+ Do nấm Candida: khí hư đặc, màu trắng như váng sữa dính vào thành âm đạo, có vết trợt, số lượng nhiều hoặc vừa, thường kèm theo ngứa và cảm giác bỏng rát âm hộ - âm đạo.

+ Do trùng roi âm đạo: khí hư màu xanh, loãng, có bọt, số lượng nhiều, mùi hôi, có thể gây viêm cổ tử cung nặng. Chẩn đoán xác định bằng soi tươi dịch âm đạo có trùng roi di động.

+ Do vi khuẩn: màu xám trắng, đồng nhất, dính đều vào thành âm đạo, số lượng ít, mùi hôi. Test Sniff dương tính.

- Ngoài ra còn có các triệu chứng khác đi kèm:

+ Ngứa vùng âm hộ, âm đạo (đặc biệt do nấm men candida).

+ Cảm giác bỏng rát vùng âm hộ, âm đạo (đặc biệt do nấm men candida).

+ Viêm nề âm hộ.

+ Đau khi giao hợp.

+ Có thể kèm theo đái khó.

- Các xét nghiệm hỗ trợ giúp chẩn đoán nguyên nhân:

+ Soi tươi để tìm trùng roi âm đạo và nấm men candida.

+ Nhuộm Gram tìm lậu cầu khuẩn, tế bào clue.

+ Xét nghiệm nhanh Sniff (thử nghiệm mùi cá ươn với KOH 10 %) để xác định viêm âm đạo do vi khuẩn.

*4.2.1.2. Điều trị:*

+ Điều trị theo nguyên nhân.

+ Nên điều trị cho cả vợ chồng nếu viêm âm đạo do trùng roi, lậu hoặc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

+ Thay đổi môi trường âm đạo bằng dung dịch acid lactic (viêm âm đạo do trùng roi) hoặc kiềm (viêm âm đạo do nấm).

+ Vệ sinh nguồn nước, quần áo khô sạch.

*4.2.2. Viêm cổ tử cung*

*4.2.2.1. Triệu chứng*

- Thường do lậu cầu từ âm hộ, âm đạo lan lên.

- Sốt, đau vùng hạ vị.

- Khí hư nhiều hay ít tuỳ thuộc loại tổn thương và nguyên nhân gây viêm. Nếu khí hư lẫn máu phải nghĩ đến lao hay ung thư cổ tử cung.

- Khám bệnh nhân đau.

- Đặt mỏ vịt thấy cổ tử cung viêm: Đỏ, mất tính nhẵn bóng, loét, chạm vào dễ chảy máu, không bắt màu lugol, có nhiều khí hư chảy ra từ ống cổ tử cung

- Soi cổ tử cung thấy tổn thương loét đỏ, có thể sần sùi, lan rộng.

- Soi khí hư có vi khuẩn gây bệnh.

*4.2.2.2. Điều trị*

- Đặt thuốc âm đạo.

- Có thể kết hợp kháng sinh toàn thân.

- Vệ sinh âm đạo bằng các dung dịch sát khuẩn phù hợp.

- Đốt cổ tử cung bằng hoá chất hoặc đốt điện khi viêm mãn tính.

*4.2.3. Viêm phần phụ*

*4.2.3.1. Triệu chứng*

+ Đau bụng vùng hạ vị, thường đau cả hai bên hố chậu, có một bên đau trội hơn. Đau liên tục. Có lúc đau dữ dội.

+ Khí hư ra nhiều trong đợt đau.

+ Sốt: thường ít khi sốt cao.

+ Nắn bụng vùng hạ vị bệnh nhân đau, có thể có phản ứng thành bụng.

+ Tử cung thể tích bình thường, di động tử cung khó và đau.

+ Nắn hai bên túi cùng bệnh nhân đau chói.

+ Khồi nề cạnh tử cung, ranh giới thường không rõ, ấn đau.

*4.2.3.2. Điều trị*

+ Điều trị nội khoa là chính, kháng sinh toàn thân và kết hợp, chườm lạnh vùng hạ vị, dinh dưỡng tốt, đảm bảo vệ sinh.

+ Điều trị ngoại khoa khi có biến chứng như áp xe.

***4.3. Dự phòng viêm nhiễm sinh dục***

- Hướng dẫn phụ nữ thực hiện tốt vệ sinh phụ nữ (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh giao hợp, vệ sinh kinh nguyệt).

- Thầy thuốc phải đảm bảo vô khuẩn khi thăm khám và làm thủ thuật đặc biệt là các thủ thuật can thiệp vào buồng tử cung (kiểm soát tử cung, đặt dụng cụ tử cung, hút thai...).

- Mọi phụ nữ cần khám phụ khoa định kỳ 6 tháng một lần, để phát hiện và điều trị sớm, nếu có nhiễm khuẩn sinh dục.

- Sống chung thuỷ một vợ một chồng.

- Khi có dấu hiệu nghi ngờ của bệnh, cần đến cơ sở y tế để khám và điều trị kịp thời, không nên tự ý điều trị, để tránh hậu quả của bệnh. Khi bị bệnh, không nên quan hệ tình dục hoặc khi quan hệ tình dục phải dùng bao cao su.

- Cán bộ y tế khi thăm khám và làm thủ thuật phải được bảo vệ an toàn.

***4.4. Chăm sóc người bệnh viêm nhiễm sinh dục***

Phần lớn bệnh nhân nhiễm khuẩn đường sinh dục điều trị ngoại trú, nên việc điều dưỡng chủ yếu là tư vấn cho bệnh nhân về vấn đề vệ sinh bộ phận sinh dục, đặt thuốc âm đạo... Tuy nhiên, khi bệnh nhân điều trị tại khoa phòng, người hộ sinh cần có kế hoạch điều dưỡng cho bệnh nhân.

*4.4.1. Nhận định*

Người hộ sinh cần nhận định các vấn đề sau:

- Diễn biến bệnh:

+ Tình trạng ra khí hư: thời gian, số lượng, màu sắc.

+ Các dấu hiệu khác tại bộ phận sinh dục: ngứa, rát, đau.

+ Các dấu hiệu tại khác: đau bụng, nổi hạch,...

+ Đã điều trị ở đâu, điều trị như thế nào và tiến triển bệnh.

- Tiền sử:

+ Nội- ngoại khoa: các bệnh lý mạn tính, các bệnh về máu...

+ Phụ khoa, kinh nguyệt: viêm nhiễm sinh dục, rối loạn kinh nguyệt, u nang buồng trứng, u xơ tử cung....

+ Sản khoa: PARA.

+ Tiền sử sử dụng thuốc.

+ Tiền sử quan hệ tình dục, mức độ an toàn, hoàn cảnh sống..

- Khám:

+ Các triệu chứng cơ năng:

.

Khí hư, đau, rát, ngứa bộ phận sinh dục.

. Các dấu hiệu khác kèm theo.

. Chế độ vệ sinh, ăn uống của người bệnh.

+ Toàn trạng: tình trạng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

+ Các dấu hiệu thực thể:

. Khám bụng, các hố chậu.

. Sờ nắn tử cung, phần phụ.

. Thăm khám âm hộ, âm đạo.

- Tham khảo kết quả cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm công thức máu: số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính.

+ Soi dịch.

+ Cấy dịch.

+ Soi cổ tử cung, soi ổ bụng.

*4.4.2. Chẩn đoán chăm sóc*

- Nhiễm khuẩn bộ phận sinh dục.

- Đau, sốt do tình trạng viêm cấp tính.

- Chế độ vệ sinh chưa hợp lí.

*4.4.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc*

- Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, hợp tác điều trị.

- Hướng dẫn người bệnh chế độ vệ sinh phù hợp: vệ sinh bộ phận sinh dục nhẹ nhàng, sạch sẽ, sử dụng các dung dịch vệ sinh phù hợp với nguyên nhân gây bệnh.

- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn phù hợp: thức ăn đảm bảo dinh dưỡng, nhiều vitamin và uống đủ nước.

- Thực hiện y lệnh:

+ Thuốc kháng sinh phòng nhiễm khuẩn: đặt âm đạo hoặc toàn thân.

+ Thuốc chống viêm, thuốc kháng virus (nếu cần).

+ Lấy máu, lấy dịch xét nghiệm.

- Theo dõi:

+ Toàn trạng: ý thức, tinh thần, các dấu hiệu sinh tồn, da niêm mạc.

+ Các dấu hiệu cơ năng: khí hư, ngứa, rát, đau bộ phận sinh dục….

+ Các dấu hiệu thực thể: âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, phần phụ.

+ Các dấu hiệu kèm theo.

+ Nếu bất thường, báo bác sĩ..

*4.4.4. Đánh giá*

*+ Tiến triển*:

Tuỳ thuộc vào thời điểm phát hiện và cách điều trị.

- Tốt: hết đau, hết sốt, toàn thân khá lên. Tuy nhiên ở vòi trứng vẫn còn những tổn thương mạn tính.

- Tiến triển thành hình thái mạn: các triệu chứng lâm sàng giảm đi một thời gian rồi lại tái phát.

- Tiến triển thành ổ áp xe tiểu khung hoặc mủ vòi trứng.

*+ Di chứng:*

- Tắc hoặc chít hẹp vòi trứng gây vô sinh, chửa ngoài tử cung.

- Đau bụng dai dẳng.

# Bài 2: CHĂM SÓC THAI NGHÉN

**Số tiết: 10 tiết**

## 

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

***Kiến thức***

1. Giải thích được quá trình thụ tinh, làm tổ và phát triển của trứng.

2. Trình bày được các thay đổi về giải phẫu và sinh lý của phụ nữ khi mang thai.

3. Trình bày được mục đích của khám thai và các bước khám thai, quản lý thai nghén.

4. Phân tích được mục tiêu và những nội dung cần chăm sóc sản phụ khi mang thai bình thường.

5. Trình bày được một số bất thường khi mang thai và hướng chăm sóc điều dưỡng.

***Kỹ năng***

6. Dự kiến được ngày sinh cho thai phụ.

7. Lập được kế hoạch chăm sóc thai phụ theo các giai đoạn của quá trình mang thai trên các tình huống lâm sàng.

***Năng lực tự chủ và trách nhiệm***

8. Thể hiện sự tôn trọng, hỗ trợ, cảm thông với người phụ nữ và gia đình của người phụ nữ khi chăm sóc.

**NỘI DUNG**

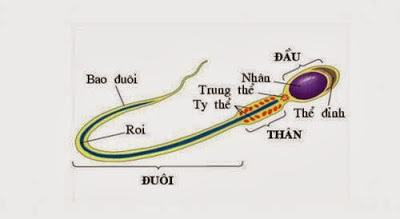
**1. Đại cương về quá trình mang thai**

***1.1. Sự thụ tinh, làm tổ và phát triển của trứng***

*1.1.1. Thụ tinh*

Thụ tinh là sự kết hợp giữa một tế bào sinh dục nữ trưởng thành là noãn với một tế bào sinh dục nam trưởng thành là tinh trùng để thành một tế bào duy nhất là trứng.

- Tinh trùng là một tế bào có phần đầu (gồm màng, nhân chiếm gần hết tế bào chứa 23 thể nhiễm sắc và chất bào tương), phần đuôi; giữa đầu và đuôi là phần trung gian (cổ). Đầu tinh trùng nhỏ hơn noãn rất nhiều. Chiều dài tinh trùng từ đầu đến đuôi chỉ 65 micromet. Tinh trùng được sinh ra từ các ống sinh tinh của tinh hoàn, tập trung lại ở mào tinh rồi theo ống dẫn tinh đi lên chứa trong túi tinh.

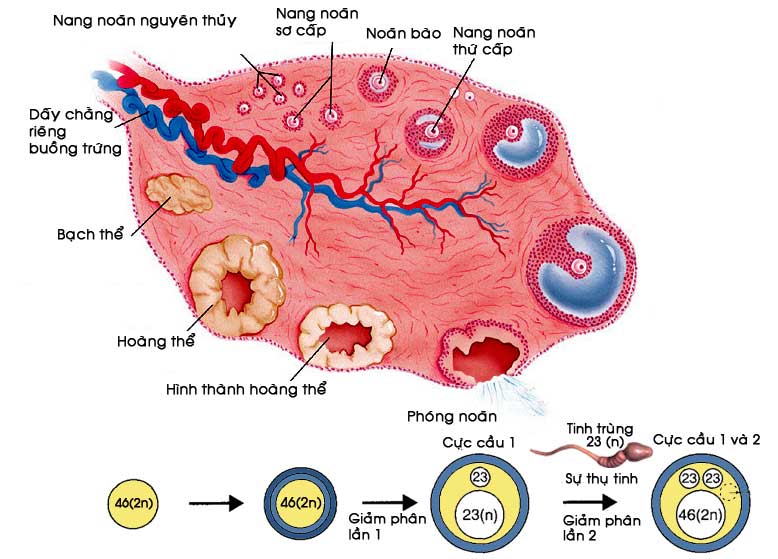


***Hình 2.1. Cấu tạo của tinh trùng trưởng thành***

*(https://www.extremetech.com/extreme/181746-scientists-turn-skin-cells-into-sperm-cells-but-raise-provocative-new-questions)*

Tinh trùng hòa trộn với chất dịch của túi tinh và của tuyến tiền liệt thành tinh dịch rồi theo niệu đạo phóng ra ngoài khi giao hợp.

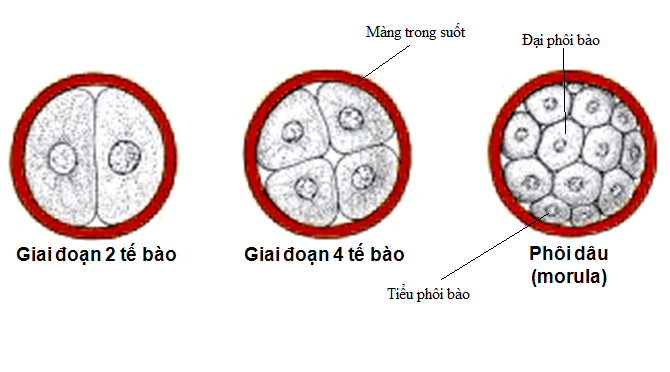
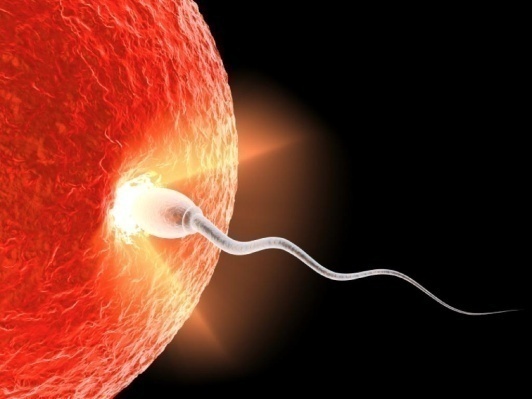
- Noãn là một tế bào có đường kính từ 100 đến 150 micromet nằm trong “nang noãn” (nang De Graaf) của buồng trứng. Khi noãn "chín", trước khi vỡ (phóng noãn), nang noãn có đường kính trung bình 18-22mm và có nhân chứa 23 NST.



***Hình 2.2. Sự sinh noãn từ noãn nguyên bào cho đến lúc thụ tinh***

*(http://chiaseykhoa.blogspot.com/2014/11/su-thu-tinh-lam-to-va-phat-trien-cua-trung.html)*

- Khi hai người nam và nữ giao hợp vào đúng giai đoạn phóng noãn, tinh dịch được phóng vào âm đạo và tinh trùng sẽ từ đó thâm nhập vào lớp dịch nhầy của cổ tử cung. Thời gian sống của tinh trùng trong đường sinh dục nữ trung bình 2 ngày, và có thể tới 5-7 ngày; trong khi thời gian sống của noãn sau khi phóng noãn chỉ trong vòng 24 giờ. Sau khi gặp nhau, tinh trùng chui được vào noãn, quá trình kết hợp hai nhân của hai tế bào sinh dục diễn ra để trở thành một nhân duy nhất của trứng với 46 TNS. Quá trình thụ tinh đến đây coi như hoàn tất.



***Hình 2.3. Phát triển của hợp bào***

***từ giai đoạn hai phôi bào đến giai đoạn phôi dâu***

*(http://healthfacts.ng/how-nigerians-can-prevent-infertility/)*

*1.1.2. Di chuyển của trứng*

- Sau khi thụ tinh ở 1/3 ngoài của vòi trứng, trứng vừa phân chia tế bào vừa được di chuyển dần về phía tử cung.

- Trứng di chuyển được về phía tử cung là nhờ vào 3 yếu tố:

+ Nhu động của ống dẫn trứng

+ Chuyển động một chiều từ ngoài vào trong của các nhung mao tế bào niêm mạc ống dẫn trứng.

+ Hoạt động của một dòng dịch trong ổ bụng dẫn dịch từ ổ bụng qua loa ống dẫn trứng vào tử cung.

*1.1.3. Làm tổ*

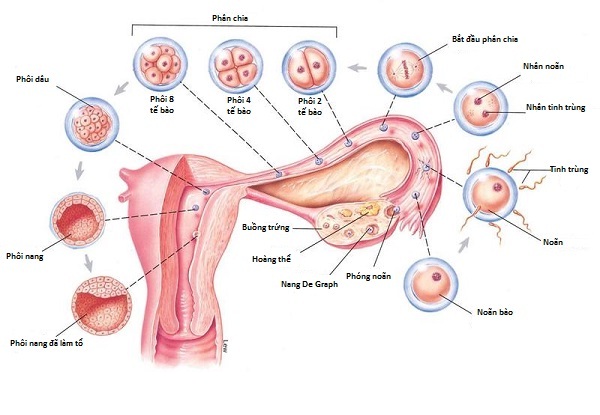
Làm tổ là hiện tượng trứng khoét lớp niêm mạc tử cung đã dầy lên để chui vào, bám rễ tại đó và tiếp tục phát triển.

- Sau 4-5 ngày vào đến buồng tử cung, trứng lúc đó đã phát triển thành phôi với khoảng vài chục tế bào. Phôi này không làm tổ ngay mà còn “dừng chân” trên mặt niêm mạc tử cung trong khoảng 2-3 ngày. Đây là giai đoạn sống tự do của trứng, có lẽ để bản thân nó hoàn thiện thêm và cũng để niêm mạc tử cung được phát triển đầy đủ.

- Phôi bắt đầu làm tổ vào ngày thứ 6 đến 8 sau thụ tinh (khoảng ngày 20-22 của vòng kinh), thường ở vùng đáy tử cung và ở mặt sau nhiều hơn mặt trước.

- Tại địa điểm làm tổ, phôi bám dính vào niêm mạc tử cung, từ các tế bào nuôi của phôi xuất hiện các chân gỉa bám vào lớp biểu mô, gọi là hiện tượng “bám rễ”.

- Một số tế bào biểu mô của niêm mạc tử cung bị phá huỷ giúp cho phôi chui sâu dần dần xuống lớp niêm mạc để cho lớp biểu mô bao phủ kín. Thời gian của công việc làm tổ mất khoảng 1 tuần lễ. Lúc này trứng thường đã ở giai đoạn phôi nang.



***Hình 2.4. Sự di chuyển, làm tổ và phát triển của trứng***

*(http://dinhduongthaiky.com/2016/07/18/sau-khi-thu-thai-bao-lau-thi-thai-nhi-vao-buong-tu-cung/)*

*1.1.4. Phát triển của trứng*

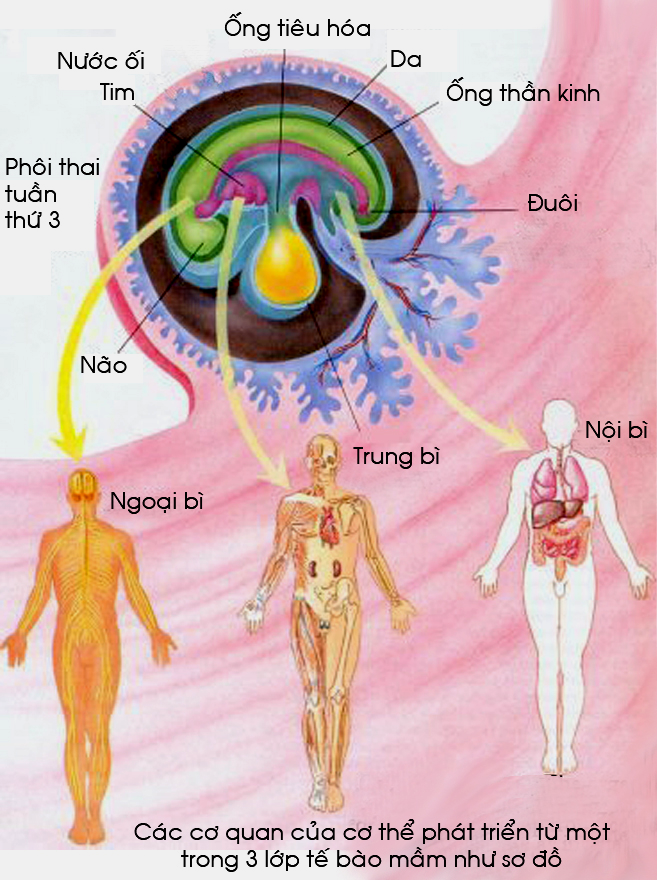
Là sự nhân lên về số lượng và biệt hoá của tế bào trứng để tạo nên các cơ quan bộ phận trong cơ thể, trở thành phôi rồi thành thai và các phần phụ của thai.

­- Sau khi thụ tinh, trứng phân chia rất nhanh. Sau 24 giờ đã thành 2 tế bào mầm rồi thành 4 tế bào bằng nhau. Từ 4 tế bào mầm lại chia thành 8 tế bào, nhưng đến đây đã xuất hiện hai loại: có 4 tế bào mầm to, sau này sẽ phát triển thành phôi thai còn 4 tế bào mầm nhỏ hơn, sẽ phát triển nhanh hơn bao vây lấy các tế bào mầm lớn để thành phôi dâu, có từ 16 đến 32 tế bào. Phôi dâu sẽ phát triển thành phôi nang. Các tế bào mầm nhỏ sẽ tạo thành lá nuôi có tác dụng nuôi dưỡng bào thai sau này sẽ trở thành rau thai và các màng thai.

- Về mặt thời gian, sự phát triển của trứng được xếp theo hai thời kỳ: thời kỳ sắp xếp tổ chức (trong vòng 2 tháng kể từ khi thụ tinh) và thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức (từ 2 tháng sau thụ tinh đến khi thai đủ tháng):

*1.1.4.1. Thời kỳ sắp xếp tổ chức: bao gồm hai hiện tượng:*

+ Sự hình thành bào thai: từ các tế bào mầm to trong phôi nang, các tế bào phát triển thành các lá thai ngoài và lá thai trong. Từ giữa hai lá thai đó lại tạo nên lá thai giữa. Các tế bào của các lá thai vừa phát triển về số lượng vừa biệt hoá để tạo nên các cơ quan trong cơ thể con người. Ví dụ từ lá thai ngoài sẽ hình thành bộ máy thần kinh và da. Từ lá thai giữa sẽ tạo nên hệ thống xương, cơ, tổ chức liên kết, bộ máy tuần hoàn và tiết niệu. Từ lá thai trong sẽ tạo nên bộ máy tiêu hoá và hô hấp. Kết thúc thời kỳ sắp xếp tổ chức, thai nhi đã hình thành gần như đầy đủ các bộ phận.



***Hình 2.5. Sơ đồ phát triển các cơ quan của cơ thể từ 3 lớp tế bào mầm***

*(http://chiaseykhoa.blogspot.com/2014/11/su-thu-tinh-lam-to-va-phat-trien-cua-trung.html)*

+ Sự hình thành các phần phụ của thai:

*Hình thành nội sản mạc:* về phía bào thai, một số tế bào của lá thai ngoài tan đi tạo thành một khoang gọi là buồng ối bên trong chứa nước ối. Buồng ối lớn dần bao bọc lấy phôi thai và thành của nó là 1 loại màng ối có tên là “nội sản mạc”.

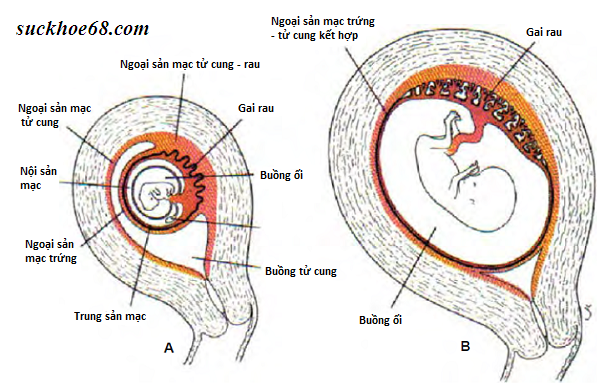
*Hình thành trung sản mạc:* đây là màng bao bọc phía ngoài nội sản mạc nhưng nguồn gốc là từ các tế bào mầm nhỏ tạo nên. Thời kỳ đầu, trung sản mạc tạo nên các chân giả bao vây quanh trứng, gọi là thời kỳ rau toàn diện hay thời kỳ trung sản mạc rậm. Về sau, các chân giả của trung sản mạc bao quanh phôi thai teo đi chỉ còn lại một cái màng dính sát với nội sản mạc; riêng phần chân giả ở nơi bám vào niêm mạc tử cung tiếp tục phát triển các gai rau, dầy lên và lớn dần cùng với thai nhi trở thành bánh rau.

*Hình thành ngoại sản mạc:* là màng ngoài cùng của buồng ối, có nguồn gốc từ niêm mạc tử cung của bà mẹ sau khi trứng làm tổ. Người ta phân biệt ba loại ngoại sản mạc là:

Ngoại sản mạc tử cung là phần chỉ liên quan đến tử cung.

Ngoại sản mạc trứng là phần chỉ liên quan đến trứng.

Ngoại sản mạc tử cung - rau là phần ngoại sản mạc xen giữa lớp cơ tử cung và trứng.



***Hình 2.6. Sự phát triển của phần phụ thai***

*(http://www.78stepshealth.us/scanning-electron/d-vqu.html)*

*1.1.4.2. Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức*

- Sự phát triển của thai:sau thời kỳ sắp xếp tổ chức, phôi đã thành thai và nó tiếp tục lớn lên, hoàn chỉnh các tổ chức đã có và hoàn thiện dần các chức năng của các cơ quan, bộ máy đó. Sau 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối (khoảng 38 tuần kể từ lúc thụ tinh) về cơ bản thai nhi đã trưởng thành, có thể sống được khi đẻ ra ngoài, được gọi là thai đủ tháng.

*-* Sự phát triển của phần phụ:

+ *Nội sản mạc* mỗi ngày một phát triển khi buồng ối to dần ra để chứa thai nhi. Thai nằm trong buồng ối như cá nằm trong bình chứa nước, có dây rốn (hay dây rau) nối bánh rau với thai nhi.

*+ Trung sản mạc* lúc này chỉ còn phát triển các chân giả ở phần trung sản mạc tiếp xúc với ngoại sản mạc tử cung-rau tạo thành các gai rau. Lớp niêm mạc tử cung được đào thành các hồ huyết có chứa máu của bà mẹ để các gai rau ngâm lơ lửng trong đó thu nhận ôxy và chất bổ dưỡng từ máu mẹ đồng thời thải trừ cacbonic và các chất cặn bã để máu mẹ vận chuyển đi. Ngoài các gai rau lơ lửng đó còn có các gai rau bám, dính liền vào đáy hoặc vách của các hồ huyết, giữ cho bánh rau bám chặt vào niêm mạc tử cung.

+ *Ngoại sản mạc* trong quá trình phát triển của thai, ngoại sản mạc trứng và ngoại sản mạc tử cung teo mỏng dần, khi thai gần đủ tháng, hai màng này hợp lại với nhau thành một, chỉ còn lơ thơ từng đám. Riêng ngoại sản mạc tử cung-rau phát triển. Chính tại đây hình thành các hồ huyết và có bánh rau bám vào. Máu mẹ sẽ theo các động mạch chảy vào hồ huyết và sau khi trao đổi chất với máu thai nhi qua các gai rau, máu trong hồ huyết sẽ theo các tĩnh mạch trở về hệ thống tuần hoàn mẹ.

***1.2. Dấu hiệu chẩn đoán thai nghén***

*1.2.1. Lâm sàng*

- Mất kinh thường là dấu hiệu đầu tiên báo hiệu có thể có thai.

- Ngực căng và đau.

- Thay đổi da.

- Buồn nôn, nôn.

- Hay đi tiểu hoặc buồn tiểu.

- Từ 12 đến 20 tuần thai, người phụ nữ sẽ nhận thấy bụng to ra và khoảng từ 16 đến 18 tuần sẽ cảm nhận được sự chuyển động của bào thai (“thai máy”)

*1.2.2. Cận lâm sàng*

- Test thử thai với nước tiểu có thể cho kết quả dương tính sớm, khoảng một tuần sau khi làm tổ hoặc sau chậm kinh một đến hai tuần. Mẫu nước tiểu đầu tiên buổi sáng sớm thường là bệnh phẩm cô đặc nhất để làm xét nghiệm.

- Xét nghiệm máu tìm Gonadotropin rau thai người (Beta hCG) có thể dương tính sớm hơn thử nước tiểu.

- Siêu âm tìm hình ảnh túi thai và phôi thai trong buồng tử cung

***1.3. Dự tính ngày sinh***

Ngày sinh dự kiến là sau 40 tuần tính từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối. 40 tuần là 9 tháng và 6 ngày, và đây là cơ sở cho *quy tắc Naegele’s* để ước tính ngày sinh con.

Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 6, tháng trừ 3 (hoặc cộng 9 nếu số tháng ≤ 3).

Ví dụ: Ngày đầu của kỳ kinh cuối 15/9/2016.

Ngày dự kiến đẻ 21/6/2017.

Hoặc: Ngày đầu của kỳ kinh cuối 15/2/2016.

Ngày dự kiến đẻ 21/11/2016.

- Nếu có bảng quay tính ngày dự kiến đẻ thì càng tiện.

- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ) để xác định tuổi thai.

- Nếu sản phụ không nhớ ngày dương lịch, chỉ nhớ ngày âm lịch thì cán bộ y tế dựa vào lịch mà chuyển ngày âm sang ngày dương.

***1.4. Ba giai đoạn của quá trình mang thai***

Quá trình mang thai ở người được chia một cách linh hoạt thành 3 giai đoạn, mỗi giai đoạn 3 tháng để có thể đơn giản hoá việc đối chiếu các giai đoạn phát triển thai nhi khác nhau.

- Ba tháng thứ nhất: (1-13 tuần) có nguy cơ sẩy thai - tức là bào thai chết tự nhiên cao nhất.

- Ba tháng thứ hai: (14-27 tuần) sự phát triển của thai nhi có thể được theo dõi và chẩn đoán dễ dàng hơn. Đây là giai doạn cộng sinh tốt nhất giữa mẹ và thai.

- Ba tháng thứ ba: (28-41 tuần) thường tương đương với giai đoạn thai sống được hoặc có khả năng sống được ngoài tử cung với sự trợ giúp y tế hoặc không cần trợ giúp.

**2. Sự thay đổi giải phẫu, sinh lý của phụ nữ khi mang thai**

***2.1. Sự thay đổi giải phẫu sinh lý các cơ quan sinh dục nữ***

*2.1.1. Thay đổi tại tử cung*

*2.1.1.1. Thay đổi về hình thể tử cung*

**-** Khi có thai thân tử cung mỗi ngày một to ra. Niêm mạc tử cung biến thành ngoại sản mạc. Cơ tử cung mềm ra, giảm trương lực, các tế bào cơ phát triển nhiều hơn, lớn và dài thêm. Dung tích tử cung lúc bình thường chỉ từ 3-5ml, đến khi thai đủ tháng có thể lên tới 5000ml. Nếu đo bên ngoài thành bụng, Khi không có thai nắn bụng không thấy đáy tử cung. Thai được 2 tháng chiều cao đo được trên xương mu là 4cm và mỗi tháng sau tử cung cũng to lên trung bình 4cm. Khi thai đủ tháng chiều cao của tử cung từ bờ trên xương mu đến đáy tử cung trung bình 30-32cm. Trọng lượng tử cung khi chưa có thai khoảng 50-60 gram, sau đẻ trọng lượng tử cung trên dưới 1000 gam (tăng hơn 20 lần). Các mạch máu nuôi dưỡng tử cung cũng tăng sinh kể cả động mạch, tĩnh mạch và mao mạch.

- Trong ba tháng đầu tiên, tử cung to nhanh về đường kính trước sau hơn là đường kính ngang khiến nó có hình cầu, khi thăm âm đạo, ngón tay đặt ở túi cùng bên sẽ dễ dàng chạm đến thân tử cung (dấu hiệu Noble). Ba tháng cuối hình dáng tử cung phụ thuộc vào tư thế thai nhi nằm bên trong. Thường là ngôi chỏm, tử cung có hình trứng, cực nhỏ ở dưới.

*2.1.1.2. Thay đổi về cấu tạo tử cung*

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

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

*2.1.1.3. Tại cổ tử cung*

Cổ tử cung khi không có thai là một khối hình trụ có ống cổ tử cung, thông với buồng tử cung qua lỗ trong và thông với âm đạo qua lỗ ngoài. Do các mạch máu tăng sinh nên cổ tử cung thường có mầu tím. Về hướng, cổ tử cung thường quay ra sau trong những tháng cuối do mặt trước đoạn dưới tử cung phát triển nhiều hơn mặt sau. Các tuyến trong ống cổ tử cung khi có thai thường chế tiết rất ít hoặc ngừng chế tiết. Chất nhày ở ống cổ tử cung đặc lại, bịt kín ống này giống như một cái nút chai gọi là nút nhầy cổ tử cung. Nhờ nút này buồng ối có thai nhi trong tử cung được cách ly với âm đạo người mẹ, hạn chế nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo lên.

*2.1.2. Thay đổi tại âm hộ, âm đạo*

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

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

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

*2.1.3. Thay đổi tại buồng trứng và ống dẫn trứng*

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

- Hoàng thể thai nghén to hơn hoàng thể trong các vòng kinh bình thường, chỉ teo đi sau 4 tháng. Các nang noãn không phát triển và chín theo chu kỳ như trước. Buồng trứng không phóng noãn và thai phụ cũng không có kinh trong suốt thời gian thai nghén.

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

*2.1.4. Thay đổi tại vú*

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

***2.2. Sự thay đổi giải phẫu sinh lý các cơ quan ngoài đường sinh dục nữ***

*2.2.1. Tuần hoàn*

*\* Huyết học*

- Khi có thai khối lượng máu tăng lên, có thể tới 50% nhưng chủ yếu tăng về huyết tương nhiều hơn huyết cầu nên máu bị pha loãng và dễ bị thiếu máu. Lượng huyết cầu tố bình thường khi không có thai ở phụ nữ là 12 gam trong 100ml máu hoặc hơn (12g%) nhưng ở người có thai lượng huyết sắc tố trung bình chỉ là 11g% Dưới mức này thai phụ bị coi là thiếu máu.

- Các thành phần khác trong máu có thứ tăng như bạch cầu (9000 đến 10.000, thậm chí 12.000) nhưng công thức bạch cầu thì như cũ, tiểu cầu (300.000 đến 400.000), các yếu tố đông máu nói chung cũng tăng.

- Thành phần trong máu giảm hơn lúc chưa có thai như lượng protid huyết thanh, canxi và sắt huyết thanh, dự trữ kiềm.

*\* Tim mạch:*

- Tim người có thai phải làm việc nhiều hơn: Cung lượng tim tăng 50%. Nhịp tim tăng thêm 10-15 nhịp/phút. Nếu chửa nhiều thai hoặc đa ối nhịp tim có thể tăng thêm 25-30 nhịp/phút.

- Các mạch máu tăng sinh, mềm, dài ra và dãn to, vì thế tuy cung lượng tim tăng, nhịp tim tăng nhưng huyết áp động mạch khi có thai vẫn giữ mức bình thường.

*2.2.2. Hô hấp*

- Người mẹ mang thai có nhu cầu oxy tăng để cung cấp cho cả mẹ và con. Đôi khi các bà mẹ có cảm giác khó thở, thở nhanh hơn bình thường, nhất là những tháng cuối của thai kì. Khi khám hô hấp thấy:

+ Thể tích không khí lưu thông qua phổi tăng.

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

+ Do cơ hoành bị tử cung chèn ép, dung tích cặn của phổi giảm nhưng được bù trừ lại bằng việc tăng dung tích mỗi lần thở.

*2.2.3. Tiêu hóa*

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

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

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

*-* Răng dễ bị sâu do tình trạng thiếu canxi và từ đó dễ viêm lợi, viêm miệng.

*-* Chức năng gan, mật ít biến đổi trong lúc có thai.

*2.2.4. Tiết niệu*

- Thận hơi to ra. Tốc độ lọc máu qua thận tăng 50%. Lưu lượng máu qua thận cũng tăng từ 200 ml/phút lên 250 ml/phút. Nước tiểu thai phụ có thể có chút đường do độ lọc máu qua cầu thận tăng nhưng độ tái hấp thu ở ống thận không tốt. Hồng cầu và protein bình thường không có trong nước tiểu. Khi có những thành phần này cần xem xét cách lấy bệnh phẩm lẫn với dịch âm đạo hoặc có vấn đề tại đường tiết niệu.

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

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

*2.2.5. Thay đổi ở da, cơ, xương*

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

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

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

**3. Khám thai và quản lý thai nghén**

***3.1. Mục đích***

***\**** *Khám thai trong 3 tháng đầu (1-13 tuần)*

Dưới góc độ của người chăm sóc, các lần khám thai trong 3 tháng đầu chủ yếu là để đánh giá tình trạng sức khỏe của mẹ và thai, cụ thể:

- Xác định có thai hay không?

- Thai thường hay thai bệnh để có thai độ chăm sóc phù hợp

- Dự kiến ngày sinh và điều chỉnh dự kiến ngày sinh khi cần thiết

- Thu thập thông tin tiền sử, bệnh sử đầy đủ, trao đổi về thói quen hút thuốc và sử dụng các loại thuốc hay các chất gây nghiện khác và xác định các lựa chọn chăm sóc.

- Các lần khám được sắp xếp theo thứ tự để làm đủ những xét nghiệm sàng lọc cần thiết nhằm phát hiện tình trạng vi khuẩn niệu không triệu chứng, giang mai, viêm gan B và C, HIV và bệnh 3 nhiễm sắc thể 21 (hội chứng Down)

*\* Khám thai trong 3 tháng thứ hai (14-27 tuần)*

- Các lần khám thai trong 3 tháng thứ hai chủ yếu là để theo dõi sự lớn lên của thai, sức khỏe của mẹ và các dấu hiệu tiền sản giật.

- Nếu siêu âm có thể làm được thường quy, cần cho làm siêu âm vào những lần khám thai trong khoảng 18-22 tuần.

- Nếu người mẹ cần được thăm dò tình trạng dung nạp glucose, cần cho xét nghiệm vào những lần khám thai trong khoảng 24-28 tuần.

*\* Khám thai trong 3 tháng thứ ba (28- hết 41 tuần)*

- Các lần khám thai trong 3 tháng cuối chủ yếu là để theo dõi sự tăng trưởng của thai, sức khỏe của mẹ, các dấu hiệu tiền sản giật…

- Có thể siêu âm hình thái phát hiện một số dị tật muộn ở tim mạch, não của thai ở tuần 30-32.

- Những lần khám này có thể bao gồm cả xét nghiệm tầm soát vi khuẩn Streptococcus nhóm B (35-37 tuần), chuẩn bị cho mẹ nhập viện, chuyển dạ.

***3.2. Các bước khám thai***

Theo hướng dẫnquốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản, do Bộ y tế ban hành năm 2009 đã qui định rõ khi khám thai cần thực hành đầy đủ 9 bước như sau:

1. Hỏi.

2. Khám toàn thân (toàn trạng).

3. Khám sản khoa.

4. Xét nghiệm cần thiết (nước tiểu, máu).

5. Tiêm hoặc hướng dẫn tiêm phòng uốn ván.

6. Giáo dục sức khoẻ (truyền thông - tư vấn).

7. Cung cấp thuốc thiết yếu (phòng thiếu máu, sốt rét, bướu cổ).

8. Ghi chép sổ sách và phiếu khám.

9. Kết luận và đề xuất phương hướng xử trí.

*3.2.1. Hỏi*

Thu thập thông tin về tiền sử nội khoa, tiền sử sản khoa bao gồm:

- Tên, tuổi, chiều cao, cân nặng.

- Tiền sử nội khoa gồm các bệnh nặng, các can thiệp/phẫu thuật trước đó, các bệnh lý hiện tại, như đái tháo đường, tăng huyết áp, hen phế quản, nhiễm trùng mạn tính.

- Bệnh gia đình bên ngoại hay bên nội: tiền sử gia đình về các bệnh lý nội khoa, bệnh di truyền, các dị tật bẩm sinh, và mang thai nhiều lần.

- Bệnh trẻ em như bại liệt, ho gà, sởi.

- Tiền sử xã hội bao gồm điều kiện sống, công việc, tình trạng hôn nhân, số con, sử dụng các chất gây nghiện (thuốc lá, rượu, các thuốc kích thích khác), mới đi ra nước ngoài, hoặc đến những nơi có nguy cơ bệnh lý đã biết và phơi nhiễm với các yếu tố gây bệnh trong môi trường thông qua vật nuôi hoặc các cơ sở chăn nuôi bao gồm cả gia cầm.

- Các thuốc hiện đang dùng kể cả thuốc theo đơn của bác sỹ cũng như những thuốc tự sử dụng không theo đơn hoặc thuốc nam.

- Dị ứng với thuốc, thức ăn, nhựa cao su, và các yếu tố môi trường khác.

- Tiền sử sản khoa trước đây – mổ đẻ, rau bám thấp, chảy máu sau đẻ.

- Xem xét lại các hệ cơ quan có liên quan đến thai nghén: buồn nôn, nôn, đau bụng, táo bón, đau đầu, các cơn thoáng ngất, ra máu hay ra dịch âm đạo, đái buốt hoặc đái nhiều lần, phù, giãn tĩnh mạch ngoại vi, và trĩ.

*3.2.2. Khám toàn thân*

- Đánh giá tinh thần

- Đo huyết áp

- Kiểm tra mạch, thân nhiệt

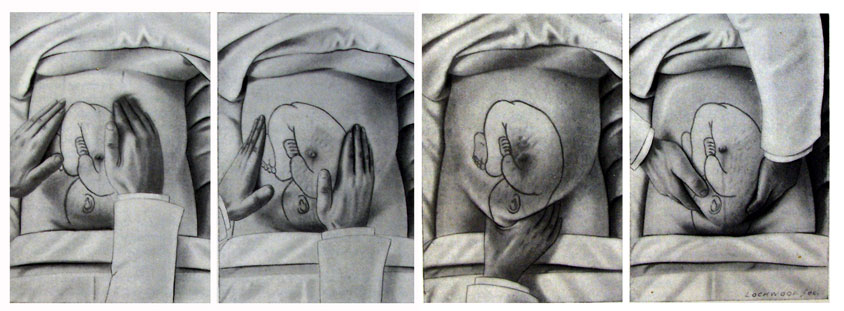
- Đo chiều cao, cân nặng bà mẹ. Tính chỉ số khối cơ thể (BMI) cho bà mẹ trong lần khám thai đầu để tư vấn dinh dưỡng và sự tăng cân trong suốt thai kì.

- Kiểm tra da, niêm mạc phát hiện phù, thiếu máu, xuất huyết

*3.2.3. Khám sản khoa*

- Nhìn bụng đánh giá sẹo mổ cũ, hình dáng tử cung và các bất thường khác ở bụng cũng như đáy chậu tầng sinh môn (sẹo búi giãn tĩnh mạch...)

- Sờ bụng đánh giá tư thế thai nhi trong tử cung theo 4 bước của ***Leopold***



***Hình 2.7.Bốn bước khám của Leopold***

*(https://sanphukhoavn.wordpress.com/2016/01/19/79/)*

+ **Bước 1:** Xác định *chiều cao* đáy tử cung,sờ vùng đáy tử cung bằng 2 tay để xác định kích thước, độ chắc, hình dạng và độ di động của thai, xác định bộ phận nào của thai nằm ở vùng đáy.

+ **Bước 2:** Xác định *thế nằm*: thế nằm của thai là vị trí của cột sống của thai so với cột sống của mẹ, và được mô tả là nằm dọc, chéo hay ngang. Người CBYT xác định vị trí lưng thai.

+ **Bước 3:** Thao tác Pawlick: để xác định *ngôi* tức là phần nào của thai nằm trên đường vào khung chậu.

+ **Bước 4:** Thao tác phát hiện vị trí chỏm đầu

- Đo: đo chiều cao tử cung, đo vòng bụng trong những tháng cuối để đánh giá tuổi thai, trọng lượng thai. Đo cơn co tử cung nếu có.

- Nghe tim thai với ống nghe Pinard (ống loa gỗ), hay Doppler và đánh giá cử động của thai cung cấp thêm thông tin.

- Thăm âm đạo khi cần. VD thấy ra dịch âm đạo bất thường, thấy cơn co xác định chuyển dạ

Chú ý:

Người điều dưỡng cần có đủ dụng cụ cần thiết để khám bao gồm: ống nghe Pinard hay siêu âm Doppler, gel bôi trơn, khăn, đồng hồ ở tay kia, tấm trải riêng, thước dây. Để được thoải mái khi khám người mẹ phải đi tiểu trước đó, và tay của người điều dưỡng phải sạch và ấm. Người mẹ phải nằm ngửa, có gối đầu, chân co nhẹ ở đầu gối và háng.

Trước khi sờ để khám người mẹ, người điều dưỡng phải giải thích thao tác sắp làm và có được sự đồng ý của người mẹ.

*3.2.4. Làm các xét nghiệm cần thiết*

Các xét nghiệm cơ bản, các xét nghiệm sàng lọc trước sinh phát hiện sớm các dị tật bẩm sinh cho trẻ, các xét nghiệm sàng lọc các bệnh nhiễm trùng cho mẹ.

*3.2.5. Tiêm phòng uốn ván cho mẹ*

Trường hợp con so tiêm 2 mũi cách nhau 1 tháng và mũi cuối cùng trước sinh 1 tháng. Con rạ nếu sinh trong khoảng cách 5 năm chỉ cần tiêm 1 mũi.

*3.2.6. Cung cấp thuốc thiết yếu và dinh dưỡng*

Các vitamin và khoáng chất rất quan trọng đối với sự tăng trưởng và phát triển của thai. Hầu hết các chất dinh dưỡng lấy từ nguồn thức ăn lành mạnh và cân đối, tuy nhiên, một số vitamin và khoáng chất sau được coi là thiết yếu:

- Bổ sung acid folic: thiếu acid folic sẽ dẫn đến thiếu folat và điều này có thể gây ra nhiều vấn đề về sức khoẻ, đáng kể nhất là gây các khuyết tật về ống thần kinh của bào thai đang phát triển.

- Sử dụng đều đặn một lượng vitamin D làm giảm nguy cơ còi xương. Phơi nắng liều nhỏ hàng ngày đủ để đảm bảo cho cơ thể tổng hợp được vitamin.

- Bổ sung sắt được khuyến cáo bổ sung sắt từ khi bắt đầu có thai đến sau sinh ít nhất một tháng.

Ngoài ra có thể cung cấp các thuốc khác tuỳ theo dịch tễ của từng vùng. Ví dụ vùng có sốt rét phải cung cấp thuốc sốt rét ...

*3.2.7. Giáo dục sức khoẻ*

Các thai phụ cần được tư vấn về dinh dưỡng khi mang thai, vệ sinh và chế độ lao động, sinh hoạt tình dục khi mang thai.

*3.2.8. Ghi chép*

Ghi chép đầy đủ các thông tin vào sổ khám thai, phiếu khám thai, bảng theo dõi thai nghén tại cơ sở và hẹn ngày tái khám (sử dụng 4 công cụ trong quản lý thai nghén tại cơ sở)

*3.2.9. Thông báo kết quả, dặn dò thai phụ*

- Thông báo kết quả khám cho thai phụ.

- Dặn dò thai phụ chăm sóc theo hướng dẫn.

- Khám thai định kỳ hoặc khám lại ngay khi có các dấu hiệu bất thường.

***3.3. Quản lý thai nghén***

Quản lý thai nghén bao gồm hai công việc là đăng ký thai nghén và theo dõi người có thai trong suốt quá trình thai nghén, nhằm kịp thời phát hiện các nguy cơ có thể dẫn đến tai biến sản khoa, để có biện pháp phòng ngừa và xử trí đúng đắn.

*3.3.1. Đăng ký thai nghén*

Là công việc lập danh sách toàn bộ số phụ nữ có thai, tại một cơ sở do người hộ sinh phụ trách. Muốn làm được như vậy, phải phát hiện được người có thai và càng phát hiện sớm càng tốt. Để làm được việc phát hiện này, cần làm tốt công tác giáo dục sức khoẻ, truyền thông, tư vấn trong cộng đồng, để người phụ nữ khi chậm kinh, hoặc nghi ngờ có thai là đến với cán bộ y tế. Mặt khác, phải xây dựng một mạng lưới y tế thôn, bản và cộng tác viên hoạt động trong cộng đồng, để giúp người hộ sinh công tác tại cơ sở nắm bắt tình hình kịp thời nhất.

*3.3.2. Công cụ quản lý thai nghén tại tuyến y tế cơ sở*

Để quản lý được thai nghén tại cơ sở, cần có 4 công cụ để quản lý thai sau đây:

- Sổ đăng ký đồng thời là sổ khám thai.

- Phiếu khám thai hoặc phiếu theo dõi sức khoẻ bà mẹ tại nhà (nếu có).

- Ngăn kéo để lưu phiếu khám hoặc phiếu hẹn.

- Bảng theo dõi quản lý thai tại cơ sở.

**4. Chăm sóc thai nghén**

***4.1. Mục tiêu của chăm sóc phụ nữ thời kỳ thai nghén***

- Cung cấp chăm sóc dự phòng ban đầu thường xuyên, liên tục cho những người mẹ và gia đình họ;

- Khuyến khích sự tham gia tích cực của người mẹ và gia đình họvào lập kế hoạch sinh con;

- Cung cấp thông tin giúp người mẹ có thể lựa chọn một cách tích cực và kiểm soát được tốt hơn quá trình sinh con;

- Đảm bảo sự hỗ trợ trong khi mang thai và sinh con;

- Duy trì hoặc tăng cường sức khoẻ của mẹ và khả năng tự chăm sóc trước, trong và sau khi mang thai;

- Giảm nguy cơ tử vong và tai biến cho mẹ cũng như việc can thiệp một cách không cần thiết;

- Giảm các nguy cơ cho sức khoẻ trước những lần mang thai sau đó và cho những năm sau độ tuổi sinh con;

- Thúc đẩy sự phát triển các kỹ năng làm cha mẹ, trong đó có nuôi con bằng sữa mẹ;

- Tăng cường sức khoẻ của thai để làm giảm nhu cầu nằm viện dài hơn sau sinh;

- Giảm nguy cơ đẻ non và thai chậm phát triển trong bụng mẹ;

- Giảm nguy cơ bệnh lý thần kinh, các bệnh cấp và mạn tính cho thai nhi;

- Giảm nguy cơ lạm dụng, bỏ bê và gây tổn thương cho trẻ em sau sinh.

***4.2. Chăm sóc thai nghén***

*4.2.1. Chế độ vệ sinh*

- Chăm sóc vú: rửa hàng ngày cùng tắm. Rửa sạch đầu vú tránh vê núm vú, nhất là các trường hợp có nguy cơ dọa sảy, dọa đẻ non sẽ làm tăng nguy cơ sảy, đẻ non. Trường hợp núm vú bị tụt vệ sinh khó hơn. Có thể vê cho núm vú dài hơn ra vệ sinh cho sạch và dễ. Tuy nhiên chỉ có thể làm động tác này khi thai đã đủ tháng. Trong quá trình làm nếu thấy đau bụng phải ngừng lại.

- Vệ sinh thân thể và bộ phận sinh dục: tắm rửa hàng ngày. Riêng bộ phận sinh dục có thể nhiều hơn một lần trong ngày tùy từng người. Khi thấy vùng này ngứa, nhiều khí hư, hoặc thấy có mùi hôi, thấy bất kì nốt sẩn hoặc dấu hiệu gì bất thường cần đi khám phụ khoa ngay.

- Chăm sóc vệ sinh tóc sạch sẽ. Giảm thiểu nhuộm tóc, làm tóc trong quá trình mang thai và nuôi con nhỏ để không bị ảnh hưởng bởi hóa chất độc hại.

- Chăm sóc và vệ sinh răng miệng: khi mang thai, nguy cơ sâu răng, viêm nha chu tăng lên. Vì vậy việc khám nha khoa, chăm sóc răng miệng trước và trong khi mang thai và nuôi con nhỏ là quan trọng. Vệ sinh hàng ngày theo hướng dẫn của nha sĩ

*4.2.2. Thuốc khi mang thai*

- Các thai phụ nên bảo vệ sức khỏe tránh mắc bệnh khi có thai, tránh tiếp xúc với những người bị bệnh.

- Các thuốc sử dụng trong khi mang thai có thể có tác động tạm thời hoặc vĩnh viễn lên thai do tính gây quái thai của thuốc. Điều quan trọng là cần phải chứng minh được tính an toàn của thuốc hay của một sản phẩm y học cổ truyền trước khi sử dụng chúng cho người có thai hoặc đang cho con bú.

- Chỉ dùng thuốc theo chỉ định của thầy thuốc.

- Thai phụ cần bổ sung một số thuốc thiết yếu:

+ Viên sắt/folic:

. Uống ngày 1 viên trong suốt thời gian có thai đến hết 6 tuần sau đẻ. Tối thiểu uống trước đẻ 90 ngày.

. Nếu thai phụ có biểu hiện thiếu máu rõ, có thể tăng từ liều dự phòng lên liều điều trị 2 - 3 viên/ngày.

. Việc cung cấp viên sắt/acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu. Kiểm tra việc sử dụng và cung cấp tiếp trong các lần khám thai sau.

+ Thuốc sốt rét (vùng sốt rét lưu hành) theo phác đồ qui định của ngành sốt rét.

- Ngoài ra, thai phụ có thể bổ sung thêm một số các vi chất khác như: canxi, vitamin D, các loại vitamin và khoáng chất khác, nhưng phải dùng theo chỉ định của bác sĩ.

*4.2.3. Chế độ làm việc và nghỉ ngơi*

- Phụ nữ mang thai cần làm việc nhẹ nhàng, nghỉ ngơi đầy đủ. Những công việc cần tránh khi mang thai: làm việc nặng nhọc; môi trường làm việc có hại; ngồi máy vi tính nhiều giờ; làm ca đêm.

- Chế độ nghỉ ngơi:

+ Khi mang thai, cơ thể người mẹ thường gặp phải một vài khó chịu nhất định, vì vậy nghỉ ngơi là rất quan trọng và cần thiết. Tuy nhiên, cũng không phải vì thế mà mẹ luôn phải nằm trên giường hay quanh quẩn trong nhà không dám làm gì. Hoạt động, làm việc hợp lý sẽ giúp cho mẹ khỏe mạnh và thoải mái về tinh thần.

+ Giữa những buổi làm việc hàng ngày, mẹ cần được nghỉ giải lao để tránh quá sức. Bất kì khi nào cảm thấy có những mệt mỏi khó chịu, bạn nên dừng công việc lại để nghỉ ngơi, thư giãn.

+ Đặc biệt, với những người mẹ sức khỏe yếu, ăn uống thiếu thốn… thì càng cần được nghỉ ngơi nhiều hơn, nhất là đảm bảo ngủ đủ giấc mỗi ngày.

+ Khi gần đến ngày dự sinh, thai phụ nên sắp xếp công việc để có thể nghỉ làm ít nhất bốn tuần lễ trước khi sinh. Trong những tháng cuối cùng, thai nhi phát triển và tăng cân khá nhanh, đòi hỏi mẹ càng phải chú ý tới ăn uống và những hoạt động của mình. Không nên “tham công tiếc việc”, làm cố cho đến sát ngày sinh, vừa có hại cho thai, vừa không đảm bảo an toàn khi xảy ra cuộc chuyển dạ bất ngờ.

+ Cần có các chế độ tập luyện giúp cơ thể và thai nhi khỏe mạnh như:

. Đi bộ: thai phụ được khuyến khích đi bộ vì an toàn, dễ thực hiện và cải thiện tim mạch trong thời gian ngắn.

. Tập thể dục nhịp điệu nhẹ.

Bơi: đây là hình thức tập thể dục tốt vì thai phụ có thể sử dụng toàn bộ cơ thể và ít có khuynh hướng làm căng khớp xương. Nước hỗ trợ trọng lượng, đem đến cho thai phụ cảm giác nhẹ nhàng và dễ chịu.

Yoga trước khi sinh và các bài tập thư giãn cơ: cả hai cách đều giảm nhẹ sự căng thẳng, giúp bạn linh hoạt và mạnh mẽ.

Cần thực hiện các bài tập thở như: tập thở bằng bụng, tập thở theo nhịp đếm...

*4.2.4. Chế độ dinh dưỡng*

Dinh dưỡng là yếu tố rất quan trọng trong vấn đề sức khỏe cho mẹ và bé. Không những cung cấp năng lượng cho mẹ và bé tồn tại, hoạt động và phát triển mà chế độ ăn uống khoa học còn giúp dự phòng một số bệnh khi mang thai. Vậy ăn uống thế nào là phù hợp và khoa học?

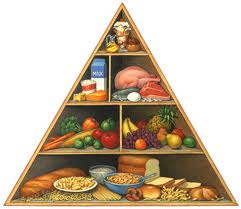
- Ăn đủ chất theo tháp dinh dưỡng mà các nhà dinh dưỡng đã khuyến cáo 4 nhóm thức ăn để các bạn tư vấn cho thai phụ lựa chọn theo sở thích, điều kiện của mỗi người.

- Ăn đúng giờ, không ăn tối quá muộn.

- Uống đủ nước. Ít nhất khoảng 2 lit nước mỗi ngày tùy theo mùa và cảm giác khát để điều chỉnh.

- Với thai lấy dinh dưỡng từ mẹ nên bà mẹ luôn theo dõi sự tăng cân của bản thân bà mẹ và trọng lượng trẻ để điều chỉnh cho phù hợp. Trung bình bà mẹ tăng trong suốt thai kì khoảng 9-12 kg (trừ người béo phì phải tăng ít hơn số tối thiểu hoặc quá gầy có thể tăng nhiều hơn số tối đa). Tốt nhất tăng cân trong suốt thai kì nên dựa vào BMI của thai phụ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Công thức BMI** | **BMI (Body Mass Index)** | **Tăng cân hợp lý khoảng** |
| Cân nặng/(chiều cao)2 | < 18,5 | 25 % cân nặng bà mẹ |
| 18,5 – 22,9 | 20 % |
| 23 – 29,9 | 10-15 % |
| >= 30 | < 10 % |



***Hình 2.8. Tháp dinh dưỡng cho bà bầu***

*(http://www.phytosefak.com/blog/alimentazione-equilibrata-e-scelta-deglialimenti/)*

*4.2.5. Chuẩn bị cho sự chuyển dạ và sinh con*

Việc chuẩn bị cho chuyển dạ và sinh con được bắt đầu rất sớm, có người bắt đầu từ khi chưa có thai. Tuy nhiên công việc này sẽ mỗi ngày một hoàn thiện và đầy đủ. Các công việc bao gồm:

- Chuẩn bị sẵn tư tưởng làm mẹ. Khi có thai và đặc biệt là sau sinh có rất nhiều thay đổi trong đó phải kể đến những thay đổi về nội tiết, về hình thể khi mang thai; Những thay đổi về sinh hoạt như thức khuya dạy sớm, ăn ngủ không điều độ. Đặc biệt hạn chế việc giao du nhất là những tháng đầu sau đẻ làm cho người phụ nữ nếu không chuẩn bị trước sẽ có những biến động tâm lý đột ngột có những người không chịu được sự thay đổi này có thể dẫn đến loạn thần, trầm cảm khi mang thai và sau sinh.

- Chuẩn bị những kĩ năng cần thiết để vượt cạn ví dụ như cách thở khi có cơn đau và khi rặn đẻ; cách thư giãn khi có cơn đau. Một số các bài tập thư giãn và tập thở.

- Chuẩn bị về thể chất: bảo đảm chế độ ăn uống, làm việc để có sức khỏe khỏe mạnh để mang thai và nuôi con bằng sữa mẹ

- Chuẩn bị về vật chất: ở Việt Nam khi sinh được nghỉ 6 tháng và nhà nước vẫn trả lương với cán bộ công chức. Tuy nhiên việc chuẩn bị tiền cho các lần sinh đẻ là điều không thể thiếu cho các gia đình.

- Chuẩn bị đồ cho mẹ và bé: quần áo, tã và các loại giấy tờ, bảo hiểm liên quan đến cuộc đẻ.

- Chuẩn bị cho người chồng tâm thế chuẩn bị làm bố và chuẩn bị cho những con của họ chuẩn bị có thành viên mới trong gia đình. Tất cả những sự chuẩn bị này giúp người phụ nữ cảm thấy yên tâm, hạnh phúc đón em bé chào đời.

*4.2.6. Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ*

- Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Cho trẻ bú không những tốt cho trẻ mà còn giúp tử cung của bà mẹ co hồi tốt, giảm nguy cơ chảy máu và bế sản dịch. Bú mẹ hoàn toàn còn giúp bà mẹ tránh thai được 6 tháng đầu. Tuy nhiên ngày nay nhiều bà mẹ do công việc bận rộn, do nhiều yếu tố khách quan và chủ quan không muốn nuôi con bằng sữa mẹ. Vì vậy tư vấn NCBSM là quan trọng.

- Trẻ cần được bú mẹ ngay khi xổ ra ngoài; bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và nếu cai sữa nên ngoài 2 năm

**5. Một số trường hợp thai nghén bất thường**

***5.1. Chảy máu trong khi mang thai***

*5.1.1. Chảy máu trong 3 tháng đầu của thai kỳ*

- Khi mang thai trong 3 tháng đầu, người phụ nữ thấy ra máu âm đạo. Máu có thể ra nhiều, có thể ra ít; màu sắc có thể chỉ máu hồng, màu đen thậm chí có thể đỏ tươi; máu ra có thể kèm theo đau bụng hoặc không?

- Trong những trường hợp này thường có thể do một số vấn đề như dọa sẩy thai, chửa ngoài tử cung hoặc do chửa trứng. Khi thăm khám thấy tử cung tương ứng tuổi thai, mềm thường là dọa sẩy thai. Nếu tử cung to hơn tuổi thai, mềm, không thấy các phần của thai thường nghĩ tới thai trứng và tử cung nhỏ hơn tuổi thai, sờ khối nề cạnh tử cung thường nghĩ tới chửa ngoài tử cung.

- Người điều dưỡng nếu gặp những trường hợp này cần trao đổi với hộ sinh, với bác sĩ. Nếu ở tuyến cơ sở cần chuyển khám tuyến chuyên khoa.

- Chú ý: nếu đau bụng nhiều có kèm theo choáng cần xử trí hồi sức tại chỗ, mời hỗ trợ.

*5.1.2. Chảy máu tháng giữa và 3 tháng cuối của thai kỳ*

Nguyên nhân: thường do một số bệnh gây ra như rau tiền đạo, rau bong non hoặc dọa đẻ non

- Rau tiền đạo: là trường hợp rau không bám vào đáy tử cung mà bám thấp xuống đoạn dưới hoặc che phủ lỗ cổ tử cung. Trường hợp này thường ra máu vào 3 tháng cuối của thai kì. Máu ra tự nhiên, ít một, không điều trị có thể tự cầm và có tính tái phát. Đây là trường hợp nguy hiểm. Nếu gặp ở cơ sở cần chuyển và quản lý thai nghén tại tuyến chuyên khoa. Nếu ra máu nhiều, kèm chuyển dạ, máu chảy nhiều cần sơ cứu tại chỗ và mời hỗ trợ tuyến trên. Chú ý không thăm âm đạo làm bong rau và chảy máu thêm.

- Rau bong non: là trường hợp rau bong khi thai vẫn còn trong tử cung. Dấu hiệu thường gặp là ra máu âm đạo màu đen, ít một, không đông kèm theo đau bụng. Trường hợp nặng sờ tử cung cứng như gỗ. Sản phụ thường kèm theo dấu hiệu của tiền sản giật như phù, tăng huyết áp hoặc có protein trong nước tiểu. Đây là bệnh cảnh nặng, nguy hiểm cho bà mẹ và trẻ thường chết nếu không cấp cứu kịp thời.

*Hướng xử trí:*

+ Tuyến cơ sở:

Sơ cứu và chuyển ngay tuyến chuyên khoa có nhân viên y tế và thuốc đi kèm

+ Tuyến chuyên khoa: báo ngay bác sĩ. Chuẩn bị hồ sơ, người bệnh chuyển mổ an toàn nếu có y lệnh.

- Dọa đẻ non: là trường hợp thai nghén phát triển bình thường có dấu hiệu đau bụng từng cơn, ra dịch hồng âm đạo và có xu hướng thành chuyển dạ thực sự nếu không phát hiện sớm và có chế độ chăm sóc kịp thời

*Hướng xử trí:* Sản phụ cần được nghỉ ngơi, càng ít vận động càng tốt. Không căng thẳng và lo lắng. Cố gắng hạn chế tối đa những kích thích tình dục (không chỉ là không quan hệ tình dục mà không kích thích vú, không hôn, không xoa bụng…) và dùng thuốc theo đúng hướng dẫn và chỉ định của bác sĩ.

***5.2. Tiền sản giật và sản giật***

*5.2.1. Tăng huyết áp trong thai kì*

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

- Trường hợp không có được số đo HA của thai phụ trước đó để đánh giá, thì nếu HA thai phụ từ 140/90mmHg trở lên sẽ được coi là tăng HA do thai nghén.

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

Ngoài dấu hiệu tăng huyết áp ra không còn dấu hiệu nào khác

*5.2.2. Tăng huyết áp mãn tính*

Dấu hiệu như tăng huyết áp trong thai kì nhưng xuất hiện ở người phụ nữ trước khi mang thai hoặc mang thai dưới 20 tuần, kéo dài sau 12 tuần sau đẻ

*5.2.3. Tiền sản giật và sản giật*

- Tiền sản giật:

+ Khi có thai từ 20 tuần trở lên, nếu thai phụ bị tăng HA kèm theo nước tiểu có protein hoặc phù, hoặc kèm theo cả hai thì gọi là hội chứng tiền sản giật.

+ Gọi là tiền sản giật nặng, sắp lên cơn sản giật nếu ngoài 3 triệu chứng trên còn kèm theo đau vùng thượng vị, hoặc đau hạ sườn phải, hoặc rối loạn tinh thần như lơ mơ hoặc kích thích vật vã, đau đầu dùng giảm dau không có tác dụng.

+ Chăm sóc: nếu ở tuyến cơ sở, tiêm magie sunphat và chuyển tuyến có người đi kèm. Trường hợp tiền sản giật nặng phải mang theo thuốc và các phương tiện dự phòng cấp cứu khi có cơn sản giật

- Sản giật: là trường hợp một thai phụ lên cơn co giật trên nền có tiền sản giật. Sự khác biệt cơ bản với các cơn co giật khác trên người có thai như động kinh, hạ can xi huyết, xuất huyết não…là cơn giật bao giờ cũng qua 4 giai đoạn: giai đoạn xâm nhiễm, giai đoạn giật cứng, giai đoạn giật giãn cách và cuối cùng là hôn mê.

Chăm sóc: nếu thấy cơn sản giật cần ngáng miệng cho sản phụ bằng một que cứng có quẩn khăn mềm tránh cắn phải lưỡi. Giữ tốt để thai phụ không bị ngã. Magie sunphat là thuốc đầu tay ở cộng đồng để cắt cơn giật và phòng cơn giật. Ở các cơ sở chuyên khoa, thực hiện các y lệnh thuốc ngoài magie sunphat tiêm, truyền tĩnh mạch, sử dụng Seduxen tiêm, hạ áp, kháng sinh và lợi tiểu khi có đái ít hoặc vô niệu. Chăm sóc ăn uống, vệ sinh phòng bội nhiễm. Chú ý giữ ấm về mùa đông, thoáng mát về mùa hè và theo dõi sát tình trạng thai hoặc chuyển dạ nếu có. Báo ngay cho bác sĩ chuyên khoa để có xử trí phù hợp hoặc chuyển tuyến an toàn

***5.3. Tiểu đường thai nghén***

*5.3.1. Định nghĩa*

Đái tháo đường thai kì là tình trạng không dung nạp Carbonhydrate có khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong thai kì. Định nghĩa này của hiệp hội đái tháo đường quốc tế tháng 3/2010. Như vậy đái tháo đường thai kì bao gồm:

- Đái tháo đường từ trước khi có thai nhưng không phát hiện ra.

- Đái tháo đường chỉ có trong thai kì.

*5.3.2. Yếu tố nguy cơ:*

Phụ nữ có nguy cơ mắc bệnh gia tăng bao gồm:

- Phụ nữ có đa ối, thai to trong thai kì hiện tại

- Tăng cân nhiều trong thai kì hiện tại hoặc đang thừa cân hoặc béo phì

- Mẹ trên 30 tuổi

- Phụ nữ có tiền căn với đái tháo đường thai kì

- Có tiền căn sảy thai tự nhiên tái phát hoặc thai chết trong tử cung không rõ nguyên nhân.

- Tiền sử con có những dị tật bẩm sinh nặng không rõ nguyên nhân (bất thường hệ thần kinh trung ương, tim mạch, bất thường hệ xương…)

- Phụ nữ có tiền sử sinh con nặng 4kg trở lên

- Phụ nữ có tiền sử gia đình của bệnh đái tháo đường hoặc đái tháo đường thai kì

- Phụ nữ các dân tộc bao gồm Ấn Độ, Trung Quốc, Việt Nam, phụ nữ Trung Đông

*5.3.3. Chẩn đoán*

Xét nghiệm nước tiểu thường xuyên đối với glucose không được coi là đáng tin cậy.

Hiện tại đang chẩn đoán đái tháo đường thai kì theo tiêu chuẩn mới nhất của *nhóm nghiên cứu của hiệp hội đái tháo đường và thai nghén quốc tế tháng 3/2010 (IADPSG International Association of Diabetes and Pregnacy Study Groups)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tiêu chuẩn đái tháo đường thai nghén của IADPSG tháng 3/2010)*  *Chỉ số đường máu sau khi uống 75gr đường* | | |
| *Được chẩn đoán là Đái tháo đường thai kì khi có ít nhất một trong các kết quả lớn hơn hoặc bằng:* | | |
| Chỉ số đường máu | Đơn vị mmol/l | Đơn vị mg/dL |
| Đường máu khi đói (FPG) | 5.1 | 92 |
| Đường máu sau uống 1 giờ | 10 | 180 |
| Đường máu sau uống 2 giờ | 8,5 | 153 |

*5.3.4. Hướng xử trí và chăm sóc dự phòng*

*\* Với tất cả các thai phụ:*

- Cần được khai thác tỷ mỉ về tiền sử gia đình, tiền sử bản thân liên quan đến đái tháo đường.

- Tư vấn, hướng dẫn sàng lọc đái tháo đường bằng cách hướng dẫn sàng lọc đường huyết trước khi mang thai và trong khi mang thai….

- Tư vấn chế độ ăn, tập luyện phù hợp giảm nguy cơ đái tháo đường trong thai kì

Quản lý chế độ tăng cân hợp lý với thai phụ, nhất là với những người béo phì

*\* Với những thai phụ đã có đái tháo đường:*

- Thực hiện nghiêm ngặt chế độ thuốc theo hướng dẫn của bác sĩ chuyên khoa

- Chế độ ăn uống - phụ nữ mang thai được khuyến khích ăn một chế độ ăn đa dạng bao gồm các loại thực phẩm giàu canxi, sắt và acid folic, ít chất béo bão hòa và nhiều chất xơ. Hạn chế tinh bột và đồ ngọt, kể cả những hoa quả ngọt. Không ăn quá no, nên chia nhỏ các bữa ăn.

- Hoạt động thể chất - thường xuyên hoạt động thể chất như đi bộ sẽ giúp kiểm soát mức đường trong máu và cải thiện thể lực.

- Khi có triệu chứng hạ đường máu (đang điều trị) phải xử trí ngay theo phác đồ

-Theo dõi mức glucose máu - thường xuyên kiểm tra lượng đường trong máu là cần thiết để có thể điều trị được và thay đổi khi cần thiết. Xét nghiệm đường máu lúc đói được thực hiện trước các bữa ăn sau đó là xét nghiệm đường 1 hoặc 2 giờ sau ăn. (Điều này thường đạt được bằng cách sử dụng máy đo đường huyết nếu họ có sẵn).

- Đánh giá lại đường huyết sau đẻ 6 tuần.

***5.4. Thiếu máu và thai nghén***

*5.4.1. Nguyên nhân*

- Dinh dưỡng không bù đủ nhu cầu tăng lên khi có thai và cho con bú, nhất là ở những thai phụ thiếu ăn, đẻ quá mau, điều kiện lao động nặng nhọc, thai đôi...

- Nhiễm các bệnh do vi trùng và ký sinh trùng: các bệnh nhiễm khuẩn mắc phải khi có thai (viêm nhiễm sinh dục - tiết niệu, viêm đường mật...), nhiễm giun sán (phổ biến nhất là giun đũa và gây thiếu máu nhiều nhất là giun móc), bệnh lao, bệnh sốt rét, các bệnh về máu...

*5.4.2. Triệu chứng và chẩn đoán*

- Lâm sàng: xanh xao, niêm mạc nhợt, mỏi mệt (là nhóm triệu chứng chính).

- Xét nghiệm máu: huyết sắc tố dưới 11g/100ml máu.

- Các xét nghiệm khác: Xét nghiệm máu để chẩn đoán sốt rét, bệnh về máu - xét nghiệm phân tìm trứng giun sán.

*5.4.3. Xử trí và chăm sóc*

- Khám thai tỷ mỷ, phát hiện sớm và điều trị tích cực cho các thai phụ thiếu máu.

- Giải thích cho thai phụ về nguy cơ của thiếu máu với thai phụ.

- Thực hiện chương trình phòng chống thiếu máu cho thai phụ và bà mẹ.

+ Giáo dục và tư vấn về dinh dưỡng cho thai phụ và bà mẹ nuôi con: ô vuông thức ăn, bổ sung thịt, cá, trứng, và rau có màu xanh thẫm, tẩy giun trước khi mang thai.

+ Uống bổ sung viên sắt và axit Folic: viên sắt Folic thường có hàm lượng sắt 60mg và axit Folic 0,5mg. Mỗi ngày uống 1-2 viên sau bữa ăn trong suốt thời gian trước đẻ và 6 tuần sau đẻ.

- Thai phụ thiếu máu nặng (rất xanh xao) và điều trị không hồi phục cần được chuyển tuyến và đẻ ở bệnh viện

***5.5. Một số bất thường khác***

Ngoài những bệnh lý thường gặp ở trên, còn rất nhiều các bệnh lý khác khi mang thai người phụ nữ có thể gặp như nhiễm khuẩn tiết niệu, nhiễm khuẩn các cơ quan do các nguyên nhân:

- Các bệnh lý do virus:

+ Sởi, chú ý Rubella

+ Cytomegalovirus

+ Herpes simplex

+ HIV

+ Nhiễm virus viêm gan A, B, C, D, E

+ Nhiễm virus ZIKA

+ Sốt xuất huyết

- Các bệnh vi khuẩn: Nhiễm liên cầu B

- Kí sinh trùng: Nhiễm toxoplasmosis gondii

Với người điều dưỡng, khi một phụ nữ mang thai có bất kì dấu hiệu nhiễm khuẩn ở bất kì cơ quan nào trên cơ thể, cần có liên hệ với người hộ sinh và bác sĩ để xác định nguyên nhân cụ thể và có chăm sóc phù hợp.

**Bài 3:**

**CHĂM SÓC** **CHUYỂN DẠ**

**Số tiết: 05 tiết**

**MỤC TIÊU HỌC TẬP**

***Kiến thức:***

1. Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng của chuyển dạ.

2. Trình bày được 4 giai đoạn của chuyển dạ và sự thay đổi sinh lý liên quan tới từng giai đoạn.

***Kỹ năng:***

3. Lập được KHCS bà mẹ trong các giai đoạn của cuộc chuyển dạ trên tình huống lâm sàng.

***Năng lực tự chủ và trách nhiệm:***

4. Tôn trọng các đặc điểm văn hóa của sản phụ và gia đình trong quá trình chăm sóc chuyển dạ.

**NỘI DUNG**

**1. Các giai đoạn chuyển dạ**

Theo cổ điển, cuộc chuyển dạ là quá trình liên tục và được chia làm 3 giai đoạn:

- Giai đoạn I: xóa mở cổ tử cung (cổ tử cung xóa đến khi mở hết)

- Giai đoạn II: giai đoạn xổ thai

- Giai đoạn III: giai đoạn xổ rau.

Gần đây các nhà sản khoa thấy rằng trong 2 giờ đầu sau đẻ là thời kì có nhiều nguy cơ cho mẹ và bé cần được theo dõi sát bởi nhân viên y tế, nên được tính đó là giai đoạn IV của chuyển dạ.

***1.1. Giai đoạn I của chuyển dạ (giai đoạn xóa mở cổ tử cung)***

Giai đoạn này bắt đầu từ khi có cơn co tử cung đến khi cổ tử cung mở hết.Đây là giai đoạn dài nhất trong chuyển dạ.Giai đoạn này được chia làm 2 phân kỳ, còn gọi là 2 pha: Pha tiềm tàng và pha tích cực

*Pha tiềm tàng*

- Từ khi bắt đầu chuyển dạ (cổ tử cung xoá) đến khi cổ tử cung mở 3cm.

- Đặc điểm của pha này là cổ tử cung mở chậm. Trung bình 2 giờ cổ tử cung mở được 1 cm. Pha này thường kéo dài 8 giờ, quá 8 giờ theo dõi chuyển dạ kéo dài

*Pha tích cực*

- Từ khi cổ tử cung mở 3cm đến mở hết. Trung bình 1 giờ CTC mở được 1cm cho nên pha tích cực tối đa là 7 giờ. Nếu kéo dài hơn cần kiểm tra lại nguyên nhân để phát hiện yếu tố đẻ khó.

***1.2.*** ***Giai đoạn II của chuyển dạ (giai đoạn xổ thai)***

Từ khi cổ tử cung mở hết đến khi thai xổ, trung bình từ 15 – 30 phút đối với con dạ và từ 30 – 45 phút đối với con so. Tối đa không nên quá 60 phút. Tuy nhiên hiện nay trong trường hợp đẻ không đau bằng gây tê ngoài màng cứng có thể giai đoạn này kéo dài hơn.

***1.3. Giai đoạn III của chuyển dạ (giai đoạn xổ rau)***

Từ khi thai xổ đến khi rau xổ. Thời gian bình thường cho cả con so và con dạ là 15 – 30 phút nếu xổ rau tự nhiên. Trường hợp can thiệp tích cực giai đoạn III chuyển dạ thì thời gian chỉ trong vòng vài phút

1.4. Giai đoạn IV của chuyển dạ

Là thời gian 2 giờ đầu sau đẻ, trong thời gian này tử cung co cứng tạo khối cầu an toàn có tác dụng cầm máu do tắc mạch sinh lý. Việc cho con bú sữa mẹ trong giờ đầu làm tăng tiết Oxytocin làm tử cung co tốt hơn.

**2. Các dấu hiệu lâm sàng của chuyển dạ**

Chuyển dạ (CD) là hiện tượng sinh lý xảy ra ở cuối thời kỳ mang thai, mở đầu là những cơn co tử cung và kết thúc sau khi thai và rau đã xổ ra ngoài.

Cơn co tử cung là động lực của cuộc chuyển dạ. Nhờ có cơn co tử cung và cơn co thành bụng, đẩy thai và phần phụ của thai ra ngoài khi cổ tử cung mở hết.

***2.1. Cơn co tử cung***

Khi thai đã đủ tháng, dưới tác dụng của prostaglandin, oxytocine nội sinh, xuất hiện cơn co tử cung. Sản phụ có thể phát hiện ra cơn co tử cung khi thấy đau bụng tăng dần và thúc xuống dưới. Nhân viên y tế có thể phát hiện ra cơn co tử cung khi thấy sản phụ có một số thay đổi hành vi như đang tự nhiên thay đổi tư thế, nhăn mặt, lên gân, rên khẽ hoặc nín thở…Được gọi là chuyển dạ thực sự khi cơn co có tần số từ 2 trở lên

Khi thăm khám thấy:

- Nhìn bụng thấy gồ lên

- Sờ: đặt tay lên bụng vùng đáy tử cung thấy thành bụng và tử cung gồ, đội tay lên. Cơn co tăng từ từ và cũng hết từ từ.

Đặc điểm sinh lý của cơn co tử cung: cơn co tử cung không theo ý muốn của thai phụ

- Cơn co nhịp nhàng, tăng dần

- Trước ngắn, sau dài

- Trước thưa, sau mau

- Trước yếu, sau mạnh

***\* Thời gian của mỗi cơn co tử cung***

- Khi mới chuyển dạ 15 - 20 giây

- Khi cổ tử cung mở hết 45 - 60 giây

***\* Khoảng cách giữa 2 cơn co***

- Khi mới chuyển dạ 15 - 20 phút

- Khi cổ tử cung mở hết 1 - 2 phút

***\* Độ mạnh của cơn co tử cung***

- Khi mới chuyển dạ: cơn co nhẹ, cường độ khoảng 20 mmHg

- Tiếp theo: cơn co có cường độ vừa 20 - 40mmHg

- Cuối giai đoạn 1: độ mạnh của cơn co khoảng 50 - 60mmHg

***2.2. Cơn co thành bụng***

Cơn co thành bụngxuất hiện khi ngôi thai xuống thấp đè vào đáy chậu, tạo cảm giác muốn rặn, báo hiệu chuyển dạ đã sang giai đoạn rặn đẻ (giai đoạn II của chuyển dạ)

Cơn co thành bụng có thể theo ý muốn của sản phụ

***2.3. Tác dụng của cơn co tử cung và cơn co thành bụng***

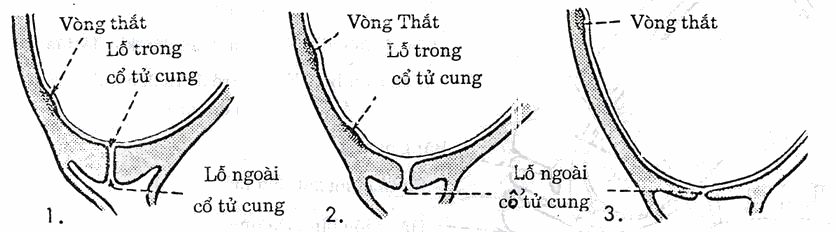
*2.3.1. Về phía người mẹ*

***- Thành lập đoạn dưới***

Những cơn co sinh lý của tháng cuối và cơn co khi chuyển dạ làm đoạn dưới tử cung giãn, dài và mỏng dần. Đó là sự thành lập và mở rộng đoạn dưới.Cơn co tử cung tốt cộng với ngôi thế thuận sẽ giúp đoạn dưới thành lập tốt và ngược lại.

***- Xoá mở cổ tử cung***

Xoá: là hiện tượng lỗ trong giãn dần, làm ống cổ tử cung thu ngắn dần. Khi cổ tử cung xoá hết, thì không còn ống cổ tử cung mà chỉ có lỗ ngoài.



***Hình 3.1. Cổ tử cung đang xóa***

Mở: Là hiện tượng lỗ ngoài giãn dần đến lúc không còn lỗ ngoài (cổ tử cung mở hết có đường kính 10cm), làm cho buồng tử cung thông thẳng với âm đạo.

Chú ý: cổ tử cung xoá mở nhanh, báo hiệu một cuộc đẻ dễ và ngược lại.

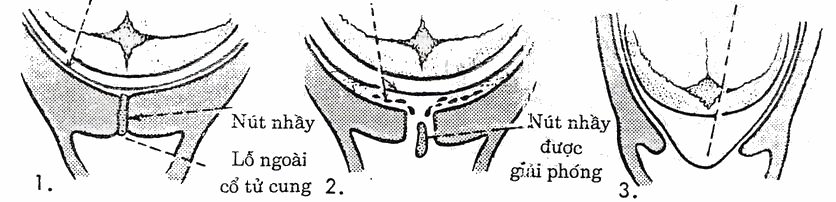
***- Thay đổi ở âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn***

Ngôi thai xuống đè vào đáy chậu, làm tầng sinh môn giãn mỏng và dài ra, âm hộ mở rộng ra tạo điều kiện cho thai xổ.

*2.3.2. Về phía thai và phần phụ của thai*

***- Thành lập ối***

Khi có sự thay đổi của cổ tử cung, dưới tác dụng của cơn co tử cung, nước ối được cơn co đẩy dần xuống làm màng ối ở chỗ cổ tử cung được tách ra và tạo thành túi nước, gọi là đầu ối (túi ối).



***Hình 3.2. Sự thành lập đầu ối***

Nhiệm vụ của ối:

+ Giúp xoá mở cổ tử cung.

+ Bảo vệ thai trước các cơn co tử cung.

+ Chống nhiễm khuẩn

***- Uốn khuôn***

Ngôi thu hẹp đường kính lọt bằng cách cúi thêm và chồng xương. Càng chuyển dạ lâu hiện tượng chồng xương càng rõ.

***- Bướu thanh huyết***

Là hiện tượng thanh huyết thẩm thấu ở vùng thấp nhất của ngôi (do bị đường đẻ chèn ép máu động mạch đến được nhưng máu tĩnh mạch không về được).Bướu thanh huyết càng lớn chứng tỏ chuyển dạ càng kéo dài.

**3. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn I**

3.1. Nhận định

Mục đích là CBYT phải thu thập được những thông tin từ việc hỏi sản phụ, khám các dấu hiệu chuyển dạ, phiếu chăm sóc, biểu đồ chuyển dạ để xác định nhu cầu chăm sóc của sản phụ. Sau khi thu thập các thông tin, phải trả lời được các câu hỏi:

- Sản phụ đã chuyển dạ chưa? Nếu đã chuyển dạ đang ở pha nào?

- Sản phụ có vấn đề gì về sức khỏe hay không (thông qua các chỉ số như mạch, huyết áp, nhiệt độ hoặc khám phát hiện các bệnh lý kèm theo)?

- Tình trạng thai, ngôi thai, tim thai, sự đáp ứng của thai với các tác động của các yếu tố trong chuyển dạ?

- Các yếu tố chuyển dạ có nhịp nhàng, diễn ra theo sinh lý và có phù hợp với nhau hay không?

3.2. Chẩn đoán chăm sóc/những vấn đề cần chăm sóc

Nếu tất cả các chỉ số diễn ra bình thường như sinh lý, chăm sóc thường quy trên cơ sở tôn trọng sinh lý và chăm sóc dự phòng nguy cơ có thể xảy ra.

Trường hợp có một trong các yếu tố bất thường có thể dẫn đến rối loạn các yếu tố trong chuyển dạ, có ba dạng cần chú ý lựa chọn ưu tiên khi chăm sóc:

- Một là vấn đề cấp cứu cần chăm sóc ngay hay còn gọi là những vấn đề cần chăm sóc ưu tiên. Ví dụ suy thai, rối loạn cơn co tử cung, ối vỡ, mẹ sốt, huyết áp tăng…

- Hai là nguy cơ có thể sẽ đến nếu không chăm sóc kịp thời. Ví dụ nguy cơ nhiễm khuẩn, nguy cơ suy thai, nguy cơ rối loạn cơn co tử cung do ối vỡ sớm…

- Ba là vấn đề sản phụ không được cung cấp kiến thức và không có kĩ năng để vượt qua các vấn đề đó, cần được hỗ trợ thêm.

3.3. Lập và thực hiện kế hoạch

Trên từng trường hợp cụ thể sẽ có những kế hoạch chăm sóc rất khác nhau để chăm sóc mang tính cá biệt cho từng sản phụ ở từng thời điểm.

***Bảng 3.1. Ví dụ về lập kế hoạch chăm sóc và chăm sóc ưu tiên***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vấn đề cần chăm sóc** | | **Kế hoạch chăm sóc** | **Thực hiện kế hoạch** |
| Nhóm I. Nhóm vấn đề cần chăm sóc ưu tiên | Đau trong chuyển dạ | Chăm sóc giảm đau bằng thuốc hoặc không dùng thuốc | -CB dụng cụ cho bác sĩ gây tê ngoài màng cứng  - Theo dõi các yếu tố CD và dây thuốc giảm đau  - Thực hiện các hỗ trợ giảm đau không dùng thuốc |
| Sốt trong chuyển dạ | Hạ sốt  Theo dõi sát các yếu tố chuyển dạ | Bù nước;  Tìm nguyên nhân và chăm sóc theo nguyên nhân.  Chú ý tình trạng vỡ ối, theo dõi tim thai |
| Huyết áp thay đổi: tăng hoặc giảm | Báo bác sĩ  Điều chỉnh huyết áp theo chỉ định | Thực hiện y lệnh thuốc  Chăm sóc nguyên nhân  Chú ý chế độ ăn và cung cấp nước đầy đủ  Theo dõi sát tim thai |
| Suy thai | Chăm sóc theo nguyên nhân  Thực hiện y lệnh của bác sĩ | Thay đổi tư thế: hướng dẫn sản phụ nghiêng trái  Hướng dẫn sản phụ thở  Cho sản phụ thở oxy nếu có chỉ định  Giảm số giọt nếu đang truyền Oxytocin,  Thực hiện y lệnh thuốc giảm co nếu cơn co tử cung cường tính  Đánh giá tim thai liên tục, tốt nhất được theo dõi trên Monitoring sản khoa |
| Nhóm II. Nhóm nguy cơ | Nguy cơ nhiễm khuẩn | Chăm sóc dự phòng nhiễm khuẩn | Vô khuẩn khi thăm khám; vệ sinh cho sản phụ  Không thăm âm đạo nhiều  Kháng sinh dự phòng nếu ối vỡ sớm trên 6 giờ |
| Nguy cơ suy thai | Chăm sóc dự phòng suy thai | Hướng dẫn sản phụ ở những tư thế phù hợp  Hướng dẫn thở đúng cách trong khi có cơn co tử cung.  Cung cấp đủ nước |
| Nhóm III. Nhóm thiếu hụt kiến thức, kĩ năng … | Thiếu hụt kiến thức | Cung cấp kiến thức  Hướng dẫn kĩ năng | Trao đổi với sản phụ để họ chia sẻ, từ đó biết những thiếu hụt, lo lắng của họ để hỗ trợvề vấn đề vệ sinh, ăn uống, thở trong chuyển dạ, NCBSM |

3.4. Đánh giá

Nếu sau các hoạt động chăm sóc, các dấu hiệu tiến triển tốt chứng tỏ việc xác định vấn đề chăm sóc đúng và chăm sóc có hiệu quả; nếu không tiến triển tốt cần nhận định và xác định lại vấn đề để có hướng chăm sóc mới phù hợp

**4. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn II**

***4.1. Nhận định***

Nhận định đã đến giai đoạn xổ thai thể hiện bằng các dấu hiệu lâm sàng:

- Cơn co tử cung mau mạnh, dồn dập

- Sản phụ mót rặn

- Khám thấy âm môn phồng căng, hậu môn nở, ối vỡ, ngôi thập thò âm hộ

***4.2. Chẩn đoán chăm sóc***

Nếu tất cả các chỉ số diễn ra bình thường như sinh lý, chăm sóc thường quy trên cơ sở tôn trọng sinh lý theo quyết định 4376 QĐ – BYT về chăm sóc thiết yết bà mẹ trong và ngay sau đẻ.

***4.3. Lập và thực hiện KHCS***

Chuẩn bị dụng cụ:

- Bộ đỡ đẻ, bộ cắt khâu TSM

- Dụng cụ hồi sức sơ sinh

- Thuốc các loại

- Chuẩn bị đồ dùng cho bé

Môi trường:

- Môi trường ấm mùa đông, thoáng mùa hè

- Chú ý khu vực chăm sóc trẻ

Sản phụ:

- Chuẩn bị bàng quang rỗng trước khi đỡ đẻ

- Giúp sản phụ có tinh thần thoải mái

- Hỗ trợ giảm đau cho sản phụ bằng cách dùng thuốc và không dùng thuốc

Chuẩn bị người đỡ đẻ:

- Khám xác định đã đến giai đoạn xổ thai

*-* Xác định đúng ngôi, thế, kiểu thế

*-* Chuẩn bị đôi bàn tay sạch và đầy đủ bảo hộ lao động

Đỡ đẻ đúng kĩ thuật:

Thực hiện đỡ đẻ đúng quy trình, an toàn cho mẹ và trẻ. Chú ý chăm sóc cá biệt cho từng sản phụ.

***4.4. Đánh giá***

- Đỡ đẻ đúng thời điểm

- Đỡ đẻ đúng kĩ thuật

- Mẹ và bé an toàn

- Sản phụ hài long

***4.5. Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ***

*4.5.1. Đánh giá chỉ số APGAR*

***Bảng 3.3. Bảng điểm APGAR***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **1** | **2** |
| **Nhịp tim** | Không | Chậm  (<100 lần/phút) | Nhanh  (>100 lần/phút) |
| **Nhịp thở (khóc)** | Không | Chậm và không đều | Khóc tốt |
| **Trương lực cơ** | Mềm nhẽo | Yếu | Tốt |
| **Phản xạ đáp ứng** | Không có | Có đáp ứng | Khóc/ho |
| **Màu sắc da** | Xanh xám | Cơ thể da hồng,  tím đầu chi | Hồng hào |

*Đánh giá chỉ số APGAR*

- 7 đến 10 điểm là bình thường.

- 4 đến 6 điểm là ngạt cần hồi sức thở.

- Từ 3 điểm trở xuống là ngạt nặng cần hồi sức thở và hồi sức tim.

*Ý nghĩa: các mốc thời điểm đánh giá APGAR.*

- APGAR phút 1: cho biết có cần hồi sức không?

- APGAR phút 5: cho biết có cần cho vào phòng hồi sức hay về với mẹ.

Tuy nhiên ngày nay việc đánh giá trẻ ngay trong 30 giây đầu tiên để có những quyết định chăm sóc sớm cho trẻ là cần thiết và đang được triển khai trên toàn quốc.

*4.5.2 Các bước chăm sóc sơ sinh*

4.5.2.1. Chăm sóc tức thì sơ sinh trong và ngay sau sinh

Cần chuẩn bị và tư vấn cho bà mẹ về chăm sóc trẻ ngay từ khi thai vừa xổ ra ngoài để bà mẹ phối hợp cùng CBYT.

- Thông báo to cho sản phụ ngày, giờ, phút sinh và giới tính của trẻ.

- Đặt trẻ vào khăn khô/săng khô trên bụng mẹ.

- Nhanh chóng bắt đầu lau khô trẻ, chậm nhất sau năm giây đầu tiên. Lau theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, lưng, mông, cơ quan sinh dục…) vừa lau vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường quy.

- Bỏ khăn đã lau cho trẻ.

- Lưu ý***:*** không hút miệng và mũi trẻ thường quy nếu:

+ Nước ối trong, trẻ tự thở tốt.

+ Nước ối trong, miệng và mũi trẻ không có dịch, không có dấu hiệu tắc nghẽn.

+ Nước ối có phân su nhưng trẻ khóc được, tự thở tốt và khỏe mạnh.

*\* Nếu sau đánh giá thấy trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt:*

- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng, ngực mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên.

- Đội mũ cho trẻ.

- Giữ ấm cho trẻ bằng cách dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.

- Hướng dẫn người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.

- Trẻ tự tìm vú bú hoặc cho trẻ bú khi có dấu hiệu thèm bú của trẻ (mở miệng/chảy nước dãi/lè lưỡi/trườn bò tìm vú/mút tay). Tất cả các bước chăm sóc khác có thể làm sau 90 phút kể từ khi bé ra đời trừ cắt rốn.

*Kẹp cắt rốn 1 thì:*

- Người đỡ đẻ đi găng vô khuẩn.

- Chờ cho đến khi dây rốn ngừng đập (khoảng 1-3 phút) thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.

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

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

Cần tiến hành hồi sức sơ sinh.

4.2.2. Các chăm sóc khác

- Quan sát dị tật: quan sát nhanh từ đầu đến thân và các chi, chú ý xem có lỗ hậu môn không? Khám phát hiện dị tật đường tiết niệu sinh dục. Nhận dạng giới của trẻ và những dấu bất thường trên da, chi…

- Mặc quần áo, tã lót.

- Cân đo:cân trọng lượng sơ sinh. Và đo chiều cao của trẻ, đo chu vi vòng đầu, vòng ngực.

- Chăm sóc mắt cho trẻ bằng dung dịch Natri clorid 0.9%

- Sử dụng vitamin K1bằng đường tiêm bắp hoặc uống vitamin K1 để phòng xuất huyết cho trẻ.

- Trao bé cho mẹ và gia đình trong trường hợp trẻ cần hồi sức đã ổn định.

- Hướng dẫn luôn đặt bé nằm cạnh mẹ và cho bú sớm. Ở những nơi sơ sinh đông, cần có biện pháp đánh dấu để tránh nhầm con.

- Lưu ý: tốt nhất là sau sinh nếu trẻ không có vấn đề cần hồi sức hoặc chăm sóc đặc biệt, hãy để trẻ được đặt da kề da với mẹ cho đến khi trẻ bú được bữa bú đầu chậm nhất khoảng 90 phút đầu sau sinh trước khi làm các bước chăm sóc khác.

- Hội chẩn và chuyển tuyến nếu cần.

**5. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn III**

Có hai cách chăm sóc ở giai đoạn này. Một là để cuộc xổ rau diễn ra theo sinh lý. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng biến cố chảy máu sau đẻ tỷ lệ thuận với thời gian giai đoạn này, vì vậy WHO khuyến cáo nên can thiệp tích cực giai đoạn III để giảm biến cố chảy máu.

***5.1. Nhận định***

- Xác nhận đã đến giai đoạn cần can thiệp.

+ Không còn thai nữa trong tử cung trước khi tiêm Oxytocin.

+ Có cơn co tử cung trước khi kéo dây rốn có kiểm soát.

+ Làm nghiệm pháp bong rau xác nhận rau đã bong trong đỡ rau sinh lý.

- Khám nhận định tình trạng âm hộ, âm đạo và tầng sinh môn phát hiện tổn thương phần mềm và mức độ tổn thương (nếu có).

- Nhận định máu ra âm đạo: đánh giá màu sắc, số lượng để phát hiện sớm chảy máu sau đẻ.

- Đánh giá toàn trạng người mẹ:

+ Tinh thần, sắc mặt của sản phụ.

+ Mạch, huyết áp của sản phụ.

***5.2. Chẩn đoán chăm sóc/vấn đề cần chăm sóc***

- Can thiệp tích cực giai đoạn III chuyển dạ.

+ Bước 1: tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin sau khi xổ thai. CBYT sờ nắn tử cung để chắc chắn không còn thai trong tử cung (bước này thường làm ngay sau khi thai xổ, lau khô và đặt trẻ da kề da với mẹ).

+ Bước 2: nếu thai bình thường nên chờ dây rốn hết đập thì cắt dây rốn để giảm nguy cơ thiếu máu cho trẻ sau này. Nếu thai cần hồi sức nên cắt sớm để có chăm sóc đặc biệt cho trẻ.

+ Bước 3: kéo dây rốn có kiểm soát. Khi tử cung có cơn co, dây rốn sẽ căng và sờ tử cung thấy co chắc. Điều này sẽ xảy ra 2 - 3 phút sau khi tiêm oxytocin. Một tay đặt lên bụng sản phụ, tương ứng với đoạn dưới tử cung, đẩy về phía xương ức của sản phụ, tay kia giữ căng dây rốn và kéo từ từ theo trục của ống đẻ cho đến khi rau và màng rau bong và xổ hết. Nếu như việc kéo dây rốn thất bại trong 1- 2 phút đầu tiên, người đỡ đẻ nên dừng lại, chờ tử cung co lại trước khi thử kéo lần hai. Sau khi rau xổ đến âm hộ, nên đỡ rau bằng cả hai tay tránh để màng rau bị xé và sót lại bên trong. Nếu vẫn không xổ hết màng, không nên vội vàng, lấy một tay đặt lại lên vùng đoạn dưới tử cung đẩy nhẹ tử cung lên trên, màng rau sẽ xổ hết.

+ Bước 4: bảo đảm tử cung co chắc bằng cách xoa đáy tử cung, hướng dẫn cho sản phụ hoặc người nhà hỗ trợ xoa đáy tử cung giúp tử cung co chắc giảm nguy cơ chảy máu 15 phút/lần trong 2 giờ đầu.

- Hoặc làm nghiệm pháp bong rau và đỡ rau sinh lý.

- Tổn thương phần mềm nếu có cắt hoặc rách tầng sinh môn.

- Chảy máu sau đẻ.

- Tình trạng sản phụ.

***5.3. Lập, thực hiện kế hoạch chăm sóc***

- Tư vấn cho sản phụ.

- Thực hiện chăm sóc sản phụ:

+ Đỡ rau.

+ Kiểm tra rau.

Đây là bước quan trọng cần phải làm thường quy và rất thận trọng sau khi đẻ vì nếu có sót rau, có thể dẫn tới chảy máu hoặc nhiễm trùng. Kiểm tra rau gồm các bước:

. Kiểm tra trọng lượng bánh rau. Bình thường bánh rau có trọng lượng bằng khoảng 1/6 trọng lượng thai nhi. Trường hợp bánh rau phù to hoặc quá nhỏ đều ảnh hưởng đến tuần hoàn rau thai

. Kiểm tra màu sắc: bình thường màu tươi. Nếu bánh rau màu vàng úa thường thai già tháng hoặc thai bất thường

. Kiểm tra sự toàn vẹn các múi rau. Bánh rau có khoảng 15-20 múi rau. Giữa các múi được ngăn cách nhau bởi các rãnh ngăn. Trường hợp thấy khuyết một trong các múi hoặc bề mặt múi rau nham nhở, rỉ máu, mất bóng cần kiểm tra có sót rau không.

. Dây rau: khi kiểm tra cần chú ý màu sắc, độ dài, số mạch máu ở dây rốn, dây rau thắt nút. Bình thường dây rau dài 45-60cm; có 3 mạch máu rốn. Nếu kiểm tra dây rau vàng úa, hoặc số mạch máu rốn có 2 cần báo lại cho bác sĩ hoặc các đồng nghiệp khác kiểm tra thêm.

. Màng rau: có mạch máu chạy từ dây rau tới lỗ rách của màng rau, các mạch máu nhỏ dần về phía lỗ rách màng rau. Nếu thấy mạch máu lớn ở mép lỗ rách và rỉ máu cần kiểm tra phát hiện sót bánh rau phụ trong tử cung. Kiểm tra sự toàn vẹn của màng rau: Nếu sót trên 1/4 số màng rau cần kiểm soát tử cung lấy ra tránh nhiễm trùng. Kiểm tra khoảng cách từ lỗ rách đến mép bánh rau nơi gần nhất nếu dưới 10cm, chứng tỏ rau bám thấp

+ Xử trí chảy máu sau đẻ

+ Chăm sóc khâu vết thương phần mềm.

+ Vệ sinh.

+ Hướng dẫn bà mẹ giữ trẻ (nếu đặt trẻ trên bụng mẹ) và hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm.

***5.4. Đánh giá***

Bảo đảm rằng:

- Bà mẹ sức khỏe ổn định, hài lòng.

- Tình trạng tử cung an toàn, sản dịch trong giới hạn sinh lý.

- Tầng sinh môn ở trạng thái bình thường hoặc đã được khâu phục hồi an toàn (nếu có rách hoặc cắt tầng sinh môn).

- Trẻ được ở gần mẹ và được bú bữa bú đầu khi trẻ có biểu hiện muốn bú mẹ

**6. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn IV**

6.1. Nhận định

Toàn trạng bà mẹ: mạch, huyết áp, nhiệt độ. Chú ý bắt mạch phát hiện sớm chảy máu sau đẻ. Nếu mạch nhanh, kèm huyết áp tụt cần kiểm tra tử cung và sản dịch ngay.

- Sự co hồi tử cung: về sinh lý giai đoạn này tử cung co thắt thành khối cầu an toàn. Khi khám tử cung cần nhận định về:

+ Chiều cao tử cung trên vệ.

+ Mật độ tử cung.

+ Cảm giác của sản phụ khi khám vào tử cung.

- Nếu tử cung mềm, ranh giới không rõ ràng hoặc bị đẩy lên cao, lệch về một bên, chứng tỏ tử cung đang co hồi không tốt cần kiểm tra sản dịch ngay để có chăm sóc phù hợp.

- Sản dịch: ngay sau sinh sản dịch sẫm màu, nếu thấy máu đỏ tươi, ra nhiều là bất thường.

- Đánh giá sớm bà mẹ về tình trạng cảm xúc tâm lý đáp ứng quá trình chuyển dạ và sinh đẻ.

- Đánh giá vấn đề cho trẻ bú sớm, dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ sơ sinh.

- Tình trạng bàng quang của người phụ nữ. Nếu bàng quang nhiều nước tiểu có thể là nguyên nhân gây co hồi tử cung kém, có thể dẫn đến chảy máu sau đẻ.

- Đánh giá vấn đề bú sớm và nuôi con bằng sữa mẹ

6.2. Chẩn đoán chăm sóc/vấn đề cần chăm sóc

- Nếu các chỉ số trong giới hạn bình thường, chăm sóc thường quy, dự phòng chảy máu sau đẻ.

- Một số bất thường cần chăm sóc ưu tiên:

+ Chảy máu sau đẻ

+ Sản phụ mệt

+ Đau nhiều vùng tầng sinh môn

- Chăm sóc trường hợp có nguy cơ:

+ Nguy cơ chảy máu.

+ Nguy cơ nhiễm trùng

6.3. Lập/thực hiện kế hoạch chăm sóc.

***Bảng 3.2. Ví dụ về lập kế hoạch chăm sóc và chăm sóc ưu tiên***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vấn đề cần chăm sóc** | **Lập kế hoạch** | **Thực hiện kế hoạch** |
| **Nhóm chăm sóc ưu tiên** | | |
| Chảy máu sau đẻ | Cầm máu tại chỗ  Hồi sức  CS theo nguyên nhân | Tham khảo bài “Chảy máu sau đẻ” |
| Đau TSM | Chăm sóc giảm đau | Giảm đau không dùng thuốc  Giảm đau bằng thuốc |
| **Nhóm nguy cơ** | | |
| Nguy cơ CMSĐ | Giúp tử cung co tốt giảm nguy cơ chảy máu sau đẻ và hỗ trợ NCBSM | Xoa đáy tử cung 15 phút/lần trong suốt 2 giờ đầu sau đẻ |
| Cho trẻ da kề da với mẹ, cho trẻ bú sớm |
| Chăm sóc bàng quang |
| Giúp bà mẹ nghỉ ngơi nhanh hồi phục | Cho sản phụ ăn, uống sữa nóng hoặc nước ấm |
| Tạo môi trường yên tĩnh cho SP |
| Tư vấn các dấu hiệu nguy hiểm |
| Tư vấn người nhà sản phụ phối hợp với nhân viên y tế theo dõi và chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh |
| Nguy cơ nhiễm khuẩn sau đẻ | Vệ sinh | Vệ sinh vú  Vệ sinh bộ phận sinh dục sạch, đóng băng vệ sinh sạch |
| Kháng sinh dự phòng | Sử dụng kháng sinh theo y lệnh |
| **Nhóm thiếu hụt kiến thức** | | |
| Thiếu hụt kiến thức | Tư vấn hỗ trợ  Cung cấp kiến thức | Cung cấp kiến thức  Tư vấn cho sản phụ và người thân của họ để hỗ trợ sản phụ |

6.4. Đánh giá

Đánh giá kết quả chăm sóc qua sự hồi phục của sản phụ, tử cung co tốt, không chảy máu sau đẻ. Trẻ được bú sớm và được gần mẹ, tốt nhất da kề da với mẹ trong 90 phút đầu.

Ghi phiếu chăm sóc và ghi hồ sơ tất cả những diễn biến trong hai giờ đầu sau đẻ.

# Bài 4:

# CHĂM SÓC SAU ĐẺ

**Số tiết: 05 tiết**

**MỤC TIÊU HỌC TẬP**

**Kiến thức:**

1. Phân tích được những thay đổi của sản phụ sau đẻ.

2. Trình bày được đặc điểm giải phẫu và sinh lý trẻ sơ sinh sau đẻ.

**Kỹ năng:**

3. Lập được kế hoạch chăm sóc sản phụ và trẻ sơ sinh sau đẻ bình thường trên tình huống lâm sàng.

**Năng lực tự chủ và trách nhiệm:**

4. Thể hiện được sự ân cần, tôn trọng đối với việc lựa chọn cách chăm sóc trẻ sơ sinh của bà mẹ

**NỘI DUNG**

**1. Chăm sóc sản phụ sau đẻ**

***1.1.*** ***Những thay đổi của người phụ nữ sau đẻ***

*1.1.1. Những thay đổi giải phẫu, sinh lý đường sinh dục*

*\* Thay đổi tại tử cung*

Trong thời kỳ sau đẻ, tử cung dần trở lại kích thước như khi không có thai. Tử cung co lại từ kích thước của một trái bóng rổ trong thời gian có thai, đến kích thước của một quả bưởi ngay sau đẻ, cuối cùng khi được 6 tuần sau đẻ, tử cung có kích thước của một trái lê nhỏ. Quá trình thay đổi của tử cung sau đẻ diễn ra như sau:

*\* Thay đổi ở thân tử cung*

Thân tử cung có nhiều thay đổi nhất. Trên lâm sàng ta nhận thấy 3 hiện tượng:

- Sự co cứng (co thắt): ngay sau khi xổ rau, các sợi cơ tử cung co rút làm cho tử cung co cứng lại thành một khối chắc gọi là khối cầu an toàn; khối này tồn tại 2 giờ đầu sau đẻ. Sự cứng hoàn toàn của tử cung nhằm thực hiện tắc mạch sinh lý. Sau đó, tử cung hết co cứng mà chỉ có những cơn co bóp nhẹ, nên nắn tử cung thấy hơi mềm.

- Sự co bóp: trong những ngày đầu sau đẻ, tử cung co bóp có thể dẫn đến thỉnh thoảng lại có những cơn đau do tử cung co bóp mạnh (do tử cung bị kích thích bởi sản dịch, cho con bú), trên lâm sàng gọi là cơn đau tử cung. Sau mỗi cơn co bóp mạnh sản dịch được đẩy ra ngoài.

- Sự co hồi: ngay sau đẻ, chiều cao tử cung trên khớp vệ khoảng 13-15cm, mật độ chắc. Ngày đầu tiên sau đẻ, tử cung co hồi mạnh nên chiều cao tử cung giảm 2cm và cứ mỗi ngày sau đó, tử cung thu lại, giảm được 1cm. Bình thường, sau đẻ ngày thứ 12 -13 thường không nắn thấy tử cung ở trên khớp mu nữa, sau đẻ 6 tuần thể tích tử cung trở lại bình thường.

Thay đổi ở lớp cơ: sau đẻ, lớp cơ tử cung dày khoảng 3-4cm, nhưng dần dần mỏng đi do sự đàn hồi của lớp cơ và một số sợi cơ thoái hoá mỡ và tiêu đi.

*\* Thay đổi ở đoạn dưới tử cung*

Khi chuyển dạ, đoạn dưới thành lập dần và khi xổ thai, đoạn dưới dài khoảng 10cm. Ngay sau đẻ co lại còn 5cm, sau đó mỗi ngày co 1cm, sau 5 ngày đoạn dưới trở thành eo hay lỗ trong cổ tử cung

*\* Sự thay đổi ở cổ tử cung*

Lỗ trong đóng sau 5 ngày, lỗ ngoài đóng vào ngày thứ 12-13 sau đẻ. Như vậy ống cổ tử cung đã được tái lập, nhưng không phải là hình ống nữa, mà thường là hình nón đáy ở dưới, vì lỗ ngoài cổ tử cung đã bị biến dạng từ hình tròn trở thành hình dẹt và thường hé mở.

*\* Thay đổi niêm mạc tử cung*

Niêm mạc tử cung dần dần được tái tạo, sau 2 tuần lớp màng rụng bong hết và niêm mạc bắt đầu phục hồi, sau 3 tuần lớp niêm mạc phục hồi có thể bong ra và tạo kinh non, ra ít, khoảng trong một ngày rồi hết. Sau 6 tuần lớp niêm mạc lại có thể bong, gây chảy máu âm đạo. Đây chính là kì kinh đầu tiên sau đẻ.

Ở những người không cho con bú, kinh thường trở lại sau 6 tuần. Kì kinh này có ý nghĩa quan trọng vì đánh dấu mốc hoạt động trở lại của buồng trứng sau đẻ. Nếu bà mẹ có cho con bú, kinh nguyệt có thể trở lại muộn hơn, nhưng người phụ nữ không biết chính xác khi nào kinh nguyệt trở lại. Đây là vấn đề mà người Hộ sinh cần quan tâm để tư vấn bà mẹ áp dụng biện pháp tránh thai phù hợp ngay sau 6 tuần sau đẻ, tránh có thai trở lại quá sớm.

*\* Thay đổi ở âm hộ, âm đạo, các phần phụ và các tạng xung quanh*

- Các dây chằng của tử cung, các vòi trứng, buồng trứng dần dần trở lại bình thường về chiều dài, hướng và vị trí. Chức năng sinh lý buồng trứng hoạt động trở lại sớm nhất sau 6 tuần.

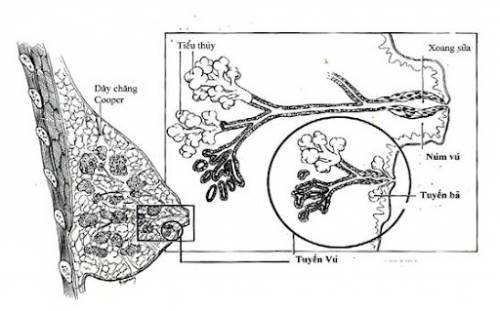
- Âm hộ và âm đạo bị giãn trong lúc đẻ cũng trở về bình thường khoảng 15 ngày sau đẻ.

- Âm môn: hé mở và khép lại sau 2 tuần.

- Bàng quang, trực tràng: có thể liệt nhẹ dẫn đến chậm đại, tiểu tiện, đặc biệt là bàng quang. Người chăm sóc phải chú ý điều này.

*1.1.2. Thay đổi ở vú*

Sau sinh tất cả các cơ quan đường sinh dục đều dần trở lại bình thường trừ vú. Khi bắt đầu có thai, rau thai phát triển tiết Oestrogen và Progesterone tác động kích thích hệ thống sinh học phức hợp giúp vú to lên, các tuyến sữa tăng sinh và phát triển chuẩn bị cho việc tiết sữa.



***Hình 4.1. Cấu tạo tuyến vú***

***(https://sites.google.com/site/seadropblog/home/ykhoa/san/sanbenhly/benhvulanhtinh)***

Trong 2-3 ngày đầu sau sinh, vú không có thay đổi gì nhiều so với khi mang thai mật độ mềm, trong có ít sữa non.

Khoảng ngày thứ 2-3, vú bắt đầu căng dần. Sản phụ cảm nhận được sự căng, tức. Các dấu hiệu tăng dần, nếu sản phụ không cho trẻ bú vú sẽ căng nặng, phù nề và có thể gây sốt. Nếu cho trẻ bú, các dấu hiệu sẽ giảm dần gọi là hiện tượng “về sữa”. Những ngày sau, nếu cho trẻ bú mẹ hoàn toàn, sữa sẽ căng khi sữa nhiều và mềm sau khi trẻ bú cạn sữa

*1.1.3. Sự thay đổi hormone sau sinh và tác động đến toàn thân.*

Sau xổ thai và xổ rau, nội tiết tố bánh rau giảm nhanhvà dần hết trong máu, bao gồm: Estrogen, Progestrone, hCG (human Chorionic Gonadotrophin), hPL (human Placental Lactogen). Khi hPL giảm, giải phóng Prolactin làm vú tiết sữa. Sau sinh có 2 nội tiết ảnh hưởng nhiều nhất đến nuôi con bằng sữa mẹ là prolactin và oxytocin.

Oxytocine: được giải phóng từ thùy sau tuyến yên giúp bong rau và co hồi tử cung, cầm máu sau đẻ. Oxytocine được tiết nếu trẻ bú mẹ, nội tiết tố này làm co các cơ nang sữa gây phản xạ phun sữa, hỗ trợ cho trẻ bú mẹ.

Sự thay đổi nội tiết này dẫn đến sự thay đổi các biểu hiện tâm sinh lý ở trên. Ngoài ra cũng ảnh hưởng tới toàn thân như: ứ dịch/mập hơn; rụng tóc; đỏ bừng, nóng; ra mồ hôi vào ban đêm; khô da; thay đổi tâm trạng và khô âm đạo.

***1.2. Chăm sóc sản phụ sau đẻ***

1.2.1. Mục đích các chăm sóc thời kỳ sau đẻ

- Giúp phục hồi sức khoẻ cho bà mẹ nhanh chóng.

- Làm tử cung co chắc hơn, giảm mất máu.

- Giảm các biến động không có lợi cho bà mẹ (rét run, bí đái…)

- Giúp sự xuống sữa nhanh hơn, gây tăng tiết Oxytocin nội sinh, làm tử cung co tốt hơn, tăng tình cảm mẹ con.

- Giảm nguy cơ bị các tai biến trong thời kỳ sau đẻ (chảy máu, nhiễm khuẩn…). Nếu có các biến cố, phát hiện sớm, xử trí kịp thời.

- Đảm bảo một cách tích cực cho bà mẹ trong việc chăm sóc cho bản thân và đứa trẻ. Xem xét tất cả những lo lắng hoặc sợ hãi của bà mẹ…

- Tạo môi trường và bầu không khí thoải mái cho bà mẹ khi chăm sóc, theo dõi và tư vấn, hướng dẫn.

*1.2.2. Chăm sóc sản phụ sau đẻ*

*1.2.2.1. Nhận định*

Các thông tin chính về quá trình chuyển dạ có thể liên quan tới chăm sóc hậu sản như:

- Thời điểm chăm sóc: sau đẻ bao lâu? Cần xác định đúng thời điểm này vì sản phụ sau để ở các thời điểm khác nhau có thể có dấu hiệu triệu chứng lâm sàng khác nhau và cách thức chăm sóc hộ sinh cũng khác nhau.

- Tóm tắt các thông tin chính quá trình chuyển dạ: cần có các thông tin này để nhận định sự ảnh hưởng của cuộc chuyển dạ đến quá trình sau đẻ; các can thiệp khác nhau trong cuộc đẻ cũng đòi hỏi sự khác nhau trong chăm sóc sau đẻ.

+ Thời gian chuyển dạ: tổng thời gian chuyển dạ, thời gian từ khi vỡ ối đến khi đẻ; thời gian xổ thai, thời gian xổ rau.

+ Các can thiệp trong chuyển dạ: truyền Oxytocine; chuyển dạ kéo dài; đa ối; lượng máu mất trong cuộc đẻ hoặc những diễn biến bất thường khác.

- Nhận định các dấu hiệu sống: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở. Mục đích đánh giá toàn thân của bà mẹ để phát hiện tình trạng mất máu, thiếu máu sau đẻ; phát hiện nhiễm trùng sau đẻ.

- Khám vú: xác định tình trạng đầu vú xem có tụt núm vú không. Có viêm nhiễm, nứt kẽ không; tình trạng tiết sữa cũng như cách cho trẻ bú, vấn đề nuôi con bằng sữa mẹ.

- Nhận định co hồi tử cung: kích thước, mật độ, cảm giác của sản phụ khi chạm tử cung.

- Nhận định sản dịch: màu sắc, số lượng, mùi. Phát hiện sớm chảy máu sau đẻ ở ngày đầu và các nhiễm khuẩn ở tử cung trong những ngày sau.

- Vết khâu tầng sinh môn: đánh giá vị trí, chiều dài, có/không bị phù nề, có/không viêm nhiễm; có/không chảy máu?

- Đánh giá tình trạng tiêu hoá của bà mẹ: chế độ ăn uống của bà mẹ, cảm giác ngon miệng, đại tiện, có/không bị trĩ...

- Đánh giá tình trạng bàng quang và hệ tiết niệu, phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường của đường tiết niệu.

- Xác định khả năng cũng như sự hiểu biết của bà mẹ trong việc tự chăm sóc bản thân (bao gồm: chế độ nghỉ, ngủ, ăn uống, vận động, vệ sinh...) và chăm sóc trẻ sau đẻ.

- Đánh giá sự tác động qua lại giữa bà mẹ và trẻ. Những cảm xúc của bà mẹ khi chăm sóc và cho con bú. Những đáp ứng của trẻ khi gần mẹ.

- Chú ý đánh giá tình trạng tinh thần của bà mẹ nhằm động viên khuyến khích kịp thời, phát hiện sớm và dự phòng trầm cảm sau sinh.

- Nhận định trên cơ sở hồ sơ bệnh án, các phiếu chăm sóc, biểu đồ chuyển dạ.

*1.2.2.2. Chẩn đoán chăm sóc/vấn đề chăm sóc*

Một số các vấn đề chăm sóc sản phụ sau đẻ thường gặp:

- Nguy cơ chảy máu sau đẻ; nguy cơ nhiễm khuẩn đường sinh dục;

- Đau vết khâu tầng sinh môn, vết mổ đẻ, đau do co hồi tử cung;

- Rối loạn đại tiểu tiện;

- Các vấn đề của vú: không đủ sữa, cương sữa, nứt đầu vú…

- Lo lắng về tình hình sức khỏe hoặc thiếu kinh nghiệm chăm sóc trẻ;

*1.2.2.3. Lập/thực hiện kế hoạch chăm sóc*

*\* Cho trẻ bú sớm và luôn gần mẹ*

Hỗ trợ bà mẹ chăm sóc bản thân và chăm sóc con của họ. Điều dưỡng và hộ sinh có vai trò quan trọng trong vấn đề này, nhất là với những phụ nữ sinh con lần đầu. Cần cho trẻ tiếp xúc sớm nhất với mẹ khi có thể, tốt nhất là ngay sau khi xổ thai và kéo dài ít nhất 90 phút sau sinh. Điều này đã được đưa vào luật thông qua quyết định 4673/QĐ – BYT ngày 10/11/2014 của Bộ Y tế quy định các bước chăm sóc thiết yếu cho bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ. Việc này giúp trẻ được giữ ấm, được bú sớm và đây là điều kiện cơ bản giúp cho thành công nuôi con bằng sữa mẹ. Việc trẻ gần mẹ giúp người phụ nữ yên lòng, an tâm, hạnh phúc. Những ngày tiếp theo, trẻ cần được bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu và cai sữa sau 2 năm.

Bú sớm là trẻ bú trong vòng một giờ đầu sau đẻ. Bú sớm có tác dụng giúp trẻ được cung cấp sữa non, đây là thức ăn phù hợp nhất cho trẻ sơ sinh trong những ngày đầu. Ngoài ra còn giúp làm thông đường dẫn sữa, giúp sữa về sớm và đặc biệt giúp tử cung co hồi tốt, giảm nguy cơ chảy áu sau đẻ.

*\* Chăm sóc tử cung*

Do trong những ngày đầu, sản phụ đau tử cung nên ở những sản phụ đau nhiều có thể hỗ trợ chườm ấm hoặc dùng thuốc giảm đau. Tuy nhiên hầu hết sản phụ cần hỗ trợ để giúp tử cung co chắc giảm nguy cơ chảy máu bằng cách:

- Xoa đáy tử cung 15 phút/lần trong 2 giờ đầu.

- Cho trẻ bú sớm trong vòng một giờ đầu sau sinh và nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ.

- Vận động, ngồi dậy đi lại sau 6 giờ.

- Không để bàng quang căng làm ảnh hưởng đến sự co hồi tử cung.

*\* Chăm sóc tiết niệu*

Bà mẹ có thể hơi khó chịu khi tiểu tiện trong vòng vài ngày sau khi sinh do nước tiểu làm xót vùng âm hộ tầng sinh môn. Nhiều trường hợp liệt nhẹ cơ bàng quang sau sinh hoặc một số trường hợp rối loạn co thắt cơ cổ bàng quang làm cho sản phụ không mót tiểu hoặc mót tiểu mà không đi được. Nếu tiểu thấy đau hoặc rát dai dẳng và thường xuyên, thì có thể đã bị nhiễm trùng và cần được điều trị.

Những gợi ý trong chăm sóc để giảm nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu:

- Đi tiểu thường xuyên.

- Uống nhiều nước.

- Thường tiểu hết bãi.

- Dự phòng khi chăm sóc giảm thiểu những thủ thuật xâm lấn như thông tiểu, chuyển dạ kéo dài gây dò tiết niệu…

- Trường hợp không tiểu được cần chườm ấm vùng bàng quang, tăng cường vận động. Một chú ý khi chăm sóc nên khuyến khích sản phụ đi vệ sinh đúng tư thế, ra nhà vệ sinh sẽ thuận lợi cho sản phụ hơn. Đặc biệt nữa là sau sinh 6 giờ, nếu sản phụ không buồn cũng khuyến khích đi tiểu, nếu để quá căng cũng khó đi tiểu.

*\* Chăm sóc tiêu hóa*

Sản phụ có thể không đại tiện trong khoảng 3 đến 4 ngày sau đẻ bởi vì thiếu hụt thức ăn trong lúc sinh cũng như do bị trĩ hay thủ thuật cắt tầng sinh môn hoặc do táo bón. Những sản phụ mổ đẻ cần chú ý vấn đề đánh hơi. Khuyến khích sản phụ ăn sớm bằng thức ăn lỏng, dễ tiêu, kích thích nhu động ruột nhanh đánh hơi và đại tiện.

Những gợi ý chăm sóc để tránh táo bón:

- Ăn một chế độ ăn nhiều chất xơ (hoa quả tươi, các loại hạt….).

- Uống nhiều nước.

- Vận động sớm, không nên nằm nhiều.

*\* Chăm sóc đáy chậu tầng sinh môn*

Sau sinh TSM sản phụ luôn sưng nề nhẹ hoặc có thể bị vết thương do vết cắt TSM hoặc do vết rách. Sản dịch chảy liên tục nên TSM luôn ẩm ướt, dễ nhiễm khuẩn vết khâu TSM. Vì vậy cần chăm sóc TSM luôn sạch và khô. Những gợi ý để giúp chăm sóc tầng sinh môn:

- Rửa tay trước và sau khi thay băng vệ sinh.

- Khuyên bà mẹ rửa bộ phận sinh dục ngoài và TSM mỗi ngày 3-4 lần trong tuần đầu.

- Thay băng vệ sinh khi cần và sau khi đi vệ sinh.

- Luôn chùi từ trước ra sau (hướng về phía trực tràng) sau khi đi đại tiểu tiện.

- Trường hợp chăm sóc vết rách/cắt tầng sinh môn.

- Nếu bà mẹ được thực hiện thủ thuật cắt tầng sinh môn hay có một vết rách mà được khâu lại bằng các mũi chỉ tiêu trong khoảng 2 tuần da sẽ lành mà không cần cắt chỉ. Nếu vết rách được khâu bằng chỉ không tiêu, cần cắt chỉ sau 5 ngày.

- Nếu vết cắt hay rách có nhiễm trùng, sưng nóng đỏ đau, có thể sử dụng luân phiên chườm nóng và lạnh. Có thể cắt chỉ sớm hơn nếu kiểm tra thấy có mủ. Giữ vùng đáy chậu khô ráo, nhất là sau mỗi lần vệ sinh. Chăm sóc đáy chậu tầng sinh môn theo công thức HIPPS.

+ H: Hygiene: vệ sinh.

+ I: Ice for comfort: chườm lạnh.

+ P: Pelvic floor exercises: luyện tập sàn chậu hông.

+ P: Pain relief: giảm đau.

+ S: Support: hỗ trợ.

- Chăm sóc đáy chậu, TSM đặc biệt quan trọng nếu như có vết rách đáy chậu lan rộng (ở hậu môn hay ở trực tràng). Tránh táo bón cũng giúp điều trị giảm đau và nhanh lành vết thương.

*\* Chế độ ăn, uống*

Ngay sau đẻ, hầu hết sản phụ mệt, đói, buồn ngủ. Vì vậy họ nên được ăn những thức ăn nóng, dễ tiêu phù hợp với khẩu vị và văn hóa từng địa phương. Một số thứ không nên ăn như những đồ nguội, lạnh. Sản phụ nên được ăn cháo nóng, cơm canh cùng các thực phẩm khác và có thể uống sữa nóng.

Trường hợp sau sinh mổ nên cho ăn cháo sớm, ăn ít một khi chưa đánh hơi. Trong thời điểm này không nên cho ăn những chất dễ sinh hơi như sữa, nước hoa quả. Sau khi đánh hơi có thể cho ăn theo nhu cầu sản phụ nhưng chú ý nóng, đủ chất. Tăng cường các loại rau củ quả tươi. Một số thực phẩm mang tính lạnh như thịt trâu, ốc… không nên ăn. Chú ý một số trường hợp đặc biệt như rách TSM phức tạp có tổn thương hậu môn trực tràng chú ý chăm sóc giảm nguy cơ táo bón, tăng cường đạm giúp nhanh liền vết thương.

Chú ý tư vấn sản phụ uống đủ nước, ít nhất là 2000ml trong ngày. Có thể là hơn khi nuôi con bằng sữa mẹ và những ngày trời nóng.

*\* Theo dõi và các chăm sóc khác*

- Theo dõi tinh thần, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, máu ra âm đạo 15-30 phút/lần trong 2 giờ đầu, 1h/lần trong những giờ sau. Những ngày sau, nếu sản phụ ở cơ sở y tế, cần được theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ, co hồi tử cung, sản dịch 2 lần/ngày; Nếu sản phụ về nhà, CBYT cần hướng dẫn bà mẹ tự theo dõi co hồi tử cung, sản dịch, nếu có bất thường cần đến hoặc thông báo đến cơ sở y tế gần nhất để được xử trí kịp thời.

- Bà mẹ nên được hướng dẫn các dấu hiệu nguy hiểm như đau bụng, chảy máu nhiều, nhức đầu, chóng mặt, choáng, khó thở, mệt lả, mót rặn, bí đái cần gọi hỗ trợ ngay.

*-* Hướng dẫn cách tắm rửa, vệ sinh thân thể: nên tắm rửa hàng ngày bằng nước ấm. Tắm bằng dội nước, nơi kín gió, tránh ngâm mình trong bồn tắm.

*-* Hướng dẫn cách mặc: mặc rộng rãi, sạch sẽ, đủ ấm về mùa đông, thoáng mát về mùa hè. Một số vùng miền, cần giải thích và hướng dẫn bà mẹ bỏ tập tục kiêng tắm, gội đầu trong tháng đầu sau đẻ.

*-* Cần tư vấn đầy đủ cho sản phụ và người nhà giúp họ có thay đổi hành vi chăm sóc bản thân.

*-* Tư vấn về sinh hoạt tình dục trở lại: đây là vấn đề được các cặp quan tâm nhưng thường không dám hỏi. Thường phụ nữ sau đẻ hoàn toàn có thể sinh hoạt tình dục trở lại sau 6 tuần, khi hết ra máu âm đạo và đặc biệt khi người phụ nữ thực sự có nhu cầu.

- Tư vấn các biện pháp kế hoạch hóa gia đình. Nhấn mạnh phương pháp vô kinh cho con bú là phương pháp nên giới thiệu cho sản phụ. Họ có thể áp dụng trong 6 tháng đầu nếu sản phụ chưa hành kinh và trẻ bú mẹ hoàn toàn. Nếu sau 6 tháng hoặc nếu phụ nữ hành kinh sớm trở lại hoặc cho trẻ ăn dặm sớm để đi làm cần tư vấn cho sản phụ áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại hiệu quả nhưng không ảnh hưởng đến tiết sữa và NCBSM như sử dụng thuốc tránh thai cho con bú; bao cao su, hoặc dụng cụ tử cung

*1.2.2.4. Đánh giá*

Đánh giá lại sau mỗi hoạt động chăm sóc để có chính sách điều chỉnh chăm sóc

**2.** **Chăm sóc sơ sinh sau đẻ**

***2.1. Đặc điểm sinh lý trẻ sơ sinh sau đẻ***

*- Nhiệt độ*:

Dễ thay đổi theo môi trường bên ngoài vì trung tâm điều hoà thân nhiệt chưa hoàn chỉnh. Trẻ bị hạ nhiệt độ nguy cơ tử vong rất cao.

*- Mạch*:

Khoảng 140 lần/phút. Sau khoảng 2 tuần sẽ giảm xuống còn khoảng 100 lần/phút

*Nhịp thở*: khoảng 40 – 60 lần/phút, sau giảm dần.

*- Nước tiểu*:

Trẻ đi tiểu khoảng 8-10 lần/ ngày, mỗi lần khoảng 30ml. Nước tiểu màu vàng nhạt, không có mùi. Về sau lượng nước tiểu tăng dần, số lần giảm dần.

*- Phân*:

Trong 1-2 ngày đầu trẻ thải phân su. Những ngày sau phân vàng mềm, không thành khuôn, mùi hơi chua. Một ngày trẻ có thể thải phân 5- 7 lần .

*- Giấc ngủ*:

Trong tháng đầu trẻ thường ngủ rất nhiều, có khi đến 22 giờ một ngày vì hệ thần kinh còn non yếu.

*- Giác quan*:

5 giác quan đều hoạt động mạnh, nhất là xúc giác và khứu giác. Trẻ giật mình khi có tiếng động mạnh. Mắt chưa nhìn được vật gì cố định, có hiện tượng lác sinh lý.

*- Thần kinh*:

+ Các cử động có tính chất tự phát, tự nhiên, không theo ý muốn, không phối hợp các cử động với nhau, thiếu phương hướng.

+ Trẻ có một số phản xạ tự nhiên như bú nuốt, quay mặt về phía vú mẹ để tìm ăn, định hướng được mùi sữa.

*- Vàng da sinh lý*:

+ Thường xuất hiện vào ngày thứ 2 đến ngày thứ 5 sau đẻ và hết vào khoảng ngày thứ 7 đến ngày thứ 10.

+ Nguyên nhân: do hiện tượng vỡ hồng cầu sau sinh làm tăng lượng bilirubin tự do trong máu, trong khi gan trẻ chưa làm việc tốt.

+ Nhìn chung tình trạng của trẻ vẫn khoẻ mạnh, bú tốt, các sinh hoạt bình thường.

*- Sụt cân sinh lý*:

+ Xuất hiện vào ngày thứ 2 đến ngày thứ 7 sau đẻ. Cân nặng sụt đi khoảng 6-9% trọng lượng lúc sinh. Sau khoảng 7-10 ngày trọng lượng của trẻ trở lại bình thường.

+ Nguyên nhân: Do mất nước qua da và hô hấp là chủ yếu

Trẻ bài tiết phân su và nước tiểu, nôn chớ

Trẻ không nhận được đủ lượng sữa trong những ngày đầu.

*- Biến động sinh dục*:

+ Vú: con trai cũng như con gái, tuyến vú có thể phồng lên, có thể có sữa non.

+ Mặt: tuyến mỡ hoạt động mạnh có những vết trắng như trứng cá nhỏ, sẽ mất đi sau vài ngày.

+ Bộ phận sinh dục: con gái đôi khi có chất nhầy hoặc máu ra ở âm đạo giống như kinh nguyệt, sau đẻ vài ngày sẽ hết. Con trai tinh hoàn đã xuống đến hạ nang

***2.2. Chăm sóc trẻ sơ sinh***

*2.2.1. Chăm sóc cuống rốn*

Cuống rốn của trẻ sơ sinh có màu trắng xanh. Sau sinh, dây rốn thường được cắt, để lại một cuống dài khoảng 2cm. Dây rốn bít nhanh chóng sau sinh, với sự giảm của chất gel Wharton đáp ứng với sự giảm nhiệt độ và bởi sự co mạch máu do co cơ trơn. Theo đó, một móc bấm tự nhiên được tạo ra, ngăn cản luồng máu. Tĩnh mạch rốn và ống tĩnh mạch đóng lại, và thoái hoá thành dải xơ. Một phần của động mạch rốn đóng và thoái hoá thành dây chằng rốn giữa, trong khi phần còn lại được duy trì như là một phần của hệ thống tuần hoàn. Cuống rốn sẽ khô, teo lại, sẫm màu và rụng trong khoảng một tuần, tối đa khoảng 3 tuần. Mỏm cụt rốn tốt là mỏm khô và sạch.

Do tính chất cuống rốn như vậy nên rốn dễ nhiễm khuẩn, dễ thối nếu chăm sóc không tốt. Khi chăm sóc chú ý:

- Vô khuẩn khi cắt rốn

- Để ngỏ rốn

- Vệ sinh rốn hàng ngày bằng cồn 700

* + 1. Chăm sóc thân nhiệt trẻ

Bình thường trẻ mới sinh thường bị mất nhiệt rất nhanh, và thường xuyên ở trong tình trạng giảm nhiệt do tỉ lệ bề mặt tiếp xúc/cân nặng cao. Hiện tượng giảm thân nhiệt rất hay gặp ở trẻ sơ sinh nhẹ cân và đây cũng là hậu quả của nhiều tình trạng bệnh lý khác nhau làm giảm khả năng chuyển hóa nhiệt.Một phương pháp hiệu quả nhất là sau sinh cho trẻ gần mẹ, da kề da với mẹ. Bảo đảm khi chăm sóc trẻ luôn được ở gần mẹ.

2.2.3. Chăm sóc da trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

- Da trẻ mỏng, có cấu trúc và chức năng chưa hoàn chỉnh, rất dễ bị tổn thương. Do đó, cần có sự chăm sóc đặc biệt, tối thiểu là trong năm đầu đời, nhất là trẻ sơ sinh.

- Cần bảo vệ sự toàn vẹn da của trẻ để tránh sự xâm nhập của những tác nhân gây hại. Cần tránh các dị nguyên có trong thức ăn, nước uống, đồ dùng và môi trường sống dễ gây dị ứng cho trẻ như nước không sạch, bụi bẩn, quần áo, đồ trang sức, mỹ phẩm, các thức ăn dễ gây dị ứng, ánh nắng gắt… để phòng ngừa các bệnh về da, đặc biệt là viêm da ở trẻ em.

- Tắm rửa đúng cách là một trong những biện pháp để bảo vệ da. Nhưng nếu chỉ tắm bằng nước sẽ không lấy đi hết chất nhờn, bẩn từ phân và nước tiểu của trẻ. Nên sử dụng những sản phẩm tắm gội nhẹ - dịu, dành riêng cho trẻ nhỏ, có pH trung tính để làm sạch các chất bẩn, mà không gây cay mắt, không làm khô và kích thích da.

- Để bảo vệ da trẻ khỏi tác hại do tia cực tím, không cho trẻ em tiếp xúc trực tiếp với nắng gắt. Nếu phải ra nắng thì nên cho trẻ sử dụng kem chống nắng có phổ rộng dành cho trẻ nhỏ.

- Để làm mềm da và giảm mất nước qua da, tránh khô da, nên sử dụng các sản phẩm dưỡng da dịu - nhẹ có pH trung tính dành riêng cho trẻ nhỏ đã được chứng minh an toàn trên lâm sàng.

- Trong những trường hợp bệnh lý, cần tham khảo ý kiến của chuyên gia sơ sinh.

*Tắm cho trẻ sơ sinh*

- Nhân viên y tế và bà mẹ cần thực hành tắm cho trẻ sơ sinh khỏe mạnh tại cơ sở y tế và tại nhà một cách thống nhất.

- Lần tắm đầu tiên nên thực hiện sau khi sinh một ngày (trừ trường hợp có chỉ định của thầy thuốc), vào thời điểm ấm nhất trong ngày, trước khi cho trẻ bú. Tắm trẻ hàng ngày, hoặc cách ngày tùy điều kiện sức khỏe của trẻ và thời tiết. Buổi tắm chỉ nên kéo dài 5-10 phút.

- Việc vệ sinh cho những trẻ bệnh lý hay non yếu sẽ được thực hiện theo hướng dẫn riêng của thầy thuốc.

- Nguyên tắc:

+ Vệ sinh: sử dụng nước sạch

+ Giữ ấm: đóng cửa phòng hoặc che chắn để tránh gió lùa.

+ An toàn: khi tắm giữ trẻ cẩn thận, tránh làm rơi trẻ, tránh để sặc nước.

+ Phòng tắm phải đủ ánh sáng.

*Một số vấn đề khác cần chú ý khi chăm sóc da của trẻ*

- Trong khoảng 3 tháng đầu tiên sau khi sinh, trẻ có thể có rất nhiều loại ban khác nhau xuất hiện. Sự xuất hiện đó thường là do những thay đổi và đáp ứng sinh lý do thay đổi hormon sau khi sinh, cũng có thể do sự tiếp xúc đột ngột với rất nhiều chất khác nhau (không khí, quần áo, thuốc tẩy) kết hợp với sự thay đổi nhiệt độ bên ngoài so với môi trường bên trong tử cung.

- Ban trên da trẻ có thể xuất hiện vào mùa hè hoặc mùa đông, vào cuối ngày hoặc tuần cuối của mùa. Chúng có thể tồn tại kéo dài trong một thời gian, cũng có thể chỉ xuất hiện một buổi sáng, sang hôm sau lại mất đi và xuất hiện lại vào thời gian sau đó. Các ban đa dạng, khác nhau xuất hiện tại cùng một thời điểm thường làm cho bố mẹ trẻ lo lắng, đặc biệt tác động đến sự thoải mái của trẻ. Tuy nhiên, hầu hết các loại ban trên da trong những tháng đầu tiên không cần bất cứ sự chữa trị nào khác và sẽ không khác đi khi thay đổi chế độ ăn của người mẹ trong thời kỳ có thai trước đó.

- Tuy nhiên cần phân biệt những ban này với những mụn nước hoặc có mủ trên da của trẻ, đặc biệt ở các nếp gấp như cổ, bẹn, nách… Khi xuất hiện những nốt này chứng tỏ trẻ đang bị viêm da cần có chăm sóc đặc biệt.

*2.2.4. Tiêm chủng.*

- Sau khi sinh, tiêm chủng rất quan trọng, vì đã giúp cứu sống và bảo tồn sinh mạng của rất nhiều trẻ. Sự đề kháng là quá trình bảo vệ con người chống lại sự nhiễm trùng dưới 2 hình thức: thụ động và chủ động. Đề kháng thụ động là đưa kháng thể vào cơ thể để ngăn ngừa bệnh.

Ví dụ bà mẹ viêm gan B thể đang hoạt động, khi em bé sinh ra nên được tiêm huyết thanh viêm gan B. Đâylà hình thức đề kháng thụ động.

- Đề kháng chủ động là kích thích hệ đề kháng của cơ thể bằng cách đưa một cơ quan/tổ chức thụ động (vacxin) vào cơ thể.

Ví dụ: tất cả trẻ đẻ ra đều được tiêm vác xin phòng viêm gan B. Đây là hình thức gây đề kháng chủ động

Hiện tại Việt Nam đang thực hiện theo chương trình tiêm chủng quốc gia. Chú ý tư vấn cho các bà mẹ và gia đình đưa trẻ đi tiêm theo lịch

**Bài 5:**

**KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH**

**Số tiết : 05 tiết**

**MỤC TIÊU HỌC TẬP**

***Kiến thức***

1. Trình bày được cơ chế, chỉ định, chống chỉ định, cách sử dụng một số biện pháp tránh thai.

2. Trình bày được các biện pháp phá thai theo tuổi thai.

***Kỹ năng***

3. Tư vấn để khách hàng lựa chọn sử dụng các biện pháp tránh thai một cách hiệu quả và tế nhị.

4. Hướng dẫn khách hàng các biện pháp hỗ trợ khi sử dụng bao cao su, viên uống tránh thai.

***Năng lực tự chủ và trách nhiệm***

5. Thể hiện được sự tôn trọng đối với việc lựa chọn một biện pháp tránh thai thích hợp cho người phụ nữ.

6. Rèn luyện tính bảo mật, thông cảm và tôn trọng văn hóa của khách hàng.

**NỘI DUNG**

**1. Các biện pháp tránh thai**

Có thể chia các biện pháp tránh thai thành 2 loại: biện pháp tránh thai tự nhiên và biện pháp tránh thai hiện đại

Biện pháp tránh thai tự nhiên là không sử dụng thêm bất kì một hỗ trợ nào. Thường tự tính ngày phòng noãn hoặc xuất tinh ngoài âm đạo, đây là phương pháp hiệu quả tránh thai không cao. Tuy nhiên phương pháp vô kinh cho con bú cũng là phương pháp tránh thai tự nhiên, hiệu quả khá cao nếu sử dụng đúng chỉ định, đủ điều kiện và chỉ áp dụng cho phụ nữu trong giai đonạ đầu sau đẻ.

Phương pháp tránh thai hiện đại: có sử dụng thêm một công cụ hỗ trợ. Đây là biện pháp tránh thai hiệu quả cao nếu sử dụng đúng, đủ. Có nhiều cách phân loại các biện pháp tránh thai hiện đại nhưng dựa vào cách dễ tiếp cận cho người phụ nữ và chồng của họ, người ta có thể chia thành hai loại:

- Biện pháp tránh thai phi lâm sàng: là biện pháp tránh thai không cần sự hỗ trợ của nhân viên y tế như sử dụng bao cao su, thuốc uống tránh thai

- Biện pháp tránh thai lâm sàng: là biện pháp cần sự hỗ trợ của nhân viên y tế như thuốc tiêm, cấy tránh thai, đặt DCTC, triệt sản nam, triệt sản nữ…

***1.1. Các biện pháp tránh thai hiện đại***

*1.1.1. Bao cao su*

Bao cao su là một biện pháp tránh thai an toàn hiệu quả và rẻ tiền, đồng thời là một biện pháp tích cực phòng chống HIV/ADIS và BLQĐTD. Bao cao su có hai loại: loại sử dụng cho nam và loại sử dụng cho nữ. Ở Việt Nam hầu hết sử dụng bao cao su nam.

*1.1.1.1. Cơ chế tác dụng*

Bao cao su làm bằng nhựa latex mỏng có thể lồng vào dương vật hoặc đặt vào âm đạo trước khi giao hợp. Nó có tác dụng chứa và ngăn không cho tinh trùng vào âm đạo, nên không thụ tinh.

*1.1.1.2. Chỉ định và chống chỉ định*

*Chỉ định*

- Dùng cho tất cả các trường hợpmuốn tránh thai.

- Bao cao su còn là biện pháp tránh thai hỗ trợ (ví dụ: thời gian đầu sau khi thắt ống dẫn tinh, quên uống thuốc tránh thai).

- Phòng các bệnh lây qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS.

*Chống chỉ định:*

Dị ứng với cao su

*1.1.1.3. Thuận lợi và không thuận lợi*

*Thuận lợi*

- Bảo vệ, phòng chống bệnh lây qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS.

- An toàn, không có tác dụng phụ.

- Hiệu quả cao.

- Có thể sử dụng bất cứ thời gian nào, sau khi sinh, sau khi nạo thai.

- Giúp nam giới có trách nhiệm KHHGĐ.

- Tiện lợi khi muốn tránh thai tạm thời.

- Đối với bao cao su nữ còn thêm ưu điểm là người phụ nữ có thể chủ động ngừa thai được .

- Dễ sử dụng, có sẵn, nhỏ gọn có thể mang theo người.

- Rẻ tiền.

*Không thuận lợi*

- Vẫn có thai nếu sử dụng không đúng kĩ thuật: bị tuột, rách trong khi đang giao hợp, với người sử dụng thiếu kinh nghiệm làm trào tinh dịch vào âm đạo.

- Một số cặp vợ chồng than phiền về mức độ giảm khoái cảm.

- Đôi khi có cặp vợ chồng bị dị ứng với latex.

- Đối với bao cao su nữ, phải biết cách sử dụng tốt thì mới tránh được thất bại.

*1.1.1.4. Cách sử dụng và bảo quản*

*-* Kiểm tra trước về hạn dùng, độ kín của vỏ bao và chất lượng bao.

- Mỗi lần giao hợp phải dùng bao cao su mới.

- Với bao cao su nam: lồng bao cao su vào dương vật đang cương trước khi giao hợp, giữ cho vành cuộn của bao nằm phía ngoài. Tháo cuộn vành bao lên tới gốc dương vật, không cần kéo căng. Sau khi xuất tinh, rút dương vật ra lúc còn cương, giữ chặt vành cao su ở gốc dương vật trong khi rút dương vật ra, để bao không tuột và tinh dịch không tràn ra ngoài.



***Hình 5.1. Cách sử dụng bao cao su***

- Với bao cao su nữ: đặt bao cao su vào âm đạo trước khi giao hợp. Cầm vòng tròn nhỏ bóp méo đưa nghiêng vào sâu trong âm đạo. Vòng tròn nhỏ che CTC. Vòng tròn lớn nằm ngoài, phủ kín các môi lớn và vùng tiền đình. Bao cao su nữ có thể đặt trước vài giờ, nhưng cần tháo sớm sau khi giao hợp xong, trước khi ngồi hay đứng dậy, để tránh tinh dịch trào ra ngoài.

- Bảo quản bao cao su: để nơi thoáng mát tránh ánh sáng.

- Nếu bao cao su bị rách, cần áp dụng biện pháp tránh thai khẩn cấp.

*1.1.2. Viên uống tránh thai*

*1.1.2.1. Thuốc tránh thai kết hợp liều thấp*

- Viên thuốc tránh thai kết hợp là một trong những BPTT tạm thời sử dụng nội tiết tố. Thành phần của thuốc: gồm 2 loại hocmon estrogen và progestin. Hiệu quả tránh thai cao nếu sử dụng đúng và liên tục.

- Có nhiều loại viên thuốc tránh thai kết hợp với nhiều hình thức kết hợp nội tiết tố. Có sẵn dạng vỉ 21 viên hoặc 28 viên, vỉ 28 viên có chứa 7 viên thuốc khác màu chứa tá dược chất sắt, giúp cho người sử dụng duy trì cách uống thuốc đúng



***Hình 5.2. Thuốc tránh thai kết hợp***

***Cơ chế tác dụng***

- Ngăn cản rụng trứng bằng cách ức chế phóng noãn.

- Cản trở sự làm tổ của trứng bằng cách ức chế sự phát triển của niêm mạc tử cung.

- Làm đặc chất nhầy cổ tử cung, khó di chuyển cho tinh trùng.

***Thuận lợi và không thuận lợi***

*- Thuận lợi*

+ Giúp tránh thai theo thời hạn dài hay ngắn tuỳ ý.

+ Hiệu quả cao nếu uống đúng cách

+ An toàn cho phần lớn phụ nữ.

+ Có thể có thai ngay sau khi ngừng thuốc.

+ Giảm nguy cơ ung thư buồng trứng và nội mạc tử cung, bệnh viêm tiểu khung, u xơ vú lành tính và chửa ngoài dạ con.

+ Hành kinh hàng tháng đều đặn, ra máu ít hơn, số ngày hành kinh ít hơn.

+ Giảm nguy cơ thiếu máu do thiếu sắt.

+ Giảm triệu chứng khó chịu trước hành kinh.

+ Có thể sử dụng ở bất kì tuổi nào, từ vị thành niên đến mãn kinh.

+ Không ảnh hưởng đến tình dục.

*- Không thuận lợi*

*+* Phụ thuộc vào việc phải uống hàng ngày và đúng giờ.

*+* Phải có dịch vụ cung cấp thuốc đầy đủ, đều đặn.

*+* Làm giảm tiết sữa khi cho con bú.

*+* Có một số tác dụng phụ thường gặp trong 3 tháng đầu: ra máu thấm giọt, vô kinh, buồn nôn, cương vú, đau đầu, tăng cân nhẹ, sạm da, trứng cá.

*+* Không phòng tránh được các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

***Chỉ định và chống chỉ định***

- Chỉ định: Phụ nữ muốn sử dụng 1 BPTT tạm thời hiệu quả cao mà không có các chống chỉ định dùng thuốc tránh thai

- Chống chỉ định

+ Có thai hoặc nghi ngờ có thai.

+ Đang cho con bú dưới 6 tháng tuổi.

+ Sau sinh dưới 3 tuần không cho con bú cũng không dùng.

+ Trên 35 tuổi, hút thuốc lá(10 điếu 1ngày trở lên).

+ Huyết áp cao, bệnh van tim, rối loạn đông máu, tiền sử tắc mạch máu, bệnh gan mật, đái tháo đường.

+ Đang bị hay tiền sử về ung thư vú.

+ Đau nửa đầu.

+ Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân.

+ Đang dùng thuốc điều trị bệnh lao, nấm, chống co giật

***Cách sử dụng thuốc***

- Thăm khám đánh giá và sử dụng bảng kiểm để sàng lọc trước khi sử dụng thuốc

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định

- Thăm khám loại trừ có thai, ra máu âm đạo bất thường, những vấn đề cần phải điều trị hoặc chuyển tuyến phụ khoa.

- Thời điểm dùng thuốc

+ Từ ngày đầu tiên đến ngày thứ 5 của chu kỳ kinh, tốt nhất là ngày đầu tiên.

+ Phụ nữ sau đẻ, nếu không cho con bú: Từ tuần thứ 4 sau đẻ; nếu cho con bú không dùng viên thuốc tránh thai kết hợp.

+ Sau sảy, nạo hút thai: bắt đầu sớm trong vòng 5 ngày đầu

+ Chuyển từ một biện pháp tránh thai khác, có thể bắt đầu ngay không cần chờ có kinh.

- Cách sử dụng thuốc:

+ Uống viên đầu tiên vào bất kì ngày nào trong 5 ngày đầu tiên của chu kì kinh, tốt nhất là ngày đầu tiên, uống mỗi ngày 1 viên vào giờ nhất định theo chiều mũi tên của viên thuốc.

+ Với vỉ 28 viên, khi hết vỉ, phải uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh

+ Với vỉ 21 viên, khi hết vỉ, nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau dù đang còn kinh.

+ Viên thuốc tránh thai kết hợp đựơc sử dụng ở bất kì tuổi nào. Phụ nữ trên 40 tuổi có thể dùng với điều kiện đã được loại trừ các nguy cơ: Hút thuốc, cao huyết áp, tiểu đường...

+ Không cần nghỉ thuốc đối với những khách hàng sau một thời gian dài sử dụng thuốc (có thể dùng đến khi nào không còn nguy cơ có thai).

+ Trung bình khả năng có thai trở lại sau khi ngừng thuốc, chậm hơn khoảng hai tháng so với các BPTT không dùng nội tiết tố.

- Dùng thuốc tránh thai kết hợp với tính chất tránh thai khẩn cấp

+ Dùng cho những phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ.

+ Uống 4 viên thuốc tránh thai kết hợp trong vòng 72 giờ đầu sau giao hợp, 12 giờ sau uống tiếp 4 viên.

+ Chú ý: Nếu bị nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống, phải uống lại. Không được dùng quá 2 lần trong 1 tháng và không nên dùng thường xuyên

***Xử trí khi quên thuốc hay bị nôn, tiêu chảy, chậm kinh***

- Quên 1 viên: uống ngay một viên khi nhớ ra, rồi đến giờ uống thuốc hàng ngày uống1 viên như thường lệ.

- Quên 2 viên: uống ngay 2 viên khi nhớ ra,ngày hôm sau đến giờ uống thuốc hàng ngày uống 2 viên, rồi tiếp tục như thường lệ. Dùng biện pháp tránh thai hỗ trợ (bao cao su) trong 7 ngày kể từ ngày quên thuốc, nếu có giao hợp.

- Nếu quên từ3 viên trở lên: Bỏ vỉ thuốc và bắt đầu dùng vỉ mới. Dùng biện pháp hỗ trợ (bao cao su) trong 7 ngày kể từ ngày dùng vỉ mới, nếu có giao hợp.

- Nếu khách hàng bị nôn, tiêu chảy trong vòng 4 giờ sau khi uống thuốc, cần tiếp tục uống thuốc như thường lệ, đồng thời áp dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ (bao cao su) trong 7 ngày sau khi ngừng nôn, tiêu chảy.

- Nếu khách hàng bị chậm kinh, cần khám xem có thai không.

***Tác dụng phụ và dấu hiệu báo động của viên thuốc tránh thai kết hợp:*** tác dụng phụ thường gặp vào 3 tháng đầu và giảm dần.

- Những tác dụng phụ thường gặp.

+ Buồn nôn (do Estrogen có trong viên thuốc là tạm thời) cần loại trừ buồn nôn do thai nghén, cảm cúm hoặc viêm nhiễm khác.

+ Cương vú do Estrogen: loại trừ do thai nghén.

+ Đau đầu nhẹ: Do thuốc, các lí do khác như viêm xoang, stress, căng thẳng.

+ Ra máu giọt/chảy máu ngoài kỳ kinh.

+ Do nồng độ Estrogen thấp, có thể người dùng thuốc không ra máu kinh nguyệt hoặc hành kinh ít.

- Các dấu hiệu báo động: Có rất ít tai biến do viên thuốc liều thấp. Tuy vậy, mọi khách hàng cần được thông báo và cần đến ngay phòng khám/cơ sở dịch vụ nếu thấy bất kì 1 trong 6 dấu hiệu sau đây:

+ Đau đầu nặng.

+ Đau dữ dội vùng bụng

+ Đau nặng vùng ngực

+ Đau nặng ở bắp chân

+ Có các vấn đề về mắt (mất thị lực, nhìn không rõ, nhìn 1 thấy 2)

+ Vàng da

*1.1.2.2.* *Thuốc tránh thai cho phụ nữ cho con bú*

Là thuốc chỉ có progestine. Vỉ có 28 viên để người phụ nữ cho con bú có thể dùng liên tục mỗi ngày 1 viên. Thuốc không ảnh hưởng gì đến sự tiết sữa cũng như hầu như không có chống chỉ định đặc biệt khi người phụ nữ có thể cho con bú được trừ ung thư. Tuy nhiên do có một thành phần nên hiệu quả tránh thai không cao. Để bảo đảm tránh thai có hiệu quả, người dùng chú ý:

- Dùng đúng giờ. Nếu dùng trễ 3 giờ cần bổ sung biện pháp tránh thai khác trong 2 ngày nếu có quan hệ tình dục

- Khi dùng liên tục không hành kinh. Vì vậy cần được khám định kì.



***Hình 5.3. Thuốc tránh thai đơn thuần***

*1.1.2.3. Thuốc tránh thai khẩn cấp*

Có thể dùng 3 loại:

+ Loại chỉ có progestine nhưng liều cao: VD Postinor loại 1 hoặc 2 viên

|  |  |
| --- | --- |
| thu%E1%BB%91c-tr%C3%A1nh-thai-kh%E1%BA%A9n-c%E1%BA%A5p-postinor-2 | mifestad-10 |

***Hình 5.4. Thuốc tránh thai khẩn cấp (loại 1 và 2 viên)***

+ Loại kháng progestine: Mifestad (mifepristone 10 mg)

+ Loại thuốc viên tránh thai hàng ngày phối hợp 4 viên bằng một 1 Postinor)

- Cách dùng: tốt nhất dùng càng sớm càng tốt sau quan hệ tình dục không được bảo vệ (trong giờ đầu tiên). Những loại có 2 liều thì liều một nên uống trong vòng 72 giờ đầu sau quan hệ. Liều thứ 2 uống sau liều một 12 giờ

- Chú ý: hiệu quả tránh thai không cao, khoảng 60-65% các cuộc quan hệ không được bảo vệ nên không được sử dụng như một biện pháp tránh thai thường quy. Không dùng quá 2 lần trong một tháng

- Tác dụng phụ: rong kinh, rong huyết.

*1.1.3. Dụng cụ tử cung*

Dụng cụ tránh thai trong tử cung (DCTC) thuờng được gọi là “vòng tránh thai” là một biện pháp tránh thai (BPTT) sử dụng một vật nhỏ đặt vào tử cung, chỉ một lần nhưng tác dụng tránh thai kéo dài trong nhiều năm. Có 2 loại dụng cụ tử cung: Loại tẩm thuốc (như tẩm hoc môn hoặc bọc đồng) và loại không tẩm thuốc (trơ).

- Loại bọc đồng: TCu 380A được sản xuất bằng Polyethylene với Bari sunfat (để cản quang). TCu 380A có hình chữ T với 1 dây đồng 314mm quấn quanh thân, 2 cành ngang của T có 2 lá đồng dài 33mm, chân T có dây không màu, thắt nút tạo thành dây đôi

|  |  |
| --- | --- |
| http://www.sz-wholesaler.com/userimg/670/671sw1/intrauterine-device-tcu-380a-iud-316.jpg | Kết quả hình ảnh cho tcu 380a |

***Hình 5.5. Dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | vong-tranh-thai-kienthuc1_xiyi | http://thongtinbenhvien.com/hinh-anh/2015/04/mirena.jpg |   ***Hình 5.6. Dụng cụ tử cung Mirena***  *1.1.3.1. Cơ chế tác dụng của DCTC*  - DCTC là dị vật ngăn cản phôi đã thụ tinh không thể làm tổ trong buồng tử cung.  - Ngăn không cho phóng noãn (khi có gắn nội tiết)  *1.1.3.2. Chỉ định, chống chỉ định*  *Chỉ định*  - Tránh thai: Phụ nữ khoẻ mạnh trong độ tuổi sinh đẻ đã có 1 con trở lên, có bộ máy sinh sản bình thường và muốn áp dụng một BPTT tạm thời và không có chống chỉ định.  - DCTC còn được dùng như một BPTT khẩn cấp.  - Chống dính buồng tử cung  *Chống chỉ định*  - Các chống chỉ định liên quan đến kinh nguyệt  + Rong kinh  *+* Kinh nhiều, đau bụng kinh nặng  *+* Rong huyết do bất cứ nguyên nhân gì.  *-* Về phụ khoa  *+* Mọi viêm nhiễm đường sinh dục chưa điều trị khỏi: viêm âm đạo, viêm cổ tử cung, tử cung, viêm tiểu khung  *+* Bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV  *+* Khối u ác tính sinh dục  *+* Sa sinh dục độ II, độ III  *+* Tử cung dị dạng  *-* Về sản khoa  *+* Chưa sinh lần nào  *+* Có thai hoặc nghi ngờ có thai  *+* Tiền sử chửa ngoài tử cung  *-* Về nội khoa:  *+* Bệnh tim, thiếu máu, gan, rối loạn đông máu  *+* Cơ địa dễ nhiễm khuẩn:có bệnh tiểu đường, giảm bạch cầu, điều trị corticoit kéo dài |

*1.1.3.3. Thời điểm đặt DCTC*

- Với phụ nữ bình thường: về nguyên tắc có thể đặt DCTC bất kì ngày nào trong vòng kinh, miễn là chắc chắn người đó không có thai. Đặt DCTC vào lúc vừa sạch kinh xong là lúc khả năng không có thai chắc chắn hơn cả, hơn nữa cổ tử cung còn hé mở, dễ đặt, ít đau.

- Sau đẻ: những người này thường chưa có kinh trở lại nhưng có thể đặt vào các thời điểm sau:

+ Sau đẻ 6 tuần lễ (hết thời kì hậu sản). Tuy nhiên, không nên đặt ở xã vì lúc này tử cung còn mềm, dễ có tai biến thủng tử cung.

+ Trong vòng dưới 6 tháng sau đẻ, nếu bà mẹ chưa có kinh trở lại và nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ.

+ Ngoài 2 trường hợp trên nên làm xét nghiệm chẩn đoán thai sớm (que thử thai nhanh). Nếu kết quả âm tính mới đặt DCTC. Không xét nghiệm được thì khuyên dùng bao cao su (hoặc thuốc tránh thai dạng đơn thuần dùng cho người mẹ đang cho con bú) cho tới khi kinh nguyệt trở lại sẽ đặt DCTC.

- Sau nạo hút thai hoặc sảy thai: Có thể đặt DCTC ngay sau khi nạo hút dưới 8 tuần nếu đảm bảo không sót rau, không nhiễm khuẩn.

- Để tránh thai khẩn cấp:

+ Cần đặt càng sớm càng tốt trong 5 ngày đầu sau khi giao hợp không được bảo vệ (trừ trường hợp bị hiếp dâm vì có thể bị lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục).

+ Những khách hàng đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp cũng phải không có những chống chỉ định như trên đã nêu.

*1.1.4. Các loại thuốc tránh thai khác*

- Bao gồm thuốc tiêm tránh thai, thuốc cấy tránh thai

- Đây là hai BPTT tạm thời, chứa nội tiết progestin. Hai biện pháp này có BPTT có hiệu quả cao (99,6%)

*1.1.5. Triệt sản*

- Đây là phương pháp tránh thai vĩnh viễn, an toàn và hiệu quả. BPTT có hiệu quả cao trên 99%, tỉ lệ thất bại khoảng 0,5%. Đến nay triệt sản nữ vẫn là phương pháp tránh thai vĩnh viễn duy nhất ở nữ giới.

`- Nguyên tắc của triệt sản nữ là làm gián đoạn 2 vòi trứng dẫn đến noãn không được gặp tinh trùng, hiện tượng thụ tinh không xảy ra.

- Nguyên tắc của triệt sản nam là mở một lỗ nhỏ ở da bìu, cắt và thắt 2 ống dẫn tinh là đường dẫn tinh trùng từ túi tinh tới ống phóng tinh. Sau khi thắt ống dẫn tinh, người nam giới vẫn có khả năng cương cứng và xuất tinh, nhưng trong tinh dịch không còn chứa tinh trùng

*1.1.6. Một số biện pháp khác*

*\* Màng ngăn âm đạo*

Màng được đặt vào trong âm đạo và che phủ cổ tử cung, chắn cổ tử cung lại cũng như tạo một khoang chứa các thuốc diệt tinh trùng. Màng được làm bằng cao su thiên nhiên, latex hoặc silicone và nên lưu màng lại tối thiểu 6 giờ sau giao hợp và tối đa 30 giờ sau khi đặt vào âm đạo.

*\* Mũ cổ tử cung*

Mũ cổ tử cung là một dụng cụ cơ học, tránh thai bằng rào cản ở âm đạo. Mũ cổ tử cung được làm bằng latex hoặc silicone và có thể tái sử dụng hoặc chỉ dùng một lần. Mũ cần được lưu lại tối thiểu 6-8 giờ sau giao hợp và tối đa 72 giờ kể từ khi gắn vào.

*\* Thuốc diệt tinh trùng*

Là những chế phẩm đặt vào âm đạo trước khi quan hệ tình dục làm bất hoạt tinh trùng và chặn không cho tinh trùng vào cổ tử cung. Thuốc có nhiều dạng như: dạng gel, kem, sủi bọt, viên thuốc, thuốc đạn và màng mỏng. Thuốc có hoạt chất là một trong những chất sau: Clorua benzalkonium, Hexyl-Resorcinol, 9-Nonoxynol.

***1.2. Các biện pháp tránh thai tự nhiên***

*1.2.1. Tính ngày theo vòng kinh*

Là biện pháp dựa vào ngày có kinh, chọn giao hợp vào những ngày xa giai đoạn rụng trứng để không thụ thai.

*1.2.1.1. Cơ chế tránh thai*

- Khi giao hợp chỉ có tinh trùng, không có trứng rụng, nên không thụ tinh.

-Về mặt sinh lí sinh dục nữ, ngày đầu tiên ra máu kinh là ngày bắt đầu một chu kỳ kinh mới. Chu kỳ kinh ở mỗi phụ nữ khác nhau, nhưng thời điểm dự kiến phóng noãn (rụng trứng) thường cố định từ ngày 12 đến ngày 16 (tính từ ngày đầu của chu kì kinh lần sau trung bình là 14 ngày). Vì thế, dựa vào chu kỳ kinh của mỗi người, có thể tìm ra giai đoạn phóng noãn.

- Người ta cũng biết thời gian sống của noãn sau khi phóng noãn chỉ là 24 giờ, thời gian sống của tinh trùng là 48 giờ (hai ngày). Vì thế, về mặt lý thuyết kiêng giao hợp 3 ngày trước khi phóng noãn và hai ngày sau khi phóng noãn là không thể có thụ tinh nữa. Tuy vậy, để tăng độ an toàn người ta kéo thêm cả hai khoảng thời gian trước và sau phóng noãn thêm vài ngày nữa.

*1.2.1.2. Hướng dẫn cách thực hiện*

- Biện pháp tính vòng kinh chỉ áp dụng với những phụ nữ có chu kỳ kinh nguyệt đều.

- Tuỳ theo chu kì kinh là 25, 28, 30 hay 32 ngày, cặp vợ chồng muốn áp dụng BPTT này, phải dự đoán ngày đầu tiên của kỳ kinh nguyệt sau.

- Từ ngày đầu tiên của kỳ kinh sau, tính ngược lại 14 ngày để dự kiến ngày phóng noãn.

- Từ ngày dự kiến phóng noãn lui lên 5 ngày và lui xuống 4 ngày thì quãng thời gian đó là giai đoạn “**không an toàn”**, cần kiêng giao hợp hay nếu giao hợp thì cần dùng BPTT hỗ trợ (xuất tinh ra ngoài âm đạo, bao cao su, thuốc diệt tinh trùng ...).

*1.2.2. Vô kinh cho con bú*

Ở các nước đang phát triển, cho bú vô kinh đóng vai trò quan trọng trong việc kéo dài khoảng cách sinh và tham gia vao việc giảm tỷ suất tử vong mẹ và tử vong trẻ em.PPCBVK được coi là một BPTT tự nhiên và là phương pháp chuyển tiếp ngay sau khi sinh trước khi áp dụng một phương pháp tránh thai khác. Đây là một biện pháp tránh thai tạm thời.

Phương pháp này có hiệu quả tránh thai cao với các điều kiện sau:

- Cho bú hoàn toàn bằng sữa mẹ cả ngày và đêm.

- Chưa có kinh trở lại.

- Con dưới 6 tháng tuổi.

Phương pháp không còn hiệu lực khi:

- Sau sinh trên 6 tháng.

- Trẻ đã ăn dặm, không bú mẹ hoàn toàn.

- Bà mẹ hành kinh trở lại

*1.2.3. Một số biện pháp khác*

*\* Biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo*

*-* Biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo là BPTT cổ xưa nhất mà loài người đã biết để tránh thai ngoài ý muốn và vẫn tồn tại đến ngày nay. Riêng điều này cho thấy biện pháp này không ảnh hưởng gì đến cặp vợ chồng áp dụng.

- Cơ chế tránh thai của biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo là tinh trùng không vào được đường sinh dục nữ, nên không thể thụ tinh.Hướng dẫn cách thực hiện:

+ Khi giao hợp lúc đầu hai vợ chồng hoạt động như bình thường.

+ Đến khi người chồng cảm thấy sắp sửa xuất tinh thì rút nhanh dương vật để xuất tinh ra ngoài, xa hẳn bộ phân sinh dục của người vợ.

+ Không để giọt tinh trùng nào rỉ ra trong lúc dương vật vẫn còn trong âm đạo. Đây là phương pháp không an toàn, tỷ lệ thất bại cao.

*\* Theo dõi dịch nhầy âm đạo*

Phương pháp này dựa vào việc tự thăm khám âm đạo hàng ngày. Nếu nhận thấy có bất cứ chất tiết cổ tử cung nào, cặp vợ chồng nên tránh giao hợp âm đạo hoặc sử dụng phương pháp tránh thai rào cản cho đến 4 ngày sau ngày đỉnh cao chế tiết. Người phụ nữ có thể nhận biết những ngày đỉnh điểm thụ thai khi chất tiết cổ tử cung trơn, ướt và có thể kéo sợi.

Trên thực tế biện pháp này có những điểm không chính xác, do đó tỷ lệ có thai ngoài ý muốn của biện pháp này là rất cao.

*\* Theo dõi biểu đồ thân nhiệt*

Lấy thân nhiệt và ghi lại vào mỗi buổi sáng vào một thời điểm, hoặc ở miệng, ở trực tràng hoặc âm đạo. Phương pháp này dựa trên cơ sở thân nhiệt cơ bản tăng 0,20 đến 0,50 quanh thời điểm phóng noãn.

Cặp vợ chồng tránh giao hợp âm đạo từ ngày thứ nhất hành kinh đến khi thân nhiệt cơ sở người phụ nữ tăng lên trên đường thân nhiệt bình thường và chờ đến ít nhất 3 ngày tiếp theo. Sau đó cặp vợ chồng có thể giao hợp không bảo vệ cho đến khi hành kinh kỳ sau.

Biện pháp này có những điểm không chính xác, do đó tỷ lệ có thai ngoài ý muốn của biện pháp này là rất cao.

**2. Các biện pháp phá thai**

***2.1. Tổng quan về phá thai***

Phá thai là chủ động sử dụng các phương pháp khác nhau để chấm dứt thai trong tử cung cho đến hết 22 tuần tuổi.

Phá thai trên cơ sở pháp lý cho phép ở một số quốc gia gọi là phá thai hợp pháp. Đây là một thủ thuật khá an toàn. Khi thủ thuật này được tiến hành ở những cơ sở không đủ điều kiện, không đạt tiêu chuẩn pháp lý gọi là phá thai bất hợp pháp và thường không an toàn.

Tính pháp lý, sự phổ biến, tính văn hóa và tính tôn giáo về vấn đề phá thai rất khác nhau giữa các quốc gia trên thế giới. Đôi khi trong một quốc gia cũng có quan điểm khác nhau về vấn đề này ở khía cạnh đạo đức.

Ở Việt Nam trong lịch sử phát triển ngành dân số, đã sử dụng rất nhiều phương thức để vận động nhân dân, duy trì và kiểm soát mức tăng dân số. Ngoài việc thực hiện tốt các biện pháp tránh thai để thực hiện tốt công tác kế hoạch hóa gia đình thì phá thai cũng là biện pháp giải quyết những thai nghén ngoài ý muốn. Có rất nhiều lý do dẫn đến người phụ nữ phải quyết định bỏ thai. Phổ biến nhất là bỏ phá thai ngoài ý muốn. Ngoài ra, còn có chỉ định phá thai do lý do y tế như: thai nhi dị tật, mẹ bị các bệnh lý không có chỉ định sinh đẻ. Một số trường hợp phá thai vì giới. Tuy nhiên lý do này khó đánh giá vì không hợp pháp. Khách hàng thường tìm đủ các lý do để hợp lý hóa nguyên nhân phá thai. Trừ một số trường hợp có chỉ định bỏ thai vì các bệnh liên quan đến di truyền theo giới còn lại cấm phá thai vì giới tính gây mất cân bằng nghiêm trọng đến giới và điều đó vi phạm luật bình đẳng giới của Việt Nam.

Phá thai là thủ thuật y học khá an toàn. Tuy nhiên sự an toàn này phụ thuộc nhiều vấn đề trong đó có tuổi thai. Tuổi thai càng lớn thì càng có nhiều nguy cơ.

***2.2. Giới thiệu về các biện pháp phá thai***

Thường sử dụng một số biện pháp sau để phá thai:

- Phá thai ngoại khoa: sử dụng các thủ thuật qua cổ tử cung để chấm dứt thai kỳ, bao gồm hút chân không, nong và gắp, nạo.

- Phá thai nội khoa: sử dụng thuốc để ngăn ngừa thai tiếp tục phát triển và tạo ra các cơn co bóp tử cung để gây sẩy thai. Đây là phương pháp không xâm lấn.

Mỗi phương pháp có những ưu, nhược điểm riêng, tùy điều kiện sẵn có của cơ sở như: thuốc, cơ sở vật chất, trình độ nhân viên y tế và đặc biệt là sự chấp nhận của khách hàng mà chúng ta tư vấn cho người phụ nữ lựa chọn những phương pháp phù hợp với họ.

***2.3. Chỉ định phương pháp phá thai theo tuổi thai***

*2.3.1. Phá thai đến hết 8 tuần tuổi*

Tuổi thai này có thể sử dụng được cả 2 phương pháp là phá thai ngoại khoa và nội khoa.

- Phá thai ngoại khoa: thường sử dụng phương pháp hút chân không. Ở tuổi thai này sử dụng bơm hút Karman một van.

- Phá thai nội khoa: giới hạn tuổi thai tùy theo tuyến y tế. Theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản - Bộ Y tế - 2009: tuyến trung ương có thể phá thai đến hết 9 tuần tuổi (63 ngày); các tuyến tỉnh, được phép phá thai đến hết 8 tuần tuổi (56 ngày). Tuyến huyện tuổi thai được phép phá là hết 7 tuần tuổi (49 ngày).

Khi áp dụng phương pháp phá thai bằng thuốc cần phải có sẵn dịch vụ phá thai bằng phương pháp ngoại khoa để xử trí những trường hợp thất bại.

*2.3.2. Phá thai từ 9 đến hết 12 tuần tuổi*

- Phá thai nội khoa ở tuần thứ 9: thường thực hiện ở tuyến trung ương.

- Phá thai ngoại khoa: sử dụng hút thai bằng bơm Karman 2 van.

*2.3.3. Phá thai từ 13 đến 18 tuần tuổi*

Phá thai ngoại khoa: nong, gắp và nạo buồng tử cung sau khi cổ tử cung được chuẩn bị bằng Misoprostol.

*2.3.4. Phá thai từ 19 đến 22 tuần tuổi*

Phá thai ngoại khoa: gây sảy thai, sảy rau bằng thuốc, nạo sạch buồng tử cung bằng dụng cụ.

**MỤC LỤC**

[Bài 1: CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ 3](#_Toc64881449)

[1. Sinh lý sinh dục nữ 4](#_Toc64881452)

[*1.1. Buồng trứng* 4](#_Toc64881453)

[*1.2. Chu kỳ kinh nguyệt và hoạt động của buồng trứng* 5](#_Toc64881454)

[*1.3. Những thay đổi trong chu kỳ kinh nguyệt* 7](#_Toc64881455)

[2. Rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường 8](#_Toc64881456)

[*2.1. Định nghĩa những bất thường chu kỳ kinh nguyệt* 8](#_Toc64881457)

[*2.2. Nguyên nhân ra máu âm đạo bất thường* 8](#_Toc64881458)

[*2.3. Chăm sóc phụ nữ rối loạn kinh nguyệt và ra máu âm đạo bất thường* 10](#_Toc64881459)

[3. Các khối u sinh dục và u vú 11](#_Toc64881460)

[*3.1. Ung thư vú* 11](#_Toc64881461)

[*3.2. U nang buồng trứng* 12](#_Toc64881462)

[*3.3. U xơ tử cung* 14](#_Toc64881463)

[*3.4. Ung thư cổ tử cung* 14](#_Toc64881464)

[*3.5. Chăm sóc người bệnh khối u sinh dục* 15](#_Toc64881465)

[4. Viêm nhiễm sinh dục dưới 18](#_Toc64881466)

[*4.1. Đại cương* 18](#_Toc64881467)

[*4.2. Các thể viêm nhiễm sinh dục* 18](#_Toc64881468)

[*4.3. Dự phòng viêm nhiễm sinh dục* 20](#_Toc64881478)

[*4.4. Chăm sóc người bệnh viêm nhiễm sinh dục 21*](#_Toc64881479)

[Bài 2: CHĂM SÓC THAI NGHÉN 24](#_Toc64881480)

[1. Đại cương về quá trình mang thai 24](#_Toc64881483)

[*1.1. Sự thụ tinh, làm tổ và phát triển của trứng 24*](#_Toc64881484)

[*1.2. Dấu hiệu chẩn đoán thai nghén 30*](#_Toc64881485)

[*1.3. Dự tính ngày sinh 30*](#_Toc64881486)

[*1.4. Ba giai đoạn của quá trình mang thai 31*](#_Toc64881487)

[2. Sự thay đổi giải phẫu, sinh lý của phụ nữ khi mang thai 31](#_Toc64881488)

[*2.1. Sự thay đổi giải phẫu sinh lý các cơ quan sinh dục nữ 31*](#_Toc64881489)

[*2.2. Sự thay đổi giải phẫu sinh lý các cơ quan ngoài đường sinh dục nữ 33*](#_Toc64881490)

[3. Khám thai và quản lý thai nghén 36](#_Toc64881491)

[*3.1. Mục đích 36*](#_Toc64881492)

[*3.2. Các bước khám thai 37*](#_Toc64881493)

[*3.3. Quản lý thai nghén 40*](#_Toc64881499)

[4. Chăm sóc thai nghén 41](#_Toc64881509)

[*4.1. Mục tiêu của chăm sóc phụ nữ thời kỳ thai nghén 41*](#_Toc64881510)

[*4.2. Chăm sóc thai nghén 41*](#_Toc64881523)

[5. Một số trường hợp thai nghén bất thường 45](#_Toc64881543)

[*5.1. Chảy máu trong khi mang thai 45*](#_Toc64881544)

[*5.2. Tiền sản giật và sản giật 47*](#_Toc64881547)

[*5.3. Tiểu đường thai nghén 48*](#_Toc64881548)

[*5.4. Thiếu máu và thai nghén 49*](#_Toc64881549)

[*5.5. Một số bất thường khác 50*](#_Toc64881550)

[Bài 3:](#_Toc64881551) [CHĂM SÓC CHUYỂN DẠ 52](#_Toc64881552)

[1. Các giai đoạn chuyển dạ 52](#_Toc64881562)

[*1.1. Giai đoạn I của chuyển dạ (giai đoạn xóa mở cổ tử cung) 52*](#_Toc64881563)

[*1.2. Giai đoạn II của chuyển dạ (giai đoạn xổ thai) 53*](#_Toc64881564)

[*1.3. Giai đoạn III của chuyển dạ (giai đoạn xổ rau) 53*](#_Toc64881565)

[*1.4. Giai đoạn IV của chuyển dạ 53*](#_Toc64881566)

[2. Các dấu hiệu lâm sàng của chuyển dạ 53](#_Toc64881567)

[*2.1. Cơn co tử cung 53*](#_Toc64881568)

[*2.2. Cơn co thành bụng 54*](#_Toc64881569)

[*2.3. Tác dụng của cơn co tử cung và cơn co thành bụng 54*](#_Toc64881570)

[3. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn I 56](#_Toc64881571)

[*3.1. Nhận định 56*](#_Toc64881572)

[*3.2. Chẩn đoán chăm sóc/những vấn đề cần chăm sóc 56*](#_Toc64881573)

[*3.3. Lập và thực hiện kế hoạch 56*](#_Toc64881574)

[*3.4. Đánh giá 58*](#_Toc64881575)

[4. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn II 58](#_Toc64881576)

[*4.1. Nhận định 58*](#_Toc64881577)

[*4.2. Chẩn đoán chăm sóc 58*](#_Toc64881578)

[*4.3. Lập và thực hiện KHCS 58*](#_Toc64881579)

[*4.4. Đánh giá 59*](#_Toc64881580)

[*4.5. Chăm sóc trẻ sơ sinh ngay sau đẻ 59*](#_Toc64881581)

[5. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn III 61](#_Toc64881584)

[*5.1. Nhận định 61*](#_Toc64881585)

[*5.2. Chẩn đoán chăm sóc/vấn đề cần chăm sóc 62*](#_Toc64881586)

[*5.3. Lập, thực hiện kế hoạch chăm sóc 63*](#_Toc64881587)

[*5.4. Đánh giá 64*](#_Toc64881588)

[6. Chăm sóc chuyển dạ giai đoạn IV 64](#_Toc64881589)

[*6.1. Nhận định 64*](#_Toc64881590)

[*6.2. Chẩn đoán chăm sóc/vấn đề cần chăm sóc 64*](#_Toc64881591)

[*6.3. Lập/thực hiện kế hoạch chăm sóc. 65*](#_Toc64881592)

[*6.4. Đánh giá 66*](#_Toc64881593)

[Bài 4:](#_Toc64881594) [CHĂM SÓC SAU ĐẺ 67](#_Toc64881595)

[1. Chăm sóc sản phụ sau đẻ 67](#_Toc64881605)

[*1.1. Những thay đổi của người phụ nữ sau đẻ 67*](#_Toc64881606)

[*1.2. Chăm sóc sản phụ sau đẻ 70*](#_Toc64881607)

[2. Chăm sóc sơ sinh sau đẻ 76](#_Toc64881608)

[*2.1. Đặc điểm sinh lý trẻ sơ sinh sau đẻ 76*](#_Toc64881609)

[*2.2. Chăm sóc trẻ sơ sinh 77*](#_Toc64881610)

[Bài 5:](#_Toc64881611) [KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH 81](#_Toc64881612)

[1. Các biện pháp tránh thai 81](#_Toc64881624)

[*1.1. Các biện pháp tránh thai hiện đại 82*](#_Toc64881630)

[*1.2. Các biện pháp tránh thai tự nhiên 92*](#_Toc64881648)

[2. Các biện pháp phá thai 94](#_Toc64881654)

[*2.1. Tổng quan về phá thai 94*](#_Toc64881655)

[*2.2. Giới thiệu về các biện pháp phá thai 95*](#_Toc64881656)

[*2.3. Chỉ định phương pháp phá thai theo tuổi thai 95*](#_Toc64881657)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Duy Ánh, Bùi Thị Phương (2016), “Chăm sóc sức khỏe sinh sản, Tập II, Chăm sóc chuyển dạ và đẻ thường, Chăm sóc giảm đau trong sinh đẻ, Chăm sóc sau đẻ”, Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế (2019), Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản.
3. Bộ Y tế (2014), “Quyết định 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 về Chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ”. Hà Nội, tháng 11 năm 2014.
4. Bộ Y tế (2014). “Tài liệu đào tạo người đỡ đẻ có kỹ năng và chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Bùi Thị Phương, Nguyễn Duy Ánh (2016), “Chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập I, Phá thai an toàn và toàn diện”, Nhà xuất bản Y học.
6. UNICEF (2014). Điều tra đánh giá các mục tiêu về trẻ em và phụ nữ (MICS) năm 2013-2014, Nhà xuất bản Tổng cục thống kê, Hà Nội.