

YH2.252

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO TRUNG CẤP ĐIỀU DƯỠNG ĐA KHOA)

Chủ biên : ThS. LÊ THANH TÙNG



NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC VIỆT NAM

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO TRUNG CẤP ĐIỀU DƯỠNG ĐA KHOA)

MÃ SỐ: T.10.Z7

NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC
HÀ NỘI – 2008

Chỉ đạo biên soạn:

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO - BỘ Y TẾ

Chủ biên:

ThS. LÊ THANH TÙNG

Những người biên soạn:

ThS. DƯƠNG THỊ MỸ NHÂN
ThS. TRẦN QUANG TUẤN
BS. TRẦN ĐÌNH HIỆP
BS. NGUYỄN CÔNG TRÌNH
CN. PHẠM THỊ THANH HƯƠNG
CN. NGUYỄN THỊ MAI HƯƠNG
CN. VŨ THỊ LỆ HIỀN
CN. TRẦN THỊ VIỆT HÀ
CN. NGUYỄN THỊ LIÊN
CN. LƯU THANH HOÀN
CN. CAO VÂN ANH

Tham gia tổ chức bản thảo:

ThS. PHÍ VĂN THÂM

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

922 – 2008/CXB/4 – 1873/GD

Mã số: 7G078Y8 – DAI

Lời giới thiệu

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo **Điều dưỡng đa khoa trung cấp**. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy - học các môn cơ sở và chuyên môn theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách đạt chuẩn chuyên môn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách **ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA** được biên soạn dựa vào chương trình giáo dục của Trường Đại học Y Hà Nội trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các tác giả Ths. Lê Thanh Tùng, Ths. Dương Thị Mỹ Nhân, Ths. Trần Quang Tuấn, BS. Trần Đình Hiệp, BS. Nguyễn Công Trình, CN. Phạm Thị Thanh Hương, CN. Nguyễn Thị Mai Hương, CN. Vũ Thị Lệ Hiền, CN. Trần Thị Việt Hà, CN. Nguyễn Thị Liên, CN. Lưu Thanh Hoàn, CN. Cao Vân Anh biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học, cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách **ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA** đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài

liệu dạy - học chuyên ngành Bác sĩ đa khoa của Bộ Y tế thẩm định năm 2007. Bộ Y tế quyết định ban hành là tài liệu dạy - học đạt chuẩn chuyên môn của ngành trong giai đoạn hiện nay. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các tác giả và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách; Cảm ơn ThS. Nguyễn Huỳnh Ngọc, ThS. Bùi Thị Phương đã đọc và phản biện để cuốn sách sớm hoàn thành kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau sách được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO - BỘ Y TẾ

Lời nói đầu

Đào tạo Điều dưỡng trung cấp là một loại hình đào tạo có từ lâu ở Việt Nam. Chính vì vậy, phương tiện và kinh nghiệm giảng dạy, trong đó có tài liệu học tập cho đối tượng này là tương đối phong phú. Tuy nhiên do sự phát triển và hội nhập ngày càng mạnh mẽ của ngành Điều dưỡng, người điều dưỡng Việt Nam phải có những năng lực cơ bản để đảm bảo yêu cầu chăm sóc người bệnh ngày một tốt hơn. Do đó mà nội dung đào tạo cho đối tượng này đòi hỏi phải có sự đổi mới.

Điều dưỡng Sản phụ khoa là một trong những môn học không thể thiếu trong chương trình đào tạo điều dưỡng trung cấp tại các nhà trường thuộc nhóm ngành sức khỏe. Cuốn sách này được viết dựa trên chương trình đào tạo của môn học Điều dưỡng Sản phụ khoa cho đối tượng Điều dưỡng trung cấp được Bộ Y tế ban hành thống nhất trong toàn quốc. Nội dung cuốn sách gồm 2 phần: Phần cơ sở là các bài cung cấp các kiến thức về giải phẫu, sinh lý của bộ phận sinh dục nữ, các quá trình sinh sản, mang thai, chuyển dạ,... Phần chuyên ngành là các bài chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ, trẻ sơ sinh và phụ nữ trong và ngoài thời kỳ thai nghén. Cuối mỗi bài có phần tự lượng giá giúp cho học sinh có thể tự học, tự đánh giá. Các tác giả đã cố gắng có những sự thay đổi trong nội dung các bài giảng nhằm cung cấp các kiến thức cơ bản về điều dưỡng Sản Phụ khoa, chăm sóc sức khỏe sinh sản, từ đó giúp cho học sinh hình thành các năng lực cần thiết trong chuyên ngành. Cuốn sách này là tài liệu học tập cho học sinh điều dưỡng trung cấp tại các trường có đào tạo trung cấp điều dưỡng, đồng thời có thể sử dụng như tài liệu tham khảo cho các đối tượng học viên khác (Hộ sinh, Nữ hộ sinh trường, Điều dưỡng viên chính...).

Đây là cuốn Bài giảng do nhiều tác giả tham gia viết, nên khó tránh khỏi những sai sót, rất mong sự lượng thứ và góp ý của bạn đọc.

Bộ môn Điều dưỡng Sản phụ khoa Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định xin chân thành cảm ơn Ban giám hiệu và Hội đồng khoa học – đào tạo của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định, Hội đồng thẩm định sách giáo khoa của Bộ Y tế, Vụ Khoa học và Đào tạo Bộ Y tế và các nhà khoa học đã giúp đỡ, động viên, tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành cuốn sách này.

Nam Định, tháng 8 năm 2008

Trưởng bộ môn

ThS. Lê Thanh Tùng

DANH MỤC NHỮNG TỪ VIẾT TẮT

hCG :	Human chorionic Gonado trophin
NĐTN:	Nhiễm độc thai nghén.
THA:	Tăng huyết áp.
HPV :	Human Papiloma virus.
KHHGD:	Kế hoạch hoá gia đình.
TSM:	Tầng sinh môn.

RTĐ:	Rau tiền đạo.
RBN:	Rau bong non.
KXC :	Khung xương chậu.
NTT:	Nhịp tim thai.
SGOT:	Serum glutamat oxaloaxetat transaminase.
SGPT:	Serum glutamat pyruvat transaminase.
TSG:	Tiền sản giật.
SG:	Sản giật.
KHCS:	Kế hoạch chăm sóc.
BLTQĐTD:	Bệnh lây truyền qua đường tình dục.
HIV:	Human–Immuno–Deficiency–Virus.
HPV:	Human–Papiloma–Virus.
DS:	Dân số.
DCTC:	Dụng cụ tử cung.
BPTT:	Biện pháp tránh thai.
CTC:	Cổ tử cung.
PPCBVK:	Phương pháp cho bú vô kinh.

Bài 1

HIỆN TƯỢNG THỤ TINH, LÀM TỔ, PHÁT TRIỂN CỦA TRỨNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các hiện tượng thụ tinh, di chuyển, làm tổ và phát triển của trứng.
2. Áp dụng được các kiến thức nêu trên để giải thích được một số hiện tượng sinh lý và bệnh lý có liên quan.

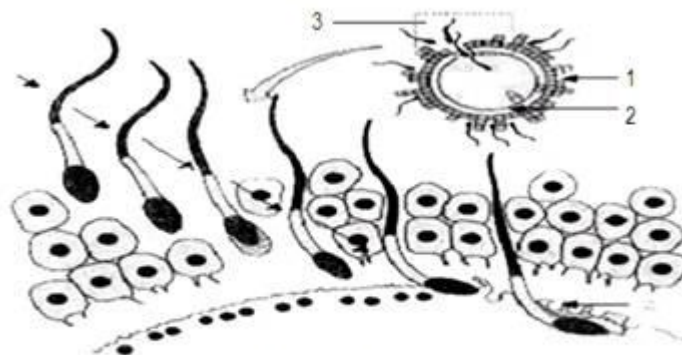
1. ĐẠI CƯƠNG

Thụ tinh, làm tổ và phát triển của trứng là những hiện tượng mở đầu cuộc sống của một con người. Suốt trong thời gian thai nghén, phôi và sau đó là thai sống phụ thuộc hoàn toàn vào cơ thể mẹ. Vì thế việc chăm sóc bà mẹ trong thời kỳ thai nghén và sinh đẻ rất quan trọng để có được những thế hệ trẻ em khỏe mạnh, thông minh cho gia đình và xã hội.

2. CÁC ĐỊNH NGHĨA

2.1. Thụ tinh

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



Hình 1.1. Thụ tinh

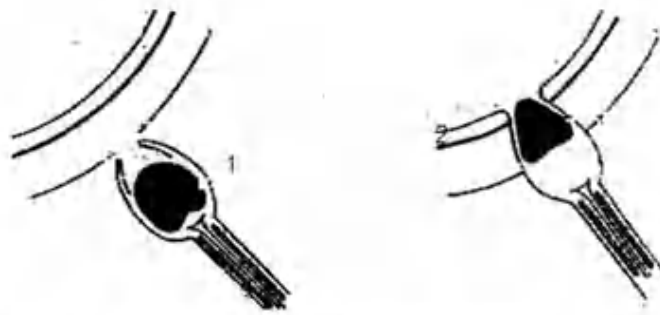
1. Lớp tế bào hạt; 2. Màng trong suốt; 3. Tinh trùng xâm nhập vào noãn

– Tế bào sinh dục nguyên thủy (noãn nguyên bào và tinh nguyên bào) có 46 nhiễm sắc thể. Nhân của noãn và tinh trùng chỉ có 23 thể nhiễm sắc. Trong đó noãn chỉ có một nhiễm sắc thể giới tính là X, tinh trùng có một nhiễm sắc thể giới tính là X hoặc Y, do trong quá trình phát triển thành tế bào sinh dục trưởng thành, nhân tế bào sinh dục nguyên thủy đã có sự phân chia giảm nhiễm.

- Noãn là một tế bào có đường kính từ 100 đến 150 micromet nằm trong nang noãn (nang De Graaf) của buồng trứng. Khi trưởng thành, nang noãn có đường kính trung bình 18 ÷ 20 milimet.

Noãn có màng, nhân có chứa 23 nhiễm sắc thể và chất bảo tương.

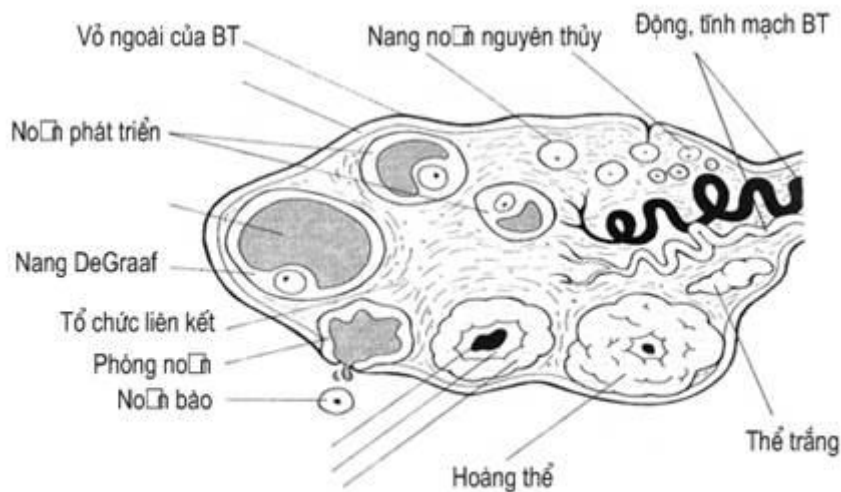
- Tinh trùng là một tế bào có phần đầu, cổ, thân và đuôi. Đầu có một nhân to trong có nhiễm sắc thể. Chiều dài tinh trùng là 65 micromet (hình 1.5). Tinh trùng được sinh ra từ các ống sinh tinh của



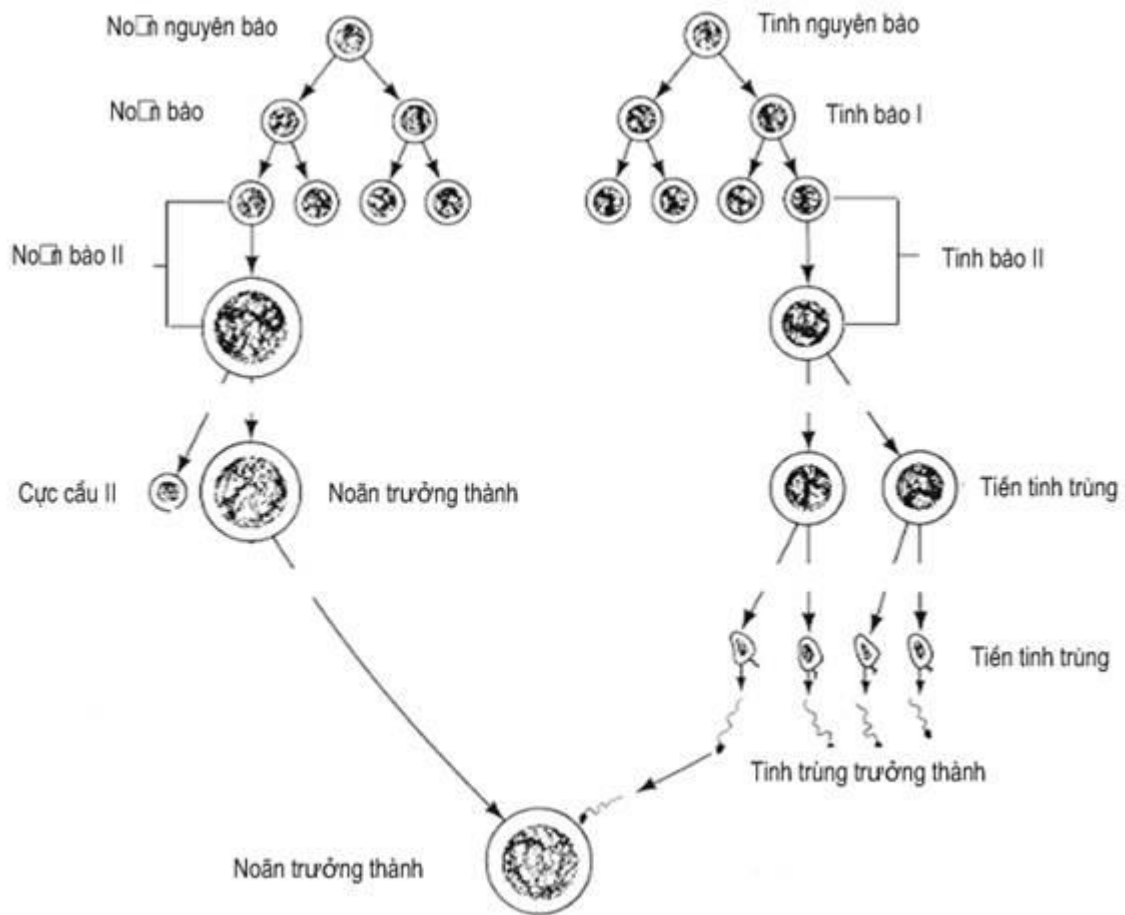
Hình 1.2. Sự xâm nhập của đầu tinh trùng qua màng tế bào noãn

1. Tinh trùng xâm nhập lớp tế bào hạt. 2. Tinh trùng xâm nhập màng trong suốt.

tinh hoàn, tập trung lại ở mào tinh rồi theo ống dẫn tinh đi lên chứa trong túi tinh. 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.



Hình 1.3. Sự phát triển từ nang noãn nguyên thủy đến khi phóng noãn



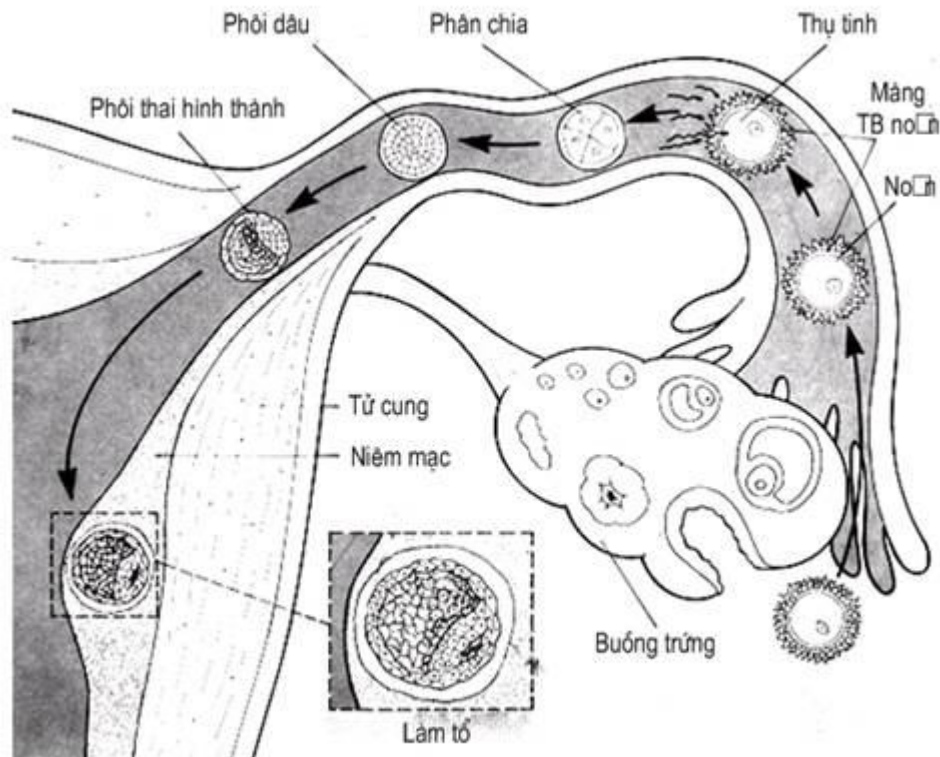
Hình 1.4. Sơ đồ sự phân chia thành tế bào sinh dục trưởng thành ở nam và nữ



Hình 1.5. Tinh trùng

2.2. Di chuyển của trứng

Di chuyển là sự chuyển rời của trứng từ nơi thụ tinh vào đến tử cung. (Nơi noãn và tinh trùng gặp nhau là ở 1/3 phía ngoài của ống dẫn trứng).



Hình 1.6. Di chuyển và phát triển của trứng trong ống dẫn trứng vào tử cung

2.3. Làm tổ

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

2.4. 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.

3. MÔ TẢ CÁC HIỆN TƯỢNG

3.1. Hiện tượng thụ tinh

– 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 (được tiết ra nhiều nhất vào giai đoạn phóng noãn). Chất dịch này có tác dụng "khả năng hoá" làm cho tinh trùng khỏe hơn và sống lâu hơn. 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.

– Nhờ phần đuôi cử động, tinh trùng sẽ đi qua tử cung, lên hai ống dẫn trứng tiếp cận với noãn mới được phóng noãn. Tuy số tinh trùng trong một lần phóng tinh rất nhiều (3 ml tinh dịch với khoảng trên dưới 300 triệu tinh trùng), nhưng khi đến tiếp cận với noãn thì chỉ còn vài trăm. Trên đường đi, hầu hết tinh trùng yếu, bất thường, dị dạng đã bị loại. Số tinh trùng tiếp cận với noãn sẽ bao quanh noãn và chỉ có một tinh trùng đi qua được lớp tế bào hạt, xuyên qua các màng của tế bào noãn để chui vào lớp bào tương.

– Sau khi 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 thể nhiễm sắc. Quá trình thụ tinh đến đây coi như hoàn tất.

3.2. Hiện tượng di chuyển của trứng

– Sau khi thụ tinh, trứng vừa phân chia tế bào, vừa được di chuyển dần về phía tử cung.

– Bản thân trứng không tự động di chuyển được như tinh trùng. Trứng di chuyển được về phía tử cung là nhờ vào 3 yếu tố tác động lên nó:

- + Nhu động của ống dẫn trứng do các cơ trơn của thành ống tạo nên theo hướng từ phía ngoài vào trong.
- + 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.

3.3. Hiện tượng làm tổ của trứng

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

– Phôi bắt đầu làm tổ vào ngày thứ 6 ÷ 8 sau thụ tinh (tức là ngày thứ 20 ÷ 22 của vòng kinh). Nơi làm tổ 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 giả bám vào lớp biểu mô, gọi là hiện tượng "bám rễ".

– Một số tế bào biểu mô của niêm mạc tử cung bị phá hủy 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.

3.4. Sự phát triển của trứng thành phôi và thành thai nhi

– 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 2 thời kỳ:

- + Thời kỳ sắp xếp tổ chức (bắt đầu từ lúc thụ tinh đến hết tháng thứ 2).
- + Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức (từ tháng thứ 3 đến khi thai đủ tháng).

3.4.1. Thời kỳ sắp xếp tổ chức

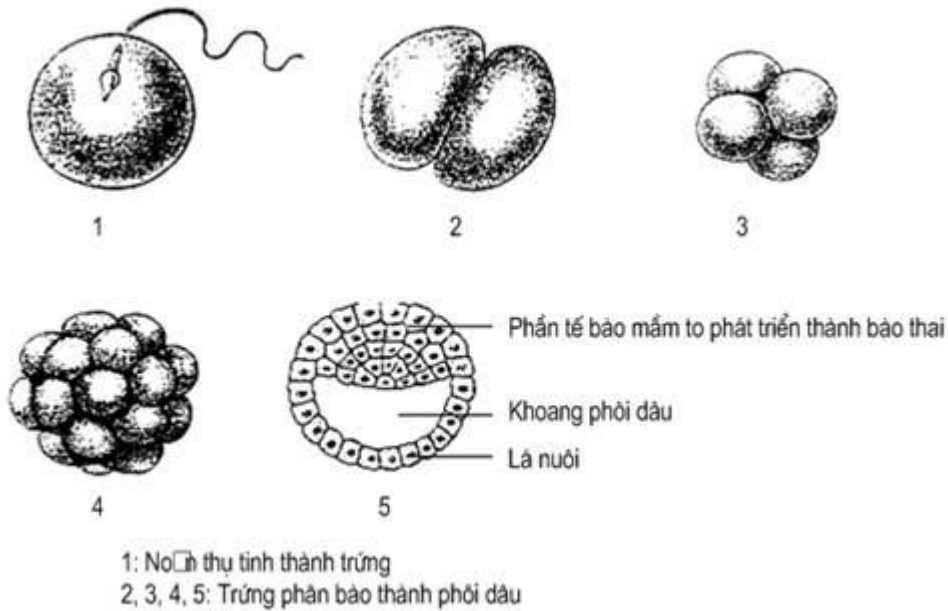
Bao gồm hai hiện tượng:

a) *Sự hình thành bào thai*: từ các tế bào mầm to trong phôi nang, các tế bào tiếp tục phân chia và phát triển thành các lá thai ngoài và lá thai trong. Từ giữa hai lá thai đó lại tạo nên lá thai giữa (vào tuần lễ thứ 3). 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. Sau tuần lễ thứ 8 phôi thai chuyển sang giai đoạn thai nhi. Kết thúc thời kỳ sắp xếp tổ chức, thai nhi đã hình thành gần như đầy đủ các bộ phận. Trong thời kỳ này bào thai được nuôi dưỡng bởi nang rốn và nang niệu.

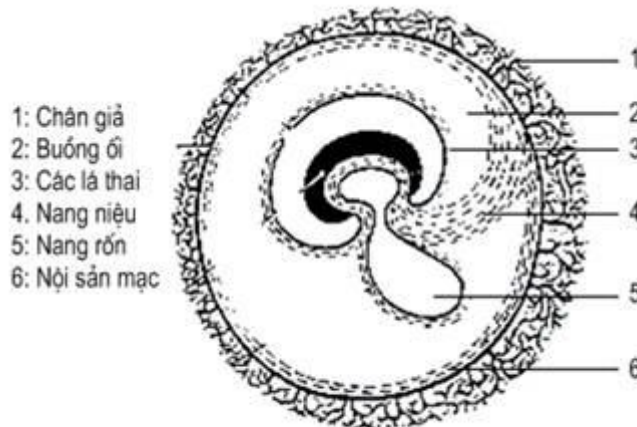
Sự biệt hoá của các lá thai

Nguồn gốc	Hình thành các bộ phận
Lá thai ngoài	Hệ thống thần kinh. Da.
	Hệ thống xương.

Lá thai giữa	Hệ thống cơ. Tổ chức liên kết. Hệ tuần hoàn. Hệ tiết niệu.
Lá thai trong	Hệ tiêu hoá. Hệ hô hấp.



Hình 1.7. Sự phát triển của trứng thành phôi đầu trên đường di chuyển trong vòi tử cung



Hình 1.8. Thời kỳ rau toàn diện

b) 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 một 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 màng mỏng dính sát với nội sản mạc, riêng phần chân giả ở nơi bám vào niêm mạc tử cung tiếp tục phát triển thành các gai rau. Các gai rau dày lên, lớn dần theo sự phát triển của thai nhi để tạo 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 chi liên quan đến tử cung.
- + Ngoại sản mạc trứng là phần chi liên quan đến trứng.
- + Ngoại sản mạc tử cung – rau là phần ngoại sản mạc xen giữa lớp cơ tử cung và trứng.

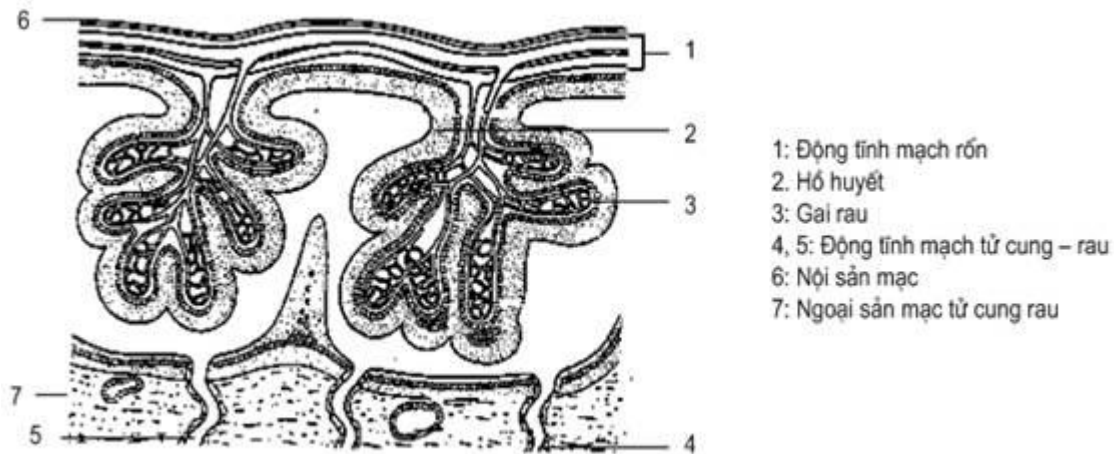
3.4.2. Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức

– 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 thai:

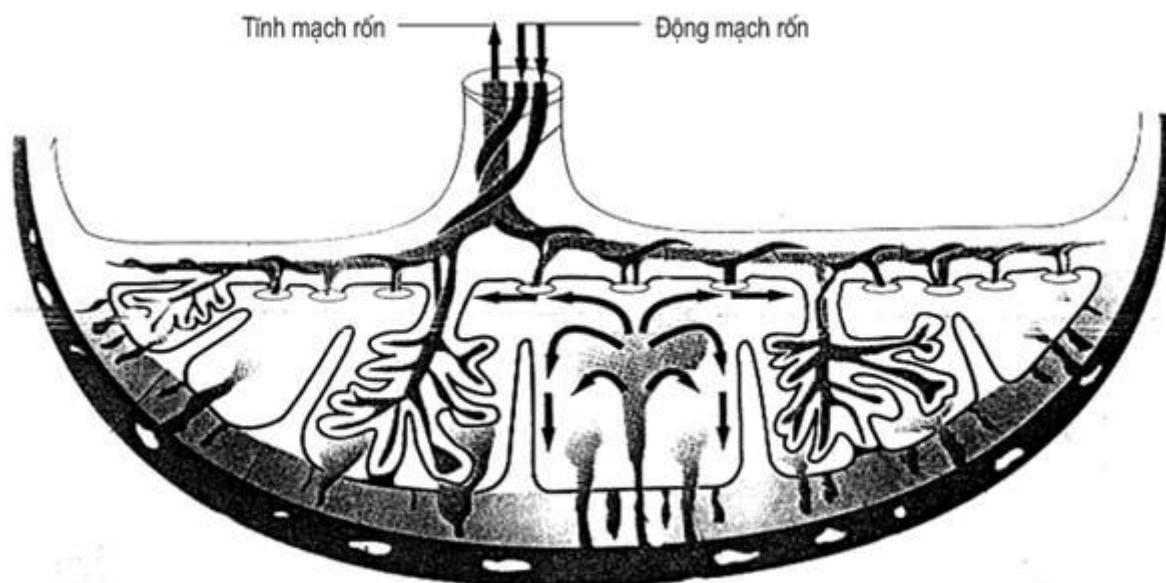
+ Nội sản mạc: mỗi ngày một phát triển khi buồng ối to dần ra để chứa thai nhi. Thai nằm trong buồng ối như cá nằm trong bình chứa nước, có dây rốn (hay dây rau) nối bánh rau với thai nhi.

+ Trung sản mạc: trong thời kỳ này phần trung sản mạc tiếp xúc với ngoại sản mạc tử cung rau thành các gai rau. Lớp niêm mạc tử cung được đào thành các hồ huyết có chứa máu của mẹ, các gai rau ngâm lơ lửng trong đó để thu nhận oxy và chất bổ dưỡng từ máu mẹ, đồng thời thải trừ cacbonic và các chất cặn bã về máu mẹ. 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.



Hình 1.9. Hồ huyết và các loại gai rau

+ 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 lửng 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.



Hình 1.10. Bánh rau

4. ÁP DỤNG THỰC TẾ

Do hiểu biết các hiện tượng sinh lý về thụ tinh, làm tổ và phát triển của trứng đã mô tả ở trên, chúng ta có thể giải thích một số hiện tượng sinh lý và bệnh lý chính có liên quan đến các nội dung đã học sau đây :

– Những kiến thức về sự thụ tinh có thể giúp một cặp vợ chồng chủ động có thai hoặc không có thai theo ý muốn thực hiện kế hoạch hoá gia đình.

– Việc sinh con trai hay gái là do tinh trùng loại nào của người đàn ông quyết định. Nếu tinh trùng thụ tinh có nhiễm sắc thể Y thì thai sẽ là con trai, ngược lại nếu tinh trùng mang nhiễm sắc thể X thì thai nhi sẽ là con gái.

– Các biện pháp tránh thai đều có cơ chế chủ yếu là ngăn cản không cho tinh trùng gặp trứng để hiện tượng thụ tinh không thể diễn ra được.

– Tình trạng chửa ngoài tử cung chính là hậu quả của ống dẫn trứng bị chít hẹp hoặc do rối loạn nhu động ống dẫn trứng hoặc nhung mao niêm mạc ống dẫn trứng.

– Tuy có thụ tinh nhưng nếu trứng không làm tổ được trong tử cung thì cũng không có thai, hoặc khi đã làm tổ được nhưng không phát triển được bình thường thì thai nghén cũng không đưa lại hiệu quả (sẽ sảy thai, đẻ non).

– Trong thời kỳ sắp xếp tổ chức của phôi, nếu như có các yếu tố vật lý, hoá học hay sinh học bất lợi tác động vào cơ thể bà mẹ thì có thể gây nguy hại cho thai, đặc biệt có thể gây nên dị dạng thai.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Thụ tinh là sự kết hợp giữa (A).....và (B).....để thành (C).....
2. Người ta phân biệt 3 loại ngoại sản mạc là:
 - A.
 - B.

- C.
3. Từ trong ra ngoài, màng thai có 3 lớp:
 A. Nội sản mạc.
 B.
 C.
4. Ba lá thai của bào thai là:
 A.
 B.
 C.
5. Hai loại gai rau của bánh rau là:
 A.
 B.
6. Hai loại nhiễm sắc thể giới tính của tinh trùng là:
 A.
 B.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

Câu	Nội dung	A	B
7	Noãn nguyên bào và tinh nguyên bào cũng có số nhiễm sắc thể và cặp nhiễm sắc thể giới tính giống nhau.		
8	Quá trình phân bào từ tế bào sinh dục nguyên thủy để trở thành tế bào sinh dục trưởng thành đều là phân bào giảm số.		
9	Tinh trùng có 22 nhiễm sắc thể thường và một nhiễm sắc thể giới tính.		
10	Noãn bào có 22 nhiễm sắc thể thường và một nhiễm sắc thể giới tính là X hoặc Y.		
11	Sau khi thụ tinh trứng vừa phân chia tế bào vừa di chuyển về buồng tử cung.		
12	Nơi thụ tinh giữa tinh trùng và noãn ở 1/3 ngoài ống dẫn trứng.		
13	Khi thụ tinh chỉ có một tinh trùng duy nhất chui vào noãn.		
14	Phôi bắt đầu làm tổ vào ngày thứ 6 đến ngày thứ 8 sau khi thụ tinh.		
15	Thời gian sống của noãn sau phóng noãn thường không quá 24 giờ.		
16	Thời gian làm tổ của trứng mất khoảng vài tuần lễ trở lên.		
17	Trong thời kỳ phát triển của phôi thai nếu người mẹ bị nhiễm phóng xạ, chất độc hoặc vi sinh vật, thai nhi có thể bị dị dạng.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 18 đến 24

18. Thành phần cấu tạo quan trọng nhất của noãn.
 A. Nhân
 B. Nguyên sinh chất
 C. Màng trong suốt
 D. Lớp tế bào hạt xung quanh
19. Phần quan trọng nhất của tinh trùng là.
 A. Đuôi
 B. Thân
 C. Cổ.

D. Đầu.

20. Số lượng tinh trùng khi đến tiếp cận với noãn thường vào khoảng.

A. 2 trăm nghìn

B. 2 chục nghìn

C. 2 nghìn

D. 2 trăm

21. Phôi vào đến buồng tử cung thường ở giai đoạn.

A. Phôi nang

B. Phôi dâu

C. Có 8 tế bào

D. Có 4 tế bào

22. Điều kiện nào chắc chắn sự thụ tinh có thể xảy ra hơn cả.

A. Có tinh trùng bình thường.

B. Có phóng noãn bình thường.

C. Có giao hợp bình thường.

D. Tinh trùng bình thường gặp noãn bình thường.

23. Các biện pháp tránh thai dựa trên nguyên tắc sau, ngoại trừ:

A. Không cho tinh trùng gặp noãn.

B. Không cho trứng di chuyển về vòi trứng từ buồng trứng.

C. Không cho trứng làm tổ được trong tử cung.

D. Không cho trứng phát triển trong tử cung.

24. Phôi thường làm tổ ở vị trí nào nhất của tử cung.

A. Đáy và mặt sau tử cung

B. Mặt trước tử cung

C. Góc tử cung

D. Eo tử cung

Bài 2

THAY ĐỔI GIẢI PHẪU, SINH LÝ Ở PHỤ NỮ KHI CÓ THAI

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được những biến đổi về nội tiết trong cơ thể người phụ nữ có thai.*
- 2. Trình bày được những biến đổi tại bộ phận sinh dục của người phụ nữ có thai.*
- 3. Trình bày được những biến đổi cơ bản khác của các bộ phận ngoài sinh dục khi người phụ nữ có thai.*
- 4. Áp dụng những kiến thức mới học để có thể giải thích cho thai phụ và hướng dẫn tự chăm sóc thai nghén.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Khi có thai, cơ thể người phụ nữ có nhiều biến đổi về giải phẫu, sinh lý và cả về chuyên hoá trong tất cả các bộ phận của cơ thể, đặc biệt có những biến đổi quan trọng tại bộ phận sinh dục là cơ quan chính chịu trách nhiệm về thai nghén và sinh đẻ.

2. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ NỘI TIẾT

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

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

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

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

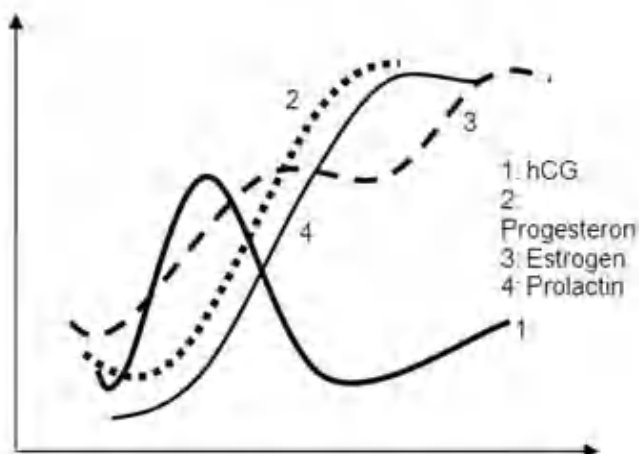
– Bản thân các tuyến nội tiết của thai nhi cũng đưa vào cơ thể mẹ một số chất nội tiết của nó như nội tiết tuyến thượng thận...

3. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ Ở BỘ PHẬN SINH DỤC

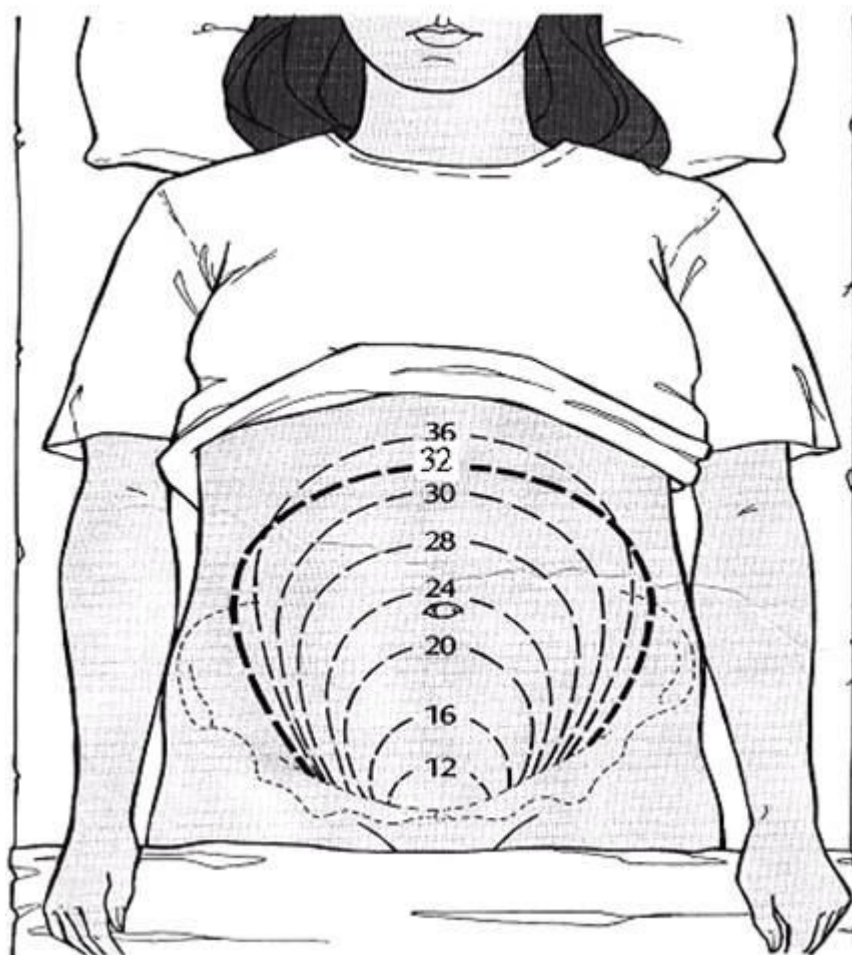
3.1. Thay đổi tại tử cung

– Khi có thai, thân tử cung mỗi ngày một to ra. Niêm mạc tử cung biến đổi thành ngoại sản mạc. Cơ tử cung mềm ra, giảm trương lực, các tế bào cơ phát triển nhiều hơn, lớn và dài thêm. Dung tích tử cung lúc bình thường từ 3 ÷ 5ml, đến khi thai đủ tháng, dung tích này trung bình lên tới 5 lít (tăng

hơn 1000 lần). Nếu đo bên ngoài thành bụng, khi không có thai nân 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 tử cung từ xương mu đến đáy, trung bình 30 + 32cm. Trọng lượng tử cung khi chưa có thai khoảng 50 đến 60g, sau khi đẻ (thai và rau), trọng lượng của nó trên dưới 1000g (tăng hơn 20 lần). Các mạch máu nuôi dưỡng tử cung cũng tăng sinh kể cả động mạch, tĩnh mạch và mao mạch.



Hình 2.1. Biểu đồ các chất nội tiết khi thai nghén



Hình 2.2. Chiều cao tử cung theo tuổi thai (tuần)

– Trong 3 tháng đầu, tử cung to nhanh về đường kính trước sau hơn là đường kính ngang khiến nó

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

– Về cấu tạo: lớp phúc mạc bao phủ thân tử cung dính chặt vào lớp cơ không thể bóc được, ở đoạn eo phúc mạc có thể bóc tách 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). Đoạn dưới chỉ có hai lớp cơ dọc và cơ vòng, không có lớp cơ đan 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.

– Tại cổ tử cung: cổ tử cung khi không có thai là một khối hình trụ, có ống cổ tử cung thông với buồng tử cung qua lỗ trong và thông với âm đạo qua lỗ ngoài. Khi có thai, hình dáng cổ tử cung ít thay đổi, chỉ to ra và mềm hơn. Độ mềm của cổ tử cung thường từ ngoài vào trong cho nên khi mới có thai khám trong có cảm giác như một cái nút chai bọc nhưng bên ngoài.

+ Ở người con rạ, cổ tử cung mềm sớm hơn ở người con so. Do các mạch máu tăng sinh nên cổ tử cung thường có màu tím. 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, dịch ống cổ tử cung đặc lại bịt kín ống cổ tử cung giống như một cái nút chai gọi là nút nhầy cổ tử cung. Nhờ nút này buồng ối có thai nhi trong tử cung được cách ly với âm đạo người mẹ, hạn chế nhiễm khuẩn ngược dòng từ âm đạo lên.

+ Khi chuyển dạ, cổ tử cung sẽ mở dần lỗ trong (gọi là xoá) làm ống cổ tử cung rộng dần ra và ngắn lại. Khi xoá hết, lỗ ngoài cổ tử cung mới bắt đầu giãn ra (gọi là mở). Khi mở hết, lỗ ngoài rộng đến 10cm để cho thai sổ ra ngoài. Khi cổ tử cung xoá, mở, nút nhầy cổ tử cung lỏng và chảy ra âm đạo thường gọi là "ra nhựa chuối" hoặc "ra chất nhầy hồng" (vì có lẫn chút máu) báo hiệu bắt đầu chuyển dạ.

3.2. Thay đổi tại âm hộ, âm đạo

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

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

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

3.3. 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.

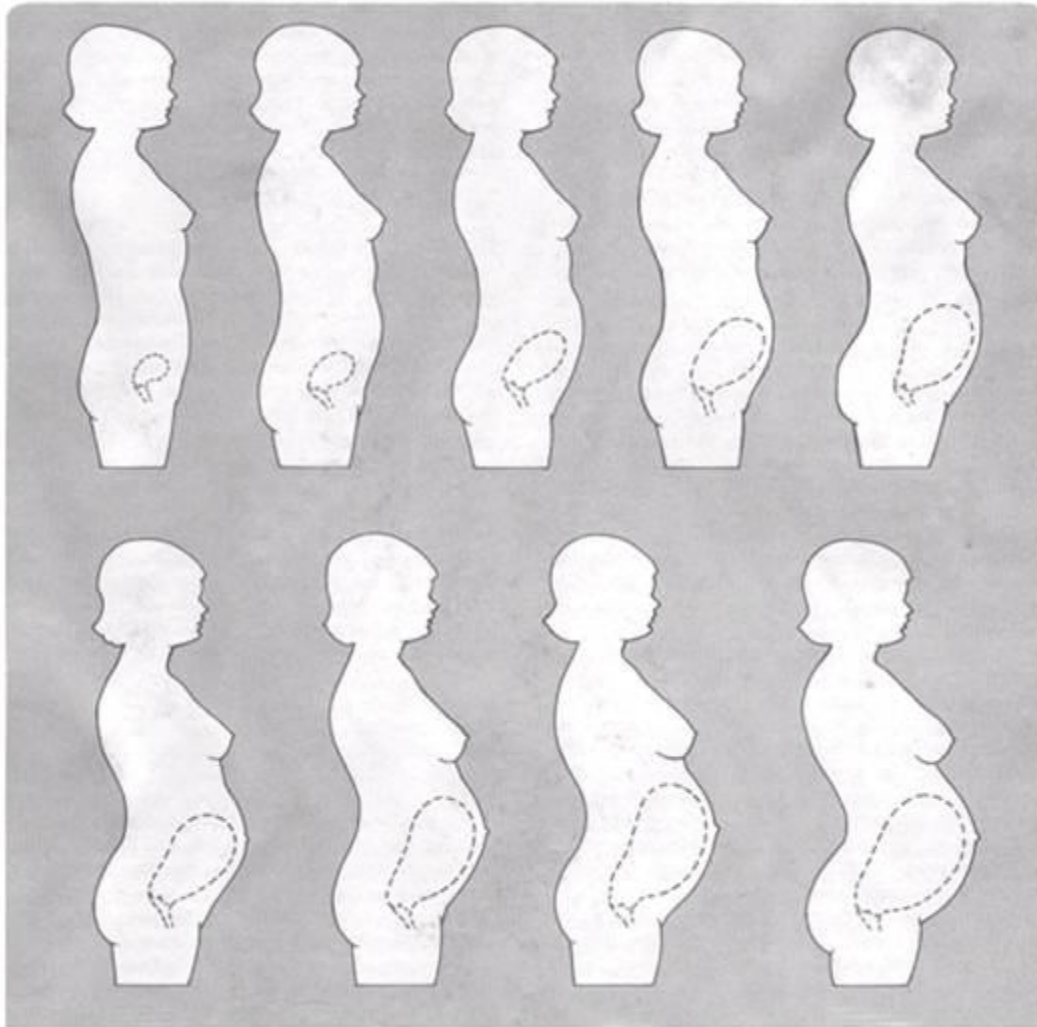
– Khi tử cung to, ống dẫn trứng và buồng trứng được đẩy lên cao theo vị trí của đáy tử cung.

4. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ CÁC CƠ QUAN NGOÀI BỘ PHẬN SINH DỤC

4.1. Thay đổi tại vú

Từ khi thụ tinh trở đi, vú luôn luôn căng và mỗi ngày một to ra do các tuyến sữa và các ống dẫn sữa phát triển. Quầng vú, núm vú thâm màu. Tại quầng vú nổi các hạt như hạt kê. Các mạch máu ở vú cũng tăng sinh, giãn 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.



Hình 2.3. Thay đổi ở vú khi có thai qua từng tháng

4.2. Thay đổi ở da, gân, cơ và xương khớp

– Khi có thai thường thấy xuất hiện các vết xạm ở vùng trán, gò má. Từ nửa sau của kỳ thai xuất hiện các vết rạn màu nâu ở người con so, màu trắng ở người con rạ. Các vết rạn này thường ở hai bên hố chậu và mặt trong của đùi. Đường trắng giữa bụng chuyển thành màu nâu (đường nâu).

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

4.3. Thay đổi ở bộ máy tuần hoàn

– Khi có thai khối lượng máu tăng lên, có thể tới 50%. Bình thường khối lượng máu khoảng 4 lít, khi có thai tăng lên thành 6 lít. Trong đó chủ yếu là tăng huyết tương. Vì vậy máu bị loãng, hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm. Lượng huyết cầu tố bình thường khi không có thai ở phụ nữ là 12g%, ở người có thai lượng huyết cầu tố trung bình là 11g%. Dưới mức này thai phụ bị coi là thiếu máu.

– Các thành phần khác: số lượng bạch cầu từ $9.000 \div 10.000/\text{mm}^3$ máu (có thể tới $12.000/\text{mm}^3$), nhưng công thức bạch cầu thì bình thường. Số lượng tiểu cầu từ $300.000 \div 400.000/\text{mm}^3$. Các yếu tố đông máu tăng. Protid, canxi, sắt huyết thanh giảm, dự trữ kiềm giảm.

– Khi có thai cung lượng tim tăng 50%. Nhịp tim tăng thêm 10 ÷ 15 nhịp/phút. Nếu chưa nhiều thai hoặc đa ối nhịp tim có thể tăng thêm 25 ÷ 30 nhịp/phút. Những thay đổi đó khiến thai phụ bị bệnh tim rất dễ bị suy tim.

– Các mạch máu tăng sinh, mềm, dài ra và giãn to. Cung lượng tim tăng, nhịp tim tăng nhưng huyết áp động mạch khi có thai vẫn giữ mức bình thường. Tuy nhiên huyết áp tĩnh mạch, nhất là ở chi dưới tăng hơn do tử cung to đè vào mạch máu, cản trở sự vận chuyển của máu về tim nên dễ có tình trạng giãn tĩnh mạch, phù hai chi dưới, trĩ.

4.4. Thay đổi ở bộ máy hô hấp

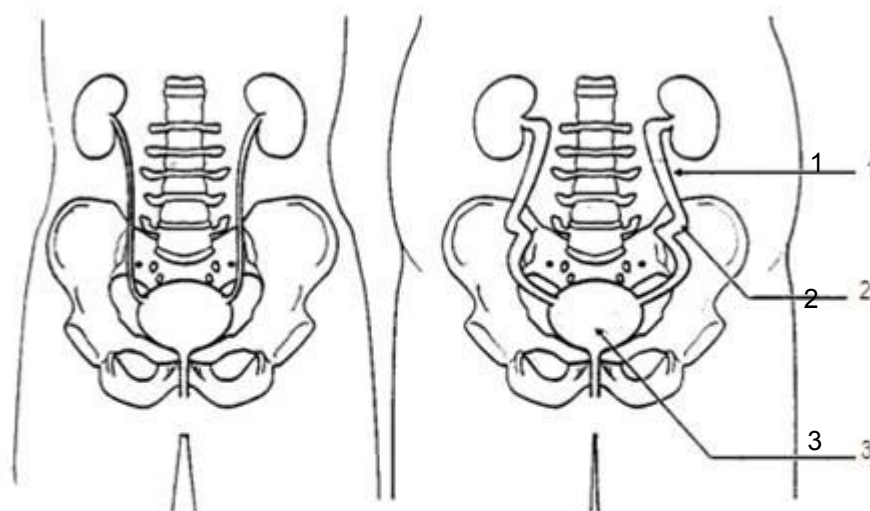
Thể tích không khí lưu thông qua phổi tăng từ 7,25 lít/phút lên tới 10,5 lít/phút. Nhịp thở tăng, thai phụ thở kiểu nhanh nông.

4.5. Thay đổi ở bộ máy tiết niệu

– Thận hơi to ra. Tốc độ lọc máu qua thận tăng 50%. Lưu lượng máu qua thận cũng tăng từ 200 ml/phút lên 250 ml/phút. Nước tiểu có thể có đường do độ lọc máu qua cầu thận tăng nhưng độ tái hấp thu ở ống thận không tốt. Nước tiểu không có hồng cầu và protein.

– Niệu quản dài ra, giảm trương lực, mềm hơn và ngoằn ngoèo, đồng thời bị tử cung to chèn ép nên dễ bị ứ đọng nước tiểu, dễ gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu (viêm thận – bể thận...).

– Bàng quang: khi mới có thai hoặc gần ngày đẻ bàng quang có thể bị chèn ép gây đái dầm hoặc nước tiểu trào ngược từ bàng quang lên niệu quản dễ dẫn đến nhiễm khuẩn bàng quang, niệu quản, bể thận.



1: Niệu quản
2: Niệu quản dài ra, giảm trương lực, mềm hơn và ngoằn ngoèo
3: Bàng quang

Hình 2.4 Bộ máy tiết niệu khi có thai

4.6. Thay đổi ở bộ máy tiêu hoá

– Khi mới có thai, do ảnh hưởng của nội tiết, thai phụ thường hay 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, ăn chua, chất "ăn dờ" ...

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

– Ruột có thể thay đổi vị trí, giảm nhu động nên dễ bị táo bón. Dễ bị trĩ do tăng áp lực tĩnh mạch và giãn các búi tĩnh mạch hậu môn.

– Răng dễ bị sâu do tình trạng thiếu canxi.

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

4.7. Thay đổi ở bộ máy thần kinh

– Về tâm lý và cảm xúc: khi có thai người phụ nữ có thể có các biến đổi về thần kinh tâm lý và cảm xúc, rối loạn giấc ngủ... Thường xảy ra ở những thai phụ có thai không theo ý muốn, hoàn cảnh kinh tế khó khăn hoặc có bất đồng trong quan hệ vợ chồng và gia đình.

4.8. Những thay đổi khác ở toàn thân

– Thay đổi về chuyển hoá: tăng giữ nước trong cơ thể, lượng nước tăng lên trong máu, trong tử cung và vú là 3 lít, ở thai nhi – nước ối – bánh rau khoảng 3,5 lít. Tổng số nước tăng lên khi có thai đến khi thai đủ tháng là 6,5 lít. Sắt, canxi, magie trong máu giảm. Chuyển hoá protid, glucid, lipid cũng tăng.

– Trọng lượng cơ thể: trong suốt thời kỳ thai nghén, thai phụ sẽ tăng cân từ 11 đến 12kg. Nếu tăng cân ít, dưới 9kg thì mẹ và thai có thể bị suy dinh dưỡng. Nếu tăng nhiều, trên 14kg thì có khả năng bị phù hoặc do bệnh lý.

Bảng 1. Tăng cân ở người phụ nữ khi có thai

Bộ phận	kg
Vú	0,5
Mỡ	3,5
Rau	0,6
Thai	3,0
Tử cung	0,9
Máu (tăng)	1,5
Nước ngoài tế bào	1,0
Tổng cộng	11,0

– Thân nhiệt: trong 3 tháng đầu thân nhiệt vẫn tiếp tục ở mức cao do tồn tại hoàng thể thai nghén. Từ tháng thứ tư trở đi, thân nhiệt trở lại mức bình thường.

5. ÁP DỤNG THỰC TẾ

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

– Nếu định lượng hCG thấy có mức cao hơn bình thường thì thai nghén có thể sinh đôi. Nếu lượng hCG tăng rất nhiều có thể thai nghén là chửa trứng

– Khi có thai, tử cung mỗi tháng cao thêm là 4 cm. Vì thế có thể từ chiều cao cung đo được để tính ra tuổi thai theo công thức sau :

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

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

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

Tuổi thai tính theo tháng là : $\frac{30}{4} + 1 = 8,5$ tháng

Tính ra tuần là : $8,5 \times 4 = 34$

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

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

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

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

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

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

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

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Hoàng thể thai nghén tồn tại đến tháng thứ (A)..... nó tiết ra Estrogen và Progesteron.
2. Khi có thai pH âm đạo (A).....do vi khuẩn Doderlin phát triển biến (B)..... thành acide (C).....
3. Khi có thai buồng trứng không (A).....và thai phụ không (B).....trong suốt thời kỳ thai nghén.
4. Nếu thai phụ có tử cung quá to thì có thể là chửa (A)..... hoặc (B)..... hoặc (C).....
5. Khi có thai thể tích khí lưu thông qua phổi tăng từ (A)..... lên tới B..... lít/phút.
6. Khi có thai lượng máu qua thận tăng từ (A)..... lên (B)..... ml/phút.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

Câu	Nội dung	A	B
7	Khi có thai bộ phận sinh dục nữ có nhiều thay đổi nhất.		
8	hCG gây cho thai phụ nhiều khó chịu và tình trạng nghén.		
9	hCG âm tính ngay sau đẻ, sảy thai, thai chết trong tử cung.		
10	Khi có thai thân tử cung ngày một to ra. Niêm mạc tử cung biến thành ngoại sản mạc.		
11	Tử cung có hình trứng trong 3 tháng đầu.		
12	Khối lượng máu tăng lên khi có thai, trong đó chủ yếu là do số lượng hồng cầu tăng.		
13	Khi có thai công thức bạch cầu thay đổi.		
14	Khi có thai cung lượng tim tăng 50%, nhịp tim tăng 10 ÷ 15 nhịp phút.		
15	Huyết áp động mạch tăng do cung lượng tim tăng, nhịp tim tăng khi có thai.		
16	Giãn tĩnh mạch, trĩ và phù 2 chi dưới là hậu quả của tăng huyết áp tĩnh mạch.		
17	Đến cuối thời kỳ thai nghén, nếu trọng lượng thai phụ tăng dưới 9 kg thì mẹ và thai có thể bị suy dinh dưỡng.		
18	Thân nhiệt thai phụ luôn hằng định trong suốt thời kỳ thai nghén.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 18 đến 30

19. hCG do thành phần nào tiết ra.
 - A. Bánh rau
 - B. Gai rau
 - C. Thể bào trung sản mạc
 - D. Tế bào Langerhans
20. Những hormon sau đây loại nào có giá trị nhất để chẩn đoán thai nghén sớm.
 - A. hCG
 - B. Progesteron
 - C. Estrogen
 - D. HPL
21. Khi có thai các thành phần sau thường tăng lên so với trước khi có thai. Ngoại trừ:
 - A. Huyết tương
 - B. Bạch cầu
 - C. Tiểu cầu
 - D. Sắt

22. Thay đổi nào nhiều nhất tại tử cung khi có thai.
- Dung tích buồng tử cung
 - Chiều sâu buồng tử cung
 - Độ dài của co tử cung
 - Trọng lượng tử cung
23. Thay đổi nào ở vú là quan trọng nhất khi có thai.
- Lưới tĩnh mạch dưới da nổi rõ.
 - Cuống vú thâm màu, nổi các hạt kê.
 - Núm vú dài ra, thâm màu.
 - Vú to dần, tuyến sữa – ống dẫn sữa phát triển.
24. Thay đổi nào dưới đây dễ nhận ra nhất khi có thai.
- Vết sạm, vết rạn ... trên da.
 - Cơ thành bụng mềm và giãn.
 - Cân giữa hai cơ thẳng to giãn rộng.
 - Các dây chằng, xương và khớp chậu mềm ra.
25. Lượng huyết cầu tố trung bình ở phụ nữ có thai là.
- Dưới 11g%
 - 11g%
 - 12g%
 - Trên 12g%
26. Thay đổi nào về tâm lý và cảm xúc ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe thai phụ.
- Thay đổi tính tình
 - Giảm sút trí nhớ
 - Dễ giận hờn, cáu gắt
 - Rối loạn giấc ngủ
27. Lượng nước tăng lên trong máu, trong tử cung và vú thường là.
- 1000 ml
 - 3000 ml
 - 2000 ml
 - 4000 ml
28. Thai phụ có khả năng bị phù nề trong suốt thời kỳ thai nghén trọng lượng thai phụ tăng.
- 9 – 10 kg
 - 11 – 12 kg
 - 13 – 14 kg
 - Trên 14 kg
29. Khi có thai, thường tử cung mỗi tháng cao thêm là :
- 2cm
 - 3cm
 - 4cm
 - 5cm
30. Thành phần nào trong cấu trúc của tử cung có vai trò quan trọng nhất gây tắc mạch sinh lý ngay sau đẻ.
- Lớp cơ dọc

- B. Lớp cơ đan (chéo)
- C. Lớp cơ vòng
- D. Phúc mạc và niêm mạc tử cung

Bài 3

THAI NHI ĐỦ THÁNG

MỤC TIÊU

1. Mô tả được đặc điểm chung của thai nhi đủ tháng.
2. Mô tả được đặc điểm về giải phẫu, sinh lý của thai nhi đủ tháng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Thai nhi bình thường đủ tháng có các đặc điểm về giải phẫu gần giống như người lớn. Thai nằm trong buồng ối với tư thế đầu cúi, cằm áp sát ngực, lưng cong, hai tay bắt chéo trước ngực, hai cẳng chân gấp vào đùi, hai đùi gấp vào bụng.

Khi thai còn nằm trong buồng tử cung, bộ máy tuần hoàn và hô hấp có những đặc điểm khác khi thai đã ra ngoài.

2. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

Bình thường thai nhi đủ tháng có đặc điểm chung là:

- Tuổi thai từ 38 ÷ 42 tuần, trung bình là 40 tuần.
- Trọng lượng trung bình 3000g.
- Chiều dài trung bình 50cm.
- Da hồng, lớp mỡ dưới da phát triển, trên vai, cổ có ít lông tơ.
- Tóc dài trên 2cm, móng tay, móng chân dài quá đầu các ngón tay, ngón chân.
- Vòng rốn nằm giữa đường từ mũi ức đến xương vē.
- Bộ phận sinh dục đã phát triển đầy đủ:
 - + Trẻ trai: tinh hoàn đã xuống bìu.
 - + Trẻ gái: môi lớn trùm môi nhỏ.

Khi đẻ ra lúc thức trẻ khóc to, bú khoẻ, vận động tốt, trương lực cơ khoẻ.

3. ĐẶC ĐIỂM VỀ GIẢI PHẪU

3.1. Đầu

Là phần to, rắn có liên quan đến cơ chế đẻ. Đầu được chia làm 2 phần :

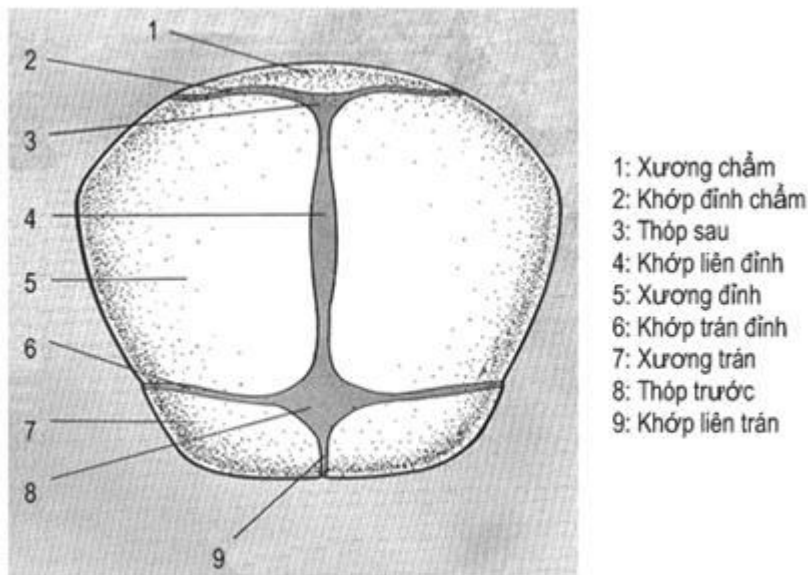
Phần sọ và phần mặt, phần mặt không có gì đặc biệt trong sản khoa. Phần sọ gồm 2 phần: vùng đáy sọ và đỉnh sọ.

3.1.1. Đáy sọ

Gồm một phần xương trán, xương thái dương, xương chũm, xương bướm và xương sàng. Vùng này không thu hẹp lại được vì thế các trường hợp thai chết, đầu khó ra phải dùng kim bóp nát đáy sọ.

3.1.2. Đỉnh sọ

Được cấu tạo bởi hai xương trán, hai xương đỉnh và một xương chẩm.



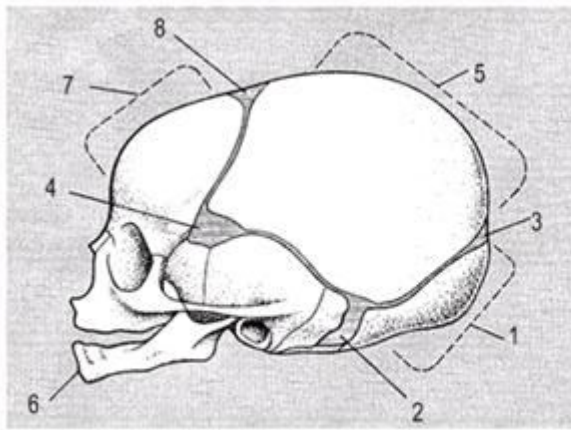
Hình 3.1. Các xương sọ và thóp của đầu thai nhi đủ tháng (thăng)

Giữa các xương là các khớp màng vì vậy vùng đỉnh sọ có thể thu hẹp được, các xương chồng lên nhau khi đầu thai nhi qua tiêu khung người mẹ. Đường khớp là nơi tiếp giáp giữa các xương, các đường khớp gặp nhau tạo thành các thóp.

– Đường khớp dọc giữa: đi từ giữa chân sống mũi tới góc trên xương chẩm.

– Đường khớp ngang: có hai đường khớp ngang, trán đỉnh ở phía trước, đỉnh chẩm ở phía sau.

– Các thóp: có hai thóp quan trọng là thóp trước và thóp sau, thóp trước hình trám, thóp sau hình tam giác. Bình thường các đường khớp và các thóp không rộng lắm, nếu giãn rộng là não bị ứ nước (não úng thủy).

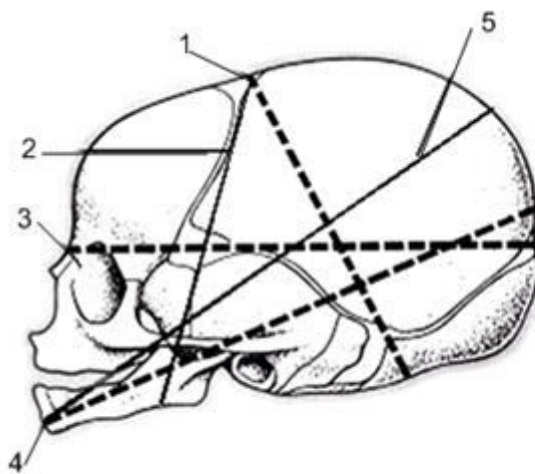


1. Xương chẩm
2. Khớp chẩm thái dương
3. Thóp sau
4. Thóp bên
5. Xương đỉnh
6. Xương hàm dưới
7. Xương trán
8. Thóp trước

Hình 3.2. Các xương sọ và thóp của đầu thai nhi đủ tháng (ngiêng)

3.1.3. Các đường kính đầu thai nhi

a) Đường kính trước sau:



1. Đường kính hạ chẩm – thóp trước.
2. Đường kính hạ cằm – thóp trước.
3. Đường kính chẩm – trán.
4. Đường kính chẩm – cằm
5. Đường kính thượng chẩm – cằm

Hình 3.3. Các đường kính trước sau, trên dưới, trước sau của đầu thai nhi đủ tháng

– Đường kính hạ chẩm – thóp trước: dài 9,5cm, đi từ nền vỏ xương chẩm (sát gáy) tới giữa thóp trước, là đường kính tương đương với ngôi đầu cúi tốt (ngôi chằm).

– Đường kính hạ cằm – thóp trước: dài 9,5cm, đi từ dưới cằm tới giữa thóp trước, là đường kính tương đương với ngôi đầu cúi vừa.

– Đường kính chẩm – trán: dài 11,5cm, tương đương với ngôi đầu không cúi, không ngửa.

– Đường kính thượng chẩm – cằm: dài 13,5cm, đi từ cằm đến điểm lồi nhất của xương chẩm (ngôi trán).

– Đường kính chẩm – cằm: dài 13cm, đi từ chẩm tới cằm (ngôi thóp trước).

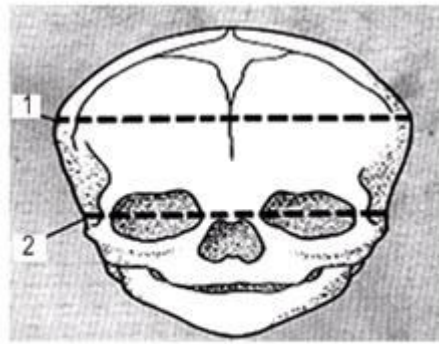
b) Đường kính trên dưới:

Đường kính hạ cằm – thóp trước: dài 9,5cm, đi từ dưới cằm tới giữa thóp trước, là đường kính tương đương với ngôi đầu ngửa hẳn (ngôi mặt).

c) Đường kính ngang:

– Đường kính lưỡng đỉnh: dài 9,5cm, đi từ bướu đỉnh bên này sang bướu đỉnh bên kia.

– Đường kính lưỡng thái dương: dài 8cm, đi từ hố thái dương bên này sang hố thái dương bên kia.



1. Đường kính lưỡng đỉnh
2. Đường kính lưỡng thái dương

Hình 3.4. Các đường kính ngang của đầu thai nhi đủ tháng

d) Các chu vi vòng đầu:

- Vòng đầu nhỏ: đo qua hai đỉnh hoặc hạ cằm – thóp trước hoặc hạ cằm – thóp trước dài 33cm.
- Vòng đầu trung bình đo qua cằm – trán dài 34cm.
- Vòng đầu lớn nhất đo qua đường kính thượng cằm – cằm dài 38cm.

3.2. Các phần khác của thai

3.2.1. Cổ

Nhờ các khớp sọ nên đầu thai nhi có thể quay 180^0 , cúi, ngửa, nghiêng một cách dễ dàng. Cổ chịu được sức kéo không quá 50kg.

3.2.2. Vai

Đường kính hai móm vai dài 12cm có thể thu lại còn 9cm.

3.2.3. Ngực

Vòng ngực dài 32 – 33cm.

3.2.4. Mông

- Đường kính ngang: hai mấu chuyển dài 9cm.
- Đường kính trước sau: cùng chày dài 8cm, cùng mu 6cm.

4. SINH LÝ THAI NHI ĐỦ THÁNG

4.1. Tuần hoàn

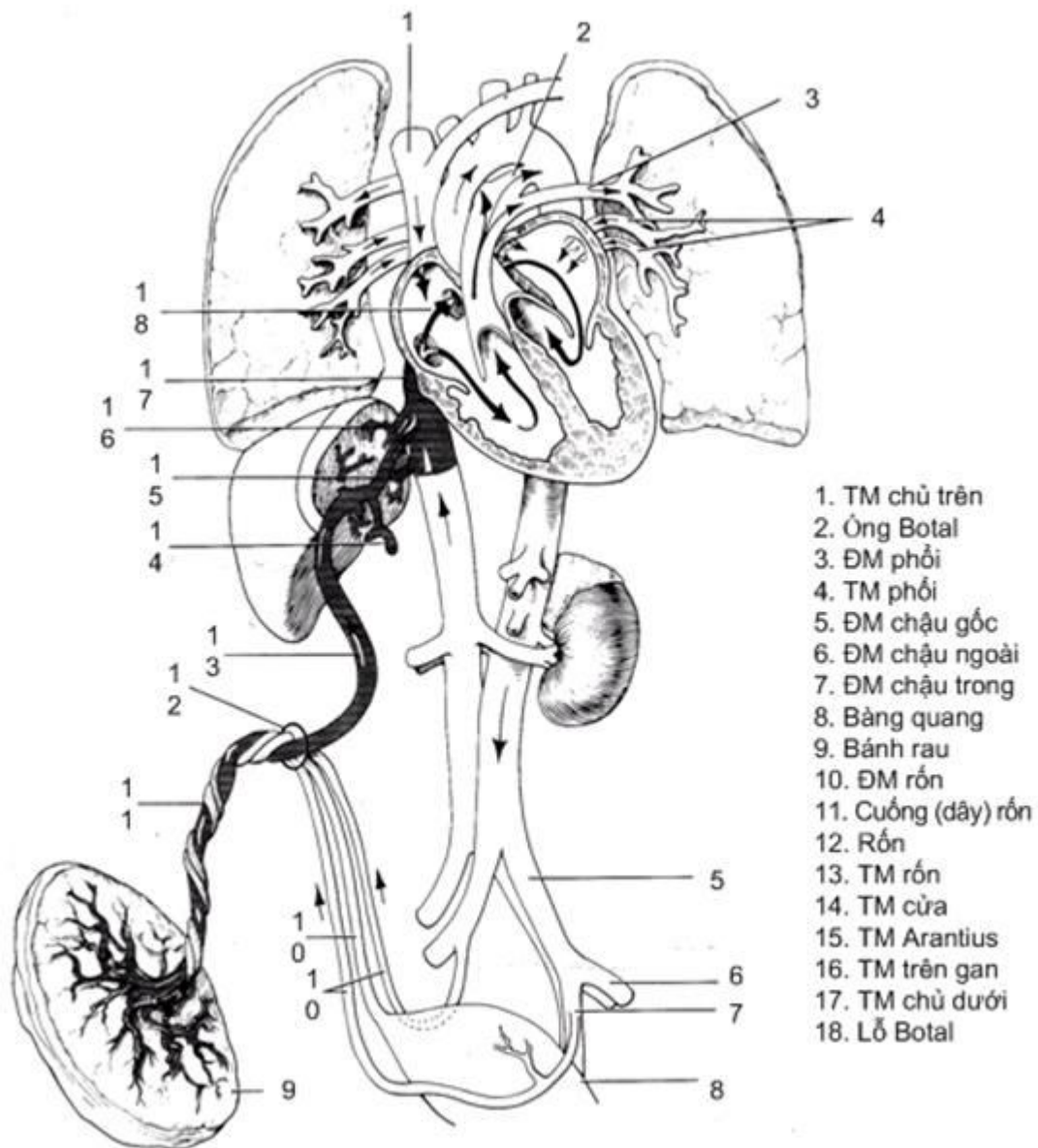
- Từ cuối tháng thứ hai trở đi thai sống với hệ tuần hoàn thứ hai (hệ tuần hoàn rau thai), đặc điểm của hệ tuần hoàn rau thai nhi:

- + Tim có 4 buồng: 2 tâm nhĩ và 2 tâm thất, đặc biệt 2 tâm nhĩ thông với nhau bởi lỗ Botal.
- + Động mạch chủ và động mạch phổi thông với nhau bởi ống động mạch.
- + Từ động mạch hạ vị có hai động mạch rốn đi theo dây rau, vào bánh rau để chia ra những nhánh động mạch nhỏ tới các gai rau. Động mạch rốn mang máu đỏ sẫm.
- + Từ bánh rau cho tĩnh mạch rốn mang máu đỏ đi tới tĩnh mạch chủ dưới và vào gan.
- + Máu trong tuần hoàn thai nhi là máu pha trộn vừa đỏ sẫm, vừa đỏ tươi.
- Chu kỳ lưu thông máu:

Máu đỏ từ các gai rau mang các chất dinh dưỡng và O_2 đi vào thai bằng tĩnh mạch rốn. Khi tới tĩnh mạch chủ dưới, máu đỏ tươi sẽ pha trộn với máu đỏ sẫm từ nửa dưới cơ thể, để cùng đổ vào tĩnh mạch chủ và đến tâm nhĩ phải. Ở tâm nhĩ phải một phần máu xuống tâm thất phải để vào động mạch phổi, lên

phổi. Vì phổi chưa làm việc nên một phần máu từ động mạch phổi theo ống động mạch (ống Botal) vào động mạch chủ. Phần lớn máu ở tâm nhĩ phải qua lỗ Botal sang tâm nhĩ trái, xuống tâm thất trái, vào động mạch chủ đi nuôi cơ thể còn một phần máu mang chất cận bã và CO₂ theo động mạch rốn về bánh rau để đào thải và trao đổi.

Hầu hết máu thai nhi là máu pha trộn vừa đỏ sẫm, vừa đỏ tươi. Sau khi sổ thai ra ngoài được gọi là trẻ sơ sinh, khi cuống rốn bị cắt thì rau đình chỉ chức phận của nó. Trẻ sơ sinh bắt đầu thở, phổi bắt đầu hoạt động, vòng tuần hoàn tim – phổi bắt đầu hoạt động, lỗ Botal đóng lại, ống động mạch tắc, các mạch máu rốn đều ngừng làm việc. Trẻ sơ sinh bắt đầu sống với hệ tuần hoàn vĩnh viễn như người lớn.



Hình 3.5. Sơ đồ chu kỳ lưu thông máu tuần hoàn rau thai nhi

4.2. Hô hấp

Khi thai nhi nằm trong buồng tử cung, thai nhi nhận O₂ đào thải CO₂ qua bánh rau, do đó phổi của thai chưa hoạt động nên phổi bị xẹp. Máu từ tĩnh mạch rốn đến thai nhi giàu O₂ nên màu đỏ tươi, còn máu ở động mạch rốn thì đỏ sẫm vì chứa CO₂. Sự trao đổi khí qua gai rau là do sự chênh lệch nồng độ CO₂ giữa máu mẹ và máu con quyết định. Khi người mẹ bị ngạt thai nhi có thể nhường oxy cho mẹ và

thai nhi có thể chết trước. Nhưng thai nhi sử dụng ít oxy, nên khả năng chịu ngạt của thai nhi khá cao.

4.3. Tiêu hoá

Khi còn trong buồng tử cung của mẹ, bộ máy tiêu hoá của thai nhi chưa hoạt động. Trong ống tiêu hoá có ít phân su, đó là chất dịch sánh đặc, màu xanh, không có vi khuẩn. Thành phần của phân su gồm chất nhầy của niêm mạc ruột, dạ dày tiết ra, chất mật do gan tiết, một ít thành phần nước ối do thai uống vào, tế bào của ống tiêu hoá bong ra.

Các chất dinh dưỡng thai nhi nhận được là do máu mẹ truyền qua bánh rau.

4.4. Bài tiết

– Da bắt đầu bài tiết chất nhờn, chất bã từ tháng thứ năm, biểu hiện ở lớp gầy phủ trên da thai nhi.

– Thận đã hoạt động nên có nước tiểu ở trong bàng quang và thai đái vào buồng ối. Vì vậy trong nước ối có một phần nước tiểu do thai nhi bài tiết ra.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

Câu	Nội dung	A	B
1	Máu trong hệ tuần hoàn thai nhi là máu pha trộn.		
2	Khi thai nhi còn nằm trong buồng tử cung, thai đào thải CO ₂ và nhận O ₂ từ các phế nang của phổi.		
3	Đặc điểm sinh lý tuần hoàn rau thai của thai nhi đủ tháng: tim có 4 buồng, hai tâm nhĩ thông với nhau bởi lỗ Botal.		
4	Bộ phận sinh dục của thai nhi đủ tháng đã phát triển đầy đủ.		
5	Các xương của vùng đỉnh sọ có thể chồng lên nhau khi chuyển dạ đẻ.		
6	Các đường khớp dọc và ngang của đầu gập nhau tạo thành các thóp.		
7	Thai nhi sống với hệ thống tuần hoàn thứ 2 từ cuối tháng thứ 2 của thời kỳ thai nghén.		
8	Tiểu tuần hoàn đã hoạt động khi thai còn nằm trong tử cung.		
9	Thành phần làm cho phân su có màu xanh là dịch mật.		
10	Da thai nhi tiết ra chất nhờn từ tháng thứ 3 của thời kỳ thai nghén.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 11 đến 18

11. Thai nhi đủ tháng có tuổi trung bình là:

- A. 38 tuần.
- B. 39 tuần.
- C. 40 tuần.
- D. 42 tuần.

12. Đường kính dưới cằm – thóp trước của thai đủ tháng thường có độ dài là:

- A. 8cm.
- B. 8,5cm.
- C. 9cm.
- D. 9,5cm.

13. Đường kính trên cằm cằm của thai nhi đủ tháng có độ dài là:

- A. 13,5cm.
- B. 13cm.
- C. 12,5cm.
- D. 12cm.

14. Đường kính dưới cằm thóp trước của thai đủ tháng có độ dài là:

- A. 8cm.
- C. 9cm

- B. 8,5cm. D. 9,5cm.
15. Đường kính 2 mỏm vai của thai bình thường đủ tháng có độ dài là:
A. 11cm. C. 12cm.
B. 11,5cm. D. 12,5cm.
16. Cổ thai nhi bình thường đủ tháng không chịu đựng được sức kéo quá.
A. 45kg. C. 55kg.
B. 50kg. D. 60kg.
17. Máu thai nhi là máu pha trộn, trừ máu ở:
A. Tĩnh mạch rốn. C. Các buồng tim.
B. Động – tĩnh mạch chủ. D. Động mạch rốn.
18. Phân su của thai nhi có đặc điểm khác biệt nhất so với phân của trẻ sơ sinh đã bú mẹ là:
A. Sánh. C. Màu xanh.
B. Đặc. D. Không có vi khuẩn.

Bài 4

CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN, VỆ SINH THAI NGHÉN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của thai nghén trong 20 tuần đầu và 20 tuần cuối của thời kỳ thai nghén.
2. Chẩn đoán được tuổi thai.
3. Hướng dẫn được cho một thai phụ vệ sinh khi có thai.
4. Tư vấn được cho phụ nữ có thai về chế độ ăn uống, làm việc, nghỉ ngơi và sử dụng thuốc.

1. CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN

1.1. Đại cương

Khi có thai cơ thể người phụ nữ có nhiều thay đổi về giải phẫu và sinh lý. Đó là những thay đổi về hình thể bên ngoài cũng như các cơ quan thể dịch trong cơ thể. Tất cả những thay đổi đó có thể gây nên những dấu hiệu mà người ta gọi là triệu chứng thai nghén.

Thời kỳ thai nghén chia làm 2 giai đoạn: 20 tuần đầu và 20 tuần cuối. Để chẩn đoán thai nghén cần dựa vào các triệu chứng cơ năng và thực thể, trong đó những dấu hiệu thực thể đóng vai trò quyết định. Ngoài ra, trong những tháng đầu, để chẩn đoán thai nghén có thể bổ sung thêm một số thăm dò về cận lâm sàng, đặc biệt là khi cần có sự chẩn đoán phân biệt.

- Khám để chẩn đoán thai nghén cần phải:

– Hỏi: giúp cho thầy thuốc làm quen với thai phụ và biết được nhiều yếu tố quan trọng có liên quan đến việc chẩn đoán thai nghén:

- + Tuổi thai phụ.
- + Các bệnh tật đã mắc phải và yếu tố di truyền gia đình, tâm lý xã hội.
- + Chu kỳ kinh nguyệt, tiền sử sản khoa, điều kiện sống và lao động...

– Nhìn: là một phương pháp quan sát để tìm những dấu hiệu có giá trị đối với chẩn đoán và tiên lượng thai nghén:

- + Hình dáng thai phụ.
- + Sự biến đổi màu da, hiện tượng phù nề.
- + Hình dáng tử cung.

– Thăm dò các chức năng nội tạng: để phát hiện kịp thời những bệnh cho thai và nguy hiểm cho thai phụ nếu thai tiến triển.

- + Khám tim phổi và các nội tạng khác.
- + Làm một số các xét nghiệm: máu, nước tiểu, siêu âm...

1.2. Chẩn đoán thai nghén 20 tuần đầu

1.2.1. Triệu chứng lâm sàng

a) Triệu chứng cơ năng

– Tất kinh: là dấu hiệu đáng tin cậy để chẩn đoán thai nghén, nhưng chỉ đối với phụ nữ khỏe mạnh và có kinh nguyệt đều.

– Nghén: thường kéo dài trong 3 tháng đầu:

+ Chán ăn hoặc thích ăn nhưng thức ăn khác (chua, cay, ngọt...)

+ Buồn nôn và nôn, nôn thường vào buổi sáng, tăng tiết nước bọt.

+ Thay đổi khứu giác: sợ mùi thơm, mùi thuốc lá...

+ Thay đổi về thân kinh: tính tình thay đổi dễ cáu gắt, buồn ngủ, mệt mỏi.

b) Triệu chứng thực thể

– Nhìn:

+ Mặt có thể xuất hiện các vết xạm.

+ vú phát triển to nhanh, quầng vú sẫm, các hạt Montgomery nổi rõ, núm vú to lên thâm lại.

+ Đường giữa bụng có màu nâu, bụng và hai bên đùi có vết rạn màu nâu ở người con so, màu trắng ở người con rạ.

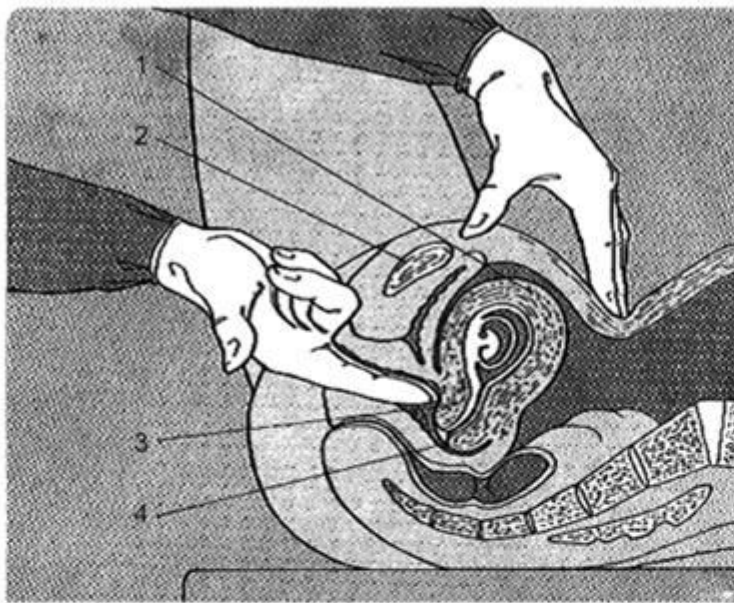
+ Âm hộ thâm lại, âm vật có màu tím. Nếu bộc lộ bằng van sẽ thấy âm đạo, cổ tử cung cũng có màu tím.

– Khám âm đạo kết hợp với nắn bụng:

+ Dấu hiệu Hegar: eo tử cung rất mềm khi khám sẽ thấy hình như cổ tử cung và thân tử cung không dính liền nhau.

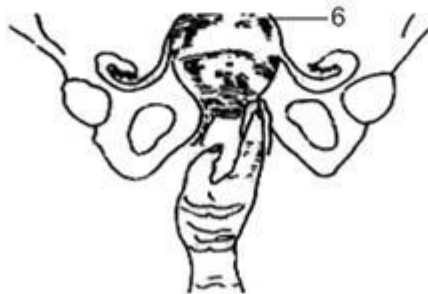
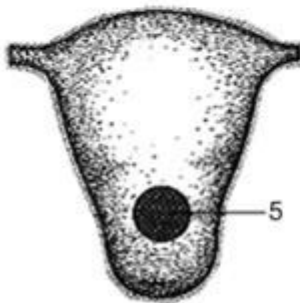
+ Dấu hiệu Noble: tử cung khi có thai phát triển thành một hình tròn đều mà ta có thể chạm đến thân tử cung khi ngón tay ở túi cùng bên.

+ Trong tháng đầu tử cung có nằm phía dưới sau khớp vệ, về sau cứ mỗi tháng tử cung sẽ cao lên trên khớp vệ 4cm.



Cách phát hiện dấu hiệu Hegar

1. Tử cung
2. Xương vẹt
3. Cổ tử cung
4. Túi cùng sau âm đạo



5. Vị trí mềm của eo TC
Dấu hiệu Hegar
6. Dấu hiệu Noble.

Hình 4.1. Dấu hiệu Hegar, Noble

1.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

– Phản ứng sinh vật: Phản ứng Galli – Manini và Friedman – Brouha: thai nghén bình thường thì hCG trong nước tiểu dưới 20.000 đơn vị ếch hoặc dưới 60.000 đơn vị thỏ.

- Siêu âm: thấy hình ảnh thai nhi trong tử cung.
- Dùng que thử thai nhanh.

Nhúng que thử thai vào nước tiểu người phụ nữ nghi có thai, nếu trên que xuất hiện 2 vạch đỏ là phản ứng dương tính, nếu trên que xuất hiện một vạch đỏ là phản ứng âm tính.

1.3. Chẩn đoán thai nghén 20 tuần cuối

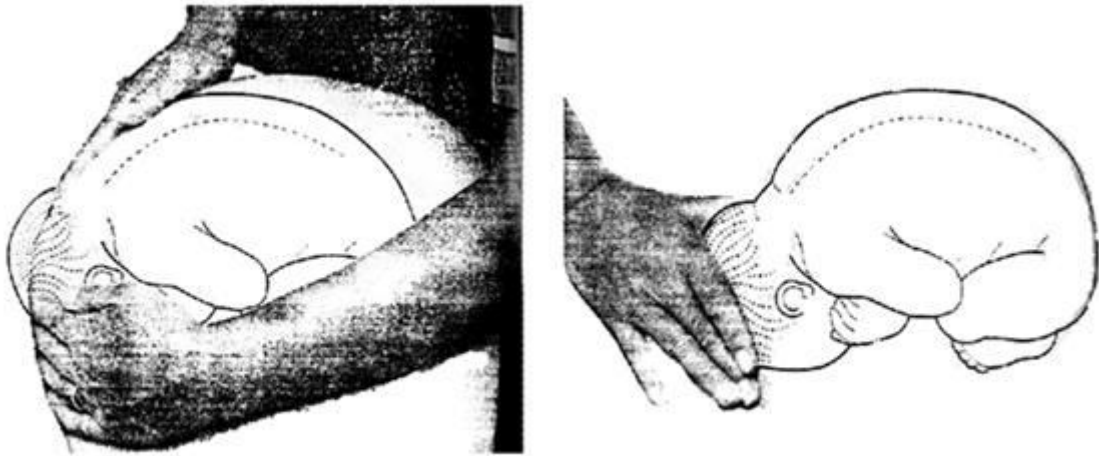
1.3.1. Triệu chứng cơ năng

- Tắt kinh vẫn kéo dài.
- Tử cung ngày càng to lên phù hợp với tuổi thai.
- Các thay đổi sắc tố trên da rõ rệt hơn.
- Thai phụ đã tự cảm giác thấy thai máy.

1.3.2. Triệu chứng thực thể

Sờ nắn

Thấy các phần của thai nhi như đầu, lưng, các chi và mông. Có thể thấy thai nhi di động bập bênh trong nước ối.



Hình 4.2. Sơ nân các phân thai (nân cực dưới)

Nghe tim thai

- Khi thai được 4,5 tháng (với con rạ) và 5 tháng (với con so) đã có thể nghe thấy tim thai bằng ống nghe gỗ. Tiếng tim thai nghe dễ dàng hơn từ tháng thứ 6 trở đi.
- Tiếng tim thai có nhịp độ đều, tần số dao động từ 120– 160 lần/phút. Vị trí nghe tim thai rõ nhất ở mồm vai.
- Khi nghe tim thai cần phân biệt với tiếng đập của động mạch chủ bụng.

1.4. Chẩn đoán tuổi thai

1.4.1. Dựa vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng

- Tính tuổi thai nhờ sử dụng lịch tính tuổi thai: bình thường thai đủ tháng có tuổi từ 38 đến 42 tuần.
 - Tính tuổi thai bằng cách tính tổng số ngày từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng đến ngày khám thai, sau đó lấy tổng số ngày chia cho 7.
 - Dự tính ngày sinh: dựa theo công thức.
 - + Ngày sinh: lấy ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng cộng với 7
 - + Tháng sinh: lấy tháng kinh cuối cùng cộng với 9 hoặc trừ đi 3.
- Nếu thai phụ nhớ ngày kinh theo lịch âm thì công thức dự tính ngày sinh như sau:
- + Ngày sinh: lấy ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cộng với 15.
 - + Tháng sinh: lấy tháng kinh cuối cùng cộng với 9 hoặc trừ đi 3.

1.4.2. Dựa vào chiều cao tử cung theo công thức

$$T \text{ (tháng)} = \frac{\text{Chiều cao tử cung (cm)}}{4} + 1$$



Hình 4.3. Đo chiều cao tử cung

1.4.3. Dựa vào ngày thai máy đầu tiên

Ngày thai máy đầu tiên là lúc thai có tuổi 18 tuần đối với con rạ, 20 tuần đối với con so.

1.4.4. Dựa vào đường kính đầu của thai đo bằng siêu âm

- Xác định được tim thai lúc thai được 8 tuần tuổi.
- Đo đường kính lưỡng đỉnh của thai.

Ví dụ:

- + Đường kính lưỡng đỉnh 80mm tương đương với thai 32 tuần tuổi.
- + Đường kính lưỡng đỉnh 90mm tương đương với thai 38 tuần tuổi.

1.4.5. Dựa vào ngày giao hợp có thụ tinh

Cách này ít chính xác vì vậy không áp dụng được trên thực tế.

2. VỆ SINH THAI NGHÉN

2.1. Đại cương

Khi có thai, do tình trạng thai nghén sức khỏe của người phụ nữ có thể bị suy giảm. Ngoài ra người phụ nữ có thai dễ bị mắc bệnh hoặc bệnh cũ nặng lên. Vì vậy vệ sinh thai nghén đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và thai nhi.

2.2. Vệ sinh khi có thai

2.2.1. Vệ sinh thân thể

Ngoài vấn đề vệ sinh thông thường hàng ngày thai phụ cần tắm rửa bằng nước sạch như nước máy, nước giếng khơi, không tắm nước ao hồ vì dễ gây nhiễm khuẩn. Khi tắm không ngâm mình trong nước, mùa đông cần tắm nước ấm, nơi kín gió, tắm nhanh.

2.2.2. Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài

- Cần giữ vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài vì đây là nơi vi khuẩn dễ xâm nhập vào âm đạo, tử cung trong khi có thai cũng như khi đẻ.
- Khi có thai âm đạo tăng tiết dịch, chất dịch này là môi trường thuận lợi cho vi khuẩn phát triển.

Nên hàng ngày thai phụ phải rửa âm hộ, tăng sinh môn một lần bằng xà phòng và nước chín, rửa sau mỗi lần đại tiểu tiện và trước khi đi ngủ. Không được ngồi vào chậu nước để rửa mà rửa dưới vòi nước chảy hoặc dùng ấm nhôm có vòi hay dùng ca mức nước để rửa.

2.2.3. Vệ sinh vú

– Khi có thai tuyến sữa phát triển mạnh để tiết sữa sau đẻ. Do đó không nên mặc áo nịt chặt mà nên dùng áo mềm, mỏng và rộng.

– Nếu vú có tổn thương như nứt, ngứa phải điều trị khỏi. Thường xuyên phải rửa sạch đầu vú và lau vẩy ở núm vú.

2.2.4. Trang phục

Mặc quần áo bằng vải mềm, rộng rãi, sạch, mát về mùa hè, ấm về mùa đông. Không nên đi guốc cao gót vì dễ ngã gây sảy thai hoặc đẻ non.

2.2.5. Vệ sinh răng miệng

Giữ răng miệng sạch, đánh răng sau khi ăn, trước khi đi ngủ và sau khi thức dậy. Nếu thai phụ bị sâu răng có thể dẫn đến nhiễm khuẩn sau đẻ.

2.2.6. Chế độ làm việc và nghỉ ngơi

– Lao động nhẹ nhàng cả về tay chân và trí óc. Không nên làm việc quá nặng hoặc ở những nơi ẩm thấp, nhiều bụi, nhiều tiếng ồn. Không tiếp xúc với chất độc hại.

– Không đi xe đạp, xe máy với vận tốc quá nhanh hoặc đường xóc. Không nên thức khuya, lo nghĩ buồn phiền. Tránh làm việc ở tư thế phải cúi nhiều hoặc đứng lâu.

– Hạn chế giao hợp trong 3 tháng đầu và 3 tháng cuối vì dễ gây sảy thai, đẻ non.

– Nên nghỉ làm việc trước đẻ 1 tháng.

2.3. Chế độ ăn uống khi có thai

– Khi có thai người phụ nữ tăng cân từ 8 – 12kg hoặc hơn nữa nếu dinh dưỡng tốt, theo dõi và chăm sóc tốt. Nếu tăng cân quá nhiều hoặc nhanh quá có thể gây nguy hiểm cho mẹ và thai. Thai phụ cần phải theo dõi cân nặng hàng tuần để điều chỉnh chế độ ăn cho hợp lý. Trọng lượng cơ thể tăng so với trước khi có thai từ 15 – 20%. Do vậy khẩu phần ăn uống cũng phải tăng.

– Trung bình mỗi thai phụ cần 2500 – 3000calo/24h, những thai phụ phải lao động nặng thì mức năng lượng cần từ 3500 – 4000calo/24h.

– Tăng khẩu phần ăn cho mẹ mục đích bù lại lượng hao hụt của cơ thể do thai nghén, đồng thời dự trữ cho cuộc đẻ và nuôi con. Thành phần thức ăn gồm:

2.3.1. Protid

– Nhu cầu bình thường 1g/1kg cân nặng/24h. Khi có thai cần 1,5g/1kg/24h.

Nên ăn đạm với tỷ lệ một nửa là đạm động vật, một nửa là đạm thực vật. Đạm động vật có nhiều trong thịt, cá, trứng, sữa. Đạm thực vật có nhiều trong các loại đậu.

– Thiếu protid sẽ làm giảm sức đề kháng của cơ thể mẹ, thai kém phát triển, đẻ non.

2.3.2. Lipid

– Nhu cầu khi có thai cần 0,8g/1kg cân nặng/24h. Lipid có nhiều trong mỡ động vật và dầu thực vật (vừng, lạc, dừa...). Lipid có vai trò quan trọng để hoà tan vitamin A, D, E, K.

– Thiếu lipid sẽ dẫn đến thiếu các loại vitamin A, D, E, K. Thừa lipid sẽ gây béo bệu. Nên ăn với tỷ lệ 3/5 lipid động vật và 2/5 lipid thực vật.

2.3.3. Glucid

Khi có thai trung bình cần 300 – 400g/24h. Glucid có nhiều trong gạo, ngô, khoai, sắn, đường, mật, mía, củ cải...

Thừa glucid sẽ gây béo, thiếu glucid sẽ gây mệt mỏi do hạ đường huyết.

2.3.4. Các chất vô cơ

– Canxi: tăng 30% so với trước khi có thai, trung bình cần 1200mg/24h.

Thiếu canxi sẽ gây kích thích thần kinh làm co giật (chuột rút), thai chậm lớn và kém phát triển.

– Phospho: tăng 20% so với trước khi có thai, trung bình cần 1500mg/24h.

Canxi và phospho có nhiều trong trứng, đậu, tôm, cua...

Canxi và phospho phải có sự cân đối thì cơ thể mới hấp thu được (tỷ lệ Ca/P=1).



Hình 4.4. Thức ăn khi có thai

– Magiesulfat và sắt: rất cần cho thai, tuy số lượng ít. Nếu thiếu magiesulfat sẽ gây co giật, thiếu sắt gây thiếu máu nhược sắc. Magiesulfat và sắt có nhiều trong cua, thịt, ngũ cốc...

– Muối: có tác dụng giữ nước làm ứ nước ở tổ chức, do đó khi có thai nếu tăng cân nhanh hoặc mắc bệnh về tim, thận phải hạn chế ăn muối. Trước khi chuyển dạ 1 tuần thai phụ nên ăn ít muối, nếu ăn nhiều muối sẽ ứ nước ở tổ chức làm giảm cơn co tử cung, cổ tử cung xóa mờ chậm khi chuyển dạ.

– Các vitamin: rất cần thiết cho sự phát triển của thai, chống táo bón cho mẹ. Vitamin có nhiều trong rau xanh, hoa quả tươi.

2.4. Dùng thuốc

Cần bảo vệ sức khỏe mẹ cho tốt để tránh mắc bệnh khi có thai. Bất cứ thuốc gì dùng khi có thai nghén đều phải xin ý kiến thầy thuốc. Nên hạn chế sử dụng thuốc tối đa nếu không cần thiết kể cả thuốc bổ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu sau

1. Tắt kinh là dấu hiệu đáng tin cậy để (A).....ở những phụ nữ (B).....
2. Khi có thai bụng và hai bên đùi của thai phụ có màu nâu ở người (A).....màu trắng ở người (B).....
3. Lượng hCG ở người có thai bình thường dưới (A).....đơn vị ếch hoặc dưới (B).....đơn vị thỏ

4. Cần phân biệt thai nghén bình thường với .
 - A. Chửa ngoài tử cung.
 - B.
 - C.
5. Khi sử dụng que thử thai nếu thấy xuất hiện (A)..... là phản ứng dương tính (B).....là phản ứng âm tính
6. Có thể nghe thấy tiếng tim thai được (A).....với con rạ, (B)..... với con so
7. Khi có thai phụ nữ nên lao động nhẹ nhàng cả về (A)..... và (B).....
8. Trong suốt quá trình thai nghén thai phụ tăng cân từ (A)....., nếu tăng cân nhiều hoặc nhanh quá có thể gây (B)..... cho (C).....
9. Tăng khẩu phần ăn cho mẹ mục đích (A)..... lượng hao hụt của cơ thể mẹ do (B)..... đồng thời (C)..... cho cuộc đẻ và nuôi con.
10. Lipid có vai trò quan trọng để hoà tan vitamin (A)..... và (B).....
11. Khi có thai, các vitamin rất cần thiết cho (A).....của thai, chống (B)..... cho mẹ.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

Câu	Nội dung	A	B
12	Ở những phụ nữ kinh nguyệt thất thường, tắt kinh không có giá trị để nghĩ tới sự có thai.		
13	Triệu chứng nghén thường kéo dài trên 3 tháng.		
14	Khi có thai da mặt có thể sạm lại ở trán và hai gò má.		
15	Núm vú,quầng vú không đổi màu khi có thai.		
16	Đường giữa bụng trướng lại khi có thai.		
17	Thai thường máy(đạp) khi thai có tuổi từ 20 tuần trở lên.		
18	Tiếng tim thai nghe dễ dàng khi thai có tuổi từ 6 tháng trở lên.		
19	Muốn tính tuổi thai theo tháng chỉ cần lấy chiều cao tử cung chia cho 4.		
20	Khi có thai, thai phụ không nên tắm bằng nước máy vì dễ gây nhiễm khuẩn.		
21	Thai phụ cần giữ vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài vì dễ nhiễm khuẩn đường sinh dục khi có thai và sau sinh.		
22	Khi có thai nên mặc quần áo bằng vải mềm, rộng rãi, sạch sẽ, thoáng mát về mùa hè, ấm về mùa đông.		
23	Khi có thai, thai phụ bị sâu răng dễ gây nhiễm khuẩn sau đẻ.		
24	Khi có thai, thai phụ tuyệt đối không được giao hợp trong quá trình mang thai vì dễ gây sảy thai, đẻ non.		
25	Thai phụ cần theo dõi cân hàng tuần để điều chỉnh chế độ ăn hợp lý.		
26	Khi có thai, nhu cầu năng lượng trung bình cho mỗi thai phụ từ 3500÷ 4000 calo/24h		
27	Thai phụ nên ăn chất đạm với tỷ lệ 3/5 là đạm động vật và 2/5 là đạm thực vật.		
28	Khi có thai, nhu cầu glucid của một thai phụ trung bình cần 300 ÷ 400g/24h		
29	Thai phụ bị thiếu canxi sẽ gây kích thích thần kinh, thai kém phát triển và đẻ non.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 30 đến 39

30. Triệu chứng nào có giá trị nhất để chẩn đoán thai nghén.

- A. Hai vú to lên. C. Thân tử cung to, mềm.
 B. Cổ tử cung, eo tử cung mềm. D. Âm hộ, âm đạo mềm – tím.
31. Bình thường từ tháng thứ 2 trở đi của thời kỳ thai nghén, cứ mỗi tháng tử cung cao thêm lên trên khớp vệ:
 A. 2cm. C. 6cm.
 B. 4cm. D. 8cm.
32. Cơ sở nào thường được áp dụng để tính tuổi thai:
 A. Ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng. C. Ngày thai máy đầu tiên.
 B. Chiều cao của tử cung. D. Ngày giao hợp có thụ tinh.
33. Khi thai đã đủ tuổi, phần nào của thai dễ xác định hơn khi sờ nắn.
 A. Đầu. C. Các chi.
 B. Lưng. D. Mông.

Hãy tính tuổi thai và dự kiến ngày sinh cho các trường hợp sau

34. Ngày kinh cuối cùng là 01/01/2006 (dương lịch), ngày khám thai là 01/03/2006.
 A. Tuổi thai.....tuần. C. Tháng sinh.....
 B. Ngày sinh dự đoán.....
35. Ngày kinh cuối là 18/02/2006 (dương lịch), ngày khám thai là 25/11/2006:
 A. Tuổi thai..... tuần. C. Tháng sinh.....
 B. Ngày sinh dự đoán.....
36. Trong suốt quá trình thai nghén, trọng lượng cơ thể thai phụ tăng so với trước khi có thai là:
 A. 5 – 10% C. 15 – 20%
 B. 10 – 15% D. Trên 20%
37. Khi có thai, nhu cầu protid của mỗi thai phụ:
 A. 1g/1 kg cân nặng/24h C. 1,5g/1 kg cân nặng/24h
 B. 1,2g/1 kg cân nặng/24h D. 2g/1 kg cân nặng/24h
38. Khi có thai, nhu cầu canxi cho mỗi thai phụ:
 A. 1000mg/24h. C. 1500mg/24h.
 B. 1200mg/24h. D. 2000mg/24h.
39. Khi có thai, nhu cầu lipid của mỗi thai phụ:
 A. 0,2g/kg/24h. C. 0,6g/kg/24h.
 B. 0,4g/kg/24h. D. 0,8g/kg/24h.

Bài 5
DẤU HIỆU CHUYỂN DẠ VÀ THEO DÕI,
CHĂM SÓC CHUYỂN DẠ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các dấu hiệu lâm sàng của chuyển dạ thực sự.
2. Trình bày được 4 giai đoạn của chuyển dạ.
3. Theo dõi được chuyển dạ dựa trên biểu đồ chuyển dạ.

1. ĐẠI CƯƠNG

– Chuyển dạ là giai đoạn cuối cùng kết thúc quá trình thai nghén. Đây là giai đoạn quan trọng nhất, có nguy cơ cao đối với sức khỏe và tính mạng của cả mẹ và thai nhi. Do đó theo dõi, chăm sóc bà mẹ và thai nhi khi chuyển dạ có tầm quan trọng đặc biệt.

– Biểu đồ chuyển dạ là một phương tiện rất quan trọng để theo dõi sự diễn biến của một cuộc chuyển dạ.

2. ĐỊNH NGHĨA

Chuyển dạ đẻ đủ tháng là quá trình sinh lý đưa thai nhi từ trong buồng tử cung ra ngoài qua đường âm đạo khi thai có tuổi từ 38–42 tuần.

Đẻ non là hiện tượng chuyển dạ xảy ra khi thai có tuổi từ 22 đến dưới 37 tuần.

Đẻ già tháng là hiện tượng chuyển dạ xảy ra sau 42 tuần.

3. NHỮNG DẤU HIỆU LÂM SÀNG CỦA CHUYỂN DẠ

3.1. Cơ năng

– Đau bụng từng cơn: mỗi cơn đau thai phụ thấy bụng nổi lên cao. Cơn đau lúc đầu nhẹ, ngắn thưa; sau mạnh lên, đau nhiều hơn, khoảng cách ngắn lại.

– Ra chất nhầy hồng ở âm đạo lẫn vài giọt máu. Đó là nút nhầy bị kín lỗ cổ tử cung trong thời kỳ thai nghén. Do cổ tử cung xoá và mở nút nhầy bị bong và đẩy ra ngoài.

– Thai phụ có cảm giác mỗi vùng thắt lưng ngày một tăng.

– Trong trường hợp bất thường thai phụ còn thấy ra nước ối (ối vỡ non) hay ra máu nhiều (rau tiền đạo).

3.2. Thực thể

Cơn co tử cung

– Đặc điểm: gây đau ngoài ý muốn theo chiều hướng tăng, cơn co tử cung mau dần, thời gian ngày càng kéo dài hơn. Cơn co có trước cơn đau và mất đi sau khi đã hết đau.

– Tần số cơn co tăng dần và khoảng cách cơn co giảm dần:

+ Khi bắt đầu chuyển dạ: 3 cơn co/ 10 phút

+ Khi cổ tử cung mở 4 – 5 cm: 4 cơn co/ 10 phút

+ Khi cổ tử cung mở hết (10 cm): 5 cơn co/ 10 phút.

– Thời gian mỗi cơn co:

+ Bắt đầu chuyển dạ: 20 – 30 giây

+ Khi cổ tử cung mở hết : 45 – 60 giây

– Cường độ cơn co tăng dần, lúc mới chuyển dạ tử cung co bóp với cường độ nhẹ, sau đó mạnh dần lên, tử cung co bóp mạnh nhất trong giai đoạn sổ thai.

Cổ tử cung xoá mở

– Xoá: là hiện tượng lỗ trong giãn dần, cổ tử cung ngắn và mỏng dần. Khi xoá hết thì không còn ống cổ tử cung, cổ tử cung có hình phên mỏng (không còn lỗ trong mà chỉ còn lỗ ngoài).

– Mở: là hiện tượng lỗ ngoài giãn dần đến 10cm. Lúc đó không còn lỗ ngoài, buồng tử cung thông với âm đạo.

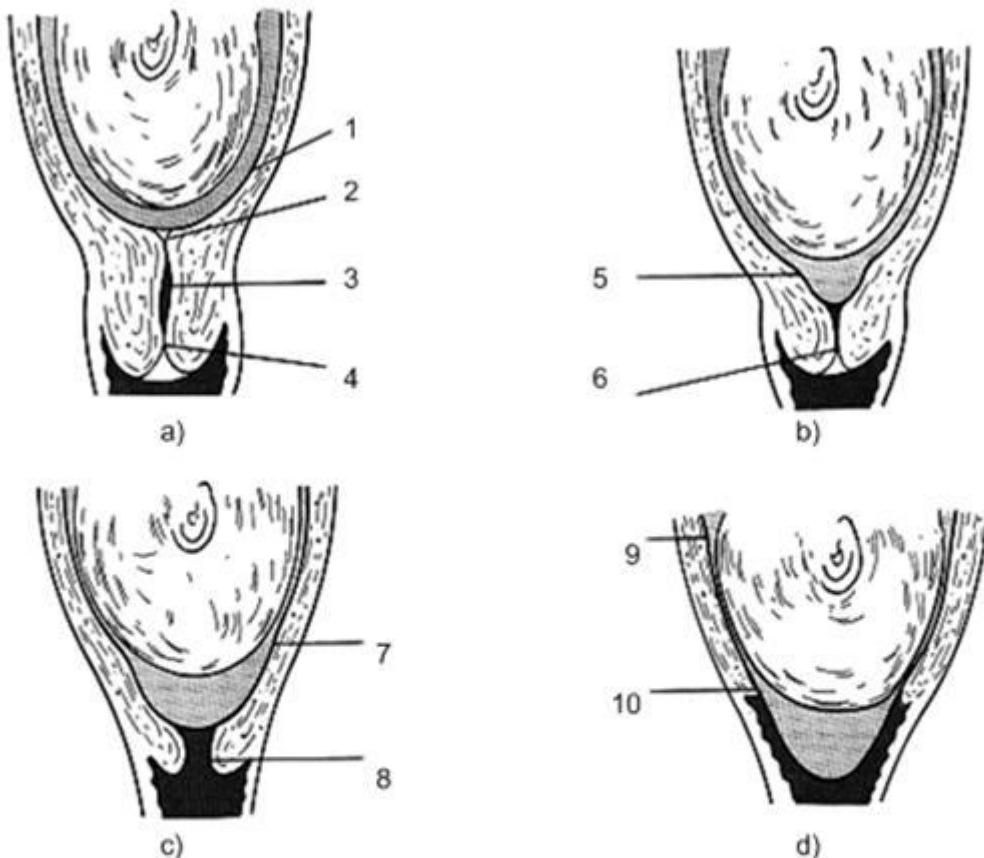
Hiện tượng xoá mở cổ tử cung có sự khác nhau giữa người con so và người con rạ. Ở người con so cổ tử cung xoá hết rồi mới mở, ở người con rạ cổ tử cung vừa xoá vừa mở.

Đầu ối thành lập: dưới áp lực của cơ co tử cung, cổ tử cung mở, màng ối ở đoạn dưới bong ra, nước ối bị đẩy xuống chỗ thấp thành lập nên đầu ối. Các loại đầu ối:

– Ới dẹt: màng ối sát da đầu nước ối ở giữa màng ối và ngôi thai ít, ngôi bình chỉnh tốt như ngôi chỏm.

– Ới phồng: nước ối giữa màng ối và ngôi thai nhiều do ngôi thai cao và ngôi bất thường.

– Ới quả lê: do màng ối mất tính chun giãn, nước ối dồn xuống chỗ thấp, túi ối phình ra ngoài âm đạo và ra ngoài âm hộ (thai chết lưu).



a) Cổ tử cung chưa xoá mở.

1. Màng ối
2. Lỗ trong cổ tử cung
3. Buồng cổ tử cung
4. Lỗ ngoài cổ tử cung

b) Cổ tử cung bắt đầu xoá.

5. Lỗ trong CTC giãn rộng
6. Lỗ ngoài cổ tử cung

c) Cổ tử cung xoá hết, bắt đầu mở.

7. Lỗ trong CTC giãn rộng nhập vào đoạn dưới
8. Lỗ ngoài cổ tử cung bắt đầu mở

d) Cổ tử cung mở hết

9. Lỗ trong CTC giãn rộng nhập vào đoạn dưới
10. Lỗ ngoài cổ tử cung mở hết

Hình 5.1. Hiện tượng xoá mở cổ tử cung

4. CÁC GIAI ĐOẠN CỦA CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ đẻ được chia thành 4 giai đoạn:

4.1. Giai đoạn 1 (còn gọi là giai đoạn mở)

Được tính từ khi cổ tử cung mở từ 0 đến 10cm (mở hết). Giai đoạn mở còn chia thành 2 pha:

– Pha tiềm tàng (1a): cổ tử cung mở từ 0 đến 3cm, pha này cổ tử cung tiến triển chậm, thời gian trung bình chừng 8 giờ.

– Pha tích cực (1b): cổ tử cung mở từ 4 đến 10cm. Pha này cổ tử cung tiến triển nhanh, thời gian trung bình chừng 7 giờ. Trung bình mỗi giờ cổ tử cung mở thêm được 1cm.

4.2. Giai đoạn 2 (còn gọi là giai đoạn sổ thai)

Tính từ khi cổ tử cung mở hết đến khi sản phụ đẻ được thai ra ngoài. Giai đoạn này trung bình từ 30 phút đến 1 giờ cho con so và 15 đến 30 phút cho con Ạ.

4.3. Giai đoạn 3 (còn gọi là giai đoạn sổ rau)

Tính từ khi sổ thai đến khi rau sổ ra ngoài. Giai đoạn này trung bình 15 đến 30 phút.

4.4. Giai đoạn 4

Là giai đoạn 2h đầu sau đẻ. Giai đoạn này dễ xảy ra băng huyết.

5. THEO DÕI CHUYỂN DẠ

5.1. Các việc cần làm để theo dõi một cuộc chuyển dạ

5.1.1. Theo dõi toàn thân sản phụ

Theo dõi mạch, huyết áp, thân nhiệt, diễn biến toàn trạng.

5.1.2. Theo dõi cơn co tử cung

Theo dõi độ dài một cơn co, khoảng cách giữa hai cơn co, cường độ cơn co.

5.1.3. Theo dõi tim thai

Theo dõi tần số, nhịp độ, cường độ của tim thai.

5.1.4. Theo dõi sự xoá mở cổ tử cung

Theo dõi để đánh giá sự xoá mở cổ tử cung.

5.1.5. Theo dõi tình trạng ối

Đánh giá hình dạng đầu ối và tình trạng ối.

5.1.6. Theo dõi sự tiến triển của ngôi thai

Đánh giá vị trí của ngôi thai trong khung xương chậu.

5.2. Theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ

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

5.2.1. Cách ghi biểu đồ chuyển dạ

Để ghi một biểu đồ chuyển dạ, chúng tôi đã thống nhất các ký hiệu. Phần lớn các ký hiệu này đã được quy định ở lề bên trái của biểu đồ chuyển dạ.

• Ghi giờ:

Dòng ghi giờ trong ngày để ghi giờ đã điều chỉnh theo nguyên tắc làm tròn số giờ thực tế khi sản phụ vào trạm (đã ghi ở dòng trên trong phần thủ tục). Thí dụ:

Giờ vào trạm 5h15phút thì giờ trong ngày ghi 5h.

Giờ vào trạm 5h35phút thì giờ trong ngày ghi 6h.

Mạch mẹ, tim thai được ghi bằng ký hiệu (●) ở các dòng ngang có số tương ứng.

Độ mở cổ tử cung được ghi bằng ký hiệu “X”.

Huyết áp được ghi bằng ký hiệu mũi tên hai đầu, đầu trên biểu thị huyết áp tối đa; đầu dưới biểu thị

huyết áp tối thiểu.

Tiến triển của ngôi thai (độ xuống của đầu) được ký hiệu bằng hình tròn (O) với quy định:

• *Chông khớp sọ:*

Chỉ số này nói lên mức độ uốn khuôn của đầu thai để thu nhỏ thể tích đầu cho dễ đi qua tiểu khung, đồng thời cho biết tiên lượng ngôi có lọt, xuống được dễ dàng hay không. Các ký hiệu được quy định là:

“O” khi đường khớp giữa hai xương đỉnh của thai hơi cách nhau, đường khớp dễ nhận thấy.

“+” Khi hai xương đỉnh giáp sát vào nhau, phát hiện khó hơn.

“++” Khi hai xương đỉnh chồm lên nhau rõ ràng.

Cao: ghi ở dòng ngang số 5.

Chúc: ghi ở dòng ngang số 4.

Chặt: ghi ở dòng ngang số 3.

Lọt cao: ghi ở dòng ngang số 2.

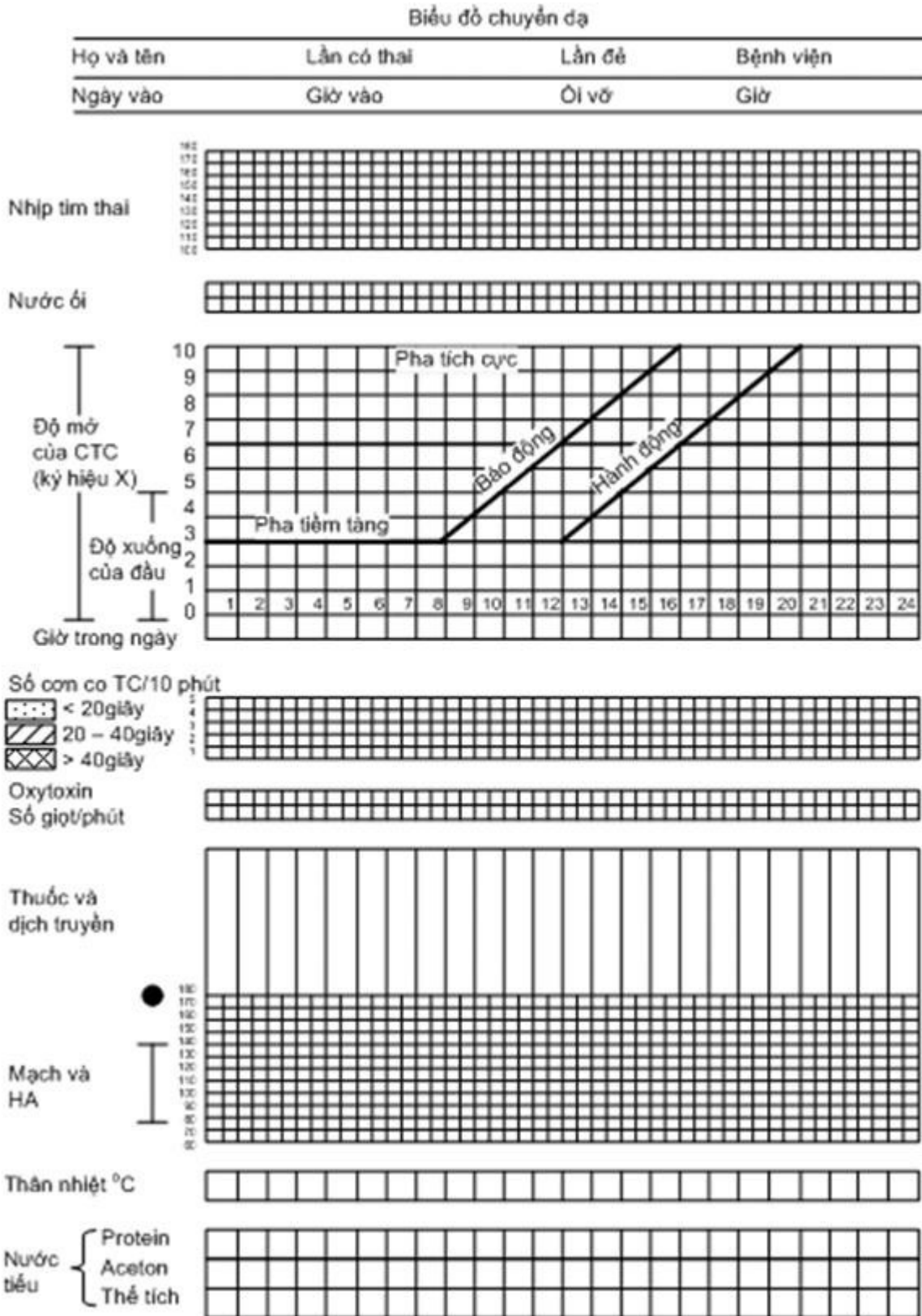
Lọt vừa (hay trung bình): ghi ở dòng ngang số 1.

Lọt thấp: ghi ở dòng ngang số 0.

Trên lâm sàng có thể xác định mức độ tiến triển của ngôi, bằng cách khám ngoài với một bàn tay năm ngón để tùy số ngón chạm được trên đầu thai nhi, tính ra mức độ của ngôi là cao (5 ngón) ... lọt cao (2 ngón)... lọt thấp (không có ngón tay nào chạm vào đầu thai nhi nữa).

• *Nhiệt độ:*

Ghi thân nhiệt của bà mẹ (4h/lần) bằng số đo qua nhiệt kế lấy ở trong nách.



Hình 5.2. Biểu đồ chuyển dạ tổng quát

• Protein nước tiểu sau khi thử có kết quả ghi lại như sau:

(-) Nước tiểu không có protein.

(+), (++) hay (+++) khi nước tiểu có protein với mức độ ít, vừa phải hay nhiều tùy theo độ đục trắng của nước tiểu thử sau khi đốt nóng.

• Ghi cơn co tử cung

Cơn co tử cung khi đo trên lâm sàng được tính ra tần số (số cơn co trong 10 phút). Thí dụ 5

phút mới có một cơn co thì tần số là 2; cách 2 phút rưỡi có một cơn co thì tần số là 4.

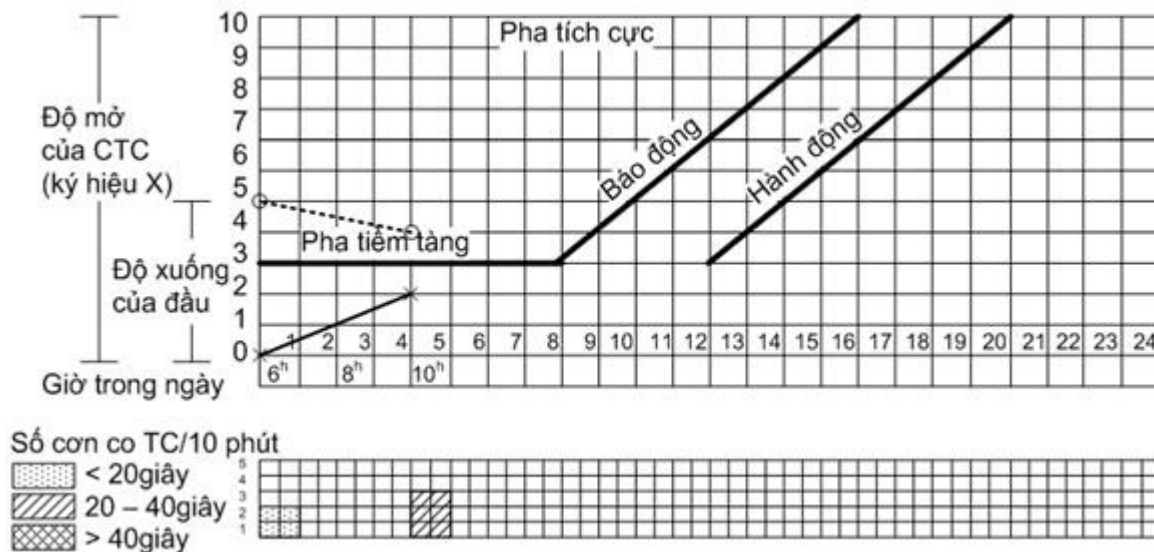
Tùy theo tần số cơn co tử cung mà đánh dấu vào ô thích hợp với ký hiệu đã được hướng dẫn trên biểu đồ.

Một nguyên tắc quan trọng cần ghi nhớ là: tất cả các số đo theo dõi được ở giờ nào sẽ được ghi lại trên đường dọc của giờ đó (trừ ôi, chông khớp sọ và cơn co ghi vào bên phải của đường chỉ giờ). Do đó, các số liệu thu được ngay khi khám nhập trạm sẽ được ghi ở đường dọc đầu tiên trên biểu đồ chuyển dạ.

Nếu ngay khi nhập trạm, thăm khám thấy cổ tử cung đã mở được từ trên 3cm trở lên thì chuyển dạ của sản phụ đã chuyển sang pha tích cực từ trước đó rồi, vì thế các số liệu thu được khi khám nhận không ghi được ở đường dọc đầu tiên của biểu đồ chuyển dạ nữa mà phải ghi ở đường dọc nằm trong pha tích cực phù hợp với độ mở cổ tử cung lúc đó (xem các hình minh họa ở dưới).

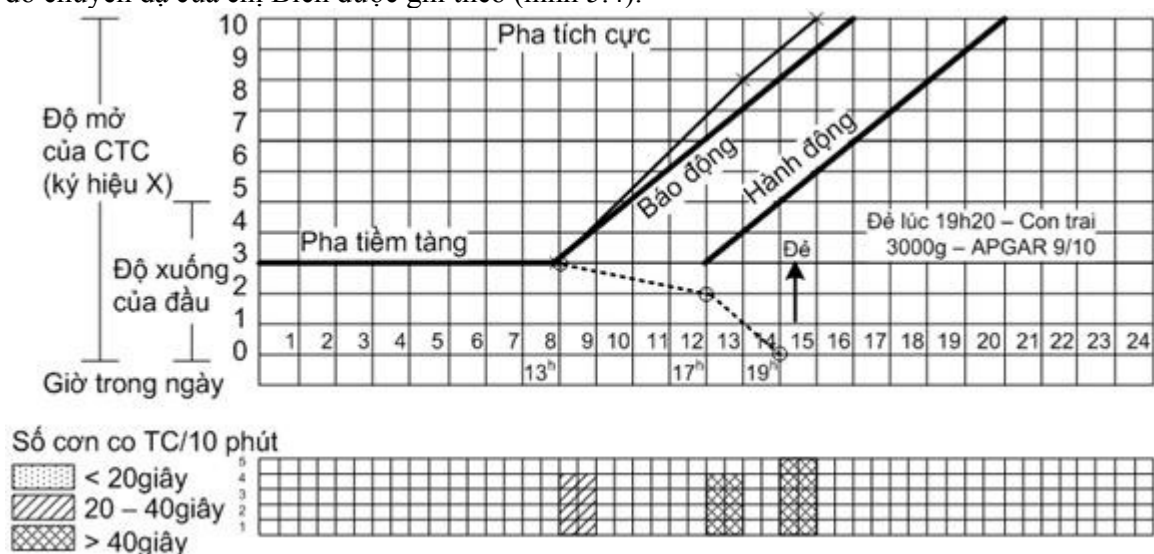
5.2.2. Một số ví dụ minh họa về cách ghi

Vi dụ 1. Chị An vào trạm lúc 5h, khi đó cổ tử cung chưa mở (0cm), ngôi thai còn cao; cơn co tử cung 15giây cách 5 phút một cơn (tần số 2). 4 giờ sau (9h sáng) thăm lại cơn co tử cung cách nhau hơn 3 phút (tần số 3), mỗi cơn 20giây. Cổ tử cung mở hơn 2cm, ngôi thai chúc. Biểu đồ chuyển dạ của chị An trong thời gian từ khi vào trạm được ghi như (hình 5.3).



Hình 5.3. Biểu đồ chuyển dạ của chị An

Vi dụ 2. Chị Bích vào trạm lúc 13 giờ. Khám lúc vào, cổ tử cung 3cm, đầu chật, cơn co tử cung cách nhau 2phút 30giây, mỗi cơn co 45giây. 19h cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp; cơn co cách nhau 2 phút, mỗi cơn co 45giây và đẻ lúc 19h20 một con trai, 3000gam, chỉ số APGAR sau phút đầu tiên 9/10. Biểu đồ chuyển dạ của chị Bích được ghi theo (hình 5.4).



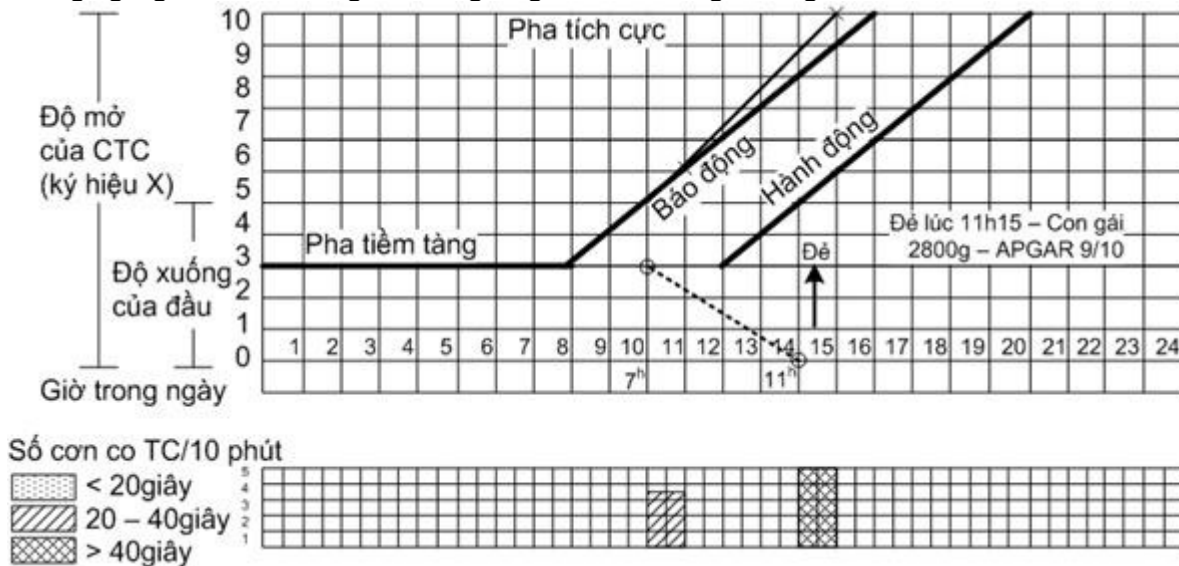
Hình 5.4. Biểu đồ chuyển dạ của chị Bích

Trong trường hợp này ký hiệu ghi mở cổ tử cung lúc vào trạm được ghi ở giao điểm của đường ngang

3cm với đường báo động và giờ vào trạm được ghi ở ô giờ số 8.

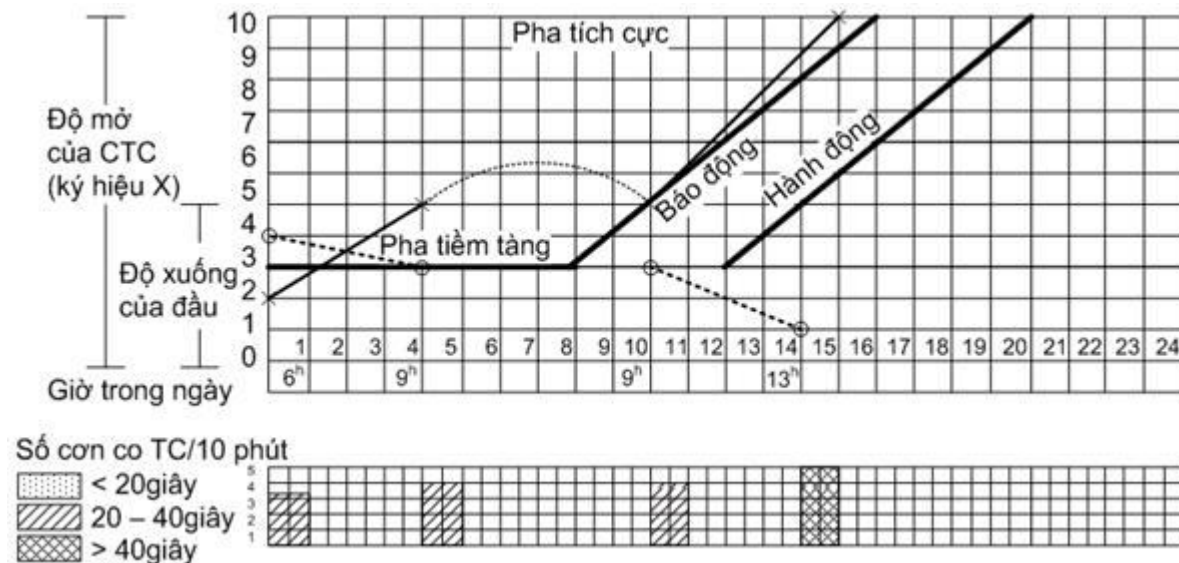
Ví dụ 3. Chị Chinh vào trạm lúc 7h, cổ tử cung 5cm, con co tử cung cách nhau 3phút, mỗi con 30giây, đầu chăt.

Đến 11h cổ tử cung mở hết, đầu lọt thấp, con co tử cung cách nhau 2 phút, mỗi con co 45 giây và để lúc 11h15phút một con gái 2800g – APGAR 1 phút sau là 9/10. Biểu đồ chuyển dạ của chị Chinh được ghi ở hình 5.5. Trường hợp này ký hiệu ghi độ mở của cổ tử cung lúc vào trạm được ghi ở giao điểm của đường ngang 5cm với đường báo động và giờ trạm được ghi ở ô giờ số 10.



Hình 5.5. Biểu đồ chuyển dạ của chị Chinh

Ví dụ 4. Chị Tân vào trạm lúc 5 giờ với tình trạng: cổ tử cung 2cm, đầu thai chúc; con co tử cung cách nhau hơn 3 phút, mỗi con 30 giây. Đến 9giờ, cổ tử cung mở 5cm, đầu chăt, con co tử cung cách nhau 2 phút 30 giây, mỗi con kéo dài 40 giây. Đến 13 giờ cổ tử cung mở hết. Để hồi 13h10 một con gái 2800g. Biểu đồ chuyển dạ của chị Tân (hình 5.6).



Hình 5.6. Biểu đồ chuyển dạ của chị Tân

Trong trường hợp này khi vào trạm cổ tử cung còn ở pha tiềm tàng nên ghi lại ở đường dọc thứ nhất của biểu đồ chuyển dạ ngay sau giờ vào trạm. Bốn giờ sau cổ tử cung 5cm, vẫn tiếp tục ghi trong giai đoạn tiềm tàng, sau 4h phải “chuyển” ký hiệu ghi cổ tử cung này sang pha tích cực ở điểm tương ứng với nó, tức là giao điểm của đường ngang 5, đường báo động và chuyển giờ trong ngày lúc đó vào ô giờ số 10. Rồi từ đó biểu đồ chuyển dạ được ghi chép tiếp.

5.2.3. Phân tích đánh giá một biểu đồ chuyển dạ

Các ví dụ về biểu đồ chuyển dạ nêu lên ở trên đều là những cuộc chuyển dạ diễn ra bình thường. Ở

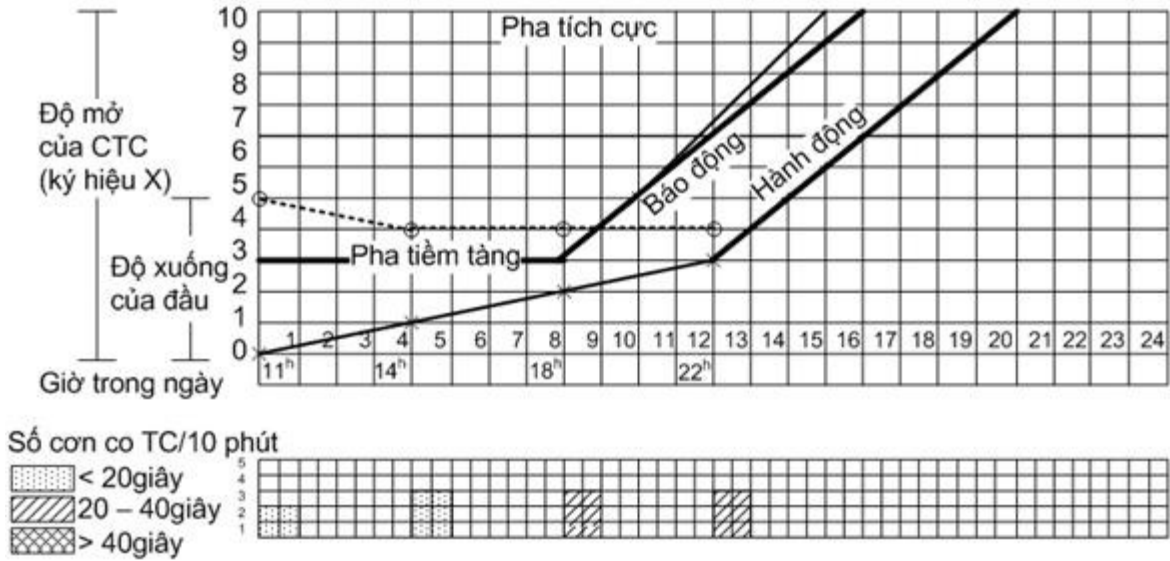
hai ví dụ 2 và 4 cuộc chuyển dạ đã đi đến giai đoạn sổ thai bình thường. Diễn biến bình thường của một cuộc chuyển dạ (tiến triển của cổ tử cung, ngôi thai, con co tử cung) có thể biểu hiện như sau:

Theo thời gian, đường biểu diễn độ mở cổ tử cung sẽ là một đường đi dần lên cao, trái lại đường biểu diễn sự tiến triển của ngôi thai là một đường đi xuống; Trong đó đường biểu diễn độ mở cổ tử cung luôn luôn nằm về bên trái của đường báo động in sẵn trên biểu đồ chuyển dạ.

Về con co tử cung, các cơn co sẽ tăng dần lên về tần số, cũng như về cường độ (biểu hiện bằng thời gian co của mỗi cơn, mỗi lúc một dài thêm trong phạm vi cho phép).

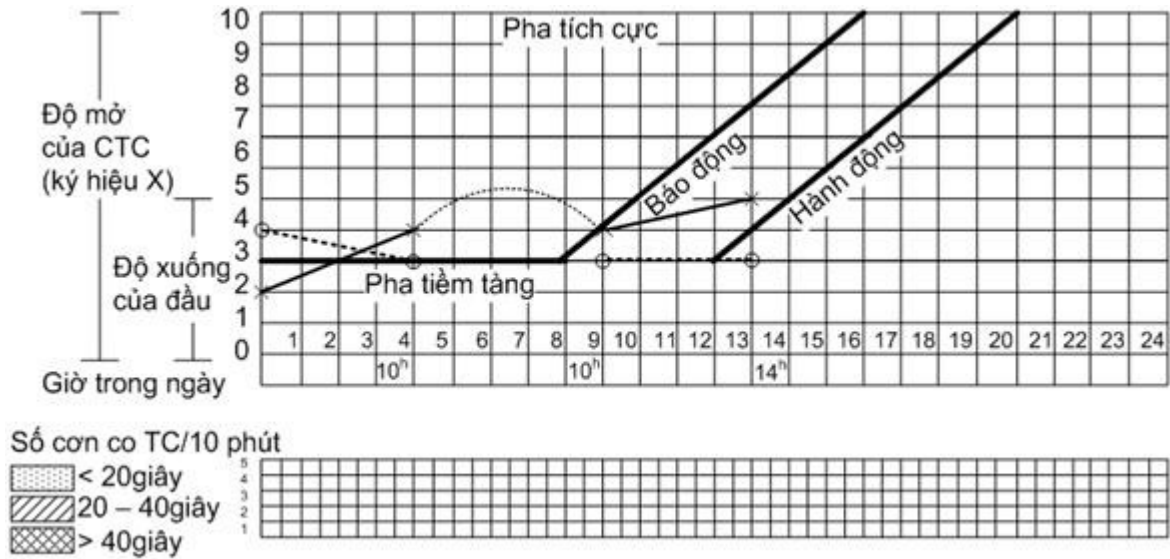
Dưới đây là một số hình ảnh biểu đồ chuyển dạ bất thường, nếu xuất hiện khi theo dõi ở tuyến cơ sở, thì phải cảnh giác và chuyển ngay sản phụ lên bệnh viện để kịp thời xử trí.

Hình 5.7 là một biểu đồ chuyển dạ có đường biểu diễn độ mở của cổ tử cung không vượt quá 3cm trong suốt 8 giờ của pha tiềm tàng, mặc dù cơn co tử cung không quá thưa và yếu, báo hiệu một cuộc chuyển dạ kéo dài, cần chuyển tuyến trên.



Hình 5.7. Biểu đồ chuyển dạ kéo dài

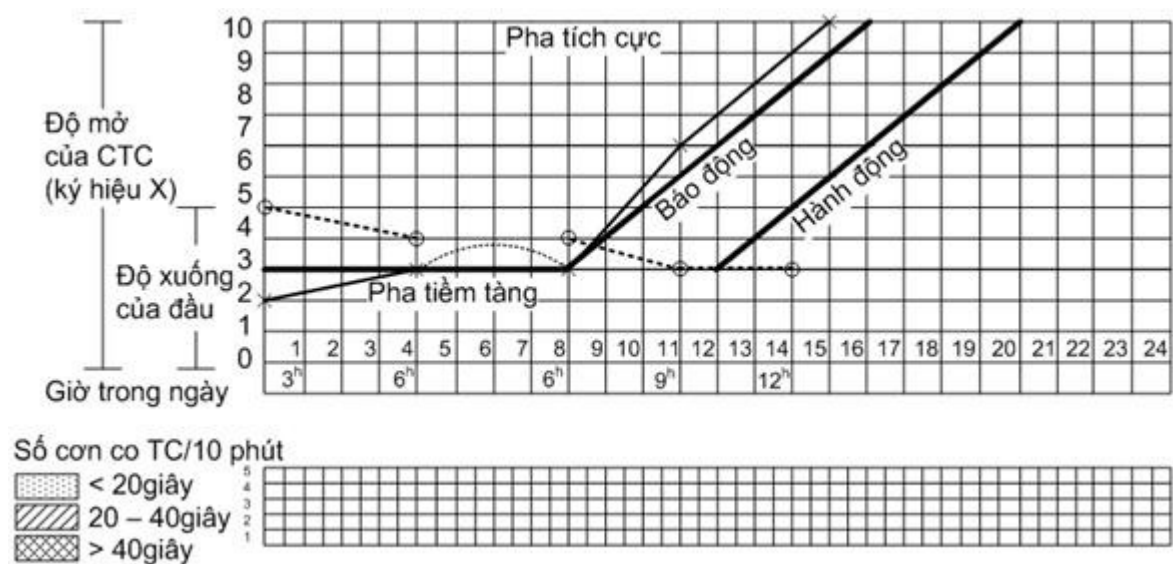
Hình 5.8 là một biểu đồ chuyển dạ có đường biểu diễn độ mở cổ tử cung đi lệch sang bên phải của đường báo động. Như vậy trong pha tích cực mỗi giờ cổ tử cung không mở được 1cm, báo hiệu cuộc chuyển dạ có thể kéo dài, cần chuyển tuyến để sản phụ được xử trí kịp thời ở tuyến trên.



Hình 5.8. Biểu đồ chuyển dạ có khả năng kéo dài

Hình 5.9 là một biểu đồ chuyển dạ có đường biểu diễn mở cổ tử cung bình thường (đi bên trái của đường báo động), nhưng biểu diễn sự tiến triển của ngôi lại bất thường (ngôi thai không tiến triển), đồng

thời về cơn co tử cung lại thấy tăng cả về tần số và cường độ, biểu hiện một tình trạng bất tương xứng giữa ngôi thai và khung xương chậu bà mẹ, có thể dẫn đến dọa vỡ tử cung nếu không được chuyển sớm và mức độ tiến triển của ngôi thai.



Hình 5.9. Biểu đồ chuyển dạ bất thường về cơn co tử cung và mức độ tiến triển của ngôi thai

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

- Nêu bốn giai đoạn của chuyển dạ đẻ :
 - A.
 - B.
 - C.
 - D. Giai đoạn 2h đầu sau đẻ
- Nêu bốn triệu chứng cơ năng của chuyển dạ đẻ.
 - A.
 - B.
 - C.
 - D. Ra nước ối hoặc ra một vài giọt máu
- Nêu tiến triển của cơn co tử cung trong cuộc chuyển dạ.
 - A. Tần số: tăng dần
 - B.
 - C.
 - D.
- Ba loại đầu ối là.
 - A.
 - B.
 - C.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

Câu	Nội dung	A	B
5	Giai đoạn 1a của chuyển dạ đẻ từ khi cổ tử cung mở 0cm đến khi mở được 3cm		
6	Giai đoạn 1b của chuyển dạ đẻ từ khi cổ tử cung mở 4cm đến khi cổ tử cung mở hết.		
7	Đặc điểm của cơn co tử cung khi chuyển dạ gây đau xuất hiện theo ý muốn của sản phụ.		
8	Khi chuyển dạ cơn đau sản phụ xuất hiện trước cơn co tử cung và mất sau		

	khi hết cơn co tử cung.		
9	Cổ tử cung mở là hiện tượng lõ trong giãn dần ống cổ tử cung ngăn lại.		
10	Giai đoạn 4 của chuyển dạ là 2 giờ đầu sau đẻ.		
11	Trong cuộc chuyển dạ đẻ cần theo dõi: cơn co tử cung, xoá mở cổ tử cung và ối.		
12	Khi chuyển dạ sản phụ chưa con so cổ tử cung xoá hết rồi mở.		
13	Cổ tử cung xoá là hiện tượng giãn lõ ngoài cổ tử cung.		
14	Khi chuyển dạ sản phụ chưa con so cổ tử cung vừa xoá vừa mở.		
15	Đầu ối dẹt là lượng nước ối giữa màng ối và ngôi thai nhiều, ngôi bình chỉnh tốt.		
16	Đầu ối phồng là lượng nước ối giữa màng ối và ngôi thai ít ngôi thai bình chỉnh không tốt, ngôi bất thường.		
17	Đầu ối quả lê do màng ối không còn tính chun giãn gặp khi thai chết lưu.		
18	Khi chuyển dạ sản phụ dễ bị mệt mỏi do lo lắng, ăn uống kém, đau bụng...		

Chọn trả lời đúng nhất trong các câu từ 19 đến 26

19. Chuyển dạ đẻ thai đủ tháng thường xảy ra khi thai được:
- A. Trên 42 tuần C. 32 – 36 tuần
 B. 38 – 42 tuần D. Dưới 32 tuần
20. Dấu hiệu có giá trị phát hiện chuyển dạ thực sự là:
- A. Ra nước âm đạo C. Thành lập đầu ối
 B. Ra nhầy hồng D. Cơn co tử cung thực sự
21. Thời gian chuyển dạ trung bình đối với con so là:
- A. 12 – 16 giờ C. 18 – 22 giờ
 B. 16 – 22 giờ D. 22 – 24 giờ
22. Thời gian chuyển dạ trung bình đối với con rạ là:
- A. 8 – 12 giờ C. 16 – 22 giờ
 B. 12 – 16 giờ D. Trên 22 giờ
23. Bình thường thời gian cổ tử cung xoá mở ở pha tiềm tàng tối đa là:
- A. 2 giờ C. 6 giờ
 B. 4 giờ D. 8 giờ
24. Bình thường thời gian mở cổ tử cung ở pha tích cực tối đa là:
- A. 3 giờ C. 7 giờ
 B. 5 giờ D. 8 giờ
25. Thời gian tối đa cho phép của giai đoạn sổ thai là:
- A. Dưới 15 phút C. Dưới 60 phút
 B. Dưới 30 phút D. Trên 60 phút
26. Tần số cơn co tử cung giai đoạn 1a thường là:
- A. 2 cơn/10 phút C. 4 cơn/10 phút
 B. 3 cơn/10 phút D. 5 cơn/10 phút

Bài 6

VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

MỤC TIÊU

1. Giải nghĩa được 6 thuật ngữ dùng trong vô khuẩn sản khoa.
2. Trình bày được các phương pháp vô khuẩn trong sản khoa.
3. Trình bày được các đối tượng cần vô khuẩn và các nguyên tắc vô khuẩn trong sản khoa.

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn trong sản khoa là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 2 cho các bà mẹ. Thực hiện vô khuẩn sản khoa là cách dự phòng ít tốn kém và có hiệu quả làm giảm tỷ lệ tử vong cho mẹ.

2. CÁC THUẬT NGỮ DÙNG TRONG VÔ KHUẨN SẢN KHOA

2.1. Vô khuẩn

Là thuật ngữ chung dùng trong các lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ để mô tả sự kết hợp các nỗ lực nhằm phòng ngừa sự xâm nhập của các vi sinh vật. Mục tiêu là giám sát hoặc loại trừ vi sinh vật gây bệnh.

2.2. Sát khuẩn

Là cách phòng nhiễm khuẩn bằng cách dùng hoá chất thích hợp để tiêu diệt hoặc ngăn chặn sự phát triển của vi sinh vật trên da và mô của cơ thể.

2.3. Khử nhiễm

Là cách xử lý bằng hoá chất đối với các dụng cụ sản khoa hoặc dịch- máu bám vào nền nhà, bàn thủ thuật để hạn chế số vi sinh vật trước khi làm sạch.

2.4. Làm sạch

Là quy trình tẩy bỏ có tính chất vật lý các vết máu, dịch bám trên dụng cụ, buồng thủ thuật...

2.5. Khử khuẩn cao

Là quy trình tiêu diệt hầu hết các vi sinh vật trừ nha bào.

2.6. Tiệt khuẩn

Là quy trình tiêu diệt hầu hết các vi sinh vật kể cả nha bào.

3. CÁC PHƯƠNG PHÁP VÔ KHUẨN

3.1. Sát khuẩn

Sử dụng các dung dịch như: polyvidoniudin, cồn 70^o, cồn 90^o và cồn iode 0,5 – 1% để sát khuẩn da... trước và sau khi làm thủ thuật, cồn iod 3% để sát khuẩn rốn.

3.2. Khử nhiễm

Là phương pháp ngâm dụng cụ đã sử dụng trong dung dịch: cloraminB, chlorine 0,5% trong thời gian 10 phút.

3.3. Rửa sạch

Dụng cụ sau khi khử nhiễm dụng cụ phải rửa bằng bàn chải, xà phòng sau đó xả dưới vòi nước chảy.

3.4. Khử khuẩn cao

– Luộc sôi: là phương pháp đơn giản dùng cho dụng cụ kim loại ở những nơi không có điều kiện hấp. Phương pháp này không tiêu diệt được nha bào uốn ván. Cho các dụng cụ cần luộc vào nồi cùng một lúc, đổ nước



Hình 6.1. Ngâm dụng cụ trong dung dịch khử nhiễm

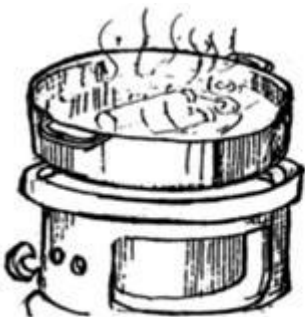


Hình 6.2. Rửa sạch dụng cụ sau ngâm khử nhiễm

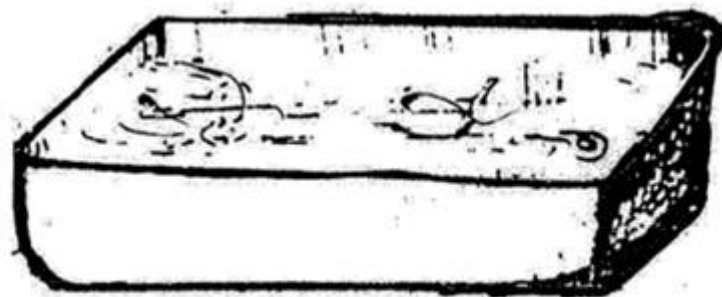
ngập dụng cụ rồi đậy kín nắp nồi. Luộc sôi trong 20 phút sau đó dùng ngay. Dụng cụ đã luộc không ngâm trong nước đến khi nguội.

– Ngâm cồn: là phương pháp vô khuẩn lạnh dùng để ngâm các dụng cụ bằng cao su, chất dẻo trong cồn 70^o hoặc 90^o với thời gian 20 phút.

– Ngâm trong hoá chất: ngâm ngập dụng cụ trong dung dịch chlorin 0,5% trong 20 phút (hoặc dung dịch Cidex)...



Hình 6.3. Luộc sôi dụng cụ



Hình 6.4. Ngâm dụng cụ trong dung dịch khử khuẩn

3.5. Tiệt khuẩn

Tiệt khuẩn là phương pháp đảm bảo vô khuẩn tốt nhất.

– Sấy khô: dùng cho các dụng cụ bằng kim loại chịu nhiệt độ cao. Tủ sấy cần đạt 170° trong 1 giờ hoặc 160° trong 2 giờ. Sử dụng sau khi để nguội từ 1 đến 1 giờ 30 phút. Sau 72 giờ không dùng phải sấy lại, phải ghi ngày và tên người hấp vào hộp. Đặt dụng cụ trong tủ sấy cách thành tủ trên 3 cm để nhiệt độ tỏa đều.

– Hấp ướt: dùng để hấp các dụng cụ không bị hơi nước nóng làm hỏng như cao su, thủy tinh. Với nồi hấp 612G có 6 ốc giữ nắp thì nhiệt độ cần đạt là 121° và áp suất 7kg. Hộp hấp phải có lỗ mở khi hấp, che lại khi đã hấp xong để đảm bảo vô khuẩn dụng cụ.

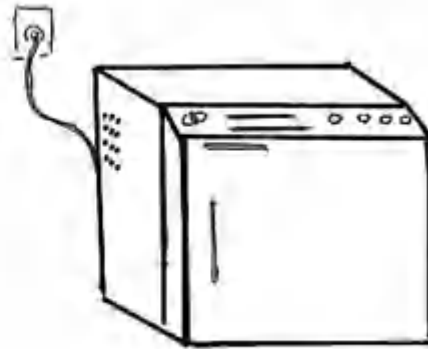
– Dụng cụ bằng kim loại, đồ vải, dụng cụ có bọc, cần hấp trong thời gian 30 phút.

– Dụng cụ bằng cao su, thủy tinh, dụng cụ không có bọc, cần hấp trong thời gian 20 phút.

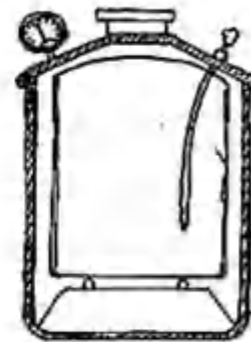
Các dụng cụ hấp cần có chất chỉ thị màu: bột lưu huỳnh.

– Ngâm lạnh: ngâm dụng cụ trong hoá chất trong 10 giờ.

Công tác khử khuẩn, tiệt khuẩn phải được kiểm tra theo dõi bằng nuôi cấy vi khuẩn.



Hình 6.5. Tủ sấy khô



Hình 6.6. Nồi hấp ướt

4. CÁC ĐỐI TƯỢNG CẦN KHÔNG CHẾ NHIỄM KHUẨN

4.1. Dụng cụ cần vô khuẩn

– Dụng cụ bằng kim loại như kẹp, kéo... sau khi chải kỹ các khe kẽ dưới vòi nước, sau đó sấy khô hoặc luộc. Không nên đốt cồn có thể làm hỏng dụng cụ.

– Dụng cụ bằng vải, bông, gạc... sau khi làm sạch máu, chất bẩn phải hấp ướt không sấy khô. Băng rôn có thể mua đóng sẵn dùng 1 lần.

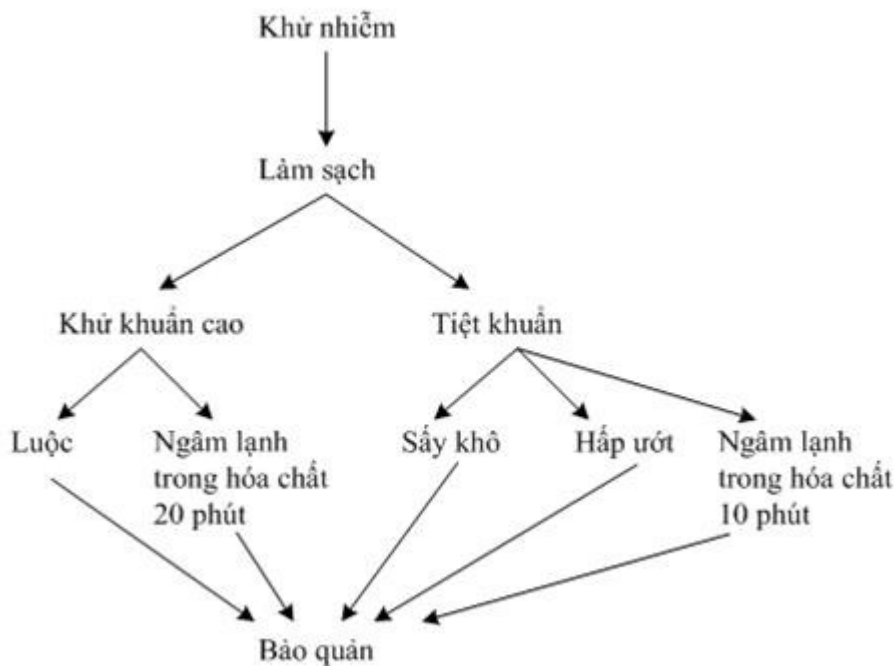
– Dụng cụ bằng cao su: găng, ống thông... dùng phương pháp hấp ướt hoặc luộc sôi. Găng thủ thuật nên dùng 1 lần.

– Dụng cụ bằng nhựa: dây hút, bơm hút... tiệt khuẩn lạnh, nên dùng 1 lần.

– Dụng cụ bằng thủy tinh: rửa kỹ bên trong, bên ngoài sau đó hấp ướt hoặc luộc sôi.

– Các dụng cụ tốt nhất nên sử dụng một lần, loại đã được tiệt khuẩn và bao gói theo phương pháp công nghiệp.

– Dụng cụ dùng lại phải xử lý theo quy trình:



4.2. Thầy thuốc

Cần không chế nhiễm khuẩn từ thầy thuốc đến sản phụ và ngược lại.

– Quan trọng nhất là bàn tay sạch (trong đó rửa tay là kỹ thuật đơn giản, quan trọng nhất để phòng nhiễm khuẩn).

– Quần áo, khẩu trang thường xuyên giặt sạch sẽ bằng xà phòng, phơi nắng, tốt hơn nữa phải là hoặc hấp.

4.3. Sản phụ

Quan trọng nhất là giữ sạch vùng đẻ, vùng mổ bằng cách hướng dẫn vệ sinh cá nhân và bộ phận sinh dục ngoài, sát khuẩn trước khi làm thủ thuật.

4.4. Môi trường

Khi làm thủ thuật phải đảm bảo 3 sạch: bàn tay sạch, âm hộ–tàng sinh môn sạch, dụng cụ đỡ đẻ sạch. Ngoài ra còn phải đảm bảo môi trường xung quanh sạch.

5. CÁC NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN

5.1. Cán bộ y tế

– Vào phòng thủ thuật phải thay guốc dép.

– Khi làm thủ thuật phải mặc áo choàng, đội mũ đúng quy cách, nếu cần phải đeo kính bảo vệ mắt. Nhân viên y tế có bệnh lây truyền, bệnh ngoài da không được phục vụ trong phòng thủ thuật.

– Móng tay cắt ngắn, rửa tay sạch và vô khuẩn đúng quy cách.

– Đi găng vô khuẩn khi làm thủ thuật.

5.2. Sản phụ

Sản phụ trước khi đẻ cần:

– Tắm rửa và thay quần áo sạch.

– Rửa sạch âm hộ–tàng sinh môn trước và sau mỗi lần thăm khám.

– Sát khuẩn âm hộ–tàng sinh môn trước và sau khi làm thủ thuật.

– Nếu có người nhà trong phòng đẻ cũng cần mặc trang phục như cán bộ y tế.

5.3. Môi trường

- Phòng khám, phòng đẻ riêng biệt và xa các nơi khó giữ vệ sinh như nhà bếp, nhà vệ sinh.
- Phòng đẻ phải sạch sẽ khô ráo, có hệ thống trần, tường, cửa, nền nhà đảm bảo các yêu cầu để duy trì vệ sinh. Tường ốp gạch hoặc quét sơn cao 1,6–1,8m.
- Sau mỗi ca đẻ những nơi có dính máu như tường, nền nhà phải được tẩy uế bằng dung dịch cloramin trước khi rửa sạch.
- Định kỳ tổng vệ sinh hàng tuần sau đó đốt formol, chiếu tia cực tím.
- Xử lý chất thải y tế: chất thải y tế là một trong những nguồn ô nhiễm lớn nhất đối các cơ sở đỡ đẻ, chữa bệnh nếu không được xử lý tốt.
- + Các chất thải y tế sau khi sử dụng phải được thu gom và phân loại để xử lý theo quy định.
- + Chất thải lỏng phải có hệ thống xử lý trước khi thải ra đường dẫn chung, đường dẫn phải kín và định kỳ cho thuốc sát khuẩn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu sau

1. Vô khuẩn là thuật ngữ chung dùng trong các lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ để mô tả sự kết hợp các nỗ lực nhằm phòng ngừa sự(A)..... của(B)..... vào các bộ phận trong cơ thể.
2. Sát khuẩn là cách dùng(A)..... để tiêu diệt hoặc ngăn chặn sự phát triển của vi sinh vật trên(B)..... của cơ thể.
3. Làm sạch là quá trình tẩy bỏ có tính chất(A)..... các vết máu, vết dịch bám trên(B).....
4. Khử khuẩn cao là quá trình(A)..... hầu hết vi sinh vật trừ(B).....
5. Tiệt khuẩn là quá trình tiêu diệt hết các(A)..... kể cả(B).....
6. Nêu bốn đối tượng cần khống chế nhiễm khuẩn trong sản khoa:
A.
B.
C.
D. Môi trường
7. Quá trình xử lý dụng cụ để dùng lại là:
A.
B.
C. Khử khuẩn cao – tiệt khuẩn.
D.
8. Kể tên ba phương pháp khử khuẩn cao trong sản khoa:
A. Luộc sôi
B.
C.
9. Luộc sôi là phương pháp đơn giản dùng cho dụng cụ(A)..... nhưng không tiêu diệt được(B).....

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

Câu	Nội dung	A	B
10	Ở những nơi không có điều kiện hấp, dụng cụ cần được luộc sôi 1000C trong thời gian 20 phút.		
11	Dụng cụ luộc xong để trong nước cho đến khi nguội mới được dùng.		

12	Tiệt khuẩn là phương pháp tốt nhất đảm bảo vô khuẩn nhất.		
13	Công tác khử khuẩn, tiệt khuẩn phải được kiểm tra và theo dõi thường xuyên bằng nuôi cấy vi khuẩn.		
14	Phòng đẻ cần được định kỳ tổng vệ sinh hàng tuần sau đó phải đốt foomon hoặc chiếu tia cực tím.		
15	Chất thải y tế không được xử lý tốt là một trong những nguồn ô nhiễm lớn nhất.		
16	Chất thải như kim tiêm, bông, băng sau dùng phải tiêu hủy.		
17	Chất thải lỏng không cần xử lý trước khi thải ra đường dẫn chung.		
18	Khống chế nhiễm khuẩn quan trọng nhất là bàn tay sạch với thầy thuốc.		
19	Ngâm cồn là phương pháp vô khuẩn lạnh đối với các loại dụng cụ.		
20	Tiệt khuẩn dụng cụ còn máu, chất hữu cơ bằng phương pháp ngâm lạnh trong hoá chất không có tác dụng		

Chọn câu trả lời đúng cho các câu từ 21 đến 30

21. Dụng cụ xếp trong tủ sấy phải đặt cách thành tủ là:
 - A. 1 cm
 - B. 2 cm
 - C. 3 cm
 - D. 4 cm
22. Dụng cụ sau khi sấy khô thời gian để nguội từ:
 - A. Dùng ngay
 - B. 15 – 30 phút
 - C. 30 phút – 1 giờ
 - D. 1 giờ – 1giờ30 phút
23. Dụng cụ không dùng phải sấy lại sau:
 - A. 24 giờ
 - B. 36 giờ
 - C. 48 giờ
 - D. 72 giờ
24. Trong thời gian 1h nhiệt độ trong tủ sấy cần đạt từ:
 - A. 160⁰C
 - B. 170⁰C
 - C. 180⁰C
 - D. 190⁰C
25. Phòng đẻ tường phải ốp gạch men hoặc quét sơn cao từ:
 - A. 1m – 1,2m
 - B. 1,2 – 1,4m
 - C. 1,4 – 1,6m
 - D. 1,6 – 1,8m
26. Phương pháp tiệt khuẩn sấy khô dùng cho dụng cụ.
 - A. Kim loại chịu nhiệt độ cao.
 - B. Cao su.
 - C. Vải.
 - D. Thủy tinh.
27. Các dụng cụ hấp cần có chất chỉ thị màu là:
 - A. Bột sắt.
 - B. Lưu huỳnh.
 - C. Phospho.
 - D. Magiê.
28. Dụng cụ bằng cao su, chất dẻo thường được khử khuẩn lạnh bằng:
 - A. Cồn 70⁰ – 90⁰
 - B. Cồn iốt 1%.
 - C. Cồn iốt 2%.
 - D. Cồn iốt 3%.
29. Để khử khuẩn dụng cụ bằng cao su, chất dẻo cần ngâm trong cồn với thời gian là:
 - A. 10 phút.
 - B. 20 phút.
 - C. 40 phút.
 - D. 60 phút.

30. Tiệt khuẩn dụng cụ kim loại bằng phương pháp sấy khô ở nhiệt độ 160° cần duy trì trong thời gian là:
- A. 1 giờ
 - B. 1 giờ 30
 - C. 2 giờ
 - D. Trên 2 giờ

Bài 7

ĐỠ ĐẸ THƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Kể được 6 nội dung cần chuẩn bị cho đỡ đẻ ngôi chòm.
2. Trình bày được các bước cơ bản khi tiến hành đỡ đẻ ngôi chòm tại bàn và tại giường.
3. Trình bày được nội dung chăm sóc sản phụ trong đỡ đẻ ngôi chòm.

1. ĐẠI CƯƠNG

– Đỡ đẻ là sự tham gia, can thiệp chủ động của thầy thuốc hoặc nữ hộ sinh, điều dưỡng vào giai đoạn II, III của cuộc chuyển dạ để giúp cho sản phụ sinh đẻ được an toàn cho mẹ và con theo đường âm đạo, không cần can thiệp trừ trường hợp cắt nới tầng sinh môn.

– Tùy theo ngôi thế của thai, thao tác đỡ đẻ cho mỗi ngôi sẽ có điểm khác nhau.

– Tuyên y tế cơ sở chỉ được đỡ đẻ ngôi chòm không có nguy cơ cao trong thai nghén và trong chuyển dạ.

Trong bài này chúng tôi xin trình bày phần đỡ đẻ ngôi chòm.

2. Chuẩn bị cho đỡ đẻ ngôi chòm

2.1. Nơi đẻ

Phòng đẻ, có giường đẻ, khay chứa nước bẩn và có bục lên xuống bàn đẻ, có ghế cho điều dưỡng viên ngồi theo dõi cuộc đẻ.

2.2. Người đỡ đẻ

Nữ hộ sinh, y sĩ hay bác sĩ chuyên khoa. Ngoài người đỡ chính cần người đỡ phụ (có thể là người nhà – cần hướng dẫn trước). Người đỡ đẻ phải đội mũ, đeo khẩu trang y tế, đi găng.

2.3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ: đầy đủ, để đúng vị trí, khi cần là có ngay.
- Bộ khâu, cắt tầng sinh môn.
- Phương tiện chăm sóc sơ sinh.
- Thuốc thiết yếu.
- Đèn gù chiếu sáng và nguồn điện của nó.
- Dung dịch rửa tay nhanh

2.4. Thai phụ

– Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.

– Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo nếu không tự đi được và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đi được thì thông tiểu.

- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi, trái khăn vô khuẩn.

3. TƯ THẾ SẢN PHỤ

– Sản phụ lựa chọn tư thế. ở nước ta, ngoài tư thế đẻ ngòai ở một số địa phương miền núi, tư thế đẻ chủ yếu là nằm ngửa, đầu và thân hơi cao.

3.1. Đẻ tại bàn đẻ

- Bàn đẻ cao 0,80m, thiết kế có chỗ để chân để đáp ứng tư thế sản khoa: sản phụ nằm ngửa, đầu và lưng hơi cao, khớp gối và khớp háng nửa gấp, đùi giạng và hỗ trợ sức rặn.
- Tư thế này không rặn khoẻ như tư thế ngòai xòm nhưng có nhiều lợi ích:
 - + Sức rặn hướng vào chính giữa âm môn.
 - + Có thời gian để chuẩn bị cho tầng sinh môn giãn nở, khi đẻ đỡ rách tầng sinh môn.
 - + Ngoài đỡ đẻ thường, có thể làm các thủ thuật đường dưới như: forceps, giác hút, xoay thai, cắt khâu tầng sinh môn, bóc rau, kiểm soát tử cung mà không phải chuyển đổi tư thế sản phụ.

3.2. Đẻ tại giường đẻ

- Giường đẻ dài hơn, rộng hơn và thấp hơn bàn đẻ (cao 0,60 m)
- Ưu điểm: nằm thoải mái, không sợ đẻ rơi con xuống nền nhà, được sử dụng ở những nơi phòng chờ đẻ và phòng đẻ là một.
- Thích hợp với đẻ thường, không phải can thiệp gì, đẻ tại nhà.

3.3. Các tư thế khác (chưa áp dụng ở nước ta)

- Tư thế nằm nghiêng (tư thế người Anh)
- Tư thế quỳ ở một số nước đạo hồi.

4. TƯ THẾ NGƯỜI ĐỠ ĐẸ

4.1. Đỡ đẻ tại bàn

Hộ sinh đứng giữa hai đùi, chéch sang bên phải (nếu thuận tay phải), dụng cụ để một bàn chuyên dùng.

4.2. Đỡ đẻ tại giường

Nếu thuận tay phải, ngòai bên phải sản phụ. Dụng cụ để phía cuối giường trong một khay vô khuẩn có trái săng vô khuẩn.

Đỡ đẻ đúng lúc:

- Không muộn quá, không sớm quá.
- + Đỡ muộn quá sẽ giảm phần hỗ trợ tích cực của Điều dưỡng, có nguy cơ đẻ rơi.
- + Đỡ sớm quá sẽ chưa có tác dụng, có thể nhận định không chính xác dẫn đến rặn lâu không chuyển.

– Đúng lúc:

- + Cổ tử cung mở hết.
- + Ổi vỡ (chưa vỡ thì bầm ối)
- + Ngòai thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.
- + Các thao tác hầu hết làm trong cơn rặn của sản phụ.

– Người hộ sinh phải đứng cạnh sản phụ từ lúc có cơn rặn và trước khi âm môn nở tròn, tầng sinh môn giãn làm lộ âm môn hướng lên trên và ra trước. Đây là những dấu hiệu cho biết công việc đỡ đẻ sắp bắt đầu.

- Cần thận trọng để phòng có thể sỏ thai lúc người Điều dưỡng đi rửa tay.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Nguyên tắc

– Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và khi có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung, không được đẩy bụng.

– Ở thì lọt xuống và quay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xoá mở cổ tử cung, khi tới thì lọt, cổ tử cung mở hết mới cho sản phụ rặn.

– Thời gian của một cuộc đẻ bình thường tính từ khi cổ tử cung mở hết ở người con so là 40 phút, ở người con rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp.

– Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi nhịp tim thai thường xuyên, ít nhất 10 phút một lần.

5.2. Đỡ đẻ tại bàn kiểu số chằm mu

5.2.1. Đỡ chằm

– Bàn tay thuận giữ tầng sinh môn: chỉ giữ trong cơn sản phụ rặn.

+ Đặt một miếng gạc vô khuẩn hoặc săng vô khuẩn vừa che được tầng sinh môn và hậu môn, vừa thêm được độ dày cho lòng bàn tay áp sát vào tầng sinh môn.

+ Bàn tay úp ngang, ngón cái một bên, các ngón còn lại ở một bên

+ Bàn tay kia dùng 4 đầu ngón ấn xuống cho chằm cúi. Động tác này hỗ trợ trực tiếp cho chằm số. Lúc đầu âm môn còn mở nhỏ (4 – 5 cm), cần thận trọng không để các đầu ngón làm thương tổn vùng tiền đình.

5.2.2. Đỡ mặt

Nguyên tắc là giúp mặt ngửa từ từ, sản phụ không rặn.

• Tay giữ tầng sinh môn (hình 7.1)

Vị trí và tác động giống như động tác giữ tầng sinh môn của đỡ chằm nhưng lực giữ phải tăng cường hơn với mục đích cho trán ra từ từ để tầng sinh môn có điều kiện giãn nở, đỡ rách.

• Tay hướng cho mặt số (hình 7.2)

– Các đầu ngón tay quay xuống dưới hướng cho trán và mặt ngửa lên. Cần chú ý nhất lúc số trán vì đường kính dưới chằm – trán (10,5 cm) là đường kính số lớn nhất của chằm mu.

– Trường hợp đẻ con so hoặc đầu thai to có thể dùng bàn tay này lách cho từng bướu đỉnh số, thay thế đường kính 2 đỉnh 9,5 cm bằng đường kính đỉnh – thái dương nhỏ hơn.



Hình 7.1. Giữ tầng sinh môn trong cơn rặn
Động tác này hỗ trợ giữ trán lại cho chằm số.



Hình 7.2. Hướng cho mặt sỏ

Khi đỡ chằm các đầu ngón hướng lên trên thì bây giờ, hướng cho trán và mặt ngửa lên.

• Sau khi mặt sỏ hết, đầu sẽ có 2 động tác quay:

- Quay thứ nhất: trở lại vị trí ban đầu.
- Quay thứ hai: quay theo vai vì trước khi sỏ vai phải quay từ đường kính chéo về trước sau.
- Tổng hai lần quay nếu lưng trái chằm sẽ về trái ngang, nếu lưng phải chằm sẽ về phải ngang. Người hộ sinh quan sát xem đầu có xu thế quay về bên nào thì giúp cho chằm quay về bên đó.
- Khi đầu đã sỏ hết, hút dịch ở miệng thai nhi bằng ống hút, hoặc dùng một miếng gạc vô khuẩn quấn vào một ngón tay móc nhẹ nhàng trong miệng thai nhi.
- Xử trí dây rốn quấn cổ nếu có: dây rốn lỏng gỡ qua đầu hoặc gỡ qua vai. Nếu quấn cổ hai vòng cặp cắt giữa hai kẹp. Xử trí lủng túng dây rau quấn cổ có thể làm trẻ ngạt.

5.2.3. Đỡ vai trước

Hộ sinh đứng giữa, hai tay áp vào vùng tai – má thai nhi, ngón trỏ giữa ôm vùng hàm kéo đầu xuống trong con rặn cho vai trước sỏ đến bờ dưới cơ Delta dừng lại.

5.2.4. Đỡ vai sau

- Tay giữ tầng sinh môn.
- Tay hướng đầu thai nhi lên trên cho vai sau sỏ.

5.2.5. Đỡ mông và chân

Chú ý không để rơi bé

- Tay đỡ đầu và thân thai nhi nằm ngang
- Tay đỡ mông luôn ngón trỏ vào giữa hai cổ chân ở vị trí chắc chắn nhất.

5.3. Đỡ đẻ tại bàn kiểu sỏ chằm cùng

Chiếm 1 – 2 % khi đỡ ngôi chòm.

5.3.1. Đỡ trán

Một tay giữ tầng sinh môn (giữ chằm) để sức rặn đẩy phần trán phía trước sỏ, một tay giúp đầu ngửa tới góc mũi thì dừng lại.

5.3.2. Đỡ chằm

Sức rặn dồn về phía sau vì lực cản lúc này ít hơn đẩy cho chằm tiến: giúp đầu cúi hết khi dưới chằm đến bờ sau âm hộ.

5.3.3. Khi chằm sỏ hết

- Mặt tiếp tục ngửa cho phần còn lại sỏ hết, nhắc sản phụ thôi không rặn.
- Đường kính sỏ lớn nhất của ngôi là chằm – trán 11,5cm dễ gây rách tầng sinh môn, do đó phải cắt

nới tầng sinh môn rộng rãi để ngôi dễ sổ hoặc phải can thiệp forceps, giác hút.

5.3.4. Đỡ vai, đỡ mông: giống như đỡ ngôi kiểu sổ chằm mu

5.4. Đỡ đẻ tại giường

5.4.1. Đỡ chằm

- Tay thuận giữ tầng sinh môn.
- Tay kia giữ vào vùng chằm cho đầu cúi.



Hình 7.3. Đỡ chằm (Đẻ tại giường)

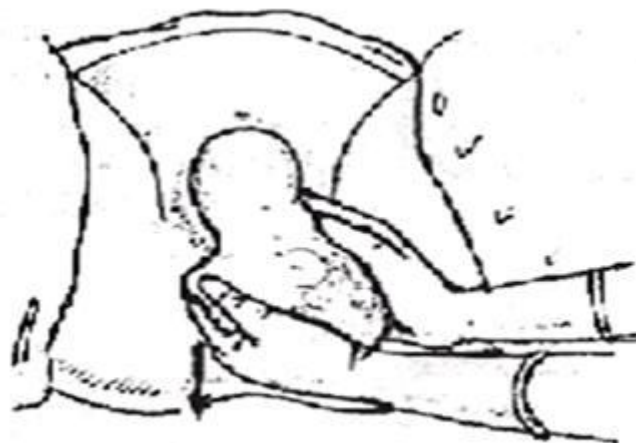
5.4.2. Đỡ mặt

- Tay thuận giữ tầng sinh môn.
- Tay kia hướng cho mặt ngửa lên.

5.4.3. Xử trí phần đỡ cổ: hút nhót, xử trí dây rau quấn cổ như đỡ tại bàn

5.4.4. Đỡ vai trước

Hai tay áp vào trên và dưới mặt, kéo đầu xuống cho vai trước sổ



Hình 7.4. Đỡ vai trước

5.4.5. Đỡ vai sau

Một tay giữ tầng sinh môn. Một tay nâng đầu lên cho vai sau sổ.



Hình 7.5. Đỡ vai sau

5.4.6. Đỡ hông và chân

- Tay giữ đầu, tay đỡ thân, kéo cho thân, hông và chân sỏ.
- Đặt trẻ trên bụng mẹ và kẹp cắt rốn.

6. CÁC HỖ TRỢ KHÁC KHI ĐỠ NGÔI CHỖM

6.1. Hỗ trợ tinh thần

- Phải thật sự thông cảm, động viên an ủi sản phụ, trước khi làm thủ thuật phải thông báo giải thích để sản phụ hợp tác tốt.
- Sự có mặt của người nhà cũng là một hỗ trợ tinh thần tốt.
- Thường xuyên thông báo tiến độ đẻ sản phụ vững tâm.

6.2. Hỗ trợ sức rặn

- Hướng dẫn, động viên sản phụ cố gắng trong mỗi cơn rặn, giúp tăng cơn co bằng phản xạ vú – tử cung hoặc kích thích trực tiếp vào tử cung qua thành bụng.
- Trong đỡ đẻ ngôi chỏm, chủ yếu là đẻ tự nhiên nhưng nếu hỗ trợ mà có tác dụng thì cũng nên làm và tránh những hỗ trợ phản tác dụng.



Hình 7.6. Đờ đê tại giường

7. CHĂM SÓC SẢN PHỤ TRONG ĐỜ ĐỂ NGÔI CHỜM

7.1. Nhận định

- Bước chuyển từ giai đoạn 1 sang giai đoạn 2 để chuẩn bị đỡ đẻ.
- Sức khoẻ người mẹ: toàn trạng, dấu hiệu sống, sức rặn.
- Thai nhi: tim thai, kiểu sổ.
- Tiến độ và các biến chứng có thể gặp trong giai đoạn sổ thai.

7.2. Các vấn đề cần chăm sóc

- Khi nào thì chuyển sản phụ từ phòng chờ đẻ sang phòng đẻ.
- Tư thế đẻ.
- Số người chăm sóc: Hợp đồng giữa những người chăm sóc (có thể sử dụng cả người nhà – cần hướng dẫn trước).
- Có thể khuyến khích, hướng dẫn, hỗ trợ sức rặn.
- Theo dõi sức khoẻ người mẹ: tần số mạch, huyết áp, thân nhiệt...
- Theo dõi con co tử cung: thời gian, khoảng cách, cường độ của mỗi con co tử cung.
- Theo dõi sự tiến triển của ngôi thai.
- Theo dõi sức khoẻ con: tần suất nghe tim thai.
- Chuẩn bị phương tiện đỡ đẻ: Chuyển từ nơi bảo quản sang vị trí sử dụng ở thời điểm thích hợp.
- Phương tiện chăm sóc con ngay sau đẻ.

7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

(1) Chuyển thai phụ sang phòng đẻ. Thời điểm:

– Con rạ: cuối giai đoạn mở (lúc chuyển tiếp của giai đoạn 1 và 2)

– Con sơ: ở đầu giai đoạn 2.

– Có thể diu sang phòng đẻ hoặc chuyển bằng cáng nếu cần.

(2) Tổ chức kíp đỡ đẻ: tối thiểu 2 người. Người phụ cần phải biết giúp người chính những việc gì?

Phải mặc áo mũ y tế và mang khẩu trang khi các hộp vô khuẩn đã mở.

(3) Sẵn sàng các phương tiện đỡ đẻ, đặt đúng vị trí.

(4) Kiểm tra các phương tiện ủ ấm sơ sinh, hơ ấm tã lót trước khi trời lạnh.

(5) Kiểm tra vận hành thử các phương tiện chữa ngạt sơ sinh.

(6) Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài trước và sau thăm trong. Thay vải hoặc nilông sau mỗi lần rửa.

(7) Theo dõi thể trạng người mẹ, các dấu hiệu sống.

– Mạch

– Huyết áp

– Thân nhiệt

– Hô hấp

Nếu các thông số tốt, cần theo dõi ít nhất một lần trước, một lần ngay sau khi đỡ đẻ. Kiểm tra lại các dấu hiệu sống ngay nếu thấy sản phụ khó thở, tím tái.

(8) Có cần hỗ trợ sức rặn (khi rặn yếu)

(9) Có cần giảm đau (khi cắt tầng sinh môn)

(10) Người đỡ: rửa tay, đi găng. Trong lúc rửa tay phải có người phụ hoặc phải quan sát tránh đẻ rơi.

7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Mười nội dung của kế hoạch chăm sóc cần được thực hiện trong trường hợp cụ thể.

– Đối với bước (1): tùy mức độ, có thể thai phụ tự đi, diu bế, cáng...

– Đối với bước (2): trường hợp chỉ có một nhân viên đỡ đẻ, cần sử dụng người nhà.

– Các bước từ (3) đến (6): thực hiện theo thường quy.

– Đối với bước (7): nên phân công cho người phụ giúp. Nếu chỉ có một người, phải thường xuyên quan sát nét mặt, hô hấp.

– Với các bước (8) và (9): bình thường không phải can thiệp gì.

– Với bước (10): người hộ sinh phải có mặt đúng lúc để có thể rửa tay đúng quy cách, tránh trường hợp đi găng để đỡ bé.

7.5. Đánh giá

– Tốt: cuộc đẻ an toàn cho cả mẹ và con, đảm bảo vô khuẩn.

– Chưa tốt: khi mẹ bị chấn thương đường sinh dục gây chảy máu nhiều hoặc con suy hô hấp.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu sau

1. Kể sáu nội dung cần chuẩn bị khi đỡ đẻ ngôi chỏm:

A.

B.

C.

D. Thuốc thiết yếu.

E. Thai phụ.

F. Người đỡ và người phụ trong lúc đỡ đẻ.

2. Ba lợi ích của tư thế sản khoa là:
 - A.
 - B.
 - C.
3. Ba tư thế đẻ ngôi chỏm là:
 - A.
 - B.
 - C.
4. Hai vấn đề cần hỗ trợ khi đỡ đẻ ngôi chỏm là:
 - A.
 - B.
5. Hai thì đỡ đầu trong đỡ đẻ ngôi chỏm sổ chằm mu là:
 - A.
 - B.
6. Hai thì đỡ vai trong đỡ đẻ ngôi chỏm sổ chằm mu là:
 - A:
 - B:
7. Hai thì đỡ đầu trong đỡ đẻ ngôi chỏm sổ chằm cùng là:
 - A.
 - B.
8. Hai cách xử trí dây rau quấn cổ là:
 - A.
 - B.
9. Hai động tác quay khi mặt sổ hết trong đỡ đẻ ngôi chỏm là:
 - A.
 - B.
10. Hai cách kích thích cơn co tử cung cho sản phụ bằng cơ học là:
 - A.
 - B.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai.

STT	Nội dung	A	B
11	Khi xử trí dây rau quấn cổ chặt hoặc quấn nhiều vòng phải cắt dây rau giữa 2 kẹp trước khi đỡ thai tiếp để tránh chảy máu dây rau phía con dễ ngạt cho trẻ.		
12	Khi đầu thai nhi quay chậm, người hộ sinh dùng tay giúp đầu thai nhi quay tiếp		
13	Đỡ đẻ đúng lúc là tiến hành đỡ đẻ khi đầu thai nhi thập thò, ló ra ở âm môn với đường kính khoảng 4 – 5cm.		
14	Khi cổ tử cung mở hết, đầu lọt người hộ sinh mới phải rửa tay chuẩn bị đỡ đẻ.		
15	Nguyên tắc đỡ đẻ ngôi chỏm là: giúp đầu cúi hết, ngửa từ từ.		
16	Trong cuộc đẻ người nhà có thể hỗ trợ sản phụ bằng cách vê đầu vú theo sự hướng dẫn của người hộ sinh.		
17	Trong khi đỡ đẻ người hộ sinh cần thường xuyên thông báo cho sản phụ biết		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu 18 và 19

18. Khi đỡ đẻ ngôi chòm sổ chằm mu thì dễ gây rách tầng sinh môn nhất là:

- A. Đỡ chằm.
- B. Đỡ mặt.
- C. Đỡ vai trước.
- D. Đỡ vai sau.

19. Khi đỡ đẻ ngôi chòm tiến hành hút nhớt cho thai nhi tốt nhất khi:

- A. Đầu thai nhi sổ hết.
- B. Vai thai nhi sổ hết.
- C. Thai nhi sổ hết.
- D. Sau khi kẹp cắt rốn lần 1.

Bài 8

CHĂM SÓC SƠ SINH NGAY SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nhận định tình trạng sơ sinh ngay sau đẻ.
2. Trình bày được nội dung các bước chăm sóc sơ sinh sau đẻ có chỉ số Apgar bình thường.

1. ĐẠI CƯƠNG

Khi trong tử cung, thai nhi sống và phát triển nhờ hệ tuần hoàn rau thai. Sau đẻ, hệ tuần hoàn rau thai ngừng hoạt động, các chức năng sống của trẻ sơ sinh hoàn toàn độc lập. Sự thay đổi môi trường sống đột ngột có thể xảy ra các biến cố ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ sơ sinh. Vì vậy việc nhận định, chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ cần được quan tâm đặc biệt.

2. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẼ

Nhận định cần tập trung vào những vấn đề cấp thiết.

2.1. Diễn biến cuộc chuyển dạ, thai số bình thường hay phải can thiệp?

2.2. Tình trạng hô hấp

Trẻ đẻ ra khóc như thế nào: khóc ngay, chậm khóc hoặc không khóc, tiếng khóc như thế nào?

Tần số thở, nhịp độ, tiếng thở?

Sự giãn nở của lồng ngực, sự co kéo của cánh mũi, hõm ức,...?

Các tiếng thở bệnh lý?

2.3. Tình trạng tuần hoàn

Tần số, nhịp độ, cường độ của tiếng tim.

Có tiếng tim bệnh lý hay không?

2.4. Trương lực cơ

– Hoạt động, trạng thái của các chi?

– Trương lực của các cơ?

2.5. Phản xạ

– Phản xạ khóc, hắt hơi, bú (mút + nuốt)?

– Các phản xạ khác khi bị kích thích?

2.6. Tình trạng da niêm mạc

– Màu sắc của da, niêm mạc?

– Chất gầy trên da, sự bong da như thế nào?

2.7. Tình trạng khác

- Tuổi thai, cân nặng sơ sinh khi đẻ?
- Thân nhiệt, nhiệt độ của da?
- Sự nôn, trớ sau đẻ?
- Tình trạng rốn của sơ sinh?
- Hiện tượng ỉa phân su, tiểu tiện?
- Các dị tật thường gặp?

3. ĐÁNH GIÁ TRẺ SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ BẰNG CHỈ SỐ APGAR

Bảng chỉ số Apgar:

Các chỉ số/ Điểm	2	1	0
Nhịp tim	Trên 100 lần/phút	Dưới 100 lần/phút	Không có
Hô hấp	Khóc to, thở đều.	Khóc yếu, thở không đều.	Không thở.
Trương lực cơ	Tốt	Giảm	Mềm nhẽo
Phản xạ	Tốt	Giảm	Không phản xạ
Màu da	Hồng toàn thân	Tím đầu chi, quanh môi	Tím tái toàn thân hoặc trắng nhợt

Phải đánh giá chỉ số Apgar ở phút thứ nhất và phút thứ 5:

- + Điểm Apgar ở phút thứ nhất cho biết có cần hồi sức sơ sinh không?
- + Điểm Apgar ở phút thứ 5 cho biết tiên lượng về sơ sinh và là cơ sở để cho về với mẹ hoặc gửi vào phòng chăm sóc đặc biệt.
- + Trong điểm Apgar, điểm về nhịp tim được để lên hàng đầu, nếu không thấy nhịp tim thì phải hồi sức ngay, không cần đánh giá các chỉ số khác nữa.
- Tổng điểm của 5 nội dung trên được gọi là chỉ số Apgar.
- + Chỉ số Apgar 8 ÷ 10 điểm: trẻ bình thường, không cần hồi sức.
- + Chỉ số Apgar 4 ÷ 7 điểm: trẻ ngạt nhẹ, cần hồi sức thở.
- + Chỉ số Apgar 0 ÷ 3 điểm: trẻ ngạt nặng, cần hồi sức thở và hồi sức tim.

4. TRÌNH TỰ NỘI DUNG CHĂM SÓC

Trình tự nội dung chăm sóc dưới đây dành cho sơ sinh có chỉ số Apgar ngay sau đẻ 8 – 10 điểm.

4.1. Hút

Hút (hoặc lau) dịch miệng:

Trẻ bình thường dùng gạc lau.

Trẻ có nhiều dịch hoặc phân su phải hút.

- Thời điểm: ngay sau khi đầu sổ hoàn toàn (trước khi đỡ vai trước)
- Cách làm: dùng ống hút nhẹ dịch trong miệng khi đầu đã ở tư thế quay ngang.
- Mục đích: tránh trẻ hít phải dịch trong miệng khi bắt đầu thở. Nếu không hút có thể dùng gạc quấn vào đầu ngón tay út lau nhẹ trong miệng.

4.2. Cắt rốn

– Thời điểm cắt rốn: ngay sau khi thai sổ hoàn toàn.

– Cách làm:

+ Kẹp thứ nhất cách góc rốn của trẻ 10 – 15 cm.

+ Kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất 2 cm (trước khi kẹp chiếc kẹp thứ hai vuốt máu về phía mẹ để khi

cắt không bị bắn máu).

+ Cắt rốn giữa hai kẹp:

– Nếu có người phụ thì việc cắt rốn đơn giản. Nếu chỉ có một mình nên đặt bé nằm trước khi kẹp cắt. Khi không có chỗ đặt nằm thuận tiện có thể một tay giữ hai chân bé, tay kia lần lượt làm các thao tác kẹp cắt (cần thận trọng không để tuột tay).

4.3. Lau khô, ủ ấm

– Đặt trẻ nằm trên bàn chăm sóc. Trên bàn đã sắp sẵn khăn lau khô và cạnh bàn là phương tiện ủ ấm (khi trời lạnh). Một phương tiện mà hầu hết các cơ sở đỡ đẻ có thể làm là một bóng điện 150W. Trên bàn đã sắp sẵn mũ áo, tã lót để theo thứ tự dùng trước đặt trên dùng sau đặt dưới.

– Lau khô: dùng khăn mềm sạch lau khô lần lượt: mặt, đầu, gáy, ngực, bụng, lưng, tay, nách, chân, mông, bộ phận sinh dục, hậu môn.

– Ủ ấm: thay khăn ướt bằng khăn khô. Trời lạnh thì đội mũ, mặc áo trước khi làm rốn.

Nên khuyến khích ủ ấm cho trẻ bằng phương pháp chuột túi.

4.4. Làm rốn

– Đặt một miếng gạc vô khuẩn lên bụng phía trên rốn.

– Sát khuẩn cuống rốn từ gốc ra một đoạn chừng 5cm bằng cồn iode 5%

– Nếu dùng chỉ:

+ Buộc sợi một cách gốc rốn 2cm. Buộc chặt 3 lần nút (nút đẹt). Cắt chỉ cách nút buộc 1cm.

+ Buộc sợi hai cách sợi một 1cm. Chưa cắt chỉ (đầu chỉ này còn dùng để nâng móm cắt rốn).

+ Dùng một kẹp thẳng kẹp rốn ngoài sợi thứ hai khoảng 1,5cm

+ Cắt rốn giữa kẹp và sợi hai để lại móm cắt dài 1cm.

+ Cầm đầu chỉ sợi hai nâng móm cắt.

+ Thay gạc trên bụng, dùng gạc mới thay, nặn sạch máu đầu móm cắt, không chạm tay vào đầu móm cắt dù sau đỡ đẻ đã thay găng mới để làm rốn.

+ Chấm cồn iốt 3% hoặc 5% vào móm cắt.

+ Bọc móm cắt bằng gạc sạch mới. Cắt chỉ (sợi hai).

+ Băng rốn có thể dùng băng cuộn hoặc băng thun.

Nếu băng cuộn bắt đầu đặt băng từ rốn vòng quanh bụng bé 3 lần và gài đầu băng ở phía bên sườn.

– Nếu dùng kẹp rốn nhựa:

+ Kẹp rốn ở vị trí cách gốc rốn 2cm.

+ Đặt kẹp theo hướng trên dưới (không đặt ngang trẻ khó chịu).

+ Cắt rốn sát mặt ngoài kẹp.

+ Sát khuẩn móm cắt.

+ Bọc gạc.

+ Băng rốn (nếu giữ được sạch thì không cần băng rốn).

4.5. Quan sát dị tật

Quan sát nhanh từ đầu đến thân và các chi. Đặc biệt xem có lỗ hậu môn không?

4.6. Mặc áo quần tã lót

4.7. Cân đo

– Cân trọng lượng sơ sinh.

– Chỉnh thẳng bằng.

– Cân trọng lượng trẻ (các thứ mặc cho trẻ đã được cân trước phải trừ đi).

– Đo chiều cao.

4.8. Nhỏ mắt

– Dung dịch acgyrol 1%.

– Thuốc tra mắt phải để ở vị trí riêng, đúng quy chế nhãn để không nhầm với các thuốc khác.

4.9. Tiêm vitamin K

Đây là quy định mới đề phòng xuất huyết não.

4.10. Đo số đánh dấu trẻ

– Ghi hồ sơ. Trao bé cho gia đình.

– Cho trẻ nằm cạnh mẹ, cho trẻ bú sớm. Hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú, lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

- Nêu năm nhận định chính về tình trạng sơ sinh ngay sau đẻ:
 -
 -
 -
 - Phản xạ.
 - Da niêm mạc
- Điểm Apgar thể hiện tình trạng:
 - Bình thường:.....điểm.
 - Ngạt nhẹ:.....điểm.
 - Ngạt nặng.....điểm.
- Nêu trình tự 10 nội dung chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ có chỉ số Apgar bình thường:
 - Hút hoặc lau dịch ở miệng.
 -
 -
 -
 - Quan sát dị tật.
 - Mặc áo, quần tã.
 - Cân đo.
 - Nhỏ mắt.
 - Tiêm vitamin K.
 - Đeo số đánh dấu trẻ.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

STT	Nội dung	A	B
4	Trẻ không bị ngạt, thường khóc ngay, khóc to sau đẻ.		
5	Trẻ chỉ bị tím đầu chi, quanh môi, sau đẻ là bình thường.		
6	Tần số tim của trẻ được đánh giá là bình thường nếu lớn hơn 100 lần/phút.		
7	Cần hồi sức tim phổi tích cực cho những trẻ có điểm Apgar từ 0 – 3 điểm.		
8	Không cần hồi sức cho trẻ có điểm Apgar từ 8 – 10 điểm.		

9	Hút dịch ở miệng, mũi của trẻ để tránh cho trẻ hít dịch sâu vào đường hô hấp.		
10	Thời điểm hút dịch tốt nhất là khi đưa trẻ về bàn làm rốn.		
11	Không nên cho trẻ nằm cạnh mẹ và bú sớm sau đẻ vì mẹ còn mệt.		
12	Tiêm vitamin K cho trẻ sau đẻ để phòng xuất huyết não.		
13	Nhỏ mắt cho trẻ sau đẻ bằng tất cả các loại thuốc nhỏ mắt.		
14	Nếu dùng kẹp nhựa kẹp rốn, cần kẹp theo hướng ngang với bụng trẻ.		
15	Cần xem trẻ có lỗ hậu môn không ngay sau đẻ.		
16	Trao trẻ cho mẹ, không cần đeo số – đánh dấu trẻ.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 17 đến 20

17. Nhận định nào dưới đây cần được tiến hành sớm nhất trong các nhận định về sơ sinh ngay sau đẻ:
- Tình trạng hô hấp.
 - Tình trạng da niêm mạc.
 - Phản xạ của sơ sinh.
 - Trương lực cơ của sơ sinh.
18. Sau cắt rốn hoạt động nào cần được làm ngay:
- Lau khô, ủ ấm.
 - Làm rốn.
 - Quan sát dị tật.
 - Mặc áo, quần tã.
19. Để giữ ấm cho trẻ biện pháp đơn giản nên khuyến khích áp dụng:
- Phương pháp chuột túi.
 - Sưởi ấm bằng bóng đèn điện.
 - Sưởi ấm bằng lò sưởi.
 - Đội mũ, mặc áo ấm.
20. Hoạt động nào quan trọng nhất đảm bảo sự vô khuẩn cho móm cắt rốn:
- Không chạm tay vào móm cắt.
 - Không để móm cắt chạm vào thành bụng.
 - Chấm cồn iod 3 – 5% vào móm cắt.
 - Bọc móm cắt bằng gạc sạch.

Bài 9

CHĂM SÓC BÀ MẸ SAU ĐẼ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các dấu hiệu sinh lý của thời kỳ sau đẻ từ đó biết cách phát hiện các dấu hiệu bất thường của thời kỳ này.
2. Mô tả được các công việc của người điều dưỡng trong việc chăm sóc và theo dõi cho bà mẹ sau đẻ vào các thời điểm khác nhau.

1. CHĂM SÓC BÀ MẸ THỜI KỲ SAU ĐẼ

1.1. Sinh lý thời kỳ sau đẻ

Ngày đầu sau đẻ:

- Khối cầu an toàn: xuất hiện trong vòng 2 giờ đầu sau đẻ
- Sự co bóp của tử cung.
- Tắc mạch sinh lý ở diện rau bám
- Huyết âm đạo ra nhiều
- Tiết sữa non
- Rét run sau đẻ

Tuần đầu sau đẻ:

- Sự co hồi tử cung
- Sự co bóp tử cung.
- Sản dịch.
- Xuống sữa và tiết sữa thực sự.
- Vết khâu TSM (nếu có) đau và có thể sưng nề gây khó khăn cho sản phụ trong việc đi lại, vệ sinh, chăm sóc con,...
- Sự thay đổi về trọng lượng cơ thể.
- Đại tiểu tiện có thể bị rối loạn.

Sáu tuần sau đẻ:

- Sự co hồi tử cung và sự co bóp tử cung trong những ngày đầu.
- Sản dịch và dịch âm đạo trong những ngày sau.
- Tiết sữa nhiều và đều đặn.
- Vết sẹo tầng sinh môn (nếu có).
- Sự thay đổi về trọng lượng cơ thể.
- Đại tiểu tiện có thể bị rối loạn.

1.2. Bản thân sản phụ

Ngày đầu sau đẻ:

- Mệt mỏi, rét run sau đẻ.
- Đau (bụng, tầng sinh môn).
- Máu ra âm đạo nhiều: lo lắng, hoảng sợ, lúng túng,...
- Khó khăn trong việc tự chăm sóc và chăm sóc con.
- Tiết sữa non.
- Bí đại, tiểu tiện.
- Vui sướng, phấn khởi nếu cuộc đẻ an toàn, trẻ khỏe mạnh. Lo lắng, hoảng sợ, buồn rầu nếu cuộc đẻ khó khăn hoặc trẻ yếu, không phù hợp với ý muốn.

Tuần đầu sau đẻ:

- Mệt mỏi có thể kéo dài.
- Đau (bụng, tầng sinh môn).
- Sản dịch ra nhiều, kéo dài: lo lắng, hoảng sợ, lúng túng,...
- Khó khăn trong việc tự chăm sóc và chăm sóc con.
- Khó khăn trong việc tiết sữa và cho con bú.
- Bí đại, tiểu tiện

Sáu tuần sau đẻ:

- Mệt mỏi có thể kéo dài.
- Đau bụng
- Lo lắng vì có kinh non
- Khó khăn trong việc tự chăm sóc và chăm sóc con.
- Khó khăn trong việc tiết sữa và cho con bú.
- Bí đại, tiểu tiện.
- Các nhu cầu về KHHGD.

1.3. Chăm sóc bà mẹ thời kỳ sau đẻ

1.3.1. Các hoạt động

Ngày đầu sau đẻ:

- Cho sản phụ nằm nghỉ tại phòng đẻ trong 6 giờ đầu sau đẻ. Sau đó đưa sản phụ về phòng sau đẻ.
- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, máu ra âm đạo 15 – 30p/lần trong 2 giờ đầu, 1h/lần trong những giờ sau.
- Cho trẻ nằm cạnh mẹ.
- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cho con bú, cách chăm sóc vú.
- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ ăn uống.
- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ thay băng vệ sinh.
- Hướng dẫn cách tự theo dõi khối cầu an toàn và sự co hồi tử cung sau đẻ. Nếu thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại.
- Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc trẻ, theo dõi chảy máu rốn và các dấu hiệu bất thường khác ở trẻ: không khóc, không thở, tím tái, không bú,...
- Hướng dẫn cách tự nhận biết các dấu hiệu bất thường: đau bụng, chảy máu nhiều, nhức đầu, chóng mặt, choáng, khó thở, mệt lả, mót rặn, bí đại,...

Tuần đầu sau đẻ:

- Cho sản phụ nằm nghỉ tại phòng sau đẻ.
- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, sản dịch 2 lần/ngày.
- Cho trẻ nằm cạnh mẹ.
- Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cho con bú, cách chăm sóc vú: rửa đầu vú trước và sau khi cho trẻ

bú, bú từng bên, vắt hết sữa thừa,...

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ ăn uống: ăn đủ chất, no, uống nước đầy đủ, tránh kiêng khem vô lý.

– Đảm bảo cho bà mẹ ngủ đầy đủ.

– Hướng dẫn cách mặc: mặc rộng rãi, sạch sẽ, đủ ấm về mùa đông, thoáng mát về mùa hè.

– Hướng dẫn cách tắm rửa, vệ sinh thân thể: nên tắm rửa hàng ngày bằng nước ấm, tắm bằng dội nước, tránh ngâm mình.

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ thay băng vệ sinh. Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày: 3lần/ngày bằng nước đun sôi để nguội.

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ chăm sóc vết khâu tầng sinh môn (nếu có): sau mỗi lần đại tiện phải rửa sạch âm hộ, thấm khô, cắt chỉ ngày thứ năm sau đẻ, nếu có nhiễm khuẩn thì phải cắt chỉ sớm.

– Hướng dẫn cách tự theo dõi sự co hồi tử cung sau đẻ. Nếu thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại.

– Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc trẻ, theo dõi chảy máu rốn và các dấu hiệu bất thường khác ở trẻ: không khóc, không thở, tím tái, không bú,...

– Hướng dẫn cách tự nhận biết các dấu hiệu bất thường: đau bụng, chảy máu nhiều, nhức đầu, chóng mặt, choáng, khó thở, mệt lả, mót rặn, bí đại,...

Sáu tuần sau đẻ:

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cách tự theo dõi toàn trạng mạch, huyết áp, co hồi tử cung, sản dịch hàng ngày.

– Cho trẻ nằm cạnh mẹ.

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cho con bú, cách chăm sóc vú (như trên).

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ ăn uống (như trên).

– Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, làm việc, vận động và giao hợp: ngủ đủ, vận động nhẹ nhàng, tập thể dục nhẹ nhàng, có thể giao hợp sau 6 tuần sau đẻ, nên áp dụng các biện pháp tránh thai thích hợp

– Hướng dẫn và tư vấn về các biện pháp KHHGD.

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ thay băng vệ sinh.

– Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ chăm sóc vết khâu tầng sinh môn (như trên).

– Hướng dẫn cách tự theo dõi sự co hồi tử cung sau đẻ. Nếu thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại.

– Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc trẻ, theo dõi các dấu hiệu bất thường ở trẻ: không khóc, không thở, tím tái, không bú,...

– Hướng dẫn cách tự nhận biết các dấu hiệu bất thường (như trên).

1.3.2. Mục đích các chăm sóc thời kỳ sau đẻ

– Giúp phục hồi sức khỏe 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 đại,...).

– 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,...).

– Chuẩn bị cho người mẹ một cách tốt nhất cho việc chăm sóc cho bản thân và đứa trẻ sau này.

– 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.

– Cho bà mẹ nằm đầu thấp trong 2 giờ đầu sau đẻ nếu không có chỉ định khác của bác sĩ. Đảm bảo giấc ngủ, hướng dẫn vận động nhẹ sau 6 giờ.

Xin phép trước khi làm bất cứ động tác nào và phải thông báo kết quả thăm khám cho bà mẹ.

– Nếu phát hiện các bất thường ở bà mẹ và trẻ, thông báo ngay cho bác sĩ.

2. CÁC BIẾN CỐ DỄ GẶP TRONG THỜI KỲ SAU ĐẼ

2.1. Ngay sau đẻ

– Shock (choáng): do đau, mất máu, gắng sức trong quá trình đẻ, do các bệnh lý có sẵn,...

– Chảy máu: do dờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục khi đẻ,...

– Chấn thương đường sinh dục khi đẻ: rách tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung, máu tụ đường sinh dục,...

– Cách can thiệp: theo dõi sát, phát hiện sớm những bất thường, thông báo cho bác sĩ.

2.1. Những ngày sau đẻ

– Thiếu máu: do mất máu, ăn uống kém, nhiễm khuẩn,...

– Nhiễm khuẩn: ở tầng sinh môn, âm đạo, chỗ khâu các vết cắt hoặc rách của bộ phận sinh dục, nhiễm khuẩn ở tử cung, phần phụ,...

– Sốt rau: gây chảy máu, nhiễm khuẩn.

– Các bệnh lý tại vú.

– Cách can thiệp: theo dõi sát, phát hiện sớm những bất thường, thông báo cho bác sĩ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Sáu dấu hiệu sinh lý đáng chú ý trong thời kỳ ngay sau đẻ là:

A. Tiết sữa non

B. Rét run sinh lý

C. Sự co bóp của tử cung

D.

E.

F.

2. Bảy vấn đề có thể có của bản thân sản phụ ngay sau đẻ là:

A. Tiết sữa non

B. Mệt mỏi, rét run sau đẻ

C. Vui sướng, phấn khởi nếu cuộc đẻ an toàn, trẻ khỏe mạnh. Lo lắng, hoảng sợ, buồn rầu nếu cuộc đẻ khó khăn hoặc trẻ yếu, không phù hợp với ý muốn.

D. Đau bụng, tầng sinh môn.

E.

F.

G.

3. Sau đẻ thường, sản phụ có thể vận động nhẹ sau (A)..... giờ

A.

4. Các hoạt động chăm sóc hộ sinh có thể làm đối với sản phụ trong ngày đầu tiên sau đẻ là:

A.

B.

C.

D. Hướng dẫn tự theo dõi khối cầu an toàn, sự co hồi tử cung.

E. Hướng dẫn cách tự nhận biết các dấu hiệu bất thường: đau bụng, chảy máu nhiều, nhức đầu, chóng mặt, khó thở, mệt lả, mót rặn, bí đại,...

F. Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ ăn uống

G. Hướng dẫn và giúp đỡ bà mẹ cho con bú, cách chăm sóc vú

H. Cho trẻ nằm cạnh mẹ.

I. Hướng dẫn người mẹ cách chăm sóc trẻ, theo dõi chảy máu rốn và các dấu hiệu bất thường ở trẻ: không khóc, không thở, tím tái, không bú,...

5. Nêu các biến cố dễ gặp của thời kỳ ngay sau đẻ:

A.

B.

C.

D. Cách can thiệp: theo dõi phát hiện sớm những bất thường báo cho bác sĩ.

6. Nêu các biến cố những ngày sau đẻ:

A.

B.

C.

D. Các bệnh lý tại vú.

E. Cách can thiệp: theo dõi, phát hiện sớm những bất thường báo cho bác sĩ.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai.

STT	Nội dung	A	B
7	Sáu tuần sau đẻ cần hướng dẫn và tư vấn các biện pháp tránh thai cho bà mẹ		
8	Thời kỳ sau đẻ, nếu bà mẹ thấy tử cung mềm, cần tự xoa nhẹ trên thành bụng để kích thích tử cung co lại.		
9	Thời điểm áp dụng biện pháp tránh thai thích hợp nhất cho bà mẹ sau đẻ là hết thời kỳ sau đẻ (6 tuần sau đẻ) hoặc ngay sau đẻ.		
10	Không nên cho trẻ nằm với mẹ ngay sau khi đẻ vì có thể làm cho bà mẹ mệt mỏi thêm.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 11 đến 16

11. Biến chứng hay gặp nhất ở sản phụ ngay sau đẻ là:

A. Nhiễm khuẩn âm đạo, TSM

B. Nhiễm khuẩn tử cung

C. Chảy máu

D. Sốt rau

12. Biến chứng hay gặp nhất ở sản phụ tuần đầu sau đẻ là:

A. Nhiễm khuẩn âm đạo, TSM.

B. Đờ tử cung.

- C. Chảy máu.
D. Sốt rau.
13. Biện pháp giúp cho có nhiều sữa nhất cho bà mẹ sau đẻ là:
A. Uống nhiều nước.
B. Ăn đủ chất.
C. Ăn nhiều bữa.
D. Cả ba ý trên.
14. Dấu hiệu có giá trị nhất giúp phát hiện sớm chảy máu ngay sau đẻ:
A. Mạch > 90l/p.
B. Tử cung cao trên rốn, mềm nhẽo.
C. Huyết áp tụt.
D. Sản phụ nhợt nhạt, mệt lả.
15. Nguyên nhân gây tử vong mẹ hàng đầu ở Việt Nam là:
A. Nhiễm khuẩn.
B. Chảy máu.
C. Huyết áp cao và thai nghén.
D. Sốt rau.
16. Khi chăm sóc bà mẹ sau đẻ, việc không nên làm khi hướng dẫn cho bà mẹ là:
A. Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
B. Tắm rửa, vệ sinh thân thể hàng ngày.
C. Chăm sóc vú.
D. Ăn uống kiêng khem.

Bài 10

SẦY THAI, CHỬA TRÚNG, CHỬA NGOÀI TỬ CUNG

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được định nghĩa, phân loại và nguyên nhân gây sẩy thai, chửa trứng, chửa ngoài tử cung.*
- 2. Mô tả được triệu chứng, tiến triển, biến chứng và hướng xử trí sẩy thai, chửa trứng, chửa ngoài tử cung.*
- 3. Lập được kế hoạch chăm sóc người sẩy thai, chửa trứng, chửa ngoài tử cung.*

1. SẦY THAI

1.1. Khái niệm

– Định nghĩa: Sẩy thai là hiện tượng thai ra khỏi buồng tử cung trước thời gian thai có thể sống được, hiện nay ở nước ta quy định sẩy thai là thai dưới 22 tuần bị đẩy ra khỏi buồng tử cung. (Từ tuần thứ 22 trở lên là đẻ non)

- Phân loại: Có 2 loại sảy thai:
- + Sảy thai tự nhiên.
- + Sảy thai liên tiếp: Số lần sảy thai 2 lần liên tiếp trở lên.

1.2. Nguyên nhân

1.2.1. Sảy thai tự nhiên

Các nguyên nhân gây sảy thai tự nhiên thường là:

- Sang chấn: với chấn thương một lần, dù mạnh cũng rất ít gây sảy thai. Ngược lại những chấn thương dù nhỏ nhưng liên tục dễ gây sảy thai hơn.
- Nhiễm trùng cấp tính do virus, vi khuẩn, ký sinh trùng như cúm, thương hàn, sốt rét, trực khuẩn coli... Tình trạng nhiễm trùng làm thân nhiệt tăng cao kích thích tử cung co bóp và gây sảy thai.
- Do nhiễm độc: thường xảy ra ở những phụ nữ làm nghề độc hại (chì, thủy ngân...) hoặc nghiện rượu.
- Do trứng làm tổ bất thường (ở góc hay ở eo tử cung), hoặc sinh đôi, chửa trứng cũng là những nguyên nhân dễ gây sảy thai.

1.2.2. Sảy thai liên tiếp

a) Nguyên nhân do tử cung

- Tử cung kém phát triển: tử cung nhỏ, cổ tử cung nhỏ và dài.
- Tư thế tử cung bất thường: tử cung gập đôi và đổ ra sau.
- Tử cung có khối u: u xơ tử cung to hay nhiều nhân xơ.
- Dị dạng tử cung: tử cung đôi, tử cung 2 sừng, vách ngăn tử cung, dính buồng tử cung, hở eo tử cung.
- Hở eo tử cung là nguyên nhân thường gặp trong sảy thai liên tiếp (do thiếu sản lỗ trong cổ tử cung, hoặc bị chấn thương trong lần đẻ trước...).

b) Nguyên nhân toàn thân

- Bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh máu là các bệnh thường gây đẻ non hơn sảy thai.
- Nhiễm khuẩn đặc hiệu như giang mai, toxoplasma. Giang mai thường gây sảy thai vào tháng thứ tư, tháng thứ 5.
- Bệnh nội tiết: đái tháo đường.
- Bất đồng yếu tố Rh giữa mẹ và thai.

c) Nguyên nhân nội tiết

- Giảm estrogen và progesteron riêng biệt hoặc đồng bộ.
- Ngoài ra hormon tuyến giáp có vai trò phát triển của thai, nếu cường tuyến giáp đặc biệt là thiếu năng tuyến giáp dễ gây sảy thai.

1.2.3. Một số nguyên nhân khác

Rối loạn nhiễm sắc thể đứng hàng đầu trong các nguyên nhân gây sảy thai, thường sảy thai trong tuần đầu tiên.

- Do bất thường về số lượng: thừa nhiễm sắc thể (47 nhiễm sắc thể), hoặc thiếu nhiễm sắc thể (45 nhiễm sắc thể)... đều gây sảy thai.
- Do bất thường về cấu trúc như chuyển đoạn, nhiễm sắc thể vòng cũng gây sảy thai.

1.3. Triệu chứng

Sảy thai tự nhiên thường diễn ra theo hai giai đoạn: Dọa sảy và sảy thai thực sự.

1.3.1. Dọa sảy thai

Cơ năng:

- Ra huyết: huyết thường ra ít một liên tiếp, màu đỏ tươi hay đỏ sẫm, thường lẫn với dịch nhầy.

– Không đau bụng, thường chỉ có cảm giác tức nặng bụng dưới. Nếu đau nhiều, liên tục, nghĩa là có cơn co tử cung thì tiên lượng xấu, khó giữ được thai.

Thực thể:

- Thăm âm đạo: cổ tử cung còn dài, đóng kín, có huyết ra theo tay.
- Test hCG còn dương tính.

Cận lâm sàng: Siêu âm: thai từ tuần thứ sáu thấy bờ túi ối rõ, hình ảnh phôi thai, thai từ tuần thứ 8 có nhịp tim thai.

1.3.2. Sảy thai thực sự

Cơ năng:

- Ra huyết: huyết ra nhiều, đỏ tươi lẫn huyết cục, có khi băng huyết.
- Đau bụng: đau vùng hạ vị từng cơn, tăng dần do cơn co tử cung.

Thực thể:

Toàn thân có biểu hiện thiếu máu ở các mức độ khác nhau.

+ Có cơn co tử cung.

+ Cổ tử cung xoá mỏng, hé mở. Đoạn dưới tử cung phình to do bọc thai bị đẩy xuống phía cổ tử cung làm cổ tử cung có hình như con quay. Đôi khi qua lỗ cổ tử cung có thể sờ thấy đầu ối, thai và rau.

1.4. Biến chứng

Biến chứng thường xảy ra khi sảy thai từ tháng thứ 3 đến tháng thứ 6. Các biến chứng hay gặp là:

- Băng huyết khi thai đang sảy.
- Băng huyết sau sảy do sót rau.
- Nhiễm khuẩn: thường là do sót rau, đôi khi do thủ thuật nạo sảy không đảm bảo vô khuẩn.

1.5. Xử trí

1.5.1. Dọa sảy

- Người bệnh được nghỉ ngơi tuyệt đối, ăn thức ăn dễ tiêu tránh táo bón.
- Thực hiện y lệnh thuốc:
 - + Giảm co: papaverin, spasmagin, spasmonal.
 - + Nội tiết: progesteron.
- Xử trí nguyên nhân: tìm nguyên nhân để xử trí.

1.5.2. Sảy thai thực sự

- Chủ động nạo gấp thai bằng dụng cụ.
- Hồi sức chống sốc nếu chảy máu nhiều.
- Thực hiện y lệnh thuốc sau nạo: kháng sinh, tăng co.
- Nếu sảy thai nhiễm khuẩn: trước hết điều trị kháng sinh liều cao để nhiệt độ giảm sau 6 giờ mới nạo.

1.6. Kế hoạch chăm sóc

1.6.1. Nhận định

Cần nhận định đầy đủ về tiền sử, bệnh sử, quá trình diễn biến của bệnh, tình trạng hiện tại của người bệnh.

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

+ Tiền sử bệnh tật: người bệnh bị mắc các bệnh tim mạch, bệnh thận, bệnh nhiễm khuẩn (đặc biệt là các bệnh nhiễm khuẩn đặc hiệu: giang mai, toxoplasma...).

+ Tiền sử sản phụ khoa: người bệnh có thể bị sảy thai, thai lưu... trong các lần có thai trước. Đôi khi được phát hiện khối u và dị dạng ở bộ phận sinh dục.

– Tình trạng hiện tại của người bệnh:

Bệnh nhân thường có biểu hiện thai nghén kèm theo các rối loạn sau:

– Đau tức nặng vùng hạ vị, đau mỏi lưng hoặc đau bụng từng cơn.

– Ra huyết từ tử cung: huyết ra ít hoặc nhiều, đỏ sẫm hoặc đỏ tươi lẫn máu cục, có khi băng huyết.

– Toàn thân: mệt mỏi, lo lắng, mất ngủ, thiếu máu, mạch nhanh, huyết áp hạ nếu máu chảy nhiều.

– Có hoặc không có cơn co tử cung.

– Cổ tử cung còn dài, đóng kín hoặc đã xoá mở.

– Tử cung to tương đương với tuổi thai.

1.6.2. Chẩn đoán chăm sóc hoặc những vấn đề cần chăm sóc

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

– Nguy cơ sảy thai do ra huyết âm đạo.

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

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

1.6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Giảm lo lắng, mệt mỏi và mất ngủ:

– Quan tâm động viên người bệnh.

– Giúp đỡ người bệnh trong các sinh hoạt thường ngày.

– Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

Giảm nguy cơ sảy thai:

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

– Hướng dẫn người bệnh ăn uống đủ chất, dễ tiêu và phòng chống được táo bón.

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

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

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

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

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

– Theo dõi mạch, huyết áp, da – niêm mạc, số lượng – màu sắc máu trong và sau nạo.

Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau nạo:

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

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

– Thực hiện kháng sinh theo y lệnh.

1.6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Giảm lo lắng, mệt mỏi và mất ngủ:

– Hỏi thăm về gia đình, sức khỏe và bệnh tật của người bệnh. Nói về khả năng chuyên môn để bệnh nhân yên tâm tin tưởng.

– Vệ sinh thân thể, giúp người bệnh đi lại, ăn uống.

– Cho người bệnh uống thuốc an thần: diazepam, gardenal (nếu có chỉ định)

* *Giảm nguy cơ sảy thai:*

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

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

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

– Thực hiện thuốc theo y lệnh: tiêm (hoặc uống) thuốc nội tiết hoặc giảm co: progesteron, papaverin, spasmagil.

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

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

– Đặt người bệnh nằm đầu bằng sau khi nạo.

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

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

– Thực hiện y lệnh tiêm (hoặc uống): oxytocin, transamin, truyền dịch hoặc máu nếu có chỉ định.

* *Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau nạo:*

– Đo nhiệt độ hàng ngày.

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

– Tiêm hoặc uống kháng sinh theo y lệnh.

1.6.5. Đánh giá chăm sóc

– Chăm sóc có hiệu quả khi:

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

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

– Chăm sóc không có hiệu quả khi:

+ Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ, mệt mỏi, thiếu máu, thai bị sảy.

+ Xảy ra biến chứng trong và sau nạo.

2. CHỮA TRỨNG

2.1. Đại cương

2.1.1. Định nghĩa

Chửa trứng là bệnh của trung sản mạc sinh ra, do các gai rau thoái hoá thành các túi chứa dịch dính với nhau như chùm nho.

2.1.2. Yếu tố thuận lợi

Hiện nay người ta vẫn chưa rõ nguyên nhân gây chửa trứng. Tuy nhiên thường gặp chửa trứng trong các trường hợp sau:

– Tiền sử thai nghén lần trước không bình thường: tiền sử chửa trứng, sảy thai, thai chết lưu...

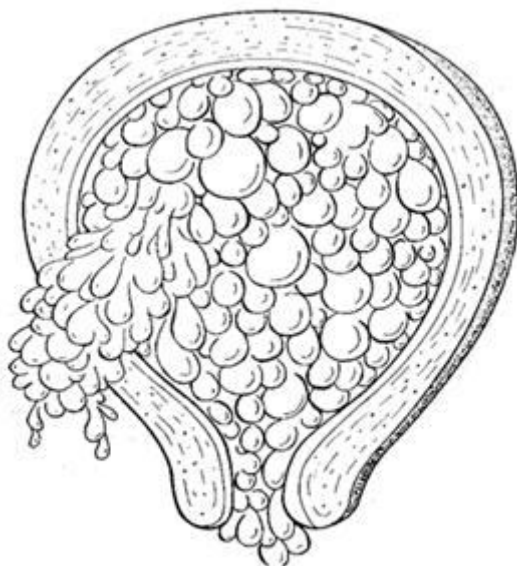
– Có thai đã lớn tuổi (trên 40) hoặc khi còn quá trẻ (dưới 20 tuổi).

– Phụ nữ các nước Đông Nam Á hay bị chửa trứng hơn ở các vùng khác.

2.1.3. Phân loại

– Chửa trứng hoàn toàn: là loại chửa trứng trong đó toàn bộ các gai rau bị thoái hoá, các mạch máu

gai rau biến mất, lớp tế bào nuôi tăng sinh mạnh, không có tổ chức phôi thai, dễ biến chứng ung thư.



Hình 10.1. Chửa trứng hoàn toàn

– Chửa trứng bán phần: là loại chửa trứng trong đó chỉ có một phần các gai rau thoái hoá, thai có thể còn sống, nhưng kém phát triển thường là đã chết, tỷ lệ biến chứng ung thư thấp hơn nhiều so với chửa trứng hoàn toàn.

2.2. Triệu chứng

2.2.1. Cơ năng

– Ra huyết âm đạo: là triệu chứng quan trọng điển hình, thường ra huyết sớm trong 3 tháng đầu của thời kỳ thai nghén. Đặc điểm ra huyết trong chửa trứng thường là: tự nhiên, lúc đỏ, lúc đen, ít một kéo dài dai dẳng.

– Nghén nặng: biểu hiện là nôn nhiều và kéo dài, sợ ăn uống, sợ các mùi vị lạ, đôi khi xuất hiện phù nề ra protein, cao huyết áp.

– Đau bụng : do tử cung to nhanh hoặc có biến chứng sẩy trứng.

2.2.2. Toàn thân

Người bệnh gầy sút, da xanh – niêm mạc nhợt do thiếu máu.

2.2.3. Thực thể

– Tử cung mềm, to nhanh hơn tuổi thai.

– Không sờ thấy các phần thai.

– Không nghe thấy tiếng tim thai.

– Thăm âm đạo: âm đạo mềm và tím, có khi thấy nhân di căn ở âm đạo màu tím sẫm, đụng vào dễ chảy máu. Ở một hoặc hai bên của phần phụ có thể thấy nang hoàng tuyến.

2.2.4. Cận lâm sàng

– Định lượng hCG: hCG ở người chửa trứng tăng rất cao, thường ở mức trên 20.000 đơn vị ếch hoặc trên 60.000 đơn vị thỏ.

– Siêu âm: không thấy âm vang thai, buồng tử cung có hình ảnh như tuyết rơi, có thể có nang hoàng tuyến ở một hoặc hai bên phần phụ.

2.3. Tiến triển và biến chứng

– Nếu không chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời, có thể gây nên băng huyết do sẩy trứng, nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

– Thủng tử cung: Do trứng ăn sâu vào lớp cơ tử cung hoặc do thủ thuật nạo trứng gây chảy máu vào

ổ bụng.

– Ung thư nguyên bào nuôi là biến chứng ác tính của chửa trứng, tỷ lệ biến chứng từ 15 ÷ 27%.

2.4. Hướng xử trí

Khi đã chẩn đoán là chửa trứng thì phải lấy trứng càng sớm càng tốt tránh biến chứng.

2.4.1. Nạo hút trứng

– Thường dùng máy hút áp lực chân không để hút nhanh, ít gây chảy máu, thủng tử cung.

– Trong khi hút trứng, phải truyền dung dịch đẳng trương 5% pha với oxytocin 5 đơn vị để giúp tử cung co hồi tốt, tránh thủng tử cung khi nạo.

– Sau nạo trứng lần một nạo lại buồng tử cung lần 2 sau 2 – 3 ngày để tránh sót trứng.

– Sau nạo trứng tiếp tục tiêm oxytocin, dùng kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

2.4.2. Phẫu thuật

Cắt tử cung: Thường cắt tử cung hoàn toàn đối với những phụ nữ chửa trứng đã đủ con hoặc những phụ nữ chửa trứng có nguy cơ cao (trên 40 tuổi, chửa trứng lặp lại lần 2, lần 3...) để dự phòng biến chứng ác tính.

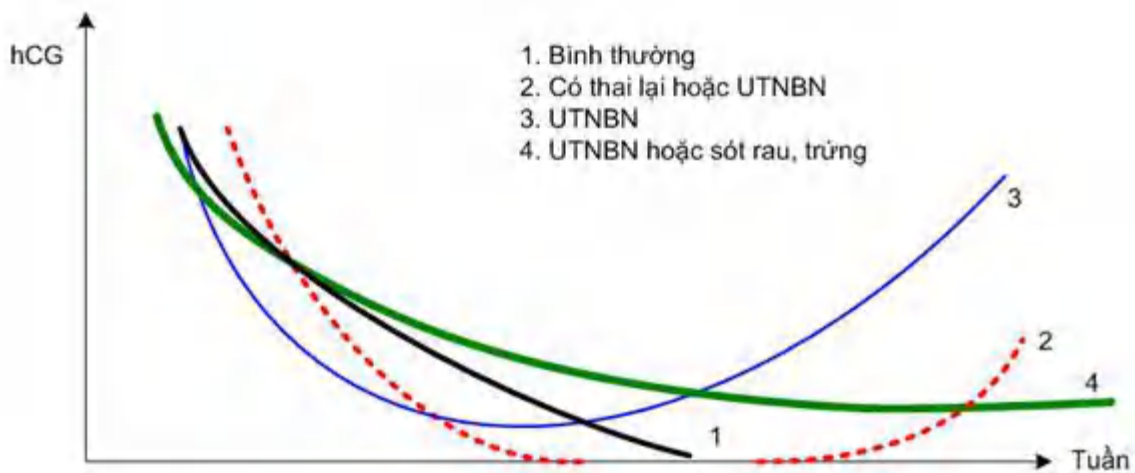
2.5. Theo dõi sau nạo trứng – tiêu chuẩn đánh giá chửa trứng có nguy cơ cao

2.5.1. Theo dõi sau nạo trứng

– Ngay sau nạo trứng, lấy tổ chức nạo để xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

– Theo dõi lâm sàng: Sau nạo phải khám để theo dõi sự thu hồi tử cung, sự ra huyết âm đạo, nang hoàng tuyến, nhân di căn. Nếu thấy tử cung vẫn to, rong huyết kéo dài, nang hoàng tuyến không mất thì phải nghĩ ngay đến còn sót trứng hoặc biến chứng ác tính.

– Theo dõi hCG: Sau nạo trứng phải định lượng hCG 1 – 2 tuần 1 lần cho đến khi âm tính 3 lần liên tiếp. Sau đó cứ 2 tháng định lượng hCG 1 lần cho đến một năm, 3 tháng một lần cho đến 2 năm. Sau hai năm mới tiếp tục có thai lại.



Biểu đồ 1. Các diễn biến của nồng độ hCG sau chửa trứng

2.5.2. Tiêu chuẩn đánh giá chửa trứng có nguy cơ cao

– Kích thước tử cung trước nạo to hơn thai 20 tuần tuổi.

– Có hai nang hoàng tuyến to ở hai bên phần phụ.

– Tuổi mẹ trên 40.

– Nồng độ hCG tăng rất cao.

– Có biến chứng của chửa trứng như: nhiễm độc thai nghén, cường tuyến giáp.

– Chửa trứng lặp lại lần 2, lần 3...

2.6. Lập kế hoạch chăm sóc

2.6.1. Nhận định

- Số lần có thai.
- Tuổi và tiền sử: tuổi có thai trên 40 hoặc dưới 20, tiền sử bị chửa trứng, thai chết lưu, sảy thai.
- Bệnh sử và hiện tại:
 - + Ra huyết tự nhiên, ít một, kéo dài dai dẳng, lúc đỏ tươi, lúc đỏ sẫm. Nếu huyết ra nhiều đỏ tươi, lẫn huyết cục thường là do sảy trứng.
 - + Buồn nôn, nôn nhiều, không ăn uống được, phù, lo lắng, mất ngủ.
 - + Người gầy sút thiếu máu có khi mạch nhanh, huyết áp hạ, hoa mắt chóng mặt.
 - + Ho – khó thở tức ngực.
 - + Chiều cao tử cung.
 - + Nang hoàng tuyến.
 - + Sau nạo hoặc sảy trứng huyết âm đạo ra nhiều hoặc rong huyết do tử cung co hồi kém do sót trứng hoặc do biến chứng ác tính.

2.6.2. Những vấn đề cần chăm sóc

Người bệnh mệt mỏi, ngủ kém do lo lắng về tình trạng thai nghén bất thường.
Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do rong huyết hoặc chảy máu nhiều.
Nguy cơ biến chứng sau sảy hoặc sau nạo thai trứng, biến chứng ung thư nguyên bào nuôi.
Nguy cơ nhiễm khuẩn do rong huyết kéo dài.

2.6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Giảm lo lắng, mệt mỏi mất ngủ:

- Giải thích, động viên, nâng cao thể trạng, chế độ ăn loãng dễ tiêu.
- Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

Giảm thiếu máu, chảy máu trong và sau nạo trứng:

- Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, phụ giúp thầy thuốc nạo trứng sớm.
- Thực hiện y lệnh truyền dung dịch tăng co, tiêm thuốc tăng co trong và sau nạo. Bồi phụ khối lượng tuần hoàn nếu có suy tuần hoàn.
- Theo dõi tình trạng toàn thân, biểu hiện chảy máu, sự co hồi tử cung trong và sau nạo.

Giảm nguy cơ biến chứng:

- Nguy cơ nhiễm khuẩn:
 - + Theo dõi thân nhiệt, màu sắc và mùi của sản dịch, sự co hồi tử cung.
 - + Thực hiện kháng sinh theo y lệnh.
 - + Hướng dẫn hoặc làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài.
- Nguy cơ biến chứng ung thư rau:
 - + Xác định yếu tố nguy cơ cao.
 - + Theo dõi sự co hồi tử cung, các dấu hiệu khác: hoa mắt, nhức đầu khó thở.
 - + Chuẩn bị bệnh nhân siêu âm và xét nghiệm nước tiểu định lượng hCG.
 - + Hướng dẫn người bệnh khám lại theo lịch và áp dụng các biện pháp tránh thai trong thời gian theo dõi.

2.6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Giảm lo lắng mệt mỏi và mất ngủ:

- Thăm hỏi, kích lệ động viên người bệnh, cho người bệnh ăn uống đầy đủ.
- Người bệnh được uống thuốc an thần: diazepam, rotunda (theo y lệnh).

Giảm thiếu máu và chảy máu:

- Chuẩn bị và phụ giúp thầy thuốc nạo hút trứng.
- Thực hiện y lệnh: truyền dung dịch oxytocin trong quá trình nạo cho đến khi hết ra huyết. Truyền máu cùng nhóm và các dung dịch thay thế nếu có suy tuần hoàn. Tiêm các thuốc khác như transamin, oxytocin theo y lệnh.
- Quan sát sắc mặt, đo huyết áp, đếm mạch, xác định co hồi tử cung, đánh giá về số lượng máu chảy trong và sau nạo.

Giảm nguy cơ biến chứng:

- Nguy cơ nhiễm khuẩn:
 - + Toàn trạng sắc mặt, da niêm mạc.
 - + Đo nhiệt độ phát hiện sớm sốt sau nạo.
 - + Đánh giá màu sắc và mùi của sản dịch.
 - + Thực hiện y lệnh.
- Nguy cơ biến chứng ung thư rau:
 - + Xác định yếu tố nguy cơ cao: mẹ lớn tuổi, chửa trứng lặp lại...
 - + Theo dõi số lượng, thời gian ra huyết, sự co hồi tử cung, kích thước nang hoàng tuyến.
 - + Lấy nước tiểu định lượng hCG theo lịch.
 - + Hướng dẫn người bệnh khám lại theo lịch, áp dụng các biện pháp tránh thai 2 năm sau nạo trứng (không có chỉ định đặt dụng cụ tử cung).

2.6.5. Đánh giá chăm sóc

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

3. CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

3.1. Định nghĩa

Bình thường sau khi thụ tinh ở 1/3 ngoài vòi tử cung, trứng vừa phát triển và di chuyển vào buồng tử cung để làm tổ. Chửa ngoài tử cung là khi trứng làm tổ và phát triển ở ngoài buồng tử cung.

3.2. Nguyên nhân

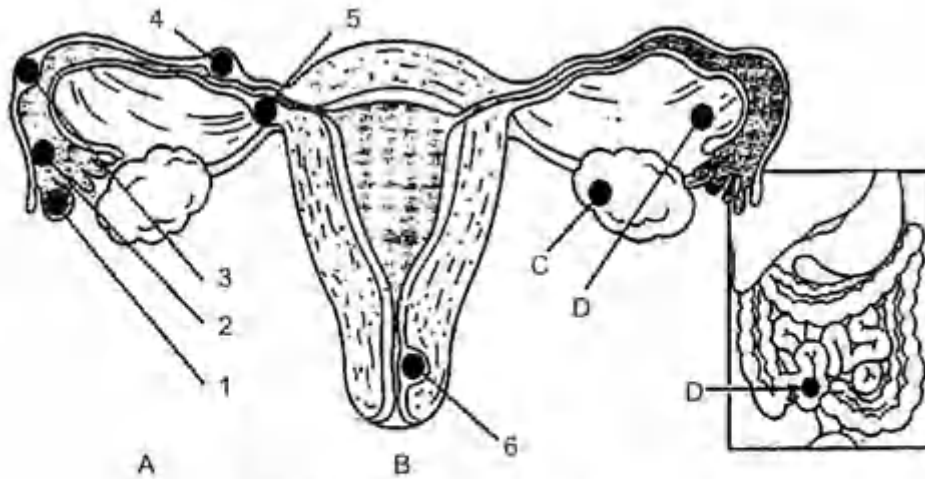
Có nhiều nguyên nhân khác nhau, nhưng thường là do biến dạng ở vòi tử cung. Biến dạng ở vòi trứng thường gặp trong các trường hợp sau:

- Viêm vòi tử cung thường do nạo hút thai nhiều lần dễ dẫn đến viêm phần phụ.
- Hẹp vòi tử cung sau phẫu thuật tạo hình vòi trứng.
- Vòi tử cung bị chèn ép do khối u tại vòi tử cung hoặc do khối u ở ngoài chèn vào.
- Vòi tử cung bị co thắt và có nhu động bất thường.

3.3. Vị trí thai làm tổ ngoài tử cung

Chửa ngoài tử cung thường xảy ra ở vòi tử cung, đôi khi ở buồng trứng hoặc trong ổ bụng, hiếm hữu có trường hợp chửa ở ống cổ tử cung. Nếu chửa ở vòi tử cung, có thể gặp ở những vị trí sau:

- Chửa ở loa vòi.
- Chửa ở đoạn bóng.
- Chửa ở đoạn eo.
- Chửa ở đoạn kẽ.



Hình 10.2. Các vị trí chửa ngoài tử cung

- A. 1, 2- Khối chửa ở loa vòi tử cung; B. 6- Khối chửa ở ống cổ tử cung;
 3- Khối chửa ở đoạn bóng vòi tử cung; C- Khối chửa ở mặt buồng trứng;
 4- Khối chửa ở đoạn eo vòi tử cung; D: Khối chửa ở trong ổ bụng.
 5- Khối chửa ở đoạn kẽ vòi tử cung.

3.4. Triệu chứng

Một số thể lâm sàng điển hình

3.4.1. Chửa ngoài tử cung chửa vỡ

Cơ năng

- Chậm kinh: có khi chỉ chậm kinh vài ngày hoặc có rối loạn kinh nguyệt. Một số trường hợp có biểu hiện như nghén (buồn nôn, nôn...).

- Ra huyết âm đạo: là triệu chứng phổ biến nhất, thường sau khi chậm kinh ít ngày đã thấy ra huyết âm đạo với tính chất: ra ít, màu nâu đen, có khi lẫn màng, số lượng và màu sắc không giống như hành kinh.

- Đau bụng: là triệu chứng hay gặp với đặc điểm: đau vùng hạ vị, đau âm ỉ, có khi đau thành cơn, sau mỗi cơn đau lại ra ít huyết âm đạo.

- Ngất là triệu chứng hiếm gặp trong chửa ngoài tử cung chửa vỡ, nhưng nếu có thì rất có giá trị. Người bệnh thấy choáng váng muốn ngất hoặc ngất đi là do bệnh nhân quá đau.

Thực thể

Thăm âm đạo kết hợp sờ nắn bụng thấy:

- Cổ tử cung và thân tử cung mềm, tử cung to hơn bình thường nhưng nhỏ hơn tuổi thai.

- Cạnh tử cung có thể sờ thấy một khối mềm, ranh giới không rõ, nắn đau. Thăm túi cùng sau âm đạo lúc đầu túi cùng sau còn mềm mại, không đau. Nếu có máu chảy vào túi cùng sau, đụng vào túi cùng sau bệnh nhân rất đau (tiếng kêu Douglas).

Xét nghiệm:

- Tìm β hCG.

+ hCG dương tính nếu phôi thai còn sống.

+ hCG thường gặp giảm dần, âm tính nếu phôi thai đã chết.

- Siêu âm: không thấy hình ảnh túi ối trong buồng tử cung, cạnh tử cung có thể thấy một vùng âm vang không đồng nhất, ranh giới rõ, có thể thấy túi ối ngoài tử cung. Túi cùng sau không có dịch, nếu có

ít dịch là khối chứa đã rỉ máu.

– Soi ổ bụng: thấy một bên vòi trứng căng phồng, tím đen, đó là khối chứa.

3.4.2. Chửa ngoài tử cung vỡ

Triệu chứng cơ năng:

– Người bệnh có biểu hiện : chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, ra huyết đen dai dẳng ít một, đau âm ỉ vùng hạ vị, đột nhiên người bệnh đau nhiều.

– Khi khối chứa vỡ bệnh nhân đau bụng dữ dội, làm người bệnh choáng váng muốn ngất hoặc ngất đi.

– Tùy thuộc vào mức độ chảy máu trong ổ bụng mà người bệnh có biểu hiện sốc nhẹ hoặc sốc nặng. Trong trường hợp tràn ngập máu ổ bụng người bệnh có biểu hiện: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, chân tay lạnh, khát nước, bệnh nhân hốt hoảng hoặc lịm đi. Thở nhanh và nông, mạch nhanh huyết áp hạ.

Thực thể:

– Toàn thân: bụng hơi chướng, có phản ứng thành bụng đặc biệt là vùng dưới rốn, nắn vào chỗ nào người bệnh cũng đau. Gõ đục vùng thấp.

– Thăm âm đạo: tử cung khó xác định, có cảm giác như bồng bênh trong nước. Túi cùng sau căng phồng, nắn vào túi cùng sau và hai bên, bệnh nhân rất đau.

– Chọc dò túi cùng có máu loãng không đông, thẩm màu.

Xét nghiệm:

– Phản ứng sinh vật, phản ứng miễn dịch: hCG có thể dương tính hoặc âm tính.

– Siêu âm trong buồng tử cung không có hình ảnh túi ối, có thể thấy hình ảnh của một khối âm vang không đồng nhất nằm cạnh cổ tử cung, túi cùng sau và trong ổ bụng có dịch tự do.

3.4.3. Chửa ngoài tử cung thể huyết tụ thành nang

Thể này được hình thành là do vòi tử cung bị rạn nứt hoặc bọc thai bong dần rồi sảy (máu rỉ ra ít một rồi đọng lại trong hố chậu) và được các tạng (ruột, mạc nối lớn...) đền bao bọc lại thành khối máu tụ.

Cơ năng

– Người bệnh có biểu hiện chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, ra huyết đen dai dẳng ít một, đau âm ỉ vùng hạ vị, có cơn đau trội lên rồi giảm đi.

– Hiện tại: Ra huyết đen ít một, đau tức nặng vùng hạ vị kèm theo những biểu hiện chèn ép như táo bón, đại khó, đau quặn – mót rặn, ỉa ra nhầy mũi.

Người bệnh gầy sút, đôi khi có sốt nhẹ, da hơi xanh – niêm mạc kém hồng.

Thực thể

– Thăm âm đạo khám thấy một khối cạnh tử cung ranh giới không rõ, mật độ chắc, không di động, ấn vào đau tức, tử cung bị lệch về bên đối diện.

– Chọc dò qua túi cùng sau vào khối u có thể hút ra màu đen loãng lẫn máu cục nhỏ.

Xét nghiệm

– Phản ứng sinh vật, phản ứng miễn dịch: hCG thấp hoặc âm tính

– Siêu âm: cạnh tử cung có một vùng đậm âm, tử cung không có thai.

3.5. Hướng xử trí

3.5.1. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ

Tùy từng trường hợp mà có thể điều trị:

– Mô cắt đoạn vòi tử cung có khối chứa.

– Mô rạch lấy khối chứa, khâu bảo tồn vòi trứng.

3.5.2. Chửa ngoài tử cung vỡ

- Hồi sức tích cực bằng truyền máu và các dung dịch thay thế trước, trong và sau mổ.
- Mổ cắt đoạn vòi trứng vỡ.
- Lấy hết máu trong ổ bụng. Truyền lại nếu có thể.

3.6. Kế hoạch chăm sóc

3.6.1. Nhận định

- Tiền sử: viêm phần phụ cấp hoặc mạn tính, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử mổ chữa ngoài tử cung.
- Bệnh sử: chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, ra huyết kéo dài. Đau bụng âm ỉ vùng hạ vị, có cơn đau trội lên, đau nhiều muốn ngất đi.
- Hiện tại:
 - + Mệt mỏi, mất ngủ, ăn uống kém, hoa mắt chóng mặt. Nếu khối chứa vỡ gây chảy máu nhiều bệnh nhân có biểu hiện sốc mất máu.
 - + Ra huyết âm đạo ít một, đỏ sẫm, có khi có cảm giác mót đại tiện, tiểu tiện...
 - + Đau bụng âm ỉ vùng hạ vị hoặc đau bụng dữ dội.

3.6.2. Chẩn đoán chăm sóc

Người bệnh mệt mỏi do lo lắng mất ngủ, đau bụng, ra huyết hoặc sợ phải can thiệp phẫu thuật.
 Người bệnh thiếu máu, thiếu hụt tuần hoàn hoặc do chảy máu.

3.6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

Giảm lo lắng, mất ngủ cho người bệnh:

- Động viên, săn sóc người bệnh trong thời gian theo dõi hoặc chờ đợi phẫu thuật, hoặc điều trị nội khoa.
- Thực hiện thuốc an thần theo y lệnh.

Giảm thiếu máu và rối loạn tuần hoàn:

- Chuẩn bị người bệnh để xác định bệnh sớm và phẫu thuật kịp thời.
- Bồi phụ khối lượng tuần hoàn trước, trong và sau phẫu thuật.

3.6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

Giảm mệt mỏi, mất ngủ

– Hỏi về tình trạng bệnh tật và sức khỏe, đặt người bệnh nằm nghỉ tuyệt đối tại giường, lau người bằng nước ấm, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, thay băng vệ sinh, váy sạch trong thời gian theo dõi và chờ đợi phẫu thuật.

- Thực hiện y lệnh.

Giảm thiếu máu và rối loạn tuần hoàn

– Chuẩn bị người bệnh để khám và siêu âm, lấy nước tiểu để thử hCG, lấy máu để làm xét nghiệm cơ bản.

- Chuyển người bệnh lên phòng mổ.
- Truyền máu cùng nhóm và các dung dịch thay thế. Tiêm thuốc chống sốc.
- Đo huyết áp, đếm mạch, quan sát màu sắc da – niêm mạc...trước trong và sau mổ.

3.6.5. Đánh giá chăm sóc

- Hiệu quả chăm sóc tốt khi:
 - + Người bệnh an tâm tin tưởng, đỡ lo lắng, mất ngủ.
 - + Phát hiện bệnh sớm, phẫu thuật kịp thời.
 - + Thiếu máu ít, không bị suy tuần hoàn.

- Hiệu quả chăm sóc không tốt khi:
- + Người bệnh lo lắng, mất ngủ, thiếu máu, rối loạn tuần hoàn.
- + Phát hiện bệnh muộn, phẫu thuật không kịp thời.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất cho mỗi câu sau

1. Sẩy thai tự nhiên nguyên nhân thường gặp dễ xác định là:
 - A. Sang chấn vào vùng bụng và bộ phận sinh dục.
 - B. Nhiễm trùng cấp tính do các vi sinh vật.
 - C. Nhiễm độc hóa chất, nghiện rượu.
 - D. Sinh đôi, chửa trứng, trứng làm tổ lạc chỗ.
2. Người bệnh dọa sẩy thai triệu chứng cơ năng phổ biến và khách quan nhất là:
 - A. Tức nặng vùng hạ vị.
 - B. Đau mỗi lưng.
 - C. Đau mỗi vùng chậu hông.
 - D. Ra huyết ít một từ tử cung.
3. Sẩy thai thực sự triệu chứng thực thể có giá trị nhất để chẩn đoán xác định là:
 - A. Có cơn co tử cung.
 - B. Âm đạo có huyết đỏ lẫn huyết cục.
 - C. Cổ tử cung dấu hiệu hình con quay.
 - D. Cổ tử cung mở, đầu ối được thành lập.
4. Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh dọa sẩy thai can thiệp quan trọng nhất là:
 - A. Người bệnh được nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường.
 - B. Cho người bệnh ăn thêm rau quả tươi.
 - C. Theo dõi biểu hiện đau bụng và ra huyết
 - D. Tiêm thuốc giảm co, nội tiết đúng y lệnh.
5. Can thiệp quan trọng để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn sau nạo sẩy thai là:
 - A. Đo nhiệt độ, đếm mạch.
 - B. Quan sát, đánh giá huyết âm đạo.
 - C. Vệ sinh bộ phận sinh dục
 - D. Thực hiện y lệnh.
6. Triệu chứng quan trọng và xuất hiện sớm nhất trong chửa trứng là:
 - A. Ra huyết âm đạo tự nhiên, ít một kéo dài.
 - B. Nghén nhiều: nôn nhiều, ăn kém
 - C. Nhiễm độc: phù, đái ra protein, tăng huyết áp.
 - D. Bụng to nhanh
7. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất và có giá trị để phát hiện chửa trứng là:
 - A. Tử cung mềm, to hơn tuổi thai.
 - B. Âm đạo, cổ tử cung mềm – tím.
 - C. Không sờ thấy phân thai.

- D. Không nghe thấy tiếng tim thai.
8. Phương pháp cận lâm sàng xác định chính xác chửa trứng là:
- A. Chụp buồng tử cung.
 - B. Siêu âm tử cung
 - C. Phản ứng sinh vật tìm hCG.
 - D. Phản ứng miễn dịch tìm hCG.
9. Biến chứng nguy hiểm nhất sau nạo hoặc sau sảy chửa trứng là:
- A. Sốt rau, sốt trứng.
 - B. Chảy máu nhiều.
 - C. Thủng tử cung.
 - D. Ung thư tế bào nuôi.
10. Theo dõi quan trọng nhất sau nạo chửa trứng là:
- A. Tình trạng toàn thân.
 - B. Sự ra huyết âm đạo.
 - C. Sự co hồi tử cung.
 - D. hCG trong nước tiểu.
11. Nguyên nhân phổ biến nhất gây hẹp vòi trứng:
- A. Viêm vòi tử cung.
 - B. Phẫu thuật tạo hình vòi tử cung.
 - C. U ở vòi tử cung.
 - D. Vòi tử cung co thắt.
12. Vị trí chửa ngoài tử cung thường gặp là :
- A. Vòi tử cung
 - B. Buồng trứng
 - C. Ổ bụng.
 - D. Ống cổ tử cung.
13. Chửa ngoài tử cung chưa vỡ, triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là:
- A. Rối loạn kinh nguyệt, nghén.
 - B. Chậm kinh, rong huyết.
 - C. Đau âm ỉ vùng hạ vị.
 - D. Muốn ngất hoặc ngất thực sự.
14. Chửa ngoài tử cung vỡ, triệu chứng có giá trị nhất là:
- A. Đau bụng dữ dội.
 - B. Bụng chướng, gõ đục.
 - C. Cùng đồ sau đây, đau.
 - D. Chọc dò túi cùng Douglas có máu đen loãng không đông.
15. Chăm sóc trước mổ, bệnh nhân chửa ngoài tử cung, việc không được làm là:
- A. Cho bệnh nhân ăn uống.
 - B. Đo huyết áp, đếm mạch.
 - C. Duy trì thân nhiệt.

D. Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp.

Phân biệt đúng sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

STT	Nội dung	A	B
16	Sẩy thai khi thai bị đẩy ra khỏi buồng tử cung trên 28 tuần.		
17	Rối loạn nội tiết của buồng trứng, tuyến giáp là nguyên nhân gây sẩy thai.		
18	Bất thường về số lượng, cấu trúc nhiễm sắc thể cũng gây sẩy thai.		
19	Dọa sẩy hoặc đang sẩy thai test hCG thường âm tính		
20	Khi thai đang bị dọa sẩy không điều trị bảo tồn giữ thai được.		
21	Người bệnh bị dọa sẩy thai cần ăn thêm rau quả tươi phòng táo bón.		
22	Người bệnh dọa sẩy thai và sẩy thai có thể làm giảm lo lắng cho người bệnh bằng cách quan tâm giúp đỡ.		
23	Khi thai đang sẩy cần theo dõi để thai tự sẩy, không nên chủ động nạo thai.		
24	Hiệu quả chăm sóc người bệnh dọa sẩy thai được đánh giá là tốt khi hết biểu hiện đau bụng và ra huyết.		
25	Chửa trứng là bệnh do các gai rau thoái hoá thành các túi trứng.		
26	Chửa trứng gặp ở mọi lứa tuổi.		
27	Lượng hCG thường rất cao khi bị chửa trứng.		
28	Thai thường phát triển bình thường khi rau bị thoái hoá trứng.		
29	Thời gian theo dõi sau nạo trứng như sau nạo sẩy thai.		
30	Sau nạo trứng cần lấy tổ chức nạo làm giải phẫu bệnh.		
31	Sau nạo trứng cần hướng dẫn áp dụng các biện pháp tránh thai để phòng có thai trong thời gian theo dõi.		
32	Ngất là triệu chứng phổ biến của chửa ngoài tử cung vỡ.		
33	Nạo hút thai nhiều lần là yếu tố thuận lợi gây viêm vòi trứng.		
34	Khám điều trị sớm viêm phần phụ là một biện pháp để phòng chửa ngoài tử cung.		
35	Sốc trong chửa ngoài tử cung vỡ chủ yếu là do đau.		
36	Bệnh nhân sau mổ chửa ngoài tử cung có thể đặt dụng cụ tử cung để phòng tránh thai.		
37	Nên để bệnh nhân bị chửa ngoài tử cung nằm tư thế đầu thấp để phòng thiếu máu não.		

Bài 11

RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, phân loại rau tiền đạo, rau bong non, thai chết trong tử cung.
2. Trình bày được nguyên nhân, triệu chứng, hướng xử trí của rau tiền đạo, rau bong non, thai chết trong tử cung.
3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh rau tiền đạo, rau bong non, thai chết trong tử cung.

1. RAU TIỀN ĐẠO

1.1. Định nghĩa

Rau tiền đạo là rau không bám hoàn toàn vào thân tử cung mà bám một phần hay toàn bộ bánh rau vào đoạn dưới tử cung hoặc cổ tử cung vì vậy rau tiền đạo gây chảy máu và làm ngôi bình chính không tốt là nguyên nhân gây đẻ khó.

1.2. Phân loại

1.2.1. Phân loại theo giải phẫu

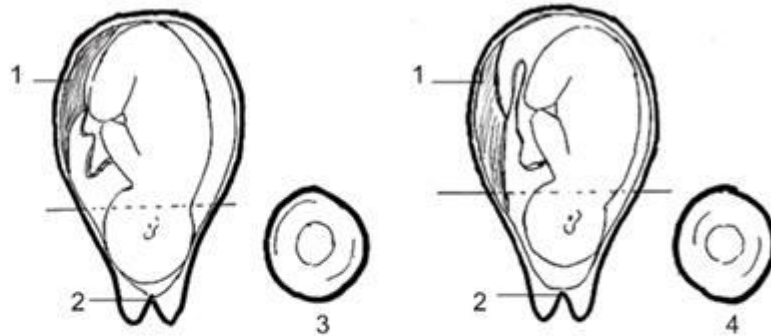
1.2. Phân loại

1.2.1. Phân loại theo giải phẫu

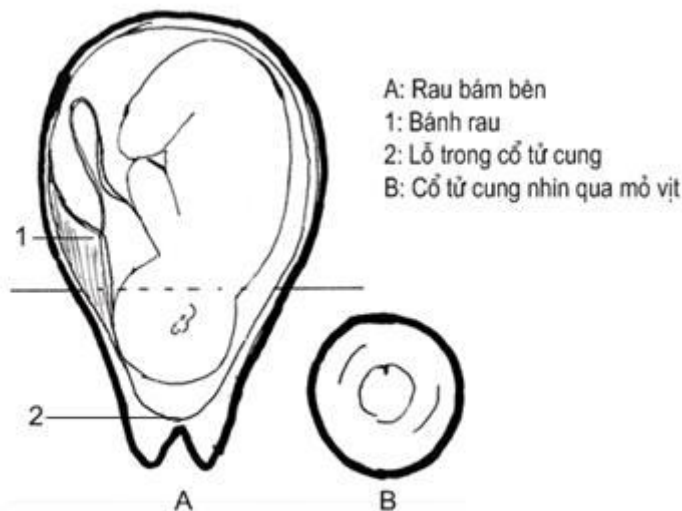
Loại không phủ lỗ trong cổ tử cung:

– Rau bám thấp: phần lớn bánh rau bám ở thân tử cung chỉ có một phần nhỏ bám xuống đoạn dưới tử cung.

– Rau bám bên (bám cạnh): phần lớn bánh rau bám vào đoạn dưới, nhưng bờ của bánh rau chưa tới lỗ trong cổ tử cung.

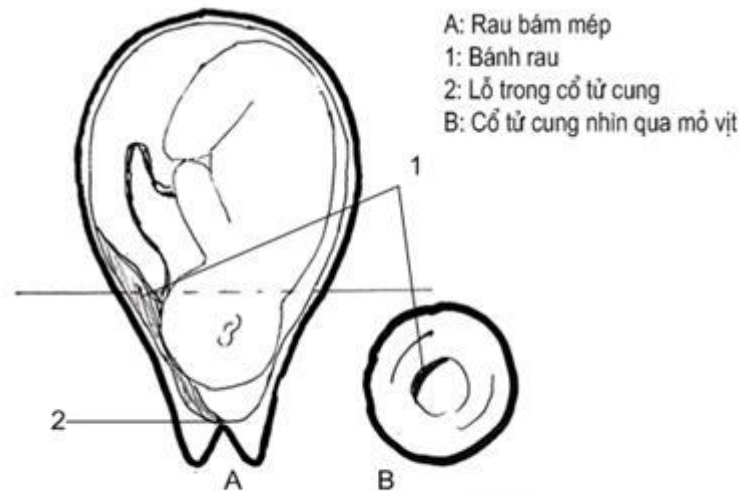


Hình 11.1. Rau bám bình thường (ở thân tử cung) Hình 11.2. Rau bám thấp
1: Bánh rau; 2: Lỗ trong cổ tử cung; 3,4: Cổ tử cung nhìn qua mở vạt.



Hình 11.3. Rau bám bên

– Rau bám mép (bám bờ): Bờ của bánh rau đã tới lỗ trong cổ tử cung, lan toả một phần lỗ trong cổ tử cung.



Hình 11.4. Rau bám mép

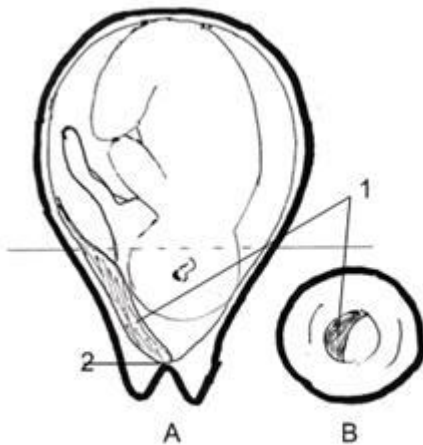
Loại phủ lỗ trong cổ tử cung:

– Rau bám bán trung tâm (trung tâm không hoàn toàn): bánh rau che lấp một phần diện lỗ cổ tử cung, khám âm đạo sờ thấy múi rau và màng rau.

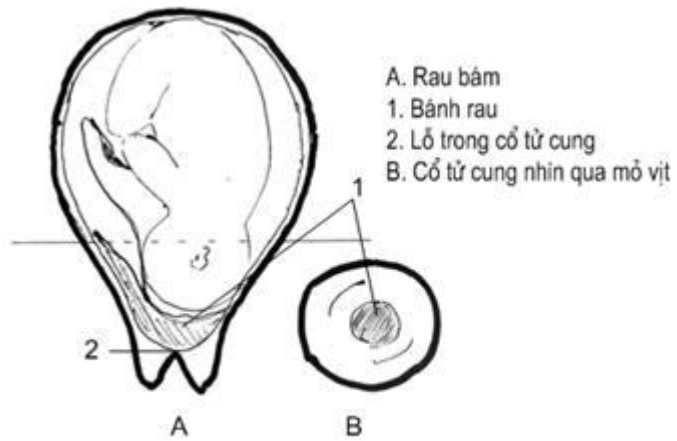
– Rau bám trung tâm hoàn toàn: bánh rau che kín lỗ cổ tử cung, khám âm đạo khi cổ tử cung mở chỉ sờ thấy múi rau, không thấy màng rau.

1.2.2. Phân loại về lâm sàng

- Loại chảy máu ít: gồm rau bám thấp, rau bám bên, bám mép
- Loại chảy máu nhiều: bám bán trung tâm, trung tâm hoàn toàn.



Hình 11.5. Rau bám bán trung tâm.



Hình 11.6. Rau bám trung tâm hoàn toàn

1.3. Nguyên nhân

Chưa rõ nhưng có nhiều yếu tố nguy cơ như:

- Do nạo phá thai nhiều lần, dễ nhiều.
- Ở tử cung có vết sẹo mổ đẻ cũ.
- Do viêm niêm mạc tử cung nhất là vùng rau bám, vì vậy bánh rau phải trải rộng bám xuống đoạn

dưới.

– Gặp ở người chửa sinh đôi, sinh ba.

→ Người ta cho rằng trong những trường hợp trên lớp cơ tử cung mỏng hơn bình thường, tuần hoàn trong một phạm vi nhất định giảm đi, muốn đảm bảo nhiệm vụ nuôi bánh rau phải lan rộng xuống đoạn dưới tử cung dẫn đến rau tiền đạo.

1.4. Triệu chứng

1.4.1. Toàn thân

Thiếu máu, hoặc sốc tuý theo số lượng máu mất.

1.4.2. Cơ năng

Ra máu đỏ trong 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén, triệu chứng của chảy máu là:

– Ra máu đột ngột, không có nguyên nhân, không có cơn co tử cung, máu đỏ loãng lẫn máu cục, lượng máu có thể nhiều hoặc ít.

– Sau mỗi lần chảy máu, máu tự cầm mặc dù không được điều trị.

– Chảy máu tái phát tăng dần khi thai càng gần đến ngày chuyển dạ.

– Lượng máu ra lần sau nhiều hơn lần trước.

1.4.3. Thực thể

– Sờ nắn: thấy ngôi thai bất thường: ngôi ngang, ngôi ngược, ngôi đầu cao lỏng.

– Nghe tim thai: ra máu ít thì tim thai còn tốt, ra máu nhiều thì tim thai suy có khi không còn tim thai.

– Khám âm đạo: cổ tử cung chưa mở qua túi cùng sau hoặc bên sờ thấy ngôi thai qua đoạn dưới dầy như một cái đệm.

1.4.4. Cận lâm sàng

– Siêu âm: phát hiện được vị trí của bánh rau và tình trạng thai.

1.5. Hướng xử trí

1.5.1. Tuyến cơ sở

– Khi chẩn đoán là rau tiền đạo dù chưa chuyển dạ hay đã chuyển dạ, cho thuốc giảm co papaverin 40 mg × 2 viên (hoặc papaverin 40 mg × 1 ống tiêm bắp) rồi chuyển tuyến trên ngay có nhân viên y tế đi cùng.

1.5.2. Tuyến có khả năng phẫu thuật

– Khi chưa chuyển dạ, nếu thai còn quá non tháng và không chảy máu nhiều thì điều trị bảo tồn tại bệnh viện cho thai lớn hơn.

– Nếu chảy máu nhiều cho thuốc giảm co papaverin 40 mg × 1 ống tiêm bắp, mổ lấy thai ngay.

– Khi đã chuyển dạ, nếu là rau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm phải mổ lấy thai ngay kết hợp với hồi sức (truyền dịch, truyền máu). Nếu là rau bám thấp, rau bám mép và là ngôi chỏm thì có thể để đẻ đường dưới với sự theo dõi chặt chẽ.

1.6. Tiên lượng

– Mẹ: tuý thuộc vào mức độ chảy máu và khả năng hồi sức.

– Con: thường là non tháng, thai thiếu oxy ngay từ trong bụng mẹ, dễ suy – tiên lượng xấu.

1.7. Kế hoạch chăm sóc

1.7.1. Nhận định

- Tiền sử:
- + Bệnh tật của mẹ: thiếu máu, bệnh tim...
- + Viêm nhiễm bộ phận sinh dục: viêm niêm mạc tử cung,...
- + Tiền sử thai nghén: số lần đẻ, sẩy thai, nạo phá thai...
- + Tiền sử đẻ khó, mổ ở tử cung, rau tiền đạo lần thai nghén trước.
- Quá trình mang thai: số lần ra huyết âm đạo, số lượng ra huyết âm đạo trong quá trình mang thai...
- Hiện tại:
- + Toàn thân: thể trạng của mẹ, tình trạng thiếu máu, trạng thái thần kinh tâm lý và các dấu hiệu khác.
- + Số lượng máu chảy, tính chất của máu âm đạo.
- + Tình trạng của thai: tuổi thai, tim thai, trọng lượng thai, ngôi thai.
- + Tình trạng cổ tử cung, loại rau tiền đạo.
- + Siêu âm: loại rau tiền đạo, tình trạng thai, phần phụ của thai...
- + Các xét nghiệm khác: công thức máu, máu chảy, máu đông.

1.7.2. Những vấn đề cần chăm sóc/Chẩn đoán chăm sóc

- Người bệnh mệt mỏi, lo lắng về bệnh do mất máu
- Nguy cơ chảy máu, thiếu máu do rau bám không đúng vị trí
- Nguy cơ thai kém phát triển, đẻ non do mất máu
- Nguy cơ nhiễm khuẩn do chảy máu kéo dài.

1.7.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Cho sản phụ nằm nghỉ tuyệt đối, giảm co.
- Theo dõi toàn trạng, theo dõi ra máu, sự phát triển của thai.
- Hướng dẫn chế độ ăn, nâng cao thể trạng.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể.
- Thực hiện y lệnh.

1.7.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Đếm mạch, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm nhịp thở, quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, ghi phiếu theo dõi, phát hiện thiếu máu, sốt.
- Xem số lượng máu ra âm đạo, màu sắc, thời gian.
- Nắn tử cung xem ngôi thai có bất thường không.
- Đếm nhịp tim thai phát hiện suy thai.
- Hướng dẫn cho sản phụ ăn đủ chất dinh dưỡng, ăn dễ tiêu, trừ các chất kích thích và gia vị.
- Cho sản phụ nằm nghỉ tuyệt đối tại giường.
- Làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài ngày 3 lần, thay váy áo, khăn vệ sinh vô khuẩn.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời và chính xác.

1.7.5. Đánh giá

Sản phụ được chăm sóc theo dõi đầy đủ, được điều trị kịp thời và chính xác, mạch, huyết áp ổn định, số lượng máu ra ít, tim thai tốt, nếu thấy mạch, huyết áp bất thường, ra máu nhiều tim thai suy thì phải báo ngay cho bác sĩ biết.

Tóm lại: rau tiền đạo là bệnh lý nguy hiểm cho mẹ và đặc biệt cho con. Tính chất ra máu trong rau tiền đạo thường có tính chu kỳ nhưng rất khó lường trước được mức độ do đó cần theo dõi sát, chăm sóc tốt và xử trí kịp thời để đảm bảo an toàn cho cả mẹ và con.

2. RAU BONG NON

2.1. Định nghĩa

Rau bong non (RBN) là bánh rau bám đúng vị trí nhưng bị bong ra trước khi sổ thai, hậu quả là thai sẽ suy rất nhanh và chết.

2.2. Những yếu tố nguy cơ

- Những người có tiền sử hoặc đang bị nhiễm độc thai nghén (NĐTĐ)
- Bị các bệnh toàn thân: thận, tăng huyết áp, đái tháo đường,...
- Có tiền sử sản khoa nặng nề: chửa đẻ, nạo hút thai, thai chết lưu, đẻ non,...
- Thể trạng kém, dinh dưỡng kém khi mang thai.
- Thiếu máu.
- Lao động nặng nhọc khi mang thai.
- Mẹ nghiện rượu, thuốc lá.
- Sang chấn vào vùng tử cung: bị đánh, chấn thương do lao động, giao thông,...
- Co kéo bánh rau khi chuyển dạ: dây rau ngắn, ấn đáy tử cung quá mạnh khi chuyển dạ,...

2.3. Các thể lâm sàng

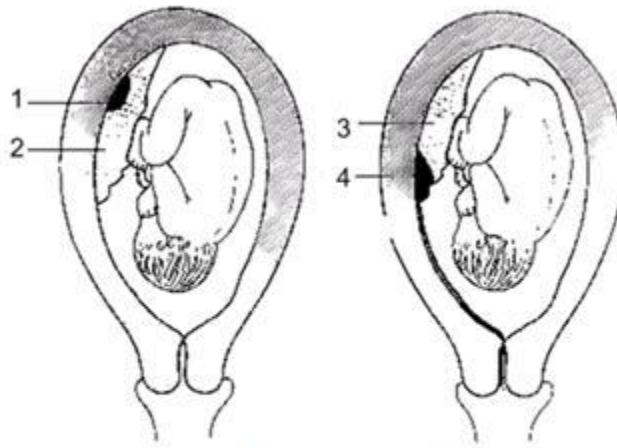
– Thể ẩn (0): thường không có dấu hiệu lâm sàng, chỉ tình cờ phát hiện qua siêu âm hoặc sau đẻ kiểm tra bánh rau thấy có khối máu tụ sau rau.

- Thể nhẹ (I)
- Thể vừa (II)
- Thể nặng (III): phong huyết tử cung – rau; Hội chứng Couvelaire.

2.4. Triệu chứng

2.4.1. Thể nhẹ

- Toàn thân: bình thường hoặc có thể có biểu hiện sốc hay nhiễm độc thai nghén nhẹ.
- Cuộc chuyển dạ vẫn tiến triển bình thường, có khi nhanh hơn bình thường do cơn co tử cung cường tính nhẹ.
- Thai thường bình thường hoặc có thể suy nhẹ.
- Có thể ra ít máu âm đạo.
- Sau đẻ, rau thường bong ngay sau sổ thai, kiểm tra có cục máu tụ sau rau.



Hình 11.7. Rau bong non thể nhẹ

1, 4: Cục máu sau rau; 2, 3: Bánh rau.

2.4.2. Thể trung bình

Toàn thân và cơ năng

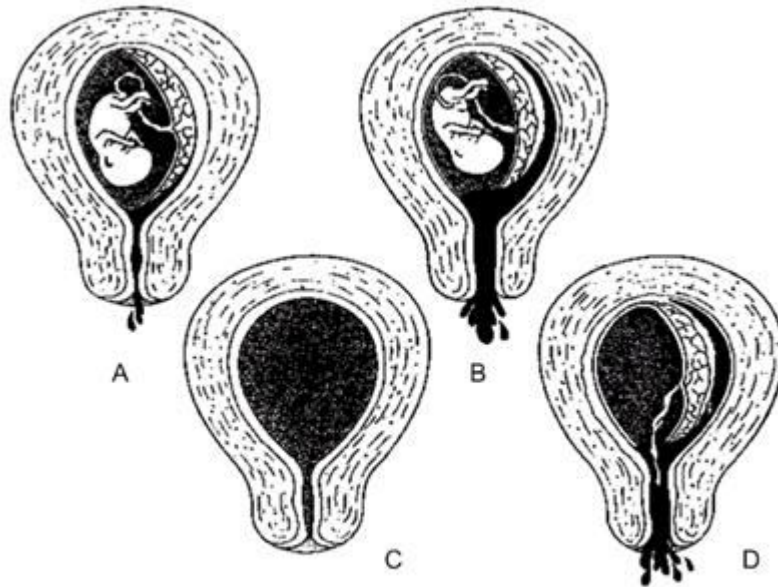
- Thường có biểu hiện nhiễm độc thai nghén rõ: tăng huyết áp, phù, protein niệu.
- Thiếu máu.
- Sốc rõ.
- Đau bụng nhiều, từng cơn do cơn co tử cung cường tính và tử cung tăng trương lực rõ rệt.

Thực thể

- Chiều cao tử cung tăng dần nhưng không rõ rệt.
- Cơn co tử cung cường tính rõ.
- Ngoài cơn co, trương lực của tử cung vẫn tăng rõ, sờ tử cung cứng.
- Thai suy nặng: tim thai chậm, rời rạc, không đều.
- Khám trong: thấy cổ tử cung thường cứng, có máu loãng đỏ hoặc đen, không đông theo tay. Nếu đã vỡ ối, sẽ thấy nước ối lẫn máu loãng.

Cận lâm sàng

- Siêu âm: có khối máu tụ sau rau, tim thai chậm, không đều.
- Chức năng đông máu: máu chảy, máu đông kéo dài, fibrinogen máu giảm mạnh.
- Xét nghiệm nước tiểu: ngoài protein niệu, có thể thấy có trụ niệu, hồng cầu, bạch cầu...



Hình 11.8. Rau bong non thể trung bình và nặng.

A, B; RBN thể trung bình; C, D: RBN thể nặng.

2.4.3. Thể nặng (Phong huyết tử cung – rau; Hội chứng Couvelaire)

Toàn thân và cơ năng

- Thường có biểu hiện nhiễm độc thai nghén nặng: phù to, protein niệu rất cao, nhưng huyết áp có thể bình thường hoặc cao vừa, thậm chí có thể hạ (do có sốc nặng kèm theo).
- Thiếu máu rõ: da xanh tái, nhợt nhạt.
- Sốc nặng: tím, lạnh đầu chi, vã mồ hôi, khó thở, mạch nhanh, vật vã hoặc lơ mơ.
- Đau bụng dữ dội vùng hạ vị, thắt lưng, đau liên tục.

Thực thể

- Chiều cao tử cung tăng rất nhanh.
- Tử cung co cứng liên tục, không rõ cơn co, sờ tử cung cứng như gỗ, không nắn được phân thai nhi.
- Tim thai thường không nghe thấy (thai chết).
- Khám trong: thấy cổ tử cung thường cứng, có máu loãng đỏ hoặc đen, không đông theo tay. Nếu đã vỡ ối, sẽ thấy nước ối lẫn máu loãng.

Cận lâm sàng: cần làm đầy đủ các thăm dò như đã đề cập ở trên.

- Siêu âm: có khối máu tụ sau rau to, tim thai không có nữa.
- Chức năng đông máu: máu chảy, máu đông kéo dài, fibrinogen máu giảm mạnh.
- Xét nghiệm nước tiểu: ngoài protein niệu cao, có thể thấy có trụ niệu, hồng cầu, bạch cầu,...

2.5. Tiến triển và biến chứng

- Băng huyết do vỡ tử cung và rối loạn yếu tố đông máu.
- Suy thận, suy gan cấp và mạn tính.
- Mất tử cung.
- Tử vong mẹ rất cao, đặc biệt ở thể nặng do sốc, rối loạn tuần hoàn và nhiễm độc nặng.
- Thai suy và chết.

2.6. Hướng xử trí

2.6.1. Tuyến xã

- Tư vấn và chuyển tuyến.

- Nếu có choáng thì phải hồi sức trước và trong khi gửi đi và có nhân viên y tế đi cùng.

2.6.2. Tuyến huyện

- Hồi sức chống choáng và mô lấy thai.
- Nếu tình trạng nặng, chuyển lên tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến hỗ trợ.

2.7. Phòng

- Quản lý thai nghén tốt ngay tại cơ sở, phát hiện sớm các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao, có thái độ xử trí đúng và kịp thời.
- Các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao cần được quản lý thai nghén, điều trị và theo dõi chuyển dạ tại các tuyến có phẫu thuật và hồi sức tốt.
- Tuyên truyền chế độ làm việc, nghỉ ngơi, dinh dưỡng,... khi có thai.
- Chống thiếu máu khi có thai: chế độ dinh dưỡng, uống viên sắt, khám thai định kỳ.

2.8. Kế hoạch chăm sóc

2.8.1. Nhận định

- Tiền sử:
- + Bệnh tật, điều kiện sinh sống, điều kiện lao động.
- + Thai nghén
- Sự hiểu biết của người bệnh về rau bong non.
- Mức độ lo lắng, mức độ khó chịu của người bệnh.
- Tính chất đau: thời gian cơn đau, tần số cơn đau, mức độ đau, vị trí đau.
- Cơn co tử cung:
- + Thời gian, tần số, cường độ.
- + Trương lực tử cung ngoài cơn co tử cung.
- Theo dõi tim thai liên tục, nhằm đánh giá:
- + Nhịp tim thai cơ bản.
- + Thay đổi nhịp tim thai cơ bản.
- Tính chất, số lượng máu ra âm đạo.
- Sự thay đổi chiều cao tử cung, vòng bụng 30phút/lần
- Cận lâm sàng.

2.8.2. Các vấn đề cần chăm sóc/chẩn đoán chăm sóc

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

2.8.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Cho người bệnh nằm nghỉ hoàn toàn tại nơi yên tĩnh, thoáng, ấm.
- Theo dõi toàn trạng, theo dõi ra máu, tim thai, mức độ đau bụng và sự co cứng của tử cung.
- Cung cấp thông tin cho người bệnh về rau bong non.
- Giải thích cho chồng và gia đình người bệnh.
- Sử dụng các phương pháp giảm đau không bằng thuốc nếu thích hợp.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể.
- Thực hiện y lệnh kịp thời, đầy đủ và chính xác.

2.8.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

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

2.8.5. Đánh giá

- Hiệu quả chăm sóc tốt:

Việc chăm sóc được đánh giá là tốt khi các dấu hiệu được theo dõi sát, phát hiện sớm các diễn biến bất thường và báo cáo kịp thời. Thực hiện y lệnh chính xác và có hiệu quả.
- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:
 - + Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ, không được theo dõi sát, không phát hiện được sớm các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.
 - + Người bệnh có biến chứng.

3. THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

3.1. Định nghĩa

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

Theo định nghĩa này, những thai trong tử cung bị chết dưới 22 tuần sẽ được xếp vào nhóm sảy thai chết trong tử cung. Sở dĩ cần nêu rõ thời gian lưu trong tử cung để phân biệt thai chết trong tử cung với thai chết trong chuyển dạ.

3.2. Nguyên nhân

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

3.2.1. Về phía người mẹ

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

- + Cao huyết áp.
- + Tiền sản giật, sản giật.
- + Bệnh đái tháo đường.
- + Bệnh thận.
- + Các bệnh nhiễm khuẩn nặng: nhiễm khuẩn huyết, thương hàn, sốt rét, giang mai.
- + Các bệnh lý tại tử cung: tử cung dị dạng, u xơ tử cung...

3.2.2. Về phía thai

- Những thai có rối loạn nhiễm sắc thể, hoặc rối loạn về gen.
- Thai dị dạng: não úng thủy, vô sọ, bụng cóc.
- Bất đồng nhóm máu giữa mẹ và con: bất đồng yếu tố Rh.
- Thai quá ngày sinh: thai chết do bánh rau bị thoái hoá, không đảm bảo dinh dưỡng cho thai.
- Thai suy dinh dưỡng nặng.

3.2.3. Về phía phần phụ của thai

– Dây rau: dây rau thắt nút, dây rau quấn cổ, dây rau bị chèn ép, dây rau bị xoắn làm ngừng trệ tuần hoàn rau – thai, dây rau ngắn.

- Bánh rau: bánh rau xơ hóa, bánh rau bị bong, phù gai rau.
- Nước ối: đa ối hoặc thiếu ối.

Tuy nhiên có từ 20% ÷ 50% các trường hợp thai bị chết mà không tìm thấy nguyên nhân.

3.3. Triệu chứng lâm sàng

3.3.1. Thai chết khi tuổi thai dưới 22 tuần

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

- Nếu thai phụ còn đang nghén thì khi thai chết, tình trạng nghén sẽ mất.
- Vú căng và tiết sữa.
- Tử cung không phát triển mà nhỏ dần đi, thăm khám có thể thấy tử cung nhỏ hơn tuổi thai.
- Ngày nay với phương pháp siêu âm có thể xác định thai đã chết, nhanh chóng và dễ dàng khi nhìn trên màn hình không thấy tim thai đập, buồng ối thu nhỏ và méo mó.

3.3.2. Thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần

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

- + Bụng nhỏ dần đi. Khám thấy tử cung nhỏ hơn tuổi thai, chiều cao tử cung cũng giảm so với lần khám trước.
- + Vú xuống sữa.
- + Thai phụ không thấy thai máy.
- + Nghe không thấy tim thai.
- + Trên màn hình siêu âm thấy thai không cử động, tim thai không đập, xương sọ chồng khớp, da đầu bong khỏi xương sọ. Nước ối ít hoặc cạn.

3.4. Diễn biến của thai chết trong tử cung

– Trong nửa đầu của thai kỳ, diễn biến của nó là tình trạng sảy thai: nếu thai chết ở tuổi thai từ 22 tuần trở lên thì diễn biến giống như tình trạng đẻ non, diễn biến của sảy và đẻ non các thai chết trong tử cung có thể kéo dài hơn, khó khăn hơn và có thể nhiều tai biến hơn.

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

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

3.5. Hướng xử trí

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

– Nếu thai chết trong tử cung đang ở giai đoạn sảy hay chuyển dạ đẻ, cần theo dõi và xử trí như các trường hợp sảy và sinh non khác, tuy nhiên phải chú ý phòng ngừa tai biến băng huyết và nhiễm khuẩn trong và sau sảy hoặc sau đẻ.

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

+ Nếu thai chết ở tuổi thai lớn hơn, kết hợp dùng thuốc (misoprostol) đặt âm đạo hoặc ngâm dưới lưỡi cho cổ tử cung mềm ra, dễ xoá mở rồi truyền nhỏ giọt tĩnh mạch oxytocin để gây chuyển dạ, hoặc đặt thuốc vào cùng đồ sau của âm đạo (prostin, nalador, cytotec...).

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

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

3.6. Kế hoạch chăm sóc

3.6.1. Nhận định

– Tiền sử bệnh tật:

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

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

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

– Tình trạng bệnh lý :

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

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

– Cận lâm sàng:

+ Siêu âm hình ảnh thai chết.

+ Xét nghiệm máu: fibrinogen giảm.

3.6.2. Những vấn đề cần chăm sóc/chẩn đoán chăm sóc

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

– Thiếu máu hoặc suy tuần hoàn do chảy máu trong hoặc sau sảy, sau đẻ (hoặc sau nạo).

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

3.6.3. Lập kế hoạch chăm sóc

– Giảm mệt mỏi do lo lắng mất ngủ cho người bệnh:

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

3.6.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

– Hỏi thăm về tình trạng sức khỏe, giải thích về tình trạng thai, động viên để người bệnh an tâm tin tưởng.

- Cho người bệnh ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, ăn tăng đậm, nằm nghỉ tuyệt đối tại giường.
- Người bệnh được nạo thai chết trong tử cung sớm, phát hiện kịp thời biến chứng chảy máu.
- Đếm mạch, đo huyết áp, đo nhiệt độ, theo dõi màu sắc da, niêm mạc.
- Khám sự co hồi tử cung, đánh giá số lượng, màu sắc của máu và sản dịch.
- Hướng dẫn hoặc vệ sinh thân thể, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, đóng

khố sạch.

- Tiêm hoặc cho người bệnh uống thuốc an thần: diazepam, rotunda... theo y lệnh.
- Tiêm thuốc tăng co, thuốc chống rối loạn đông máu: oxytocin, transamin theo y lệnh.
- Truyền máu hoặc các dịch thay thế theo y lệnh.
- Tiêm kháng sinh theo y lệnh.

3.6.5. Đánh giá chăm sóc

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

- Hiệu quả chăm sóc chưa tốt:
- + Người bệnh còn lo lắng, mất ngủ.

+ Người bệnh vẫn thiếu máu hoặc có biến chứng (chảy máu hoặc nhiễm khuẩn).

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

STT	Nội dung	A	B
1	Rau bám bên là phần lớn bánh rau bám ở đáy tử cung chỉ có một phần nhỏ bám lan xuống đoạn dưới tử cung.		
2	Rau tiền đạo trung tâm hoàn toàn là khi cổ tử cung mở, bánh rau che kín hoàn toàn cổ tử cung và gây chảy máu nhiều.		

3	Rau tiền đạo hay gặp ở những thai phụ có thai lần thứ hai.		
4	Rau tiền đạo chưa chuyển dạ hay đã chuyển dạ không nên thăm âm đạo bằng tay mà nên phát hiện bằng van âm đạo		
5	Rau tiền đạo đã chuyển dạ, xử trí tốt nhất chủ động là bấm ối cầm máu.		
6	Dây rau ngắn hoặc ấn vào đáy tử cung quá mạnh khi chuyển dạ sẽ gây rau bong non.		
7	Những người bị bệnh thận, tăng huyết áp, đái tháo đường sẽ có nguy cơ cao bị rau bong non.		
8	Mẹ nghiện rượu, thuốc lá sẽ có nguy cơ cao bị rau bong non.		
9	Ở rau bong non thể nhẹ, cuộc chuyển dạ vẫn tiến triển bình thường, có khi chậm hơn bình thường do thai bị suy nhẹ.		
10	Ở rau bong non thể nhẹ, rau thường bong và sổ ngay sau khi sổ thai.		
11	Trong rau bong non, người bệnh thường có đau bụng nhiều và đây là một nguyên nhân gây sốc cho người bệnh.		
12	Trong rau bong non thể nặng, vì có biểu hiện nhiễm độc thai nghén nặng nên huyết áp của người bệnh thường rất cao.		
13	Thai chết lưu là trường hợp thai trên 22 tuần, chết và lưu lại trong buồng tử cung trên 48 giờ.		
14	Sau khi thai chết tử cung luôn có xu hướng co bóp để đẩy thai ra ngoài.		
15	Buồng ối vô khuẩn khi thai đã chết nhưng chưa vỡ ối.		
16	Chảy máu không đông sau sảy hoặc đẻ thai chết lưu chủ yếu là do tử cung co hồi kém.		
17	Khi xác định thai chết lưu nên chủ động lấy thai ra sớm.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 18 đến 31

18. Triệu chứng lâm sàng có giá trị nhất phát hiện rau tiền đạo chưa chuyển dạ là:
- Ra máu đỏ tươi âm đạo 3 tháng cuối.
 - Suy thai.
 - Thai phụ thiếu máu, sốc.
 - Ngôi thai bất thường.
19. Triệu chứng lâm sàng có giá trị nhất phát hiện rau tiền đạo đã chuyển dạ đẻ là:
- Ra máu âm đạo đỏ tươi lẫn cục.
 - Khám âm đạo sờ thấy mép bánh rau.
 - Ngôi thai bất thường.
 - Toàn thân thiếu máu.
20. Biến chứng hay gặp nhất của sản phụ rau tiền đạo sau đẻ là:
- Chảy máu.
 - Nhiễm khuẩn.
 - Vỡ tử cung.
 - Đờ tử cung.
21. Cách xử trí đúng nhất rau tiền đạo trung tâm tại tuyến cơ sở là:
- Bấm ối, xé rộng màng ối, đẻ chỉ huy.
 - Giảm co, hồi sức sau đó bấm ối, theo dõi chảy máu.
 - Hồi sức tích cực, khẩn trương chuyển viện.
 - Hồi sức tích cực, đủ điều kiện lấy thai bằng forceps.
22. Triệu chứng điển hình trong rau bong non thể nặng là:

- A. Nhiễm độc thai nghén nặng.
B. Thai suy rất nhanh và chết
C. Đau dữ dội, liên tục vùng hạ vị, thất lưng.
D. Tử cung co cứng như gỗ, chiều cao tử cung tăng nhanh.
23. Thái độ xử trí đúng nhất trong rau bong non thể trung bình là:
A. Mổ cấp cứu lấy thai.
B. Truyền dịch, máu.
C. An thần, trợ tim.
D. Giảm co, hồi sức tích cực.
24. Lượng fibrinogen trong máu ở người bệnh bị rau bong non thể trung bình là:
A. Tăng nhẹ.
B. Tăng cao.
C. Bình thường.
D. Giảm nhiều.
25. Chị T có thai lần thứ hai, đủ tháng. Cách đây 15 ngày, chị T thấy nặng hai chân, người mệt mỏi, ăn ngủ kém, nhức đầu nhẹ. Trước khi vào viện 3 giờ, chị T thấy đau bụng, đau ngày càng tăng sau đau liên tục. Khám lúc chị T vào viện: mạch 95l/p, HA: 130/90mmHg, phù to hai chi dưới, cơn co tử cung 60giây/1p, tử cung cứng, Tim thai 110 l/p, nhỏ, không đều, cổ tử cung mở 3cm, ngôi đầu cao. Ổi vỡ hoàn toàn, nước ối màu đỏ, loãng. Theo bạn chị T có khả năng bị (Chọn ý đúng nhất):
A. Rau tiền đạo.
B. Rau bong non.
C. Dọa vỡ tử cung.
D. Tiền sản giật.
26. Chị T có thai lần thứ hai, đủ tháng. Cách đây 15 ngày, chị T thấy nặng hai chân, người mệt mỏi, ăn ngủ kém, nhức đầu nhẹ. Trước khi vào viện 3 giờ, chị T thấy đau bụng, đau ngày càng tăng sau đau liên tục. Khám lúc chị T vào viện: mạch 95l/p, HA: 130/90mmHg, phù to hai chi dưới, cơn co tử cung 60giây/1p, tử cung cứng, tim thai 110 l/p, nhỏ, không đều, cổ tử cung mở 3cm, ngôi đầu cao, ối vỡ hoàn toàn, nước ối màu đỏ, loãng. Nếu ở tuyến cơ sở chị T cần được xử trí:(Chọn ý đúng nhất)
A. Chuyển lên tuyến trên sớm nhất.
B. Giảm co, hồi sức, chuyển tuyến.
C. Giảm co, kháng sinh, theo dõi.
D. Chuyển tuyến, kháng sinh.
27. Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất của thai chết lưu dưới 22 tuần là:
A. Nghén giảm hoặc hết nghén.
B. Ra huyết âm đạo ít một, đỏ sẫm.
C. Bụng nhỏ dần.
D. Vú cương, tiết sữa.
28. Triệu chứng có giá trị nhất của thai chết lưu dưới 22 tuần để phát hiện là:
A. Tử cung nhỏ hơn tuổi thai.
B. Vú tiết sữa.
C. Hết nghén, hCG âm tính.
D. Siêu âm: buồng ối méo, không có phôi.
29. Dấu hiệu cơ năng của thai chết lưu trên 22 tuần khiến bệnh nhân phải đến khám là:

- A. Không thấy thai máy.
 - B. Vú cương tiết sữa.
 - C. Bụng không to lên hoặc nhỏ đi.
 - D. Ra dịch nâu đen ở âm đạo.
30. Dấu hiệu có giá trị nhất để xác định thai chết lưu trên 22 tuần là:
- A. Tử cung bé hơn tuổi thai.
 - B. Khó sờ thấy phần thai.
 - C. Không nghe thấy tiếng tim thai.
 - D. Siêu âm: thai, tim thai không hoạt động.
31. Biến chứng nguy hiểm nhất sau sẩy hoặc đẻ thai lưu là:
- A. Nhiễm khuẩn buồng tử cung.
 - B. Chảy máu do tử cung co hồi kém.
 - C. Chảy máu do sót rau.
 - D. Chảy máu do rối loạn đông máu.

Bài 12

ĐẠI CƯƠNG ĐẺ KHÓ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dấu hiệu phát hiện đẻ khó do mẹ.
2. Trình bày được đẻ khó do thai, phần phụ của thai và xử trí.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh đẻ khó.

1. ĐẠI CƯƠNG

Đẻ thường là cuộc đẻ diễn ra bình thường khi tất cả các yếu tố về phía mẹ, về phía thai, phần phụ của thai đều bình thường. Đẻ khó là khi một trong những yếu tố đó bất thường thì cuộc đẻ có nhiều khó khăn phải can thiệp. Đẻ khó bao gồm 3 nguyên nhân:

- Do mẹ: rối loạn con co tử cung, khung xương chậu hẹp, phần mềm, u tiền đạo.
- Do thai: thai to, ngôi thai bất thường, nhiều thai, thai suy, dị dạng thai.
- Do phần phụ của thai: rau thai, nước ối, màng ối, dây rau.

Ngoài những nguyên nhân trên còn có những nguyên nhân đẻ khó do người mẹ mắc bệnh như: tim, phổi, gan, thận, nhiễm độc thai nghén.

2. ĐỀ KHÓ DO NGUYÊN NHÂN MẸ

2.1. Do rối loạn cơn co tử cung

– Cơn co bình thường: đều đặn, nhịp nhàng, lúc nghỉ lúc co, không mạnh quá không mau quá, ngoài ý muốn sản phụ, nhịp độ cơn co ngày càng tăng, mới chuyển dạ 15 – 30 giây cách nhau 10 – 15 phút, cổ tử cung mở gần hết 45 – 60 giây cách nhau 1 – 2 phút.

– Rối loạn cơn co tử cung nghĩa là cơn co tử cung quá thưa yếu hoặc quá mau mạnh, trương lực cơ bản tăng.

2.1.1. Cơn co tử cung tăng

Nguyên nhân

– Mẹ: khung xương chậu hẹp, bất tương xứng giữa thai nhi và khung xương chậu.

Khung xương chậu bình thường thai to.

U tiền đạo, cổ tử cung không mở, tử cung dị tật.

– Thai nhi: thai to toàn bộ, thai to từng phần, ngôi thai bất thường.

– Phần phụ của thai: nhiễm trùng ối, rau bong non.

– Thầy thuốc: tiêm thuốc tăng co quá liều.

Dấu hiệu lâm sàng

– Sản phụ thường đau bụng nhiều, liên tục. Do vậy thường làm sản phụ lo lắng, sợ hãi, kêu la nhiều.

– Tử cung co cứng, thời gian cơn co dài, khoảng cách cơn co ngắn.

– Tử cung co cứng liên tục, sờ nắn phần thai khó.

– Cơn co tử cung mạnh nên dễ làm thai suy.

Xử trí: thực hiện y lệnh của bác sĩ.

2.1.2. Do cơn co tử cung yếu

Nguyên nhân: có nhiều nguyên nhân, các nguyên nhân thường phối hợp với nhau.

– Nguyên phát: sản phụ mắc bệnh toàn thân: thiếu máu, lao...

– Thứ phát: tử cung giãn quá căng: thai đôi, đa ối. Chuyển dạ lâu, ối vỡ sớm.

Dấu hiệu lâm sàng

– Toàn thân: da xanh, thiếu máu, yếu, mệt mỏi, suy nhược...

– Tử cung mềm, sờ nắn phần thai rõ, ngôi thai cao.

– Đo cơn co tử cung: thời gian cơn co ngắn, khoảng cách 2 cơn co thưa. Thai có thể suy do chuyển dạ kéo dài.

Xử trí: tùy nguyên nhân xử trí – thực hiện y lệnh.

– Sản phụ yếu: hồi sức, truyền tăng co.

– Đa ối: tia ối, truyền oxytocin.

Sau biến chứng của đề khó do rối loạn cơn co tử cung là băng huyết do đờ tử cung.

2.2. Khung xương chậu hẹp

Khung xương chậu như nòng súng khi đẻ thai nhi và rau chui qua nòng súng. Nếu khung xương chậu hẹp cuộc đẻ sẽ khó khăn. Khung xương chậu hẹp khi: một hoặc nhiều đường kính nhỏ hơn bình thường. Có thể nói khung xương chậu ảnh hưởng đến hiện tượng lọt, xuống, quay và sổ của ngôi thai. Sang chấn cho mẹ và thai là thai suy làm tăng tỷ lệ đẻ can thiệp.

2.2.1. Phân loại khung xương chậu (KXC) hẹp

– Khung xương chậu hẹp toàn diện: tất cả các đường kính khung xương chậu đều nhỏ hơn bình thường, đường kính nhỏ nhất $< 8,5\text{cm}$.

- Khung xương chậu giới hạn: đường kính nhô hậu vệ từ 8,5 – 10,5cm.
- Khung xương chậu méo: các đường kính nhỏ không đều, trám michaelis lệch.
- Khung xương chậu cong trước: eo trên hẹp, eo dưới bình thường, khó lọt.
- Khung xương chậu cong sau: eo trên rộng, eo dưới hẹp, dễ lọt, khó sổ.
- Khung xương chậu hẹp ngang: đường kính ngang nhỏ hơn bình thường, đường kính trước sau bình thường.
- Khung xương chậu dẹt: đường kính trước sau nhỏ, đường kính ngang bình thường.

2.2.2. Nguyên nhân

- Di chứng còi xương, bại liệt từ nhỏ.
- Chấn thương cột sống, gãy xương đùi từ nhỏ.
- Lao cột sống, lao khớp háng, sai khớp háng bẩm sinh.

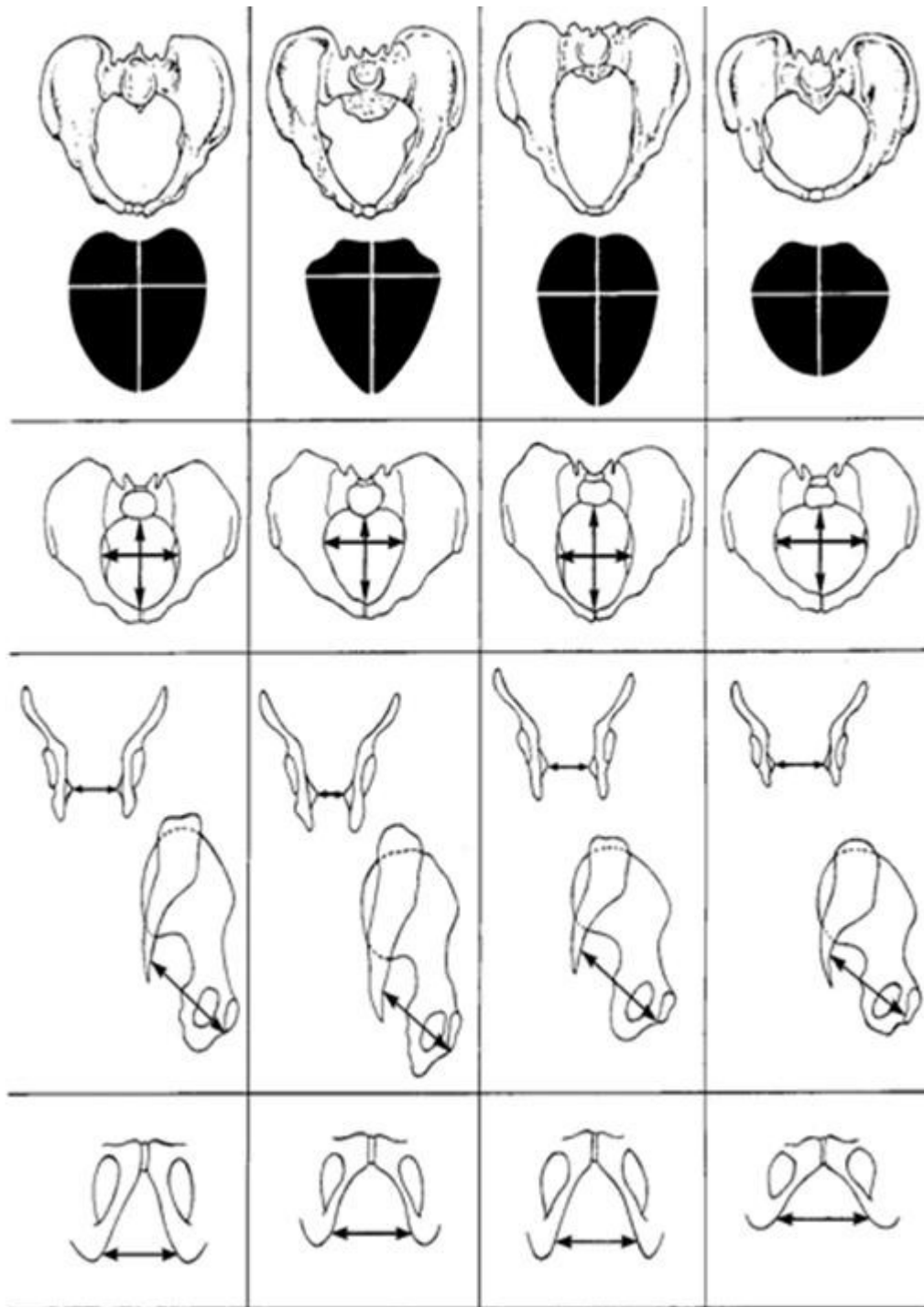
2.2.3. Dấu hiệu lâm sàng

- Tiền sử:
 - + Còi xương, chấn thương, mắc bệnh lao.
 - + Làn da trước chuyển dạ lâu, đẻ khó.
- Chiều cao < 145cm, dáng đi gù vẹo, lệch, quá béo, quá gầy.
- Tử cung đồ trước, hình sừng cối.
- Con so thai tuần 37 ngôi chưa lọt, ngôi bất thường.
- Đo các đường kính khung xương chậu nhỏ hơn bình thường: đường kính trước sau < 17,5cm, đường kính hai ụ ngôi < 10cm, nhô hậu vệ < 8,5cm.

2.2.4. Xử trí

Tùy loại khung xương chậu xử trí khác nhau

- Thực hiện y lệnh – khung xương chậu hẹp toàn diện: mổ lấy thai.
- Khung xương chậu giới hạn: làm nghiệm pháp lọt ngôi chồm, nếu ngôi lọt để đường dưới, nếu ngôi không lọt mổ lấy thai.



Hình 12.1. Các loại khung xương chậu

2.3. Khối u tiền đạo

Là khối u nằm trên đường thai nhi từ buồng tử cung ra ngoài, khối u tiền đạo cản trở hiện tượng lọt, xuống và sổ.

– Thường gặp:

+ U xơ tử cung ở eo, cổ tử cung.

+ U nang buồng trứng tụt xuống túi cùng.

+ U ở âm đạo.

+ U ngoài bộ phận sinh dục ít gặp (u trực tràng, u mạc treo).

– Xử trí: mổ lấy thai khi có dấu hiệu chuyển dạ.

2.4. Đo phần mềm

Tử cung, cổ tử cung, âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn.

2.4.1. Tử cung

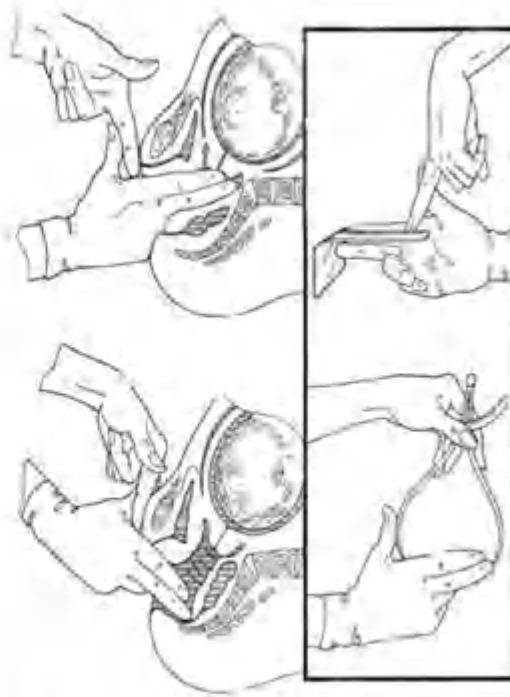
– Tử cung dị dạng: tử cung đôi, tử cung hai sừng làm ngôi thai bình chính không tốt dẫn đến ngôi bất thường.

– Tử cung có sẹo mổ cũ: bóc tách nhân xơ, mổ lấy thai, khâu lỗ thủng vỡ tử cung...

– Xử trí:

– Mổ lại ngay khi có dấu hiệu chuyển dạ nếu vết mổ cũ trên 2 lần, khung xương chậu hẹp, lần thai sau có những biểu hiện khô khan như rau tiền đạo, ngôi ngang, ngôi ngược, sẹo mổ sớm < 24 tháng.

– Để đường dưới cần theo dõi sát sự tiến triển của ngôi, khi cổ tử cung mở hết, ngôi lọt lấy thai bằng forceps, sau lấy thai kiểm soát tử cung kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.



Hình 12.2. Đo đường kính nhỏ – hạ vệ

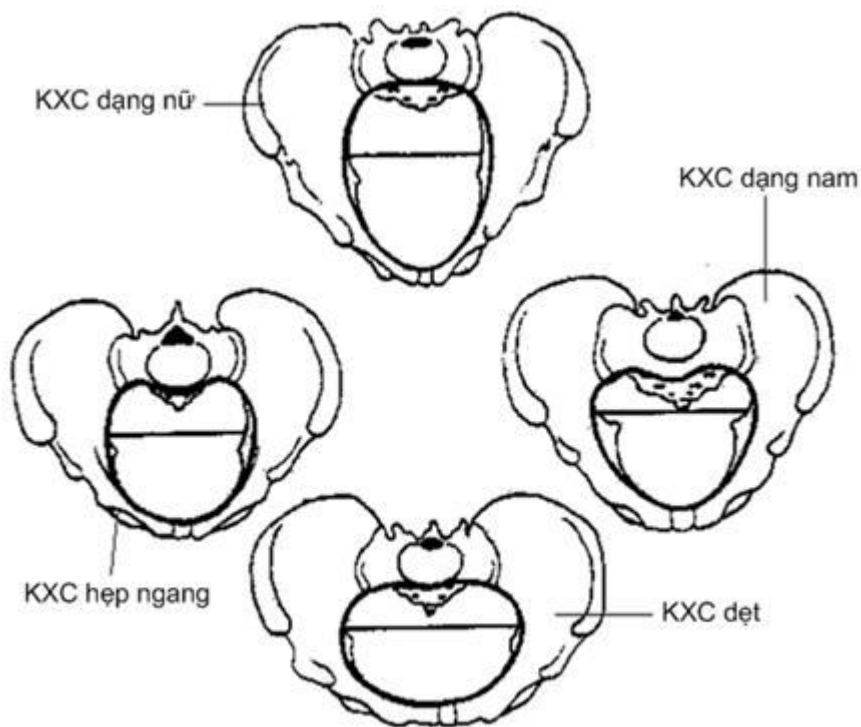
2.4.2. Cổ tử cung

Chuyển dạ bình thường dưới tác dụng của cơn co tử cung, cổ tử cung xóa mở, sự xóa mở cổ tử cung chia làm hai pha:

– Pha tiềm tàng: cổ tử cung xóa đến khi mở 3cm chiếm 2/3 thời gian chuyển dạ.

– Pha tích cực: cổ tử cung mở 4cm đến khi mở 10cm, cổ tử cung mở rất nhanh.

Theo dõi chuyển dạ để đường báo động và đường hành động có nghĩa sự mở cổ tử cung phải nhịp nhàng với cơn co tử cung, nếu đường biểu diễn giữa cổ tử cung và cơn co tử cung quá chậm hoặc quá nhanh là bất thường cần phải xem xét để khó do cổ tử cung.



Hình 12.3. Các khung xương chậu bất thường

– Nguyên nhân:

+ Thực thể: vị trí cổ tử cung lệch, thể tích phù nề, mật độ cứng do sẹo rách, đốt điện đốt nhiệt, khoét chóp cổ tử cung làm cổ tử cung cứng không mở được.

+ Cơ năng: cổ tử cung phù nề cứng do tăng trương lực cơ hoặc do thần kinh sản phụ không ổn định, do dùng thuốc tăng co quá liều.

– Xử trí: tùy theo nguyên nhân – thực hiện y lệnh

+ Tồn thương thực thể: mổ lấy thai.

+ Cơ năng: papaverin, atropin, theo dõi nếu cổ tử cung không mở thì mổ lấy thai.

2.4.3. Âm đạo hẹp

– Nguyên nhân:

+ Dị tật bẩm sinh: hẹp bẩm sinh, vách ngăn âm đạo.

+ Khâu phục hồi lần đẻ trước, phẫu thuật rò bàng quang âm đạo hoặc rò trực tràng âm đạo, sa sinh dục.

– Xử trí: mổ lấy thai.

2.4.4. Âm hộ

– Tầng sinh môn (TSM)

– Nguyên nhân:

+ Âm hộ hẹp bẩm sinh, do khâu lần đẻ trước.

+ TSM xơ cứng ở người con so lớn tuổi, người trẻ khỏe, vận động viên, người ngồi nhiều.

– Xử trí: cắt nới tầng sinh môn.

2.5. Người mẹ mắc bệnh (bài riêng)

– Nội khoa: bệnh cấp mạn tính: tăng huyết áp, hen phế quản, suy tim...

– Ngoại khoa: phẫu thuật ổ bụng, sẹo mổ bàng quang, xương chậu, trực tràng...

– Nhiễm độc thai nghén, tăng huyết áp do thai nghén, sản giật...

3. DO THAI NHI

3.1. Do thai to toàn bộ

Việt Nam thai nhi có trọng lượng 3500g – 4000g.

– Dấu hiệu phát hiện:

+ Bụng có nhiều vết rạn, tử cung to.

+ Cao tử cung, vòng bụng lớn hơn bình thường.

+ Ngôi thai cao.

+ Siêu âm, X quang để chẩn đoán xác định.

– Xử trí: khung xương chậu bình thường, ngôi chỏm làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm. Thực hiện y lệnh. Ngôi thai khác: mổ lấy thai.

3.2. Thai to từng phần

– Đầu to, não úng thủy. Xử trí: chọc sọ hủy thai.

– Vai to: thai vô sọ.

– Bụng cóc: ổ bụng có dịch, thận đa nang, gan lách to. Xử trí: chọc bụng cho dịch chảy ra, lấy phủ tạng.

3.3. Ngôi thai

3.3.1. Ngôi chỏm kiểu thế sau

Thường đầu thai cúi không tốt, lọt khó ở thì quay, ngôi phải quay 135^0 về vệ, nên ngôi làm chuyển dạ kéo dài, thai dễ suy và sang chân cho thai.

– Xử trí: cắt TSM rộng để thai sỏ hoặc lấy thai bằng forceps.

3.3.2. Ngôi mặt

– Móc của ngôi mặt là cằm, đường kính lọt là hạ cằm thóp trước 9,5cm. Ngôi mặt cằm trước dễ được.

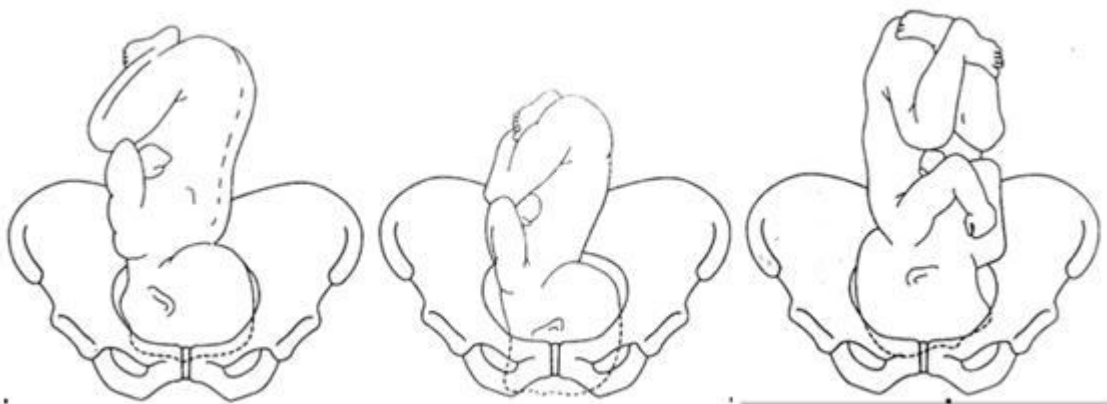
– Ngôi mặt cằm sau không dễ được vì vướng xương ức. Đường kính lọt ức – thóp trước 15cm.

– Phát hiện:

+ Dấu hiệu nhát riu rõ.

+ Mòm cằm, mòm, mũi, mặt...

– Xử trí: mổ lấy thai.



Hình 12.4. Ngôi mặt

3.3.3. Ngôi thóp trước

Đường kính lọt cằm – trán 11,5cm.

Xử trí: mổ lấy thai.

3.3.4. Ngôi trán

– Trán trình diện trước eo trên, mốc của ngôi là góc mũi, đường kính lọt thượng chằm – chằm 13,5cm, ngôi không đẻ được.

– Xử trí: mổ lấy thai.

3.3.5. Ngôi vai

Khi chuyển dạ vai trình diện trước eo trên, điểm mốc là mỏm vai, không có đường kính lọt, không đẻ được đường dưới phải mổ lấy thai.

3.3.6. Ngôi mông

– Khi chuyển dạ mông thai nhi trình diện trước eo trên, điểm mốc là đỉnh xương cùng. Đường kính lọt 2 ụ đùi 8cm.

– Ngôi đẻ được đường dưới nhưng dễ mắc đầu hậu. Mổ lấy thai nếu thai to, con so...

3.4. Do thai suy

Là tình trạng thai bị thiếu oxy khi còn trong buồng tử cung.

3.4.1. Phân loại

– Suy thai mạn tính: gặp trong trường hợp mẹ mắc bệnh mạn tính,...

– Suy thai cấp tính: khi chuyển dạ xuất hiện cơn co tử cung làm cản trở tuần hoàn rau thai (gặp trong trường hợp rối loạn cơn co tử cung).

3.4.2. Dấu hiệu

– Thay đổi tiếng tim thai: > 160l/p, không đều, không rõ.

– Thay đổi màu sắc nước ối: bẩn, lẫn phân su.

Khi chuyển dạ cần theo dõi tim thai bằng monitoring sản khoa.

3.4.3. Xử trí

Tìm nguyên nhân xử trí – thực hiện y lệnh.

– Nguyên tắc: lấy thai càng sớm càng tốt: nếu đủ điều kiện forceps lấy thai, không đủ điều kiện mổ lấy thai.

– Hồi sức tim thai theo phương pháp nicolaier.

3.5. Thai già tháng

Bình thường thai sống trong buồng tử cung 38 – 41 tuần, nếu > 42 tuần gọi là thai già tháng dẫn đến 2 loại đẻ khó.

– Thiếu ối: rối loạn chuyển hoá do thiếu nước gây nên suy thai không làm trơn đường sinh dục thai khó lọt, xuống, sỏ.

– Thai già tháng, thai to.

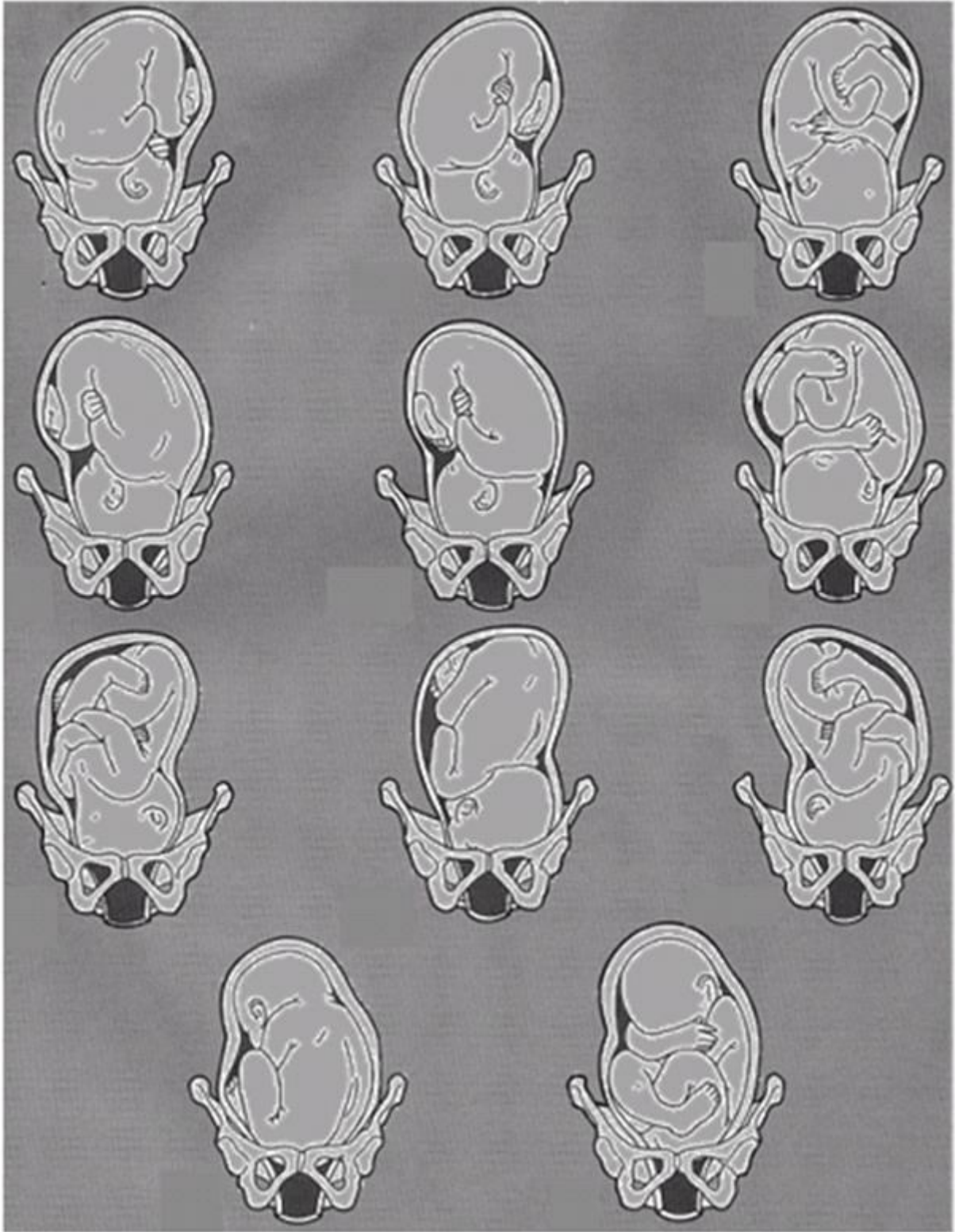
3.6. Đa thai

Thường gặp thai sinh đôi. Sinh đôi thai thường nhỏ đẻ đường dưới dễ nhưng cũng có một số bất thường;

– Hai thai cùng xuống: gặp trong hai thai ngôi đầu làm ngôi không lọt.

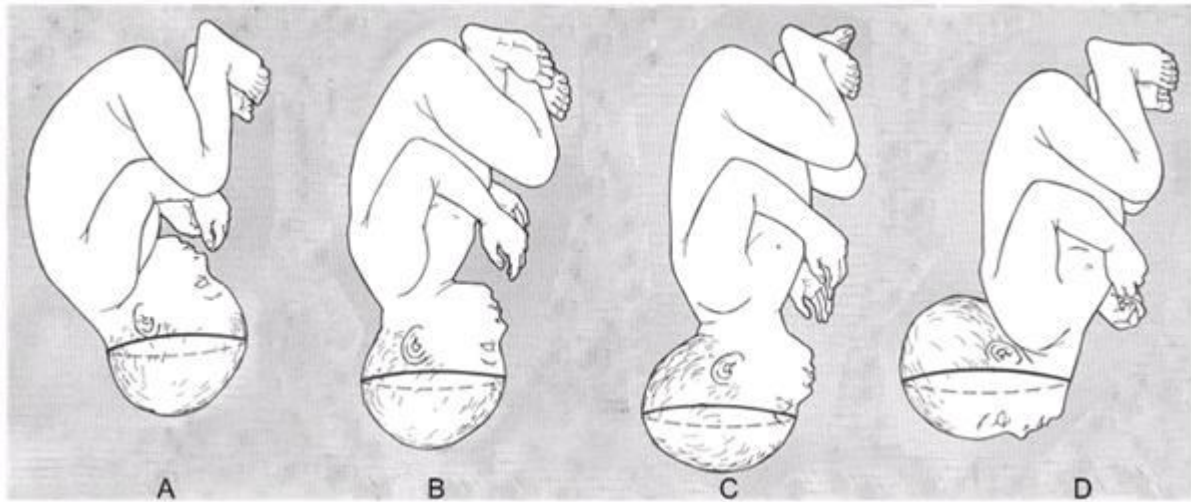
– Hai thai dính nhau: chung buồng ối dính nhau. Xử trí: mổ lấy thai.

– Hai thai mắc nhau; một ngôi đầu, một ngôi ngược. Xử trí : mổ lấy thai.



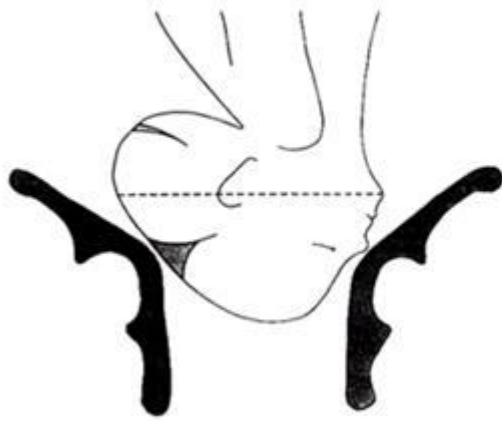
Hình 12.5. Các loại ngôi thai

A: Ngôi chằm; B: Ngôi trán; C: Ngôi mặt; D: Ngôi mông.

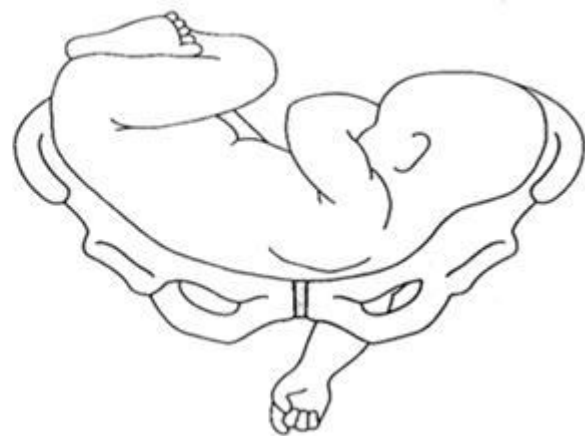


Hình 12.6. Các loại ngôi đầu

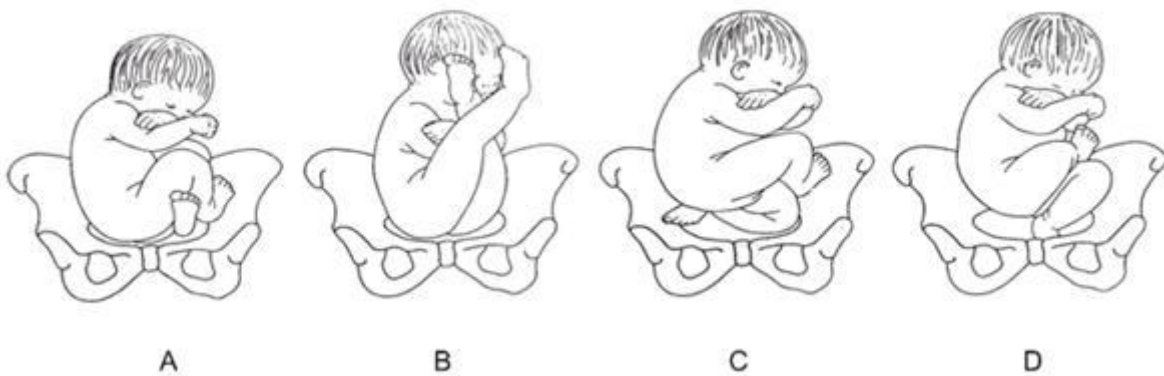
A: Ngôi chẩm (chẩm); B: Ngôi thóp trước; C: Ngôi trán; D: Ngôi mặt.



Hình 12.7. Ngôi trán



Hình 12.8. Ngôi ngang sa tay



Hình 12.9. Ngôi mông

A: Ngôi mông hoàn toàn; C: Ngôi mông kiểu đầu gối; B: Ngôi mông kiểu mông; D: Ngôi mông kiểu bàn chân

4. ĐẺ KHÓ DO PHẦN PHỤ CỦA THAI

4.1. Do rau thai

4.1.1. Rau tiền đạo (xem trong bài rau tiền đạo)

4.1.2. Rau bong non (xem trong bài rau bong non)

4.1.3. Rau cài răng lược

Là gai rau ăn sâu vào cơ tử cung thường gặp ở những thai phụ nạo hút thai nhiều lần, viêm nhiễm đường sinh dục nhất là ở vùng rau bám.

Có hai loại:

– Rau cài răng lược toàn phần không chảy máu, không bóc được, không sổ được, khi bóc sẽ gây thủng tử cung nếu làm thô bạo. Xử trí: mổ cắt tử cung.

– Rau cài răng lược một phần gây chảy máu nhiều chỉ bóc được một phần.

Xử trí: nếu bóc không hết, máu ra ít dùng kháng sinh + tăng co bóp tử cung vài ba ngày sau nạo lại bằng dụng cụ, nếu máu ra nhiều mổ cắt tử cung.

4.1.4. Rau bám chặt

Thời kỳ sổ rau kéo dài, rau không bong nhưng vẫn bóc được hết rau.

4.1.5. Rau cầm tù

– Rau bong nhưng bị giữ lại trong buồng tử cung.

– Gây chảy máu nhiều, phải gây mê mới lấy được rau.

4.2. Do màng ối, nước ối

4.2.1. Ới vỡ non, vỡ sớm, rỉ ối

– Nguyên nhân: ngôi thai bất thường, màng ối bị viêm...

– Phát hiện: nước ối trắng đục chảy ra nhiều, khám không thấy màng ối.

– Xử trí: ối vỡ > 6 giờ dùng kháng sinh, rút ngắn chuyển dạ bằng cách cho đẻ chỉ huy nếu đủ điều kiện lấy thai bằng đường dưới, không đủ điều kiện mổ lấy thai.

4.2.2. Đa ối

Là trường hợp nước ối trong buồng tử cung > 2000 ml (1200 ml gọi là dư ối)

Nguyên nhân: do nhiều nguyên nhân

+ Mẹ mắc virus khi mang thai gây đa ối làm dị dạng thai.

+ Mẹ viêm nhiễm tại chỗ: viêm niêm mạc tử cung gây rối loạn cơ chế bài tiết và hấp thu nước ối.

+ Chửa sinh đôi đồng hợp tử.

Dấu hiệu lâm sàng:

+ Đa ối cấp: thường gặp ở 3 tháng giữa thời kỳ thai nghén, tử cung to nhanh trong vài ngày làm thai phụ khó thở, đau bụng. Khám tử cung căng to, nắm phần thai khó do thai dị dạng, nghe tim thai nhỏ xa xăm.

+ Đa ối mạn: thường gặp ở 3 tháng cuối thời kỳ thai nghén, siêu âm sẽ thấy nước ối nhiều, thăm âm đạo cổ tử cung hé mở. Trên lâm sàng ít rầm rộ hơn.

Xử trí:

Đa ối kèm dị dạng thai: phá thai sớm, khi chuyển dạ phải tia ối, cơn co tử cung không tốt điều chỉnh cơn co, nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới không đủ điều kiện mổ lấy thai.

4.2.3. Thiếu ối

Lượng nước ối < 200ml

Nguyên nhân: do viêm nội sản mạc, thai già tháng.

Biểu hiện:

– Bụng nhỏ hơn tuổi thai, đau bụng khi thai cựa.

– Không có dấu hiệu bập bênh của thai, tim thai nhanh, chậm, không đều.

– Thăm âm đạo: màng ối sát ngôi thai, không thấy đầu ối thành lập, có thể thấy brou huyệt thanh,

rối loạn cơn co không đều, gây đau.

Bám ối: thực hiện y lệnh nếu:

– Rối loạn cơn co tử cung: điều hòa cơn co bằng thuốc.

– Hồi sức tim thai.

– Lấy thai ra nhanh khi thai bị suy.

4.2.4. Nhiễm khuẩn ối

Nguyên nhân: do nhiễm khuẩn đường sinh dục ngoài lan vào buồng tử cung khi ối đã vỡ.

Biểu hiện:

– Nhiễm khuẩn nhẹ: xảy ra sau vỡ ối 8 – 12 giờ.

– Toàn thân sốt 38 – 39⁰C.

– Đau bụng nhiều do tử cung co bóp mạnh, tử cung luôn rắn.

– Tim thai suy, nước ối lẫn phân su, mùi hôi.

– Nhiễm khuẩn nặng: vỡ ối 2 – 3 ngày do phá thai dở dang.

Toàn thân: nhiễm khuẩn nặng, mệt mỏi, vẻ mặt hốc hác, sốt 39 – 40⁰C hoặc hơn, mạch nhanh.

– Tử cung co cứng toàn bộ, rắn, tim thai nhanh, rời rạc.

– Thăm âm đạo: cổ tử cung mở chậm, ối đen bầy, hôi.

Xử trí: nguyên tắc chung lấy thai càng sớm càng tốt

– Kháng sinh liều cao.

– Nếu nhiễm khuẩn nặng, tiên lượng không để được đường dưới mổ lấy thai cắt tử cung bán phần.

4.3. Để khó do dây rau

Dây rau bình thường dài 45 – 60 cm.

4.3.1. Dây rau ngắn

– Ngắn tuyệt đối là dây rau < 45 cm.

– Ngắn tương đối: chiều dài dây rau bình thường bị quấn cổ, thân...

– Lâm sàng: có thể nghĩ đến dây rau ngắn dựa vào:

+ Sản phụ đau nhiều ở đáy tử cung khi có cơn co tử cung

+ Theo dõi cơn co tử cung tốt, khung xương chậu rộng, thai bình thường nhưng ngôi thai cao không lọt, khi có cơn co tử cung ngôi xuống hết cơn co tử cung ngôi lên cao (ngôi thai thập thò).

+ Suy thai không tìm được nguyên nhân.

– Xử trí:

+ Ngôi chưa lọt: mổ lấy thai.

+ Ngôi lọt: forceps, khi đầu sổ nếu dây rau quấn cổ 1 vòng tuột qua vai, nếu quấn cổ 2 vòng kẹp cắt rốn.

+ Ngôi mông: gỡ qua chân.

4.3.2. Sa dây rau

Là cấp cứu sản khoa khi thai sống, nếu không xử trí nhanh thai chết.

Nguyên nhân:

– Ngôi đầu bình chính không tốt.

– Ngôi mông.

– Đa ối, dây rau dài quá.

Phân loại: hai loại

– Sa dây rau trong bọc ối tiên lượng thường tốt hơn.

– Sa dây rau ngoài bọc ối (ối vỡ) sa trước ngôi, sa bên ngôi, sa sau ngôi.

Dấu hiệu:

– Thai suy: monitoring nhịp tim thai biến đổi.

– Sờ thấy dây rau khi thăm âm đạo.

Xử trí:

– Dây rau còn đập: ối chưa vỡ ngôi thai chưa lọt đẩy dây rau lên và chuyển sản phụ mổ lấy thai.

Chú ý: khi di chuyển đầu thấp, mông cao, chèn gạc tẩm huyết thanh ẩm chặt âm đạo, dùng thuốc giảm co.

– Dây rau không đập: không còn cấp cứu, theo dõi để đường dưới

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

– Tiền sử:

+ Mẹ mắc các bệnh toàn thân: thiếu máu, lao, tim mạch...

+ Các bệnh tật tại chỗ: bại liệt, lao – chấn thương cột sống, còi xương...

+ Tiền sử sản phụ khoa: số lần đẻ, sảy thai, nạo phá thai. Tiền sử đẻ khó, mổ đẻ cũ...

– Quá trình thai nghén: đau bụng, ra huyết, khám thai phát hiện các bất thường của mẹ, thai, phần phụ.

– Hiện tại:

+ Toàn thân: chiều cao, cân nặng, hình dáng, tình trạng thần kinh tâm lý, da niêm mạc.

+ Tại chỗ: cơn co tử cung, hình dáng tử cung, chiều cao tử cung, vòng bụng, ngôi thai, khung xương chậu, phần mềm, tình trạng ra huyết, ra nước âm đạo, rau thai,...

+ Siêu âm: tình trạng thai, phần phụ của thai.

5.2. Chẩn đoán chăm sóc/lập kế hoạch chăm sóc

Chẩn đoán chăm sóc	Lập kế hoạch
Mệt mỏi lo lắng về cuộc đẻ	Giảm lo lắng: – Động viên, giải thích. – Theo dõi toàn trạng, sắc mặt, mạch, nhịp thở 1h/l – Chế độ ăn uống phù hợp. – Theo dõi tại phòng sinh.
Đẻ khó do: + Rối loạn cơ cơ tử cung. + Khung xương bất thường. + Bất thường của thai, phần phụ và phần mềm.	– Giảm biến chứng cho mẹ và cho thai: + Theo dõi, đánh giá quá trình chuyển dạ. + Chuẩn bị sản phụ, phương tiện, dụng cụ; phụ giúp bác sĩ khám, đỡ đẻ, làm thủ thuật, phẫu thuật + Thực hiện y lệnh.
	Giảm nguy cơ:

Nguy cơ suy thai do chuyển dạ dễ khó.	<ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi tình trạng thai, trong quá trình chuyển dạ - Chuẩn bị dụng cụ, thuốc, phụ giúp bác sĩ hồi sức thai và sơ sinh. - Thực hiện y lệnh.
Các bất thường khác.	<p>Theo dõi, đánh giá các dấu hiệu sau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đau đầu, hoa mắt, đại tiểu tiện. - Phù. - Khó thở. - Thực hiện y lệnh.

5.3. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Giảm mệt mỏi lo lắng:
- + Động viên an ủi sản phụ, giải thích diễn biến về cuộc chuyển dạ.
- + Ăn uống đầy đủ hoặc ăn nhẹ, nhịn ăn tùy từng tình huống.
- + Theo dõi tình trạng thần kinh tâm lý và các dấu hiệu sống.
- + Nghỉ ngơi hợp lý tại phòng sinh.
- Giảm nguy cơ biến chứng cho mẹ:
- + Theo dõi sát quá trình chuyển dạ để phát hiện sớm các diễn biến bất thường, báo cáo ngay cho bác sĩ để xử trí.
- + Chuẩn bị sản phụ, dụng cụ, phụ giúp bác sĩ thăm khám, làm thủ thuật, phẫu thuật...
- + Thực hiện y lệnh.
- Giảm nguy cơ cho thai :
- + Theo dõi sát tình trạng của thai trong quá trình chuyển dạ : tim thai, sự tiến triển của ngôi...
- + Chuẩn bị dụng cụ, thuốc và phụ giúp bác sĩ thăm khám, hồi sức thai và sơ sinh.
- + Thực hiện y lệnh.
- Theo dõi sát phát hiện sớm báo cáo kịp thời các rối loạn khác, thực hiện y lệnh.

5.4. Đánh giá chăm sóc

- Hiệu quả chăm sóc tốt : cuộc đẻ diễn ra an toàn.
- Hiệu quả chăm sóc không tốt : có biến chứng cho mẹ, cho thai và sơ sinh.

Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc cần đánh giá dấu hiệu chuyển dạ bình thường hay bất thường nếu bất thường, phải báo cáo ngay với thầy thuốc để khám lại và xử trí đúng còn bản thân người điều dưỡng cần nhận định lại người bệnh để lập kế hoạch chăm sóc cho phù hợp.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

STT	Nội dung	A	B
1	Đẻ khó do dây rốn ngắn hậu quả thường gây nên ngôi thai bất thường hoặc cao lỏng.		
2	Đẻ khó do vỡ màng ối thường không gây chuyển dạ kéo dài, nhưng dễ gây suy thai và nhiễm khuẩn ối.		
	Khi lập kế hoạch chăm sóc đẻ khó do thai to người điều dưỡng		

3	cần nhận định hình dáng sản phụ và khung xương chậu.		
4	Cơ co tử cung tăng làm cổ tử cung mở chậm, chuyển dạ kéo dài, khi đẻ gây rách cổ tử cung hoặc vỡ tử cung.		
5	Cơ co tử cung tăng sau đẻ dễ gây băng huyết do đờ tử cung.		
6	Tăng cơ co tử cung gây biến chứng, hậu quả đối với thai: suy thai, ngạt thai, thai bị sang chấn.		
7	Cơ co tử cung thưa không gây chuyển dạ lâu, ối vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối.		
8	Cơ co tử cung thưa, sau đẻ sản phụ thường bị băng huyết do đờ tử cung.		
9	Khung xương chậu hẹp thường do nguyên nhân sản phụ mắc bệnh còi xương, bại liệt, lao cột sống, lao khớp háng.		
10	Khung xương chậu hẹp thường do chấn thương cột sống, gãy xương đùi tuổi trưởng thành.		
11	Nguyên nhân ngôi trán do thai thường gặp thai to, đầu to, khối u vùng cổ, ngực		
12	Ngôi mặt khi khám âm đạo sờ thấy cả móm cằm và thóp trước.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 14 đến 23

14. Ngôi bất thường hay gặp nhất là:

- A. Ngôi ngang.
- B. Ngôi mông.
- C. Ngôi trán.
- D. Ngôi mặt.

15. Nguyên nhân hay gặp nhất gây đẻ khó do thai dị dạng là:

- A. Não úng thủy.
- B. Thai vô sọ.
- C. Bụng cóc.
- D. Hai thai dính nhau.

16. Đẻ khó do tăng cơ co tử cung biểu hiện dấu hiệu toàn thân là:

- A. Da xanh, niêm mạc nhợt, lo lắng, đau bụng
- B. Mệt mỏi, da xanh, kêu ca nhiều
- C. Mệt mỏi, không đau bụng, da xanh
- D. Kêu ca nhiều, lo lắng, mệt mỏi, đau bụng tăng

17. Đẻ khó do tăng cơ co tử cung dấu hiệu lâm sàng phát hiện đúng nhất là:

- A. Toàn thân mệt mỏi, lo lắng
- B. Tử cung co cứng sờ phần thai khó
- C. Tim thai nhanh, chậm không rõ
- D. Đo thời gian cơ co tử cung dài, khoảng cách giữa 2 cơn co ngắn

18. Dấu hiệu xác định ngôi trán dựa vào:

- A. Sờ thấy đầu ở dưới.
- B. Sờ thấy hóc mắt.
- C. Sờ thấy thóp trước.
- D. Sờ thấy gốc mũi.

19. Ngôi mặt khi chuyển dạ khám âm đạo sờ thấy móm của ngôi là:

- A. Hóc mắt.
- B. Gò má.

- C. Hàm trên, dưới.
D. Mỏ cằm.
20. Khám ngoài dấu hiệu chắc chắn nhất để phát hiện ngôi ngang là:
A. Tử cung bè ngang.
B. Sờ thấy đầu ở một bên mạng sườn.
C. Trên vệ có khoảng rỗng.
D. Nghe tim thai ngang rốn.
21. Biến chứng nguy hiểm nhất của ngôi ngang khi chuyển dạ đẻ là:
A. Ối vỡ sớm.
B. Sa dây rau.
C. Suy thai.
D. Vỡ tử cung.
22. Tai biến nguy hiểm nhất khi đỡ đẻ ngôi mông là:
A. Ối vỡ sớm.
B. Mắc đầu hậu.
C. Rách cổ tử cung, âm hộ, âm đạo.
D. Tay giờ ngược lên đầu.
23. Ngôi mông khi chưa chuyển dạ, thái độ xử trí đúng là:
A. Nằm chổng mông (tư thế đầu gối–ngực).
B. Ngoại xoay thai.
C. Mổ lấy thai.
D. Đẻ chỉ huy.

Bài 13

HỘI CHỨNG NHIỄM ĐỘC THAI NGHÉN VÀ SẢN GIẬT

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, nguyên nhân, triệu chứng nhiễm độc thai nghén.
2. Trình bày được khái niệm, triệu chứng, tiền sản giật và sản giật.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc người bệnh bị nhiễm độc thai nghén, tiền sản giật, sản giật.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Bình thường, các dấu hiệu như phù, tăng huyết áp, protein niệu,... không xuất hiện khi mang thai. Một khi các dấu hiệu này xuất hiện nhưng mất dần sau đẻ thì gọi đó là tình trạng nhiễm độc thai nghén (NĐTN) hay rối loạn tăng huyết áp khi có thai.

1.2. Ý nghĩa

- Tỷ lệ mắc bệnh cao: 5 – 10% phụ nữ mang thai.
- Tỷ lệ tử vong mẹ, tử vong chu sản cao.
- Biến chứng cho mẹ và thai cao.

2. RỐI LOẠN TĂNG HUYẾT ÁP KHI CÓ THAI – NHIỄM ĐỘC THAI NGHÉN (NĐTN)

2.1. Khái niệm

Là tình trạng bệnh lý do thai nghén gây ra trong 20 tuần cuối thai kỳ gồm ba triệu chứng chính là tăng huyết áp, phù, protein niệu.

- Tỷ lệ gặp: 5 – 10% phụ nữ mang thai.

2.2. Nguyên nhân

Chưa rõ, có một số yếu tố nguy cơ:

- Thời tiết: lạnh, ẩm (đông, xuân).
- Tuổi: con so > 35 tuổi.
- Số lần có thai: con so hay mắc NĐTN hơn sản phụ con rạ.
- Số lượng thai: nhiều thai.
- Kinh tế kém, trình độ văn hoá thấp.
- Dinh dưỡng kém, thiếu yếu tố vi lượng.
- Chế độ làm việc nặng nhọc, căng thẳng.
- Tiền sử NĐTN, tiền sản giật, sản giật, rau bong non, thai kém phát triển, thai chết lưu, đái đường, tăng huyết áp, bệnh thận,...

2.3. Triệu chứng

2.3.1. Các triệu chứng chính

2.3.1.1. Tăng huyết áp (THA): hay gặp (85% trường hợp NĐTN)

- Tăng huyết áp khi huyết áp $\geq 140/90$ mmHg.
- Tăng huyết áp khi huyết tâm thu tăng trên 30 mmHg so với trước khi có thai, hoặc huyết áp tâm trương tăng trên 15 mmHg so với trước khi có thai hoặc 20 tuần đầu thai kỳ.
- Tăng huyết áp khi huyết áp trung bình tăng trên 20 mmHg so với trước khi có thai.
- Đặc điểm tăng huyết áp: huyết áp tâm thu và tâm trương có thể tăng đồng thời hoặc không, có thể dao động trong ngày hoặc liên tục cao.

2.3.1.2. Phù

- Phù trắng, mềm, ấn lõm, không đau.
- Phù thường từ hai chân (nhẹ) tiến triển ra toàn thân (nặng).
- Có thể có tràn dịch các màng.
- Tăng cân: > 500g/ tuần hoặc > 2250g/ tháng.

2.3.1.3. Protein niệu

- Thường xuất hiện muộn hơn hai triệu chứng trên.
- Protein (+) khi > 0,3g/l ở mẫu nước tiểu trong 24 giờ hoặc > 0,5g/l ở mẫu nước tiểu lấy ngẫu

nhiên.

- Protein niệu càng cao bệnh càng nặng.

2.3.2. Các triệu chứng khác thường gặp ở thể nặng

- Thiếu máu.
- Tràn dịch màng phổi, màng tim, cổ trướng.
- Mờ mắt, hoa mắt, nhìn đôi, giảm thị lực.
- Đau đầu.
- Buồn nôn, đau vùng thượng vị, đau hạ sườn phải.

2.3.3. Cận lâm sàng

- Chức năng gan, thận có thể bị ảnh hưởng.
- Công thức máu: hồng cầu, hematocrit, hemoglobin giảm.
- Protein máu giảm.
- Soi đáy mắt.
- Tình trạng thai.

2.4. Thể lâm sàng

2.4.1. Theo mức độ nặng nhẹ: nhẹ, vừa, nặng

Dấu hiệu/ triệu chứng	Nhẹ	Vừa	Nặng
Phù sau nghỉ ngơi	Hai chân	Lan lên bụng, tay	Toàn thân
Tăng cân	> 0,5kg/tuần	> 1kg/tuần	> 2kg/tuần
Tăng huyết áp	≥ 140/90mmHg	> 150/100mmHg	> 160/110mmHg
Protein niệu	1 ÷ 2g/l	3 ÷ 4g/l	> 5g/l
Lượng nước tiểu	> 800ml/24 giờ	< 800ml/24 giờ	< 400ml/24 giờ
Thị lực	Bình thường	Giảm nhẹ	Giảm nhiều

2.4.2. Theo triệu chứng kết hợp

- Chỉ có một triệu chứng
- Loại có hai triệu chứng kết hợp
- Loại có đầy đủ ba triệu chứng

2.4.3. Theo phát sinh bệnh

2.4.4. Hội chứng HELLP: gồm ba dấu hiệu: xuất huyết, men gan tăng, giảm tiểu cầu. Đây là một hội chứng nặng của nhiễm độc thai nghén.

2.5. Xử trí

2.5.1. Nguyên tắc: ngăn cản sự tiến triển của bệnh, điều trị nội khoa là chủ yếu, bảo vệ mẹ là chính, có chiều cố đến con.

2.5.2. Nội khoa

- Không chế huyết áp: các thuốc hạ áp.
- MgSO₄: chống phù não.
- An thần.
- Kháng sinh nhóm beta lactamin.

– Lợi tiểu khi lượng nước tiểu/24h < 800ml, không nên dùng kéo dài để ảnh hưởng tới thai, khi dùng nên thêm kali.

– Yếu tố vi lượng và các vitamin: rất quan trọng.

2.5.3. Sản khoa

– Khi chưa chuyển dạ: nếu điều trị nội khoa không kết quả thì đình chỉ thai nghén bằng gây chuyển dạ hoặc mổ chủ động lấy thai.

– Khi đang chuyển dạ: điều trị nội khoa tích cực, rút ngắn chuyển dạ bằng forceps khi đủ điều kiện hoặc mổ lấy thai (nếu điều trị nội khoa không kết quả).

2.6. Kế hoạch chăm sóc

2.6.1. Nhận định

- Nhận định về sự hiểu biết của thai phụ đối với NĐTN
- Nhận định về khả năng nhận thức của thai phụ.
- Nhận định về toàn trạng: HA, M, nhịp thở, da, niêm mạc, thân nhiệt,
- Nhận định về dấu hiệu phù
- Nhận định về các dấu hiệu khác: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, đau thượng vị,...
- Nhận định về cân bằng dịch của thai phụ
- Nhận định về chế độ ăn, nghỉ, vệ sinh của thai phụ.
- Nhận định về các dấu hiệu cận lâm sàng
- Nhận định về kết quả điều trị
- Nhận định về chế độ dinh dưỡng của thai phụ.
- Nhận định tim thai trên monitor: NTT cơ bản, sự biến đổi NTT, kiểu NTT.

2.6.2. Những vấn đề cần chăm sóc – Lập kế hoạch

Chẩn đoán chăm sóc/ những vấn đề cần chăm sóc	Lập kế hoạch chăm sóc
1– Thiếu hụt kiến thức do không thích nghi với điều kiện mới	<ul style="list-style-type: none"> – Cung cấp thông tin về NĐTN cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng – Cung cấp các thông tin cần thiết khác – Giúp đỡ bác sĩ trong khi thăm khám và điều trị, thông báo các kết quả thăm khám và điều trị cho thai phụ – Giải thích về các thủ thuật có thể làm cho thai phụ: cách thức, mục đích, kết quả có thể đạt được,...
2– Rối loạn huyết động và tim mạch do tăng huyết áp	<ul style="list-style-type: none"> – Theo dõi các dấu hiệu sống 3 – 6h/lần – Cân thai phụ hàng ngày. – Theo dõi phù ở mặt, chân, tay, ngón chân, tay. – Theo dõi các dấu hiệu cơ năng khác hàng ngày – Theo dõi và điều chỉnh lượng dịch vào cơ thể thai phụ phụ thuộc vào lượng dịch bị mất hàng ngày, theo dõi lượng nước tiểu 24h/ngày – Theo dõi protein niệu và các dấu hiệu cận lâm sàng khác: urê, creatinin máu, điện giải đồ, công thức máu, men gan (SGOT, SGPT,...) – Sử dụng thuốc thích hợp theo chỉ định. – Ghi chép và thông báo các tác dụng phụ. – Cho thai phụ nằm nghiêng trái. – Hướng dẫn chế độ ăn (tăng đạm, dầu thực vật, ăn nhạt tương

	đối hoặc tuyệt đối). – Hướng dẫn chế độ vận động, vệ sinh.
3– Nguy cơ cho thai do giảm tuần hoàn máu rau thai.	– Thông báo cho bác sĩ mọi thay đổi NTT trên monitor. – Cho thai phụ nằm nghiêng trái. – Cho thai phụ thở oxy qua mặt nạ hoặc qua ống thông mũi nếu có biểu hiện thai suy. – Chuẩn bị cấp cứu sơ sinh non yếu, ngạt.

3. TIỀN SẢN GIẬT

3.1. Khái niệm: là thời kỳ quá độ của NĐTN và sản giật. Thời kỳ này có thể từ vài giờ đến vài tuần. Trên quan điểm điều trị ta coi tiền sản giật như sản giật. Trên quan điểm bệnh học: NĐTN nặng như tiền sản giật.

3.2. Triệu chứng

- Tăng HA \geq 160/110 mmHg.
- Phù to hay tăng cân nhanh và nhiều.
- Protein niệu: thường > 6g/l.
- Nước tiểu < 400ml/24giờ.
- Dấu hiệu thần kinh: nhức đầu đặc biệt vùng chẩm, lơ lơ, thờ ơ với ngoại cảnh.
- Thị giác: hoa mắt, chóng mặt, mờ mắt, mù.
- Tiêu hoá: buồn nôn, nôn, đau vùng thượng vị hay dưới sườn phải.
- Các dấu hiệu cận lâm sàng nặng thêm.
- Xuất hiện thêm các biến chứng: suy tim, phù phổi, thai kém phát triển trong tử cung, thiếu ối.

3.3. Điều trị

3.3.1. Nguyên tắc: ngăn ngừa cơn sản giật

3.3.2. Nội khoa

- Chống phù não: MgSO₄ 15% × 4 – 7g/24 giờ.
- Khống chế huyết áp: các thuốc hạ áp.
- Lợi tiểu: lasix cho thêm kali.
- An thần: diazepam.
- Kháng sinh: beta lactamin.
- Các yếu tố vi lượng và vitamin.

3.3.3. Sản khoa

- Thai chưa đủ tháng: nội khoa là chủ yếu. Nếu nội khoa không kết quả: đình chỉ thai để cứu mẹ.
- Thai đủ tháng: nội khoa, gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai
- Đang chuyển dạ: rút ngắn chuyển dạ bằng bấm ối, forceps nếu đủ điều kiện hoặc mổ lấy thai.

4. SẢN GIẬT

4.1. Khái niệm: là một biến chứng nặng của NĐTN có thể xuất hiện trong ba tháng cuối khi mang thai (75%), khi chuyển dạ (20%), sau đẻ (5%).

4.2. Triệu chứng

4.2.1. Giai đoạn xâm nhiễm

– Kéo dài 30 – 60 giây.

– Co giật các cơ vùng đầu mặt cổ: mi mắt nhấp nháy, nhãn cầu đảo đi đảo lại, nét mặt nhăn nhúm, sắc mặt thay đổi, lưỡi thè ra thụt vào, tăng tiết nước bọt. Đầu lắc la lắc lư. Cuối cùng cơn co giật lan xuống hai tay làm các ngón tay chụm lại.

4.2.2. Giai đoạn giật cứng

– Kéo dài 30 giây.

– Toàn bộ các cơ trong cơ thể co cứng: thân uốn cong, tay chân cứng đờ duỗi thẳng, đầu nghiêng sang một bên, mắt trợn ngược, răng cắn chặt, sùi bọt mép, các cơ hô hấp co cứng làm người bệnh không thở được, tím tái, đồng tử co nhỏ.

4.2.3. Giai đoạn giật giãn cách

– Kéo dài 3 ÷ 5 phút.

– Co giật cơ toàn thân: sau giai đoạn co cứng các cơ hô hấp giãn ra chốc lát nên người bệnh hít một hơi dài sau đó cử động lung tung, đầu lắc lư, nét mặt nhăn nhúm, nhãn cầu đảo đi đảo lại, lưỡi thè ra thụt vào, nên dễ cắn vào lưỡi, hai tay co giật không đều, như người đánh trống, mình uốn cong, nhịp thở không đều, thở rít, sùi bọt mép,...

– Các cơn co giật thưa, nhẹ dần rồi người bệnh chuyển sang giai đoạn hôn mê

4.2.4. Giai đoạn hôn mê

Có thể hôn mê nhẹ, ngắn: người bệnh chỉ ngơ ngác, mê man vài ba phút hoặc hôn mê rất nặng và kéo dài vài ngày và trong cơn hôn mê có thể xuất hiện cơn sản giật tiếp theo, các biến chứng khác rồi tử vong.

4.3. Cận lâm sàng

– Cần làm xét nghiệm công thức máu, protein máu, xét nghiệm nước tiểu toàn phần, xét nghiệm sinh hoá máu,... để đánh giá đầy đủ tình trạng các cơ quan, chức năng của cơ thể.

– Chức năng gan, thận, não có thể bị ảnh hưởng.

– Công thức máu: hồng cầu, hematocrit, hemoglobin giảm.

– Protein máu giảm.

– Soi đáy mắt.

– Tình trạng thai.

4.4. Biến chứng

4.4.1. Mẹ

– Cấn phải lưỡi, ngạt thở.

– Xuất huyết não, màng não.

– Rau bong non, phù phổi cấp, suy tim, suy gan, suy thận,...

– Mùi, giảm thị lực, động kinh, ngớ ngẩn,...

4.4.2. Thai

– Thai chết lưu.

– Non tháng.

– Suy thai mạn, thai kém phát triển.

– Ngạt thai.

– Thiểu năng tâm thần.

– Tỷ lệ tử vong chu sinh tăng cao.

4.5. Điều trị

4.5.1. Nội khoa

- Thở oxy, hút đờm dãi.
- Chống sản giật.
- Chống phù não: $MgSO_4$ 15% \times 4 – 7g/24 giờ.
- Khống chế huyết áp: các thuốc hạ áp.
- Trợ tim.
- Lợi tiểu: lasix cho thêm kali.
- An thần: diazepam.
- Kháng sinh: beta lactamin.
- Các yếu tố vi lượng và vitamin.

4.5.2. Sản khoa

- Thai chưa đủ tháng: nội khoa là chủ yếu. Nếu nội khoa không kết quả: đình chỉ thai để cứu mẹ.
- Thai đủ tháng: nội khoa, gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai.
- Đang chuyển dạ: rút ngắn chuyển dạ bằng bấm ói, forceps nếu đủ điều kiện hoặc mổ lấy thai.

4.6. Kế hoạch chăm sóc

4.6.1. Nhận định

- Nhận định về sự hiểu biết của thai phụ đối với NĐTN.
- Nhận định về khả năng nhận thức của thai phụ.
- Nhận định về toàn trạng: huyết áp, mạch, nhịp thở, da, niêm mạc, thân nhiệt.
- Nhận định về dấu hiệu phù
- Nhận định về các dấu hiệu khác: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, đau thượng vị,...
- Nhận định về bilan dịch của thai phụ.
- Nhận định về các dấu hiệu cận lâm sàng.
- Nhận định về kết quả điều trị.
- Nhận định và ghi chép đầy đủ tình trạng tinh thần kinh của thai phụ: nhận thức, phản xạ gân xương, máy cơ, thị giác,...
- Nhận định tim thai trên monitor: nhịp tim thai cơ bản, sự biến đổi nhịp tim thai, kiểu nhịp tim thai.

4.6.2. Những vấn đề cần chăm sóc – Lập kế hoạch

Chẩn đoán điều dưỡng/những vấn đề cần chăm sóc	Lập KHCS
1– Thiếu hụt kiến thức do không thích nghi với điều kiện mới.	<ul style="list-style-type: none">– Cung cấp thông tin về NĐTN cho thai phụ: nguyên nhân, dấu hiệu, diễn biến, các điều trị có thể áp dụng.– Cung cấp các thông tin cần thiết khác.– Giúp đỡ bác sĩ trong khi thăm khám và điều trị, thông báo các kết quả thăm khám và điều trị cho thai phụ.– Giải thích về các thủ thuật có thể làm cho thai phụ: cách thức, mục đích, kết quả có thể đạt được,...
	<ul style="list-style-type: none">– Theo dõi các dấu hiệu sống 3 – 6h/lần.– Cân thai phụ hàng ngày.

<p>2- Rối loạn huyết động và tim mạch do tăng huyết áp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Theo dõi phù ở mặt, chân, tay, ngón chân, tay. - Theo dõi các dấu hiệu cơ năng khác hàng ngày. - Theo dõi và điều chỉnh lượng dịch vào cơ thể thai phụ phụ thuộc vào lượng dịch bị mất hàng ngày, theo dõi lượng nước tiểu 24h/ngày. - Theo dõi protein niệu và các dấu hiệu cận lâm sàng khác: urê, creatinin máu, điện giải đồ, công thức máu, men gan (SGOT, SGPT...) - Sử dụng thuốc thích hợp theo chỉ định. - Ghi chép và thông báo các tác dụng phụ. - Cho thai phụ nằm nghiêng trái.
<p>3- Nguy cơ chấn thương do tổn thương não.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cho thai phụ nằm nơi yên tĩnh, thoáng, ẩm, nhiệt độ ổn định, ánh sáng dịu. - Đảm bảo đường thở của thai phụ phải thông tốt, cung cấp oxy cho thai phụ qua ống thông mũi hoặc mặt nạ. - Chống sang chấn: giường có thành cao, giường đặt thấp, cố định chân, tay, ngáng miệng,.. - Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ và phương tiện cấp cứu: máy hút, mặt nạ, monitor, thuốc cấp cứu. - Theo dõi tình trạng huyết động: áp lực tĩnh mạch trung tâm, mạch, huyết áp, độ bão hoà oxy,... - Thuốc thích hợp theo y lệnh - Theo dõi sát thai phụ 15 – 30ph/lần
<p>4- Nguy cơ cho thai do giảm tuần hoàn máu rau thai.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Thông báo cho bác sĩ mọi thay đổi nhịp tim thai trên monitor. - Cho thai phụ nằm nghiêng trái. - Cho thai phụ thở oxy qua mặt nạ hoặc qua ống thông mũi. - Chuẩn bị cấp cứu sơ sinh non yếu, ngạt.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai.

STT	Nội dung	A	B
1	Rối loạn tăng huyết áp khi có thai thường xuất hiện vào mùa hè thu, khi có thời tiết nóng, ẩm.		
2	Rối loạn tăng huyết áp khi có thai thường xuất hiện nhiều hơn ở người con rạ hoặc con so lớn tuổi.		
3	Ở người sinh đôi, rối loạn tăng huyết áp khi có thai thường ít xuất hiện hơn so với người có một thai.		
4	Đặc điểm tăng huyết áp ở người bệnh rối loạn tăng huyết áp khi có thai là huyết áp tâm thu và tâm trương có thể tăng đồng thời hoặc không, có thể dao động trong ngày hoặc liên tục cao		
5	Đặc điểm của phù ở người bệnh rối loạn tăng huyết áp khi có thai là trắng, mềm, ấn lõm, không đau.		
6	Triệu chứng protein niệu thường xuất hiện sớm nhất trong ba triệu chứng chính của rối loạn tăng huyết áp khi có thai.		
7	Các triệu chứng thường gặp ở thể nặng của hội chứng rối loạn tăng huyết áp khi có thai là thiếu máu, đau đầu, buồn nôn, đau thượng vị.		
	Ở thể nặng của hội chứng rối loạn tăng huyết áp khi có thai, người bệnh		

8	có thể có các rối loạn thị giác như lác, cận thị, tăng nhãn áp.		
9	Nguyên tắc của điều trị rối loạn tăng huyết áp khi có thai là ngăn cản sự tiến triển của bệnh, điều trị nội khoa là chủ yếu, bảo vệ mẹ là chính, có chiếu cố đến con.		
10	Các dấu hiệu triệu chứng của tiền sản giật chính là biểu hiện của rối loạn tăng huyết áp khi có thai (NĐTĐ) nặng.		
11	Trong cơn hôn mê của sản giật, người bệnh có thể xuất hiện cơn sản giật tiếp theo rồi tử vong.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 12 đến 21

12. Triệu chứng nổi bật ở giai đoạn đầu tiên của hội chứng nôn nặng là:
- Nôn liên tục, 10 – 20 lần/ ngày.
 - Đau thượng vị do dạ dày co thắt.
 - Thể trạng suy kiệt, mất nước và điện giải.
 - Hốt hoảng thao cuồng hoặc hôn mê, co giật.
13. Triệu chứng nổi bật trong giai đoạn III của hội chứng nôn nặng là:
- Thở nhanh nông, có mùi aceton.
 - Đau thượng vị do dạ dày co thắt.
 - Thể trạng suy kiệt, mất nước và điện giải.
 - Hốt hoảng thao cuồng hoặc hôn mê, co giật.
14. Mức tăng cân được coi là bệnh lý ở người bệnh rối loạn tăng huyết áp khi có thai là:
- Lớn hơn 2000g/tháng.
 - Lớn hơn 1500g/tháng.
 - Lớn hơn 2250g/tháng.
 - Lớn hơn 1750g/tháng.
15. Mức protein niệu được coi là bệnh lý ở người bệnh rối loạn tăng huyết áp khi có thai là:
- Lớn hơn 0,3 g/l ở mẫu nước tiểu 24 giờ.
 - Lớn hơn 0,1 g/l ở mẫu nước tiểu 24 giờ.
 - Lớn hơn 0,3 g/l ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên.
 - Lớn hơn 0,1 g/l ở mẫu nước tiểu ngẫu nhiên.
16. Một tiêu chuẩn để xác định rối loạn tăng huyết áp thể nặng khi có thai là lượng protein niệu phải cao hơn:
- 2g/l.
 - 3g/l.
 - 4g/l.
 - 5g/l.
17. Phù trong tăng huyết áp do thai nghén có tính chất là :
- Phù tím, mềm, ấn lõm đau.
 - Phù mềm, ấn lõm không đau.
 - Phù tím, mềm, ấn lõm không đau.
 - Phù trắng, mềm, ấn lõm không đau.
18. Thời điểm hay xuất hiện sản giật nhất là:
- Ba tháng đầu của thai kỳ.
 - Ba tháng cuối của thai kỳ.
 - Khi chuyển dạ.
 - Sau đẻ.
19. Biểu hiện cơ bản nhất của giai đoạn xâm nhiễm khi sản giật là:
- Co giật các cơ vùng đầu mặt cổ
 - Co giật cơ toàn thân

- C. Co cứng cơ toàn thân
D. Co thắt cơ hô hấp
20. Biểu hiện cơ bản nhất của giai đoạn giật cứng khi sản giật là:
A. Co giật các cơ vùng đầu mặt cổ
B. Co giật cơ toàn thân
C. Co cứng cơ toàn thân
D. Co thắt cơ hô hấp
21. Biểu hiện cơ bản nhất của giai đoạn giật giãn cách khi sản giật là:
A. Co giật các cơ vùng đầu mặt cổ
B. Co giật cơ toàn thân
C. Co cứng cơ toàn thân
D. Co thắt cơ hô hấp

Bài 14

ĐẠO VỠ VÀ VỠ TỬ CUNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên nhân, dấu hiệu phát hiện đạo vỡ và vỡ tử cung.
2. Trình bày được các biện pháp dự phòng, hướng xử trí đạo vỡ, vỡ tử cung.
3. Lập kế hoạch chăm sóc theo dõi sản phụ đạo vỡ, vỡ tử cung.

1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

1.1. Định nghĩa

– Đạo vỡ tử cung là một hội chứng lâm sàng rất nguy hiểm, báo hiệu một biến chứng rất nặng trong sản khoa là vỡ tử cung, nếu phát hiện sớm và xử trí kịp thời giai đoạn đạo vỡ tử cung có thể phòng ngừa được vỡ tử cung.

– Vỡ tử cung là một trong 5 tai biến sản khoa rất nghiêm trọng vì gây tử vong mẹ và thai rất cao, có thể xảy ra trong thời kỳ thai nghén và nhất là trong thời kỳ chuyển dạ, biểu hiện tử cung bị vỡ, và thai có thể bị đẩy vào trong ổ bụng một phần hay toàn bộ thai và rau, tùy theo chỗ vỡ nhỏ hay to. Vỡ tử cung có thể tránh được nếu quản lý thai nghén và theo dõi chuyển dạ tốt.

1.2. Phân loại: vỡ tử cung có 3 hình thái

– Vỡ tử cung hoàn toàn: toàn bộ đều bị xé từ niêm mạc tử cung đến phúc mạc, thai và rau thường bị đẩy vào trong ổ bụng.

– Vỡ tử cung không hoàn toàn: hay vỡ tử cung dưới phúc mạc, thường là mới vỡ, các lớp cơ bị xé

rách, nhưng phúc mạc chưa bị rách nên thai và rau vẫn còn trong tử cung.

– Vỡ tử cung phức tạp: là ngoài vỡ tử cung hoàn toàn tổn thương có thể rách, vỡ, tổn thương các tạng lân cận như: bàng quang, trực tràng.

2. NGUYÊN NHÂN

Xếp về cơ chế thì có hai nhóm nguyên nhân gây vỡ tử cung là bất tương xứng giữa thai và khung xương chậu người mẹ và do sang chấn. Các nguyên nhân cụ thể có thể là:

2.1. Nguyên nhân thuộc người mẹ

– Các loại đẻ khó do khung xương chậu: hẹp, giới hạn, méo, lệch... làm thai không lọt được.

– Do tử cung bị tổn thương: đẻ, nạo nhiều lần, cơ tử cung nhẽo, mỏng dễ vỡ. Do sẹo mổ tử cung: mổ thủng tử cung, mổ bóc nhân xơ, mổ đẻ...

– Do các khối u tiền đạo: u xơ ở eo tử cung, u nang trong dây chằng rộng, u xương cùng, u âm đạo.

2.2. Nguyên nhân thuộc thai nhi

– Do thể tích thai to: to toàn bộ và to từng phần: gây bất tương xứng với khung xương chậu.

– Do các ngôi kiểu thể bất thường: ngôi ngược mắc đầu hậu, ngôi chồm sa chi, ngôi vai, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi mặt kiểu thể sau.

2.3. Do can thiệp thủ thuật sản khoa

– Xoay thai, cắt thai, forceps, ventouse không đủ điều kiện, khi cổ tử cung chưa mở hết, làm không đúng chỉ định hoặc kỹ thuật không tốt.

– Trong khi chuyển dạ dùng oxytocin không đúng chỉ định, không theo dõi sát.

– Cho sản phụ rặn đẻ khi thai chưa lọt, hoặc đẩy đẩy tử cung quá thô bạo khi thai chưa lọt.

3. TRIỆU CHỨNG

– Vỡ tử cung ở tử cung có sẹo mổ cũ thường xảy ra đột ngột, không có dấu hiệu dọa vỡ mà có thể có dấu hiệu đe dọa nứt sẹo.

– Vỡ tử cung ở tử cung không có sẹo mổ cũ thường có dấu hiệu báo trước là dọa vỡ tử cung.

3.1. Dọa vỡ tử cung

Cơ năng:

– Sản phụ đau nhiều, dồn dập cơn co tử cung mạnh và mau.

– Sản phụ thường lo sợ, hốt hoảng.

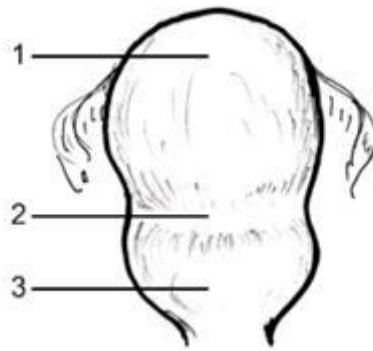
Thực thể:

* Nhìn:

– Tử cung có hình ảnh quả bầu nậm, khối dưới của quả bầu là đoạn dưới. Khối trên của quả bầu là thân tử cung, giữa hai khối có chỗ thắt lại đó chính là vòng Bandl.

– Khi đoạn dưới tử cung tới gần rốn, thì eo thắt lại làm cho tử cung có hình quả bầu thắt ở giữa, đó là vòng Bandl.

– Khi tử cung gần vỡ vòng bandl càng lên cao và càng rõ.



Hình 14.1. Đoạ vỡ tử cung, tử cung hình quả bầu

1: Đáy tử cung vươn cao; 2: Dấu hiệu vòng Bandl; 3: Đoạn dưới căng phồng

* Sờ nắn:

– Cơ co tử cung mau, mạnh, dồn dập.

– Khi thân tử cung bị đẩy lên cao thì sờ thấy được hai sợi dây chằng tròn bị kéo dài, căng như hai sợi dây đàn, triệu chứng này gọi là dấu hiệu Bandl – Frommel, cần khám để phát hiện nguyên nhân gây đoạ vỡ tử cung (cần phân biệt với cầu bàng quang).

– Nghe tim thai chậm hoặc không đều.

* Khám âm đạo: có thể thấy các nguyên nhân dễ khó như khung xương chậu hẹp, ngôi bất thường.

Tóm lại: trong khi chuyển dạ đặc biệt là những thai có nguy cơ cao, nếu thấy cơ co tử cung mạnh, dồn dập, sản phụ đau nhiều, có dấu hiệu vòng bandl → báo bác sĩ để có thái độ xử trí kịp thời, nếu không được xử trí khẩn trương sẽ dẫn tới vỡ tử cung.

3.2. Vỡ tử cung

Cơ năng:

– Thai phụ đang có dấu hiệu đoạ vỡ, đột nhiên đau chói lên, đau nhiều ở chỗ vỡ, sau đó dịu đi, hết đau và mất cơ co tử cung.

– Toàn thân sốc do mất máu: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi chân tay lạnh, khát nước, mạch nhanh, huyết áp tụt, thở nhanh nông.

+ Dấu hiệu chảy máu trong, bụng chướng, ấn đau và phản ứng khắp bụng, gõ vùng đục thấp và chảy máu ngoài âm đạo: máu đỏ tươi nhiều, không đông.

Thực thể:

* Nhìn: không thấy khối thối hình quả bầu nữa, không còn dấu hiệu vòng bandl, hình dáng tử cung không còn hình trứng.

* Sờ nắn:

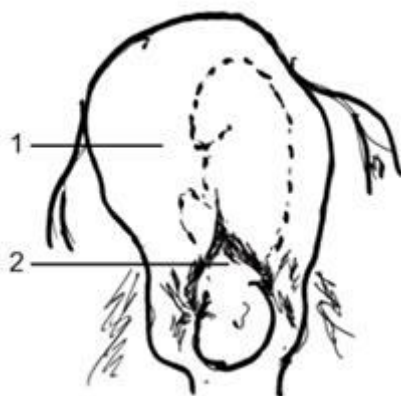
– Bụng chướng đau khắp bụng, không có cơ co tử cung.

– Nếu thai nhi vẫn còn trong buồng tử cung: tử cung vẫn còn hình dáng cũ nhưng sờ vào chỗ vỡ thai phụ đau chói, bụng có phản ứng rõ rệt.

– Nếu thai bị đẩy vào ổ bụng: sờ thấy các phần thai lồi nhô dưới da bụng. Bên cạnh có một khối nhỏ đó là tử cung co lại.

* Nghe: không còn tim thai.

* Khám âm đạo: tiểu khung rỗng, có máu đỏ tươi ra theo tay, ngôi thai rất cao hoặc không thấy ngôi thai.



Hình 14.2. Vỡ tử cung

- 1: Mất hình dạng tử cung;
2: Thai nhi chui qua chỗ vỡ của đoạn dưới tử cung.

Tóm lại: vỡ tử cung có các triệu chứng 5 mất sau:

- Mất cơn co tử cung.
- Mất hình dạng tử cung.
- Mất máu.
- Mất tim thai.
- Mất ngôi thai (có thể).

4. HƯỚNG XỬ TRÍ

4.1. Phòng bệnh

Là vấn đề quan trọng và quyết định.

- Tổ chức mạng lưới khám thai đến tận tuyến xã.
- Đăng ký quản lý thai nghén tốt phát hiện thai nghén có nguy cơ cao.
- Các thủ thuật sản khoa làm phải đủ điều kiện, đúng chỉ định, đúng kỹ thuật.
- Không được dùng thuốc co bóp tử cung bừa bãi.

4.2. Điều trị: thực hiện y lệnh

4.2.1. Đoạ vỡ tử cung

- Tuyến cơ sở:
 - + Cho thuốc giảm co bóp tử cung: papaverin clohydrat, atropin sulfat.
 - + Tư vấn, gửi đi tuyến trên ngay và có nhân viên y tế đi kèm.
- Tuyến bệnh viện có chuyên khoa:
 - + Cho thuốc giảm co bóp tử cung: papaverin clohydrat, atropin sulfat.
 - + Nếu đủ điều kiện để đường dưới lấy thai bằng forceps, nếu không đủ điều kiện thì mổ lấy thai.

4.2.2. Vỡ tử cung

- Tuyến cơ sở:
 - + Hồi sức tích cực và chống sốc, khi huyết áp lên ổn định thì chuyển đến cơ sở phẫu thuật để mổ cấp cứu, nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm.
 - + Nếu tình trạng nặng phải mời tuyến trên đến hỗ trợ.
- Tuyến bệnh viện có chuyên khoa:
 - + Mổ cấp cứu: tùy từng trường hợp có thể khâu bảo tồn hoặc cắt bỏ tử cung.
 - + Hồi sức thật tốt trước, trong, sau mổ.
 - + Kháng sinh liều cao.

- + Chăm sóc hậu phẫu tích cực phòng biến chứng viêm phúc mạc.

5. CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

5.1. Doạ vỡ tử cung

5.1.1. Nhận định

– Về tiền sử: thai nghén (số lần đẻ, số lần nạo) tiền sử về bệnh tật (sẹo mổ cũ ở tử cung) quá trình thai nghén.

- Toàn trạng: sắc mặt, da, niêm mạc, mạch, huyết áp.
- Đau bụng: cơn co tử cung, ra huyết âm đạo.
- Sự biến dạng tử cung.
- Tình trạng tim thai.
- Ngôi thai.

5.1.2. Những vấn đề cần chăm sóc/chẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ vỡ tử cung do cơn co cường tính.
- Suy thai do cơn co cường tính.
- Mệt mỏi do lo lắng vì sẽ bị can thiệp thủ thuật.
- Thiếu kiến thức về bệnh.

5.1.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm nguy cơ vỡ tử cung:
 - + Theo dõi cơn co tử cung, sự biến dạng tử cung.
 - + Theo dõi ra máu âm đạo.
 - + Theo dõi ngôi thai
 - + Xác định mức độ đau
 - + Theo dõi toàn trạng sản phụ.
 - + Thực hiện y lệnh.
- Giảm nguy cơ suy thai:
 - + Theo dõi tim thai.
 - + Hưỡng dẫn sản phụ thở sâu khi có cơn co tử cung.
 - + Thực hiện y lệnh
- Giảm mệt mỏi:
 - + Theo dõi toàn trạng: da niêm mạc, sắc mặt, nhịp thở...
 - + Chế độ nghỉ ngơi.
 - + Chế độ ăn
 - + Vệ sinh bộ phận sinh dục.
 - + Thực hiện y lệnh.
- Cung cấp kiến thức và giáo dục sức khoẻ.

5.1.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, đếm mạch, đo huyết áp, đo nhiệt độ, đếm nhịp thở.
- Đo cơn co tử cung, xác định sự biến dạng tử cung, dấu hiệu vòng Bandl.
- Xác định mức độ đau của sản phụ.
- Đếm nhịp tim thai: tần số, cường độ, nhịp độ.
- Theo dõi số lượng máu ra âm đạo, màu sắc
- Đo số lượng nước tiểu, màu sắc.
- Thực hiện y lệnh (nếu có chỉ định mổ):

- + Làm vệ sinh vùng mổ, vùng sinh dục ngoài.
- + Giải thích động viên và cho người nhà ký giấy cam đoan mổ.
- + Chuyển sản phụ đi mổ.

5.1.5. Đánh giá

Nếu thấy người bệnh đau bụng nhiều, cơn co ngày càng mạnh, dồn dập, tim thai suy, mạch huyết áp thay đổi phải báo cáo ngay với thầy thuốc và bản thân người điều dưỡng nhận định lại người bệnh để lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện y lệnh kịp thời, chuyển nhà mổ sớm khi có chỉ định được coi là chăm sóc tốt.

5.2. Chăm sóc người bệnh vỡ tử cung

5.2.1. Nhận định

- Tiền sử: bệnh tật, sản khoa..
- Quá trình thai nghén.
- Diễn biến chuyển dạ:
- + Toàn thân: choáng, da, niêm mạc, mạch, huyết áp, nhịp thở...
- + Tại chỗ: bụng chướng, cơn co tử cung, ngôi thai, dịch âm đạo..
- Cận lâm sàng.

5.2.2. Những vấn đề cần chăm sóc/chẩn đoán chăm sóc

- Choáng do mất máu
- Thiếu hụt tuần hoàn do chảy máu.
- Giáo dục sức khỏe

5.2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giảm nguy cơ choáng, thiếu hụt tuần hoàn do chảy máu:
- + Cho người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy.
- + Theo dõi toàn trạng, sắc mặt, da, niêm mạc, đếm mạch, đo huyết áp, đếm nhịp thở ghi phiếu theo dõi.
- + Bồi phụ khối lượng tuần hoàn trước, trong và sau phẫu thuật.
- + Thực hiện y lệnh.
- Giáo dục sức khỏe:
- + Giải thích động viên người nhà yên tâm.
- + Hướng dẫn người nhà viết cam đoan mổ.
- + Vệ sinh vùng mổ.
- + Chuyển người bệnh lên phòng mổ.

5.2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Cho người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy.
- Theo dõi toàn trạng, quan sát sắc mặt, da, niêm mạc, đếm mạch, đo huyết áp, đếm nhịp thở ghi phiếu theo dõi.
- Quan sát dịch ra ở âm đạo: màu sắc, số lượng.
- Giải thích động viên người nhà yên tâm, và cho người nhà ký giấy cam đoan mổ.
- Vệ sinh vùng mổ, vệ sinh vùng sinh dục ngoài và thay áo váy vô khuẩn cho sản phụ.
- Chuyển người bệnh lên phòng mổ bằng phương tiện nhẹ nhàng, nhanh nhất, bàn giao cụ thể tình trạng người bệnh.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, nhanh, kịp thời và chính xác.

5.2.5. Đánh giá

Sản phụ được theo dõi, chăm sóc, phát hiện và xử trí đầy đủ, kịp thời và được chuyển lên nhà mổ sớm được coi là chăm sóc có hiệu quả.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

STT	Nội dung	A	B
1	Vỡ tử cung có thể xảy ra ở cuối thời kỳ thai nghén hoặc trong chuyển dạ do tử cung có sẹo mổ cũ.		
2	Khi vỡ tử cung dù thai đã chết vẫn phải mổ cấp cứu.		
3	Khi vỡ tử cung sản phụ bị sốc, mất tim thai và có dấu hiệu vòng bandl.		
4	Sản phụ chuyển dạ đẻ tại tuyến y tế cơ sở không được truyền oxytocin.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 5 đến 8

- Trong dọa vỡ tử cung triệu chứng hay gặp nhất là:
 - Sản phụ hốt hoảng, lo lắng vật vã hoặc sốc.
 - Cơn co tử cung dồn dập.
 - Đau bụng liên tục.
 - Ra ít huyết ở âm đạo.
- Trong dọa vỡ tử cung triệu chứng có giá trị tiên lượng quyết định thái độ xử trí là:
 - Cơn co tử cung dồn dập, liên tục.
 - Có dấu hiệu vòng bandl.
 - Tử cung hình quả bầu nậm.
 - Đoạn dưới căng phồng giãn mỏng tới cực độ.
- Triệu chứng xuất hiện sớm nhất khi tử cung bị vỡ là:
 - Có hội chứng chảy máu trong ổ bụng.
 - Sốc nặng.
 - Mất cơn co tử cung.
 - Mất tim thai.
- Triệu chứng điển hình nhất biểu hiện vỡ tử cung hoàn toàn là:
 - Ra máu âm đạo nhiều, loãng lẫn nước ối.
 - Chướng, đau khắp ổ bụng.
 - Mất cơn co tử cung.
 - Sờ thấy thai nhi ngay dưới da bụng sản phụ.

Bài 15

CHẢY MÁU SAU ĐẸ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, phân loại chảy máu sau đẻ.
2. Trình bày nguyên nhân, dấu hiệu phát hiện và hướng xử trí chảy máu sau đẻ.
3. Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh chảy máu sau đẻ.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Chảy máu sau đẻ là trường hợp chảy máu qua đường âm đạo sau khi sổ thai và trong, sau sổ rau với số lượng nhiều hơn bình thường, ảnh hưởng đến các dấu hiệu sinh tồn, thường quy định là trên 500 ml, (với người Việt Nam là trên 300ml).

1.2. Phân loại

- Chảy máu nguyên phát : xảy ra trong thời kỳ sổ rau và sau khi sổ rau 24h.
- Chảy máu thứ phát : xảy ra sau đẻ \geq 24h.

2. CHẢY MÁU NGUYÊN PHÁT

2.1. Chảy máu khi rau chưa sổ ra ngoài

2.1.1. Nguyên nhân

- Rau bong non, rau bong sớm:
- + Màng rau dày dính.
- + Rau tiền đạo.
- + Dây rau ngắn.
- + Đẩy đáy tử cung khi rặn đẻ.
- + Các thủ thuật lấy thai.
- Đờ tử cung:
- + Chuyển dạ kéo dài.
- + Tử cung căng giãn quá mức (đa ối, đa thai...).
- + Con rạ đẻ nhiều lần.
- + U xơ tử cung.
- Rau bám chặt, cài răng lược, rau cầm tù.
- Lộn tử cung cấp.
- Rối loạn yếu tố đông máu.
- Chấn thương đường sinh dục.

2.1.2. Dấu hiệu phát hiện

- Ra máu đường âm đạo

– Toàn thân: phụ thuộc vào mức độ mất máu: da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sốc mất máu...

– Tại chỗ: tùy theo nguyên nhân.

+ Đờ tử cung: không thấy tử cung co chắc, tử cung mềm không có khối cầu an toàn, ấn đáy tử cung thấy nhiều máu đỏ lẫn máu cục chảy ra ngoài.

+ Rau bong sớm, rau bám chặt, cầm tù: máu chảy ra ngoài âm đạo tùy mức độ. Tử cung vẫn co chắc, làm nghiệm pháp bong rau, rau chưa bong.

+ Lộn tử cung cấp: không thấy tử cung trên vệ, sản phụ đau nhiều có thể shock. Tùy theo mức độ người ta chia làm 3 độ :

- Độ 1: lồm đáy tử cung.
- Độ 2: đáy tử cung lộn đến lỗ cổ tử cung.
- Độ 3: tử cung lộn hẳn ra ngoài âm đạo.

+ Rối loạn yếu tố đông máu: máu chảy ra ngoài không có máu cục.

+ Chấn thương đường sinh dục, kiểm tra bằng tay hoặc bằng van âm đạo, phát hiện tổn thương.

2.2. Chảy máu ngay sau mổ rau

2.2.1. Nguyên nhân

– Đờ tử cung nguyên phát hoặc thứ phát.

– Sốt rau.

– Lộn tử cung khi đỡ rau.

– Rối loạn yếu tố đông máu.

– Chấn thương đường sinh dục.

2.2.2. Dấu hiệu phát hiện

– Chảy máu qua đường âm đạo, chảy ra ngoài hoặc đọng lại trong buồng tử cung.

– Toàn thân: tùy thuộc mức độ mất máu.

– Tại chỗ: tùy theo từng nguyên nhân.

+ Đờ tử cung nguyên phát sau mổ rau, tử cung không co lại, mềm, không có khối cầu an toàn, ấn đáy tử cung ra nhiều huyết đỏ, huyết cục.

+ Đờ tử cung thứ phát: sau đẻ tử cung đã co lại tạo khối cầu an toàn sau đó tử cung lại mềm đáy tử cung bị đẩy lên cao, ấn đáy tử cung ra nhiều huyết cục, huyết loãng.

+ Sốt rau: sau mổ rau kiểm tra bánh rau thiếu hoặc đờ tử cung nguyên phát, thứ phát.

+ Lộn tử cung sau mổ rau, không thấy khối tử cung trên khớp vệ, tùy mức độ lộn tử cung có thể thấy khối tử cung ở âm đạo, âm hộ.

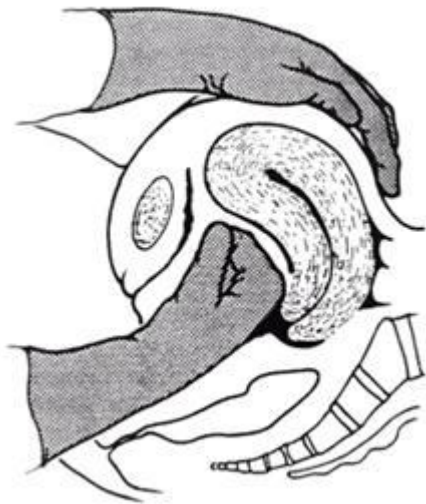
+ Chấn thương đường sinh dục, lúc đầu tử cung vẫn co tốt, có khối cầu an toàn nhưng thấy máu vẫn chảy ra ngoài, kiểm tra bằng van âm đạo phát hiện tổn thương.

+ Rối loạn yếu tố đông máu: máu chảy ra ngoài loãng không có cục.

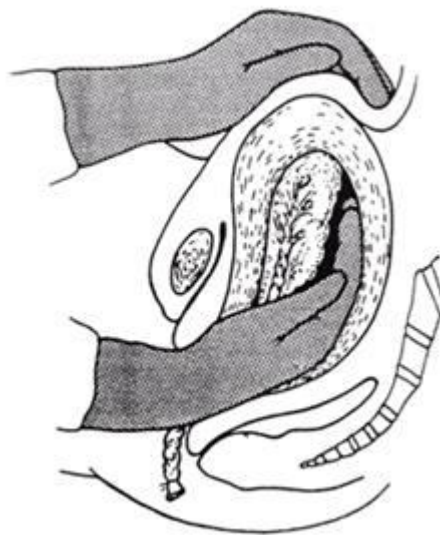
2.3. Xử trí

2.3.1. Nguyên tắc

Nhanh chóng cầm máu bằng cách một tay xoa đáy tử cung, một tay chẹn động mạch chủ bụng để giảm tức thời lượng máu mất đồng thời tìm nguyên nhân.



Hình 15.1. Ép tử cung để cầm máu



Hình 15.2. Bóc rau nhân tạo

- Trong trường hợp rau chưa bong theo dõi nếu :
 - + Không chảy máu tiếp tục chờ rau bong.
 - + Chảy máu nhiều bóc rau nhân tạo.
- Trong trường hợp rau đã bong thì tiến hành kiểm soát tử cung.

2.3.2. Điều trị chung

- Chống sốc : nằm đầu thấp, ủ ấm, thở oxy, truyền dịch, điện giải, máu tươi...
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.
- Nâng cao thể trạng : đạm, vitamin, ăn uống...
- Điều trị tích cực các bệnh khác kèm theo.

2.3.3. Điều trị nguyên nhân

- Đờ tử cung: bóc rau, kiểm soát tử cung, tăng co bóp tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục : khâu phục hồi theo đúng giải phẫu.
- Lộn tử cung : đặt lại tư thế tử cung hoặc mổ cắt tử cung.
- Nếu rối loạn yếu tố đông máu: truyền EAC, sinh sợi huyết, máu tươi cùng nhóm...
- Mổ cắt tử cung bán phần khi máu vẫn chảy nhiều.

3. CHẢY MÁU THỨ PHÁT

3.1. Nguyên nhân

- Đờ tử cung thứ phát : ngoài nguyên nhân như trên còn do :
 - + Dùng nhiều thuốc tăng co.
 - + Nhiễm khuẩn tử cung.
 - Sốt rau.
 - Chấn thương đường sinh dục bị bỏ sót, các tổn thương đã khâu phục hồi bị hoại tử.
- Dấu hiệu phát hiện :
 - Chảy máu qua đường âm đạo.
 - Toàn thân : tùy mức độ mất máu.
 - Tại chỗ : theo nguyên nhân.
- + Đờ tử cung : tử cung co kém, ấn đáy tử cung ra nhiều huyết.

- + Sản dịch kéo dài có máu đỏ tươi.
- + Tụ máu đường sinh dục, tổn thương đường sinh dục hoại tử.

3.2. Xử trí: thực hiện y lệnh và tuân theo nguyên nhân

- Tăng co tử cung, kháng sinh.
- Nạo buồng tử cung.
- Phục hồi tổn thương.
- Cắt tử cung bán phần.
- Hồi sức, nâng cao thể trạng.

4. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

4.1. Nhận định

– Tiền sử sản phụ khoa và các bệnh khác, quá trình thai nghén lần này và đặc biệt là diễn biến, những biến cố đã xảy ra trong cuộc chuyển dạ.

- Những thay đổi toàn thân do tình trạng chảy máu:
 - + Tinh thần, sắc mặt, màu sắc da, niêm mạc...
 - + Các chỉ số dấu hiệu sống: mạch, huyết áp, nhịp thở...
- Các dấu hiệu tại chỗ :
 - + Sự co hồi tử cung.
 - + Số lượng huyết ra âm đạo trước và sau khi xoa nắn, ấn đáy tử cung.
 - + Tốc độ chảy máu, đặc điểm, tính chất của huyết.
 - + Các tổn thương đường sinh dục...
- Sự đáp ứng toàn thân và tình trạng chảy máu với quá trình điều trị.
- Những thay đổi khác...
- Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng.
- Xem hồ sơ bệnh án: các y lệnh, chỉ định của thầy thuốc.

4.2. Chẩn đoán chăm sóc

- Nguy cơ rối loạn huyết động do mất máu nhiều hoặc kéo dài.
- Nguy cơ tăng nặng của bệnh khác.
- Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, phụ giúp thầy thuốc làm thủ thuật theo chỉ định.

4.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Nhanh chóng cầm máu và chống sốc
- + Nằm đầu thấp, ủ ấm.
- + Thở oxy
- + Xoa đáy tử cung
- + Thực hiện y lệnh nhanh chóng, đúng, đủ.
- + Theo dõi sát toàn trạng, sắc mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở, khối cầu an toàn, huyết âm đạo báo cáo ngay những diễn biến bất thường.
- Giảm nguy cơ:

- + Phụ giúp thầy thuốc phát hiện sớm.
- + Nâng cao thể trạng.
- + Thực hiện y lệnh.
- + Làm thuốc ngoài
- + Khâu phục hồi tổn thương
- + Kiểm soát tử cung
- + Nạo buồng tử cung.
- + Mổ cắt tử cung bán phần

4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc và đánh giá

Người thầy thuốc, người điều dưỡng liên tục có mặt bên cạnh người bệnh để theo dõi, nhận định người bệnh, giải thích động viên người bệnh và người nhà. Đồng thời thực hiện những hành vi chăm sóc, thực hiện y lệnh theo kế hoạch đã lập. Tuỳ theo diễn biến lâm sàng mà đánh giá, nhận định lại để điều chỉnh, bổ sung kế hoạch chăm sóc cho phù hợp, báo cáo ngay với thầy thuốc những dấu hiệu bất thường.

Tóm lại: chảy máu sau đẻ là một trong năm tai biến và là một cấp cứu sản khoa thường gặp. Đây là tai biến nguy hiểm, rất nhanh chóng ảnh hưởng nặng nề tới sức khỏe và tính mạng người bệnh. Có rất nhiều nguyên nhân, dù nguyên nhân gì nhưng khi đã chảy máu mà không được xử trí cầm máu kịp thời sẽ dẫn đến rối loạn đông máu do giảm, hết sinh sợi huyết (fibrinogen), như vậy chảy máu sẽ tiếp tục nặng nề hơn rất nhiều, nhanh chóng dẫn đến tử vong. Trường hợp mất máu nhiều, mặc dù cứu được tính mạng người bệnh nhưng nếu không bù đủ lượng máu đã mất sẽ dẫn đến hội chứng Sheehan. Bởi vậy, trong chuyên dạ và sau đẻ, sản phụ cần được theo dõi sát, đề phòng và phát hiện sớm để xử trí kịp thời tránh những biến cố nặng nề.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

STT	Nội dung	A	B
1	Chảy máu sau đẻ là trường hợp chảy máu qua đường âm đạo sau khi sổ thai với số lượng 300ml.		
2	Chảy máu nguyên phát là chảy máu trong thời kỳ sổ rau và sau sổ rau 2 giờ.		
3	Khi nhận định người bệnh chảy máu sau đẻ người điều dưỡng cần chú ý nhất dấu hiệu toàn thân và lượng máu mất là yếu tố tiên lượng bệnh.		
4	Khi nhận định người bệnh chảy máu sau đẻ người điều dưỡng cần phải hỏi kỹ tiền sử bệnh phụ khoa và bệnh nội khoa.		
5	Rau cài răng lược, rau bám chặt, rau cầm tù là nguyên nhân gây chảy máu thứ phát sau đẻ.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 6 đến 15

- Chảy máu sau đẻ thứ phát xảy ra thời gian sau đẻ là:
 - Nhỏ hơn 2 giờ.
 - 12 giờ.
 - 24 giờ.
 - Lớn hơn 24 giờ.
- Nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ do dờ tử cung hay gặp là:
 - Chuyển dạ kéo dài, tử cung căng giãn quá, đẻ nhiều.
 - Chấn thương đường sinh dục.
 - Rối loạn đông máu, u xơ tử cung.
 - Rau tiền đạo, lộn tử cung
- Nguyên nhân gây chảy máu sau đẻ do lộn tử cung cấp dấu hiệu phát hiện chủ yếu là:
 - Chảy máu âm đạo.
 - Không sờ thấy thân tử cung.
 - Sản phụ đau nhiều có thể Shock.
 - Cả 3 dấu hiệu trên.
- Chảy máu sau đẻ nguyên phát do chấn thương đường sinh dục dấu hiệu có giá trị phát hiện là:
 - Ra máu âm đạo đỏ tươi, lẫn cục.
 - Tử cung có khối cầu an toàn.
 - Toàn thân: da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ.
 - Kiểm tra bằng tay và van âm đạo phát hiện thấy tổn thương.
- Dấu hiệu phát hiện chảy máu sau đẻ nguyên phát do dờ tử cung là:
 - Ra máu âm đạo đỏ, lẫn cục to.
 - Da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi.
 - Tử cung mềm không thấy khối cầu an toàn.
 - Không nắn thấy tử cung trên vệ.
- Chảy máu nguyên phát sau đẻ dấu hiệu phát hiện lộn tử cung sau đẻ độ 2 là:
 - Đáy tử cung lõm xuống.
 - Đáy tử cung lộn đến cổ tử cung.
 - Đáy tử cung lộn ra ngoài âm đạo.

D. Đáy tử cung lộn ra ngoài âm hộ.

Câu đối chiếu:

Xử trí chảy máu nguyên phát sau đẻ:

12. Sốt rau

13. Lộn tử cung cấp

14. Đờ tử cung do đẻ nhiều lần

15. Rách âm đạo, cổ tử cung

A. Cắt tử cung bán phần.

B. Kiểm soát tử cung.

C. Khâu phục hồi bằng chỉ catgut.

D. Đặt lại tư thế tử cung.

E. Truyền máu EAC, kháng sinh.

Bài 16

NHIỄM KHUẨN SAU ĐẸ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, các dấu hiệu và triệu chứng của các hình thái nhiễm khuẩn sau đẻ.
2. Mô tả các yếu tố nguy cơ có liên quan đến các nhiễm khuẩn sau đẻ và cách phòng ngừa.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc sản phụ nhiễm khuẩn sau đẻ.

1. ĐẠI CƯƠNG

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

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

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1. Do các loại vi khuẩn

- Ái khí: liên cầu, tụ cầu, trực khuẩn E.coli... (Gram âm và Gram dương).
- Kỵ khí: clostridium, bacteroide, mũ xanh...

2.2. Đường xâm nhập của vi khuẩn

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

2.3. Yếu tố thuận lợi

- Thể trạng mẹ kém (thiếu máu, nhiễm độc thai nghén, suy dinh dưỡng hoặc bị mệt mỏi trong khi chuyển dạ ...).
- Mẹ bị nhiễm khuẩn từ trước.
- Do vô khuẩn sản khoa không tốt như: dụng cụ, rửa tay, bông băng gạc, khăn mớ, thăm khám trước trong và sau khi đẻ không đảm bảo vô khuẩn, thăm khám nhiều lần.
- Do thiếu vệ sinh trong khi chăm sóc trước, trong và sau đẻ.
- Các thủ thuật sản khoa làm không đúng chỉ định và không vô khuẩn tốt (bóc rau, kiểm soát tử cung, cắt tầng sinh môn ...).
- Những trường hợp ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài không được xử trí kịp thời.
- Những trường hợp đẻ rơi, đỡ đẻ tại nhà do các bà mụ vườn không được đào tạo chính quy.
- Mẹ bị nhiễm khuẩn từ trước.

3. CÁC HÌNH THÁI NHIỄM KHUẨN SAU ĐẺ

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

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

3.1.1. Nguyên nhân

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

3.1.2. Triệu chứng

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

3.1.3. Xử trí và chăm sóc

- Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả.
- Vệ sinh tại chỗ thường xuyên bằng nước chín, hoặc rửa bằng dung dịch thuốc tím 1‰, nước muối đẳng trương 9‰ hoặc betadin.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ.

3.2. Nhiễm khuẩn tử cung

3.2.1. Viêm niêm mạc tử cung

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

Nguyên nhân:

- Nhiễm khuẩn từ trước.
- Nhiễm khuẩn ối, ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài.
- Sốt rau, sốt màng.
- Bế sản dịch.

– Làm các thủ thuật, phẫu thuật không vô khuẩn.

– Quên gạc, mèche trong tử cung khi mổ.

Triệu chứng:

– Xuất hiện sau đẻ 3 – 4 ngày.

– Toàn thân: có hội chứng nhiễm khuẩn: mệt mỏi, khó chịu, sốt 39 – 39,5⁰C, mạch nhanh.

– Tại chỗ: sản dịch hôi, lẫn mủ, có thể ra máu đỏ tươi kéo dài, cổ tử cung hở, thân tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau.

– Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng ...

+ Siêu âm: có thể thấy rau trong tử cung.

+ Cây sản dịch: có nguyên nhân gây bệnh.

Xử trí, chăm sóc

– Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, hạ sốt bằng đắp khăn lạnh.

– Vệ sinh tại chỗ thường xuyên bằng nước chín.

– Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ.

– Tư vấn cho bà mẹ và gia đình, rồi chuyển lên tuyến trên.

3.2.2. Bế sản dịch

Nguyên nhân:

– Do tư thế tử cung.

– Do sản phụ không vận động sau đẻ.

– Sau những trường hợp mổ đẻ chủ động.

– Co thắt cổ tử cung do nguyên nhân tâm lý.

Triệu chứng:

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

Xử trí, chăm sóc:

– Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả.

– Vệ sinh tại chỗ thường xuyên bằng nước chín.

– Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ.

– Tư vấn cho bà mẹ và gia đình rồi chuyển lên tuyến trên.

3.2.3. Viêm tử cung toàn bộ

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

Triệu chứng:

– Xuất hiện sau đẻ 5 – 7 ngày.

– Toàn thân: có hội chứng nhiễm khuẩn nặng: li bì, thể trạng suy sụp, sốt cao 39,5⁰C – 40⁰C, sốt dao động.

– Tại chỗ: sản dịch hôi, thối, lẫn mủ, có thể màu đen bản (hoại tử). Tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau.

– Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng...

- + Siêu âm: có thể thấy rau trong tử cung, ổ hoại tử xuất huyết trong cơ tử cung.
- + Cây sản dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh.
- Tiền triển có thể thủng tử cung gây viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết.

Xử trí chăm sóc:

- Chế độ dinh dưỡng: ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, nâng cao thể trạng.
- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
- Tư vấn cho bà mẹ và gia đình, rồi chuyển lên tuyến trên.

3.3. Nhiễm khuẩn quanh tử cung

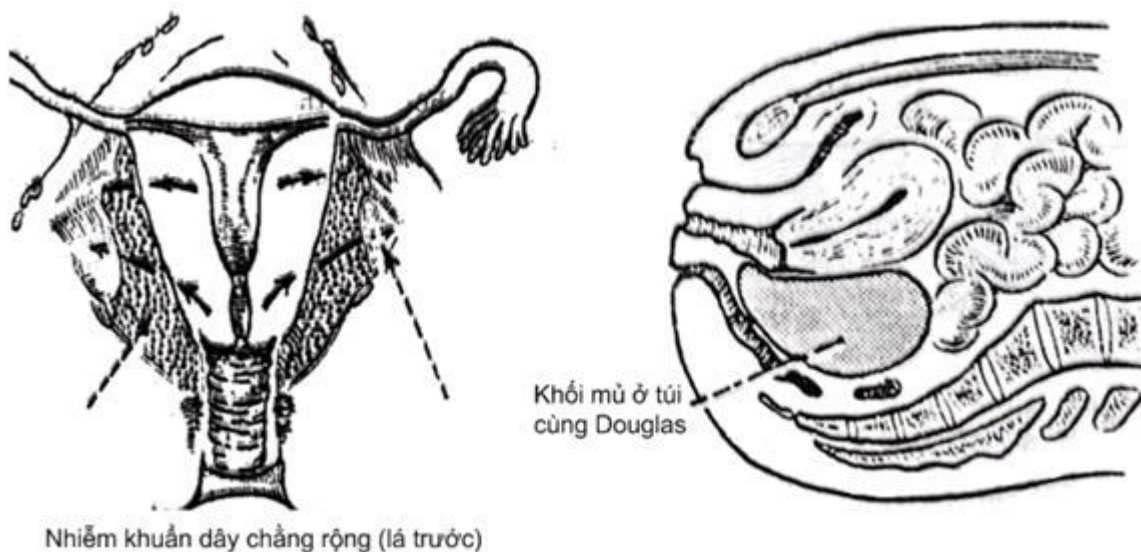
Viêm phần phụ, viêm dây chằng rộng

Nguyên nhân:

- Do các viêm nhiễm phía dưới không được điều trị lan lên.
- Do tổn thương tử cung trong đẻ.

Triệu chứng:

- Xuất hiện muộn sau đẻ 8 – 10 ngày.
- Toàn thân: hội chứng nhiễm khuẩn nặng, li bì, thể trạng suy sụp, sốt cao 39 – 40°C, dao động.
- Đau vùng hạ vị và hai bên hố chậu.
- Tại chỗ: sản dịch hôi, bẩn, lẫn mủ, máu đỏ tươi, tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau. Khám cạnh tử cung có khối mềm, không rõ ranh giới, di động hạn chế, ấn rất đau.



Hình 16.1. Nhiễm khuẩn quanh tử cung

- + Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng, tốc độ máu lắng tăng...
- + Siêu âm thấy khối viêm cạnh tử cung.
- + Cây sản dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh.
- Tiền triển có thể gây viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết, áp xe.

Xử trí và chăm sóc

- Chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, nâng cao thể trạng, nghỉ tuyệt đối.
- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín và các dung dịch sát khuẩn.
- Chườm đá vùng hố chậu.

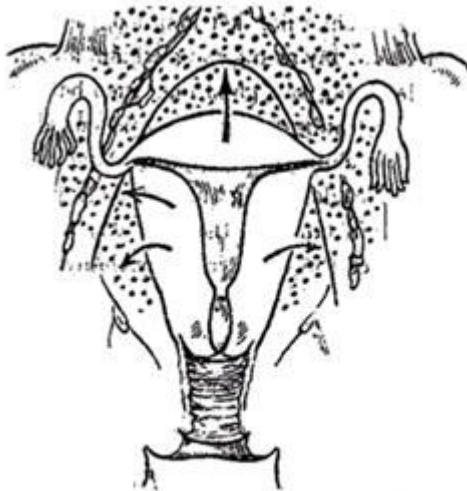
– Khẩn trương báo bác sĩ hoặc chuyển tuyến trên ngay.

3.4. Viêm phúc mạc

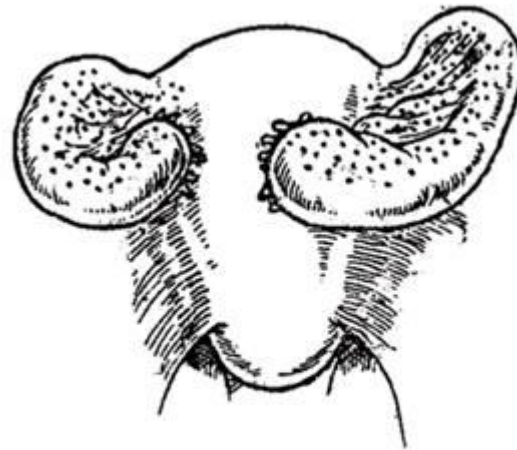
3.4.1. Viêm phúc mạc tiểu khung

Nguyên nhân:

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



Sự lan tràn của nhiễm khuẩn trong viêm phúc mạc



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

Hình 16.2. Viêm phúc mạc

Triệu chứng:

- Xuất hiện muộn sau đẻ 7 – 15 ngày.
- Toàn thân: hội chứng nhiễm khuẩn nặng: li bì, thể trạng suy sụp, sốt cao 39 – 40°C, dao động. Đau vùng hạ vị, hai bên hố chậu.
- Buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện hay hội chứng giả lỵ, bụng vùng hạ vị chướng nhẹ, có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng vùng hạ vị.
- Sản dịch hôi, bẩn, lẫn mủ, máu đỏ tươi. Tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau, cổ tử cung mở.
- Cận lâm sàng:
 - + Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng...
 - + Cây sản dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh.
- Tiên triển có thể gây viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm khuẩn huyết, áp xe. Tiên lượng nặng.

Xử trí và chăm sóc

- Chế độ ăn đầy đủ các chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả, nâng cao thể trạng, nghỉ tuyệt đối.
- Vệ sinh tầng sinh môn, âm hộ bằng nước chín và các dung dịch sát khuẩn.
- Báo bác sĩ hoặc chuyển lên tuyến trên.

3.4.2. Viêm phúc mạc toàn thể

Nguyên nhân:

- Do các viêm nhiễm phía dưới, viêm phúc mạc tiểu khung không được điều trị hoặc điều trị không kết quả.
- Mổ lấy thai để nước ối vào ổ bụng trong nhiễm khuẩn ối.
- Mổ lấy thai khâu không kín hoặc rách tử cung.
- Quên gạc.

– Tổn thương thanh mạc ruột.

– Vỡ tử cung.

Triệu chứng:

– Xuất hiện muộn sau đẻ 7 – 15 ngày, có thể sớm sau đẻ vài ngày.

– Toàn thân: hội chứng nhiễm khuẩn nặng: li bì, thể trạng suy sụp, nhiễm độc nặng, sốt cao 40 – 41⁰C, dao động.

– Đau khắp bụng, buồn nôn, nôn, ỉa chảy phân khắm, bụng chướng, có cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng.

– Sản dịch hôi, bần, lẫn mủ, máu đỏ tươi, tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau, cổ tử cung mở, ấn các túi cùng đau.

– Cận lâm sàng:

+ Xét nghiệm máu: bạch cầu tăng, bạch cầu đa nhân trung tính tăng...

+ Cây sản dịch có thể xác định nguyên nhân gây bệnh, tiên lượng nặng.

Xử trí và chăm sóc

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

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

– Tư vấn cho sản phụ và chuyển lên tuyến trên.

3.5. Nhiễm khuẩn máu

3.5.1. Nguyên nhân

– Là hình thái nhiễm khuẩn nặng nhất sau đẻ, có tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nề, vi khuẩn hay gặp nhất là tụ cầu vàng tan huyết.

– Do các viêm nhiễm phía dưới, viêm phúc mạc không được điều trị hoặc điều trị không kết quả.

– Sau mổ lấy thai bị biến chứng, sau vỡ tử cung.

3.5.2. Triệu chứng

– Xuất hiện muộn sau đẻ 7 – 15 ngày, có thể sớm sau đẻ vài ngày.

– Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng: sốt cao, dao động, rét run, thể trạng suy sụp, vẻ mặt hốc hác... Có thể có sốc nhiễm khuẩn: mạch nhanh nhỏ, vã mồ hôi, tụt huyết áp, hôn mê...

– Hội chứng tan huyết: da xanh, thiếu máu, đi tiểu nước tiểu màu hồng, đỏ, có hemoglobin trong nước tiểu, xét nghiệm máu hồng cầu, bạch cầu giảm. Hội chứng rối loạn nước và điện giải: toan máu.

– Hội chứng nhiễm khuẩn hậu sản: tử cung to, mật độ mềm, ấn đau, sản dịch hôi, lẫn máu mủ.

– Có thể có các ổ áp xe nhỏ ở gan, phổi, não... Cây máu, sản dịch tìm nguyên nhân gây bệnh. Cần làm các xét nghiệm để đánh giá đầy đủ các bệnh lý kể trên.

3.5.3. Xử trí và chăm sóc

– Dinh dưỡng : nâng cao thể trạng bằng đường ăn, và truyền tĩnh mạch, nghỉ tuyệt đối.

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

– Chuyển lên tuyến trên ngay.

3.6. Viêm tắc tĩnh mạch chi

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

3.6.1. Nguyên nhân

– Chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, mất máu nhiều.

– Sau đẻ nằm nhiều, không vận động.

- Cơ địa: máu tăng đông (do tăng tiểu cầu, fibrinogen).
- Bệnh mạch máu có sẵn, béo phì, đái đường.

3.6.2. Triệu chứng

– Thường xuất hiện muộn sau đẻ 12 – 15 ngày, sốt nhẹ 38 – 38,5°C, mạch tăng dần, hay gặp nhất là viêm tắc tĩnh mạch ở chân với các triệu chứng ấn đau ở bắp chân, bàn chân, đau tăng lên khi vận động, bóp vào bắp chân sản phụ rất đau, có cảm giác kiến bò, tê, cứng ở chân, khám chân bên đau to hơn, móng đầu da có màu đỏ tím, hệ tĩnh mạch dưới da màu tím sẫm nổi rõ, sau da chuyển màu trắng nóng, phù to dần, đau dọc theo thân tĩnh mạch đùi, chân mất vận động (không nhấc khỏi giường được). Dễ gây viêm tắc động mạch phổi dẫn đến tử vong đột ngột.

3.6.3. Xử trí và chăm sóc

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

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

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

3.7.1. Cương sữa

Dấu hiệu:

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

Xử trí:

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

3.7.2. Tắc sữa (bầu vú sưng đau)

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

Dấu hiệu

- Sản phụ biểu hiện sốt.
- Bầu vú xuất hiện căng cứng vừa chạm phải rất đau.
- Bề ngoài có thể hơi đỏ, sưng, nóng và ấn đau.

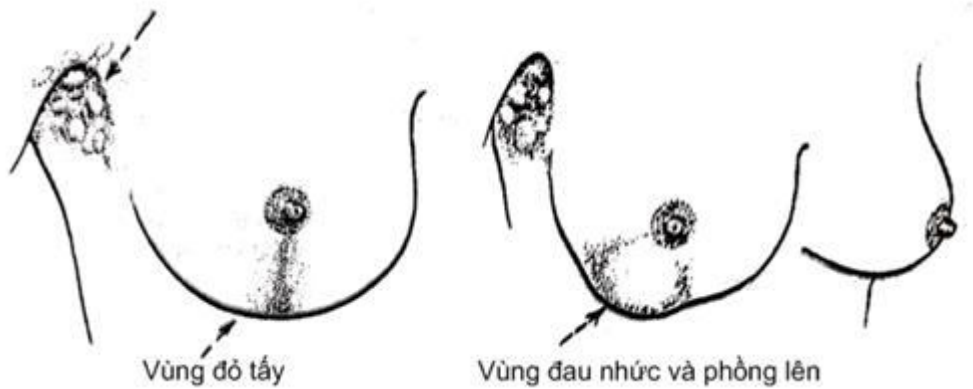
Xử trí

– Cho trẻ bú bầu vú nhiều lần và cố gắng để trẻ mút cạn sữa, nếu sữa quá nhiều mà trẻ lại bú ít thì phải vắt hoặc dùng máy hút sữa hút cạn lượng sữa thừa.

– Mỗi ngày dùng khăn bông thấm nước ấm lau chùi vú, núm vú 3 – 4 lần (có thể làm trước và sau khi cho bú), tránh để cạn sữa, xoa nhẹ, áo lót phải được giặt thường xuyên, chú ý đến phương pháp cho con bú.

3.7.3. Viêm vú

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



Hình 16.3. Các hình thái viêm tuyến vú

Dấu hiệu

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

Xử trí

- Làm thông các tia sữa bằng cách vắt mạnh, vắt hết sữa ở hai vú.
- Nếu không đỡ thì báo bác sĩ hoặc chuyển tuyến trên.

3.7.4. Đầu vú bị rách (nẻ vú)

Nguyên nhân

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

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

Xử trí và chăm sóc

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

3.7.5. Áp xe vú

Dấu hiệu

- Vú rất căng cứng. Sốt cao.

– Vú sưng ở một vùng, vùng đỏ nóng, đỏ, ấn đau.

– Chọc dò vùng sưng tấy thấy có mủ.

Xử trí: chuyển lên tuyến trên sau khi cho thuốc kháng sinh liều cao.

4. PHÒNG BỆNH

– Quản lý thai nghén.

– Phát hiện sớm và điều trị các bệnh viêm sinh dục trước đẻ.

– Đảm bảo vô khuẩn, khử khuẩn trong thăm khám, đỡ đẻ và làm các thủ thuật, phẫu thuật. Không thăm khám nhiều lần trong khi theo dõi chuyển dạ nhất là khi ối đã vỡ, những trường hợp ối vỡ non, ối vỡ sớm nên cho kháng sinh sớm, đặc biệt khi ối vỡ trên 6 giờ.

– Nếu nghi ngờ sót rau phải kiểm soát tử cung, theo dõi chăm sóc hậu sản tốt, phát hiện sớm các nhiễm khuẩn nhẹ, điều trị sớm triệt để tránh các biến chứng nặng lên.

5. KẾ HOẠCH CHĂM SÓC BÀ MẸ NHIỄM KHUẨN SAU ĐẸ

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

5.1. Nhận định

– Tiền sử có liên quan tới tình trạng nhiễm khuẩn: chế độ ăn uống trong khi mang thai và sau đẻ, thiếu máu, tình trạng suy nhược khi mang thai...

– Quá trình chuyển dạ: chuyển dạ kéo dài, mất máu nhiều, ối vỡ non, vỡ sớm, chấn thương đường sinh dục, có can thiệp các thủ thuật hoặc phẫu thuật...

– Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở... chú ý phát hiện về mặt nhiễm khuẩn.

– Tình trạng của vết khâu tầng sinh môn (nếu có): đau, sưng nề, chảy dịch, mủ, so le, chùng mép...

– Tình trạng tử cung: chiều cao, sự co hồi, mật độ, độ di động, đau, lỗ cổ tử cung đóng hay mở...

– Tình trạng sản dịch: số lượng, màu, mùi, tính chất.

– Các dấu hiệu khác: bụng chướng, đại tiểu tiện, đau, rét run, buồn nôn, nôn...

– Các dấu hiệu cận lâm sàng: công thức máu, xét nghiệm nước tiểu, xét nghiệm sản dịch (soi tươi, nhuộm, nuôi cấy), cấy máu...

– Chế độ vệ sinh, ngủ, nghỉ, ăn uống của bà mẹ.

– Sự hiểu biết về bệnh và khả năng nhận thức của bà mẹ.

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

– Nhiễm khuẩn đường sinh dục: (nhiễm khuẩn tầng sinh môn, viêm niêm mạc/ cơ tử cung, viêm quanh tử cung, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết).

– Nguy cơ tổn thương (các cơ quan, chức năng trong cơ thể) liên quan tới sự lan tràn của nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn tầng sinh môn, viêm niêm mạc/ cơ tử cung, viêm quanh tử cung, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết).

– Mệt mỏi, lo lắng về bệnh.

– Thiếu hụt kiến thức về bệnh.

5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

– Theo dõi toàn trạng và các dấu hiệu nhiễm khuẩn toàn thân.

– Theo dõi sự co hồi tử cung, sản dịch.

– Giúp vết khâu tầng sinh môn nhanh liền sẹo: vệ sinh tốt, kích thích tổ chức hạt lên nhanh bằng các yếu tố vật lý, cắt chỉ sớm giúp thoát dịch ...

- Theo dõi sản phụ có nôn không, có bí trung, đại tiện, có đau bụng không, hoặc đại tiện phân lỏng.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Động viên, giải thích để sản phụ yên tâm.
- Đảm bảo chế độ ăn, uống, nghỉ ngơi.
- Vệ sinh thân thể, vệ sinh răng miệng, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài cho sản phụ.
- Giáo dục sức khỏe.
- Thực hiện y lệnh.

5.4. Thực hiện kế hoạch

- Quan sát da, niêm mạc, sắc mặt, đo nhiệt độ, huyết áp, đếm mạch, đếm nhịp thở ghi vào phiếu theo dõi.
- Theo dõi sự co hồi tử cung, di động tử cung có đau không.
- Theo dõi sản dịch về màu, mùi, số lượng.
- Rửa vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài, vệ sinh thân thể, răng miệng, thay áo váy cho sản phụ.
- Nếu sản phụ khó thở: cho sản phụ nằm đầu cao, cho thở oxy ngắt quãng, nếu sốt cao: chườm, gọi hỏi xem sản phụ trả lời có đúng không.
- Cho sản phụ ăn đầy đủ chất, dễ tiêu, trường hợp sản phụ không ăn được cho ăn bằng ống thông.
- Đo lượng nước tiểu trong 24 giờ và ghi phiếu theo dõi, đồng thời báo cho thầy thuốc biết những diễn biến bất thường.
- Giải thích cho người nhà bệnh nhân an tâm và cùng thực hiện tốt nội quy điều trị của bệnh viện.
- Thực hiện y lệnh đầy đủ, kịp thời, chính xác, chuẩn bị đầy đủ các phương tiện dụng cụ, trợ giúp cho thầy thuốc khi làm các thủ thuật cần thiết.

5.5. Đánh giá

- Thể trạng người bệnh tốt lên: hết sốt, ăn uống tốt, tiến triển bệnh tốt.
- Các vết khâu liền nhanh, tốt.
- Bà mẹ có các kiến thức cơ bản về bệnh.
- Bà mẹ biết cách tự phát hiện các dấu hiệu bất thường, tự chăm sóc bản thân và trẻ.
- Trường hợp người bệnh vẫn sốt, thể trạng không khá lên, tiến triển bệnh xấu cần báo cho thầy thuốc biết và lập lại kế hoạch chăm sóc.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Ba đường xâm nhập của vi khuẩn gây nhiễm khuẩn sau đẻ là:
 - A.
 - B.
 - C.
2. Ba yếu tố thuận lợi gây nhiễm khuẩn sau đẻ là:
 - A.
 - B.
 - C.
3. Ba triệu chứng lâm sàng chính của viêm nội mạc tử cung sau đẻ là:
 - A.
 - B.
 - C.
4. Bế sản dịch là hình thái đặc biệt của (A)..... và thường do tử cung (B)... làm sản dịch không ra

được?

A.

B.

5. Nhiễm khuẩn sau đẻ là những trường hợp (A)..... xuất phát từ (B).....?

A.

B.

6. Ba nguyên nhân gây nhiễm khuẩn âm hộ, tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung.

A.

B.

C.

7. Sáu nguyên nhân gây viêm niêm mạc tử cung:

A.

B.

C.

D. Bể sản dịch.

E. Làm các thủ thuật, phẫu thuật không vô khuẩn.

F. Quên gạc, meche trong tử cung khi mổ.

8. Hai nguyên nhân gây viêm phần phụ–viêm dây chằng rộng:

A.

B.

9. Bốn nguyên nhân gây viêm tắc tĩnh mạch chi:

A.

B.

C.

D. Bệnh máu có sẵn, béo phì, đái tháo đường.

10. Ba dấu hiệu của cương sữa:

A.

B.

C.

11. Ba dấu hiệu của tắc sữa (bầu vú sưng đau):

A.

B.

C.

12. Ba dấu hiệu của áp xe vú:

A.

B.

C.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

Câu	Nội dung	A	B
13	Tất cả các trường hợp nhiễm khuẩn sau đẻ gây sốt và ảnh hưởng tới quá trình hậu sản được gọi là nhiễm khuẩn sau đẻ.		
14	Các biểu hiện nhiễm khuẩn ở tử cung thường có biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân, sản dịch bẩn, đục, hôi lẫn máu, tử cung mềm ấn đau, co hồi kém và xuất hiện sau đẻ 3 ÷ 5 ngày.		
15	Viêm âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn thường có biểu hiện sốt nhẹ,		

	sản dịch như mũ hôi, tử cung co hồi kém, ấn đau.		
16	Viêm tắc tĩnh mạch chi thường xuất hiện muộn sau đẻ 10 ÷ 15 ngày, biểu hiện rối loạn cảm giác, vận động, màu sắc da bên chi bị viêm.		
17	Viêm phần phụ thường xuất hiện sau đẻ với hội chứng nhiễm khuẩn nặng.		
18	Tắc sữa (bầu vú sưng đau) thường xảy ra ở người mẹ trẻ và lượng sữa quá nhiều – sản phụ sốt, bầu vú căng cứng, bề ngoài có thể đỏ, sưng, nóng và ấn đau.		

19	Viêm tử cung toàn bộ tiến triển có thể thủng tử cung gây viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết.		
20	Viêm phần phụ – dây chằng rộng xuất hiện muộn sau đẻ 12 ÷ 15 ngày.		
21	Dấu hiệu cương sữa: sốt từ ngày từ ngày thứ ba sau đẻ, hai vú cương đau, tử cung to mềm, sản dịch hôi.		
22	Xử trí cương sữa là hướng dẫn bà mẹ cho con bú đúng cách, bú hết mỗi bên, nếu chưa hết phải vắt hết sữa cho vú mềm ra.		

Chọn câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 23 đến 27

23. Triệu chứng có giá trị nhất trong viêm âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn sau đẻ?
- A. Âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn viêm chảy máu.
 B. Tử cung co kém, mềm, ấn đau.
 C. Chỗ cắt/ rách tầng sinh môn viêm tấy, đỏ, đau, tiết dịch hoặc mủ.
 D. Thể trạng nhiễm khuẩn, sốt, xuất hiện sau đẻ 3 ÷ 4 ngày.
24. Yếu tố thuận lợi hay gặp nhất của viêm nội mạc tử cung sau đẻ?
- A. Sốt rau. C. Nhiễm độc thai nghén.
 B. Thể trạng suy nhược. D. Cắt khâu tầng sinh môn.
25. Triệu chứng có giá trị nhất trong viêm phần phụ sau đẻ?
- A. Đau hai bên hố chậu âm i liên tục.
 B. Sản dịch bản hôi, đục như mủ.
 C. Tử cung co hồi kém, ấn đau, cổ tử cung mở.
 D. Sau đẻ khám có một khối nề cạnh tử cung, ấn đau nhiều, di động kém
26. Yếu tố thuận lợi hay gặp nhất của viêm tắc tĩnh mạch chi sau đẻ?
- A. Chuyển dạ kéo dài. C. Nằm nhiều không vận động.
 B. Nhiễm khuẩn ối. D. Rối loạn các yếu tố đông máu.
27. Triệu chứng xuất hiện sớm nhất của viêm tắc tĩnh mạch chi sau đẻ?
- A. Sốt sau đẻ 12 ÷ 15 ngày.
 B. Đau dọc theo toàn thân tĩnh mạch đùi khi khám.
 C. Rối loạn cảm giác tê bì.
 D. Hù trắng, nóng, đau.

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG

Chị A, 35 tuổi, đẻ con lần 2, sau đẻ forceps ngày thứ 3, bạn kiểm tra thấy: nhiệt độ 38⁰C, mạch 90 lần/phút, vú cương tức, tử cung mềm cao trên khớp vệ 14cm (dưới rốn 1 khoát ngón tay), sản dịch ra hôi, màu thâm đen. Theo bạn:

1. Chị A có khả năng:
- A. Viêm nội mạc tử cung.
 B. Cương sữa.
 C. Bể sản dịch.
 D. Viêm tắc tĩnh mạch chi.
2. Nếu gặp trường hợp này tại tuyến y tế cơ sở, bạn nên xử trí:
- A.
 B.

C.

D.

3. Lập kế hoạch chăm sóc chị A. Trong 24 giờ sau khi thăm khám.

Bài 17

CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

MỤC TIÊU

1. Trình bày các nguyên nhân, cách phát hiện các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
2. Trình bày được nguyên tắc, hướng xử trí một số bệnh phụ khoa thông thường tại tuyến y tế cơ sở.
- 3- Trình bày được công tác tư vấn, làm tốt công tác dự phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

I. NHỮNG VẤN ĐỀ CHUNG VỀ CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật nhiều nhất trên thế giới. Hiện nay, trên 20 loại vi sinh vật được xác định, có khả năng lây truyền theo đường tình dục, cũng như các sinh vật khác có thể sinh trưởng trong đường sinh sản, cũng gây ra các vấn đề về sức khỏe sinh sản.

1. NGUYÊN NHÂN CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

1.1. Bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể do một trong những viem nhiễm sinh dục sau

– Bệnh lây truyền theo đường tình dục: như nhiễm khuẩn chlamydia, lậu, trichomonas, giang mai, hạ cam, mụn dộp sinh dục, mụn cóc sinh dục và nhiễm HIV.

– Các nhiễm khuẩn nội sinh: do các vi sinh vật vốn có mặt trong đường sinh dục của phụ nữ khỏe mạnh. Khi có sự thay đổi pH ở đường sinh dục trong một số trường hợp như: có thai, đau yếu, dùng thuốc tránh thai... các vi sinh vật này sinh trưởng quá mức, gây ra nhiễm khuẩn đường sinh dục như: viêm âm đạo do vi khuẩn, nấm âm hộ, âm đạo...

1.2. Điều kiện thuận lợi dẫn đến bệnh lây truyền qua đường tình dục

– Do người phụ nữ vệ sinh bộ phận sinh dục chưa tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh giao hợp...)

– Do điều kiện làm việc của một số phụ nữ không thuận lợi như: hay phải ngâm mình dưới nước, lao động ở những nơi thiếu nước...

– Do thầy thuốc: trong quá trình thăm khám và làm các thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn như: đồ để không an toàn, đặt dụng cụ tử cung...

– Do quan hệ tình dục với người mắc bệnh, mà không có bảo vệ.

Tất cả những nhiễm khuẩn này, đều có thể gây ra vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, ung thư cổ tử cung... Tuy nhiên, các nhiễm khuẩn này, đều có thể dự phòng hoặc điều trị được, nếu như người phụ nữ được tư vấn đầy đủ về cách phòng bệnh và được khám phụ khoa định kỳ, phát hiện và điều trị sớm các tổn thương ở đường sinh dục.

2. DỊCH TIẾT ÂM ĐẠO BÌNH THƯỜNG

2.1. Vai trò của dịch tiết âm đạo bình thường

Ở phụ nữ, dịch tiết âm đạo chủ yếu do cổ tử cung tiết ra, nó luôn luôn hiện diện với lượng nhỏ và bình thường không nhận thấy. Dịch tiết âm đạo giúp cho đường sinh dục luôn ẩm, đồng thời dịch có thể ức chế việc sinh sôi quá mức của một số vi khuẩn bình thường vẫn sống trong đường sinh dục và đường tiêu hoá.

2.2. Đặc tính của dịch tiết sinh lý ở âm đạo

– Dịch trong loãng, không màu, hầu như không có mùi, hơi dính.

– Lượng dịch ít, thường không nhận thấy. Dịch tăng tiết ở giữa chu kỳ kinh nguyệt khi có phóng noãn (14 ngày trước khi thấy kinh nguyệt), hoặc khi kích thích tình dục, hoặc trong thời kỳ cho con bú (kích thích đầu vú làm tăng tiết nội tiết tố) hoặc sử dụng thuốc tránh thai.

– Dịch tiết âm đạo giảm trong trường hợp không sản xuất nội tiết tố sinh dục (sau khi mãn kinh, cắt bỏ cả hai buồng trứng), hoặc khi bị mất nước nặng. Khi dịch tiết giảm, khả năng nhiễm khuẩn sẽ tăng.

Trên thực tế, khi người phụ nữ thấy ra dịch âm đạo, dễ nhầm tưởng là mình bị bệnh phụ khoa. Vì vậy, trong khi tư vấn về chăm sóc sức khỏe phụ nữ, cần giải thích để phụ nữ biết về đặc điểm và tác dụng của dịch âm đạo bình thường.

3. THÔNG TIN VÀ TƯ VẤN VỀ NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Giáo dục và tư vấn về hành vi tình dục an toàn cần được áp dụng với mọi trường hợp mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục. Các vấn đề chính cần tư vấn cho người mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục là:

– Các hậu quả của nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đối với nam và nữ, đặc biệt là trong trường hợp tự điều trị hoặc không được điều trị đúng và đầy đủ.

– Tuân thủ phác đồ điều trị, đến khám lại theo lịch hẹn.

– Khả năng lây truyền cho vợ/chồng, bạn tình và sự cần thiết điều trị cho vợ/ chồng, bạn tình.

– Tình dục an toàn và sử dụng bao cao su để tránh lây nhiễm bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, đồng thời tránh có thai ngoài ý muốn.

– Tất cả người bệnh mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đều cần được đánh giá nguy cơ mắc và lây truyền HIV. Vì vậy, tất cả người mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục đều cần được tư vấn và đề nghị xét nghiệm HIV.

– Đặc biệt chú ý đến những người mắc bệnh giang mai, Herpes sinh dục, hạ cam, nấm candida hầu họng, các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục không đáp ứng với điều trị thông thường, các trường hợp với biểu hiện lâm sàng nặng và hay tái phát (có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm HIV).

– Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

II. HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

Hội chứng tiết dịch âm đạo là hội chứng thường gặp nhất ở phụ nữ. Người bệnh than phiền có dịch âm đạo bất thường (khí hư) và kèm theo một số triệu chứng khác như ngứa, đau rát ở vùng sinh dục, đi tiểu khó, đau khi giao hợp..., và nếu không điều trị có thể gây biến chứng như viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, đẻ non, viêm kết mạc mắt trẻ sơ sinh...

Nguyên nhân thường gặp

– Nấm men gây viêm âm hộ – âm đạo.

– Trùng roi gây viêm âm đạo.

– Vi khuẩn gây viêm âm đạo: vi khuẩn kỵ khí và candida.

– Lậu cầu khuẩn gây viêm cổ tử cung mũ nhầy và/ hoặc viêm niệu đạo.

1. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

1.1. Viêm âm đạo do trùng roi (*Trichomonas vaginalis*)

Là một bệnh thường gặp ở phụ nữ. Bệnh lây qua quan hệ tình dục là chủ yếu, ngoài ra bệnh còn có thể lây qua bồn tắm, khăn tắm ẩm ướt.

Thời gian ủ bệnh từ 1 – 4 tuần lễ, khoảng 1/4 số người mắc không có biểu hiện bệnh lý. Các triệu chứng thường gặp là:

– Khí hư: số lượng nhiều, loãng, có bọt, màu vàng xanh, mùi hôi (mùi hôi không mất đi khi rửa). Đặc điểm của khí hư do trùng roi có tính chất đặc thù nên có thể phân biệt với khí hư do nấm và các tác nhân khác.

– Có thể kèm theo ngứa, đi tiểu khó và đau khi giao hợp.

– Khám: âm hộ, âm đạo, cổ tử cung đỏ, phù nề, có nhiều khí hư màu vàng xanh loãng và có bọt ở cùng đồ. Đo pH > 4,5.

– Xét nghiệm:

+ Lấy 1 giọt khí hư cho vào 1 – 2 giọt nước muối sinh lý soi tươi thấy có trùng roi hình hạt chanh di động.

Hướng điều trị viêm âm đạo do trùng roi và vi khuẩn:

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

– Metronidazol 2g hoặc tinidazol 2g uống liều duy nhất, hoặc

– Metronidazol 500mg uống 2 lần/ ngày × 7 ngày.

– Trong khi điều trị bằng metronidazol không được quan hệ tình dục, không uống rượu cho đến 24 giờ sau khi ngừng thuốc.

Chú ý: Người điều dưỡng công tác ở cơ sở phát hiện người bệnh viêm âm đạo do trùng roi và vi khuẩn thì chuyển tuyến trên điều trị.

Người điều dưỡng công tác tại bệnh viện, thực hiện chăm sóc, điều trị theo y lệnh của bác sĩ.

1.2. Viêm âm đạo do nấm

Căn nguyên do nấm candida quá phát (chủ yếu là candida albicans)

Người bệnh thường ngứa nhiều ở âm hộ, do vậy người bệnh thường gãi làm xây xước âm hộ và làm nấm lan rộng cả tầng sinh môn, bẹn.

Khí hư có màu trắng đục như váng sữa, không hôi. Có thể kèm theo đái khó, đau khi giao hợp.

Khám: âm hộ, âm đạo viêm đỏ, có thể bị xây xước nhiễm khuẩn do gãi, trường hợp nặng bị viêm cả vùng tầng sinh môn, bẹn, đùi. Khí hư thường nhiều, màu trắng như váng sữa, thành mảng dày dính vào thành âm đạo, khi lau sạch khí hư có thể thấy âm đạo có vết trợt đỏ.

Xét nghiệm: soi tươi hoặc nhuộm tìm nấm men. Test sniff âm tính, đo pH ≤ 4,5.

Điều trị viêm âm đạo do nấm men Candida:

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

– Nystatin viên đặt âm đạo 100.000 đơn vị, 1 hay 2 viên/ ngày trong 14 ngày, hoặc

– Miconazol hoặc clotrimazol viên đặt âm đạo 200mg, 1 viên/ngày trong 3 ngày, hoặc

– Clotrimazol 500mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 liều duy nhất, hoặc

– Itraconazol (Sporal) 100mg uống 2 viên/ ngày trong 3 ngày, hoặc

– Fluconazol (Diflucan) 150mg uống 1 viên duy nhất.

Chú ý:

- Người điều dưỡng công tác ở cơ sở phát hiện viêm âm đạo do nấm, chuyển tuyến trên điều trị.
- Người điều dưỡng công tác tại bệnh viện, thực hiện chăm sóc, điều trị theo y lệnh của bác sĩ.

1.3. Viêm âm đạo do vi khuẩn

– Là hình thái viêm âm đạo không đặc hiệu, nghĩa là các vi khuẩn kỵ khí nội sinh quá phát tại âm đạo. Bệnh không phải do lây qua đường tình dục mà căn nguyên chủ yếu do vi khuẩn *Gardnerella vaginalis* và có thể phối hợp với một số vi khuẩn yếm khí khác.

- Khí hư ra nhiều, mùi hôi là lý do chủ yếu khiến người phụ nữ đi khám bệnh.
- Khám thấy khí hư mùi hôi, màu xám trắng, đồng nhất như kem bám vào thành âm đạo. Niêm mạc âm đạo không có biểu hiện viêm đỏ.
- Xét nghiệm: Test sniff dương tính

1.4. Viêm cổ tử cung mũ nhầy do lậu và/ hoặc *Chlamydia trachomatis*

1.4.1. Viêm cổ tử cung và viêm niệu đạo do lậu

- Đặc điểm bệnh lậu ở phụ nữ không có triệu chứng rõ ràng mà thường kín đáo, thậm chí trên 50% không có triệu chứng nên họ không biết mình bị bệnh.
- Biểu hiện cấp tính: người bệnh có biểu hiện đái buốt, có mủ chảy ra từ niệu đạo, lỗ cổ tử cung. Mủ có màu vàng đặc hoặc vàng xanh. Đau bụng dưới. Đau khi giao hợp.
- Khám thấy cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu. Mủ chảy ra từ ống cổ tử cung. Có thể thấy lỗ niệu đạo đỏ, có mủ từ trong chảy ra hoặc có khi chỉ có dịch đục.
- Xét nghiệm: lấy bệnh phẩm ở lỗ niệu đạo, ống cổ tử cung (đây là hai vị trí quan trọng nhất), hậu môn, tuyến Skène, Bartholin cũng là nơi có thể có lậu cầu để gửi làm xét nghiệm.

1.4.2. Viêm cổ tử cung và niệu đạo do *chlamydia*

- Có dịch nhầy, hơi đục chảy ra từ lỗ cổ tử cung, số lượng ít. Cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu.
- Người bệnh có thể có biểu hiện ngứa âm đạo, đi tiểu khó.
- Ngoài ra, có thể có biểu hiện viêm tuyến Bartholin, viêm tiểu khung.

1.4.3. Hướng điều trị

Điều trị theo một trong ba phác đồ sau:

- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất + doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
- Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất + doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày, hoặc
- Cefotaxime 1g, tiêm bắp liều duy nhất + doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày.

Chú ý: Người điều dưỡng công tác ở cơ sở phát hiện viêm ống cổ tử cung, chuyển tuyến trên điều trị.

Người điều dưỡng công tác tại bệnh viện, thực hiện chăm sóc, điều trị theo y lệnh của bác sĩ.

III. HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO

Trong các nhiễm khuẩn lây qua đường tình dục, hội chứng tiết dịch niệu đạo là hội chứng thường gặp nhất ở nam giới. Nếu không điều trị kịp thời có thể để lại di chứng như hẹp niệu đạo, vô sinh.

1. TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN

1.1. Viêm niệu đạo do lậu

- Thời gian ủ bệnh thường 2 – 4 ngày.

– Mủ chảy từ trong niệu đạo, số lượng nhiều, màu vàng đặc hoặc vàng xanh. Nếu là lậu mạn thì chỉ có dịch nhầy.

– Đái buốt, có thể kèm theo đái rắt.

– Biểu hiện sốt, người mệt mỏi.

– Xét nghiệm: lấy mủ từ lỗ niệu đạo.

– Có thể có biểu hiện của biến chứng viêm mào tinh hoàn: thường bị viêm một bên, biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau kèm theo sốt. Nếu viêm cả hai bên có thể gây vô sinh.

1.2. Viêm niệu đạo do Chlamydia trachomatis

Nhiễm Chlamydia sinh dục tiết niệu còn gọi là viêm niệu đạo không đặc hiệu.

– Thời gian ủ bệnh từ 2 – 4 tuần.

– Dịch niệu đạo ít hoặc vừa, dịch có thể trong, nhầy, trắng đục hoặc màu vàng. Có khi dịch ít chỉ biểu hiện ướt hoặc dính ở miệng sáo hoặc không có triệu chứng gì.

– Người bệnh có biểu hiện khó đi tiểu, ngứa, dầm dứ khó chịu trong niệu đạo.

– Triệu chứng nghèo nàn, rất dễ nhầm với lậu mạn tính.

– Có thể có biểu hiện của biến chứng viêm mào tinh hoàn.

2. NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ

– Điều trị theo hội chứng, điều trị phối hợp cả lậu và Chlamydia lần đầu tiên khi đi khám.

– Nếu xác định được nguyên nhân điều trị theo nguyên nhân.

– Đối với mọi trường hợp, cần điều trị cho vợ/ bạn tình của người bệnh dù không có triệu chứng.

– Không quan hệ tình dục và uống rượu bia trong thời gian điều trị.

Phác đồ điều trị viêm niệu đạo do lậu

Dùng một trong các loại thuốc sau kết hợp với một trong các loại thuốc điều trị viêm niệu đạo không do lậu.

– Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất + doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.

– Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất + doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày.

– Cefotaxim 1g tiêm bắp liều duy nhất + doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.

Phác đồ điều trị viêm niệu đạo không do lậu

Dùng một trong ba thuốc sau:

– Doxycyclin 100mg uống ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.

– Tetracyclin 500mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên, trong 7 ngày.

– Azithromycin 1g uống liều duy nhất

Chú ý: điều trị cho bạn tình với liều tương tự, không dùng doxycyclin, tetracyclin cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú

– Người điều dưỡng công tác ở cơ sở phát hiện viêm tiểu khung, chuyên tuyến trên điều trị.

– Người điều dưỡng công tác tại bệnh viện, thực hiện chăm sóc, điều trị theo y lệnh của bác sĩ.

IV. HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC/SƯNG HẠCH BỆN

Hội chứng loét sinh dục là tình trạng có các vết loét vùng sinh dục, hậu môn hoặc một số vị trí ngoài sinh dục như môi, lưỡi, họng... gây ra bởi các tác nhân gây bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình

dục, thường gặp như giang mai, Herpes, hoặc trực khuẩn hạ cam.

1. TRIỆU CHỨNG

– Có một hoặc nhiều vết loét vùng sinh dục, hậu môn hoặc một số vị trí ngoài sinh dục như môi, lưỡi, họng... có thể kèm theo đau hoặc không đau.

– Hạch bẹn to, thường là hạch to một bên, cũng có thể cả hai bên. Tùy theo tác nhân gây bệnh mà tính chất hạch khác nhau: đau hoặc không đau, có mủ hoặc không có mủ, có loét hoặc không, di động hoặc dính vào da.

– Khám vết loét để xác định:

+ Số lượng.

+ Vị trí.

+ Hình dáng.

+ Kích thước.

+ Mật độ cứng hay mềm.

+ Đáy sạch hoặc có mủ, cứng hay gồ ghề.

+ Bờ nổi cao hay không, tròn hay nhám nhờ.

+ Đau hay không đau.

+ Vết loét mới hay tái phát.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Vết loét do giang mai (còn gọi là săng giang mai)

– Vết loét thường có hình tròn hoặc bầu dục.

– Đáy vết loét phẳng so với mặt da, không có bờ nổi gờ lên hoặc lõm xuống, không đau, không ngứa, không có mủ. Đáy thâm nhiễm cứng (còn gọi là săng cứng) là dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán.

– Vết loét có thể tự khỏi sau 6 – 8 tuần kể cả không điều trị.

– Kèm theo vết loét có thể có biểu hiện hạch to, thường là hạch bẹn, di động, không đau, không hóa mủ.

2.2. Vết loét do Hạ cam (còn gọi là săng mềm)

– Thường nhiều vết loét do tự lây nhiễm. Đáy lõm chôm, nhiều mủ. Bờ nhám nhờ. Rất đau (đây là dấu hiệu quan trọng).

– Hạch bẹn to một bên, sau một vài tuần hạch có thể tạo thành ổ áp xe, vỡ mủ tạo thành lỗ rò, lâu lành.

2.3. Vết loét do Herpes

– Thường bắt đầu bằng đám mụn nước nhỏ hình chùm nho. Cảm giác rát bỏng, ngứa nhiều. Sau đó dập vỡ tạo thành các vết trợt (loét) nông, mềm, bờ có nhiều cung, có thể tự khỏi nhưng rất hay tái phát.

– Hạch nhỏ hai bên bẹn, đau, không làm mủ.

3. ĐIỀU TRỊ

3.1. Nguyên tắc điều trị

– Đối với tất cả các trường hợp loét sinh dục cần điều trị cho cả bạn tình.

– Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân.

– Nếu vết loét không xác định được do hạ cam hay giang mai thì điều trị đồng thời hạ cam và giang mai.

3.2. Phác đồ điều trị giang mai

Dùng một trong các thuốc sau

- Benzathine penicilin G 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Procain penicilin G 1,2 triệu đơn vị tiêm bắp 1 lần/ ngày 10 ngày liên tiếp, hoặc
- Doxycyclin 100mg uống 4 lần / ngày trong 15 ngày.

Chú ý: không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi.

3.3. Phác đồ điều trị hạ cam

Dùng một trong các thuốc dưới đây

- Ceftriaxon 250mg tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Azithromycin 1g uống liều duy nhất, hoặc
- Erythromycin 500mg uống 4 lần/ ngày x 7 ngày, hoặc
- Spectinomycin 2g tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Ciprofloxacin 500mg uống ngày 2 lần x 3 ngày.

Chú ý: không dùng ciprofloxacin cho phụ nữ có thai, đang cho con bú và người dưới 18 tuổi.

3.4. Phác đồ điều trị Herpes sinh dục

Dùng một trong các thuốc sau đây

– Acyclovir 400mg uống 3 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

– Acyclovir 200mg uống 5 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

– Famcyclovir 250mg uống 3 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc

– Valacyclovir 1g uống 2 lần/ ngày trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu) trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ có hiệu quả làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh. Cần điều trị càng sớm càng tốt cho trường hợp mới mắc Herpes sơ phát.

Chú ý:

– Người điều dưỡng công tác ở cơ sở phát hiện viêm loét do hạ cam, giang mai, Herpes, chuyển tuyến trên điều trị.

– Người điều dưỡng công tác tại bệnh viện, thực hiện chăm sóc, điều trị theo y lệnh của bác sĩ.

V. SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

Sùi mào gà sinh dục là một bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục gặp ở cả nam và nữ. Trong số các bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục thì sùi mào gà là một trong những bệnh phổ biến (ở Việt Nam tính từ năm 1996 – 1998 số người mắc bệnh sùi mào gà chiếm 13,2% trong tổng số mắc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục).

Bệnh có thể có nguy cơ gây ung thư cổ tử cung, dương vật. Đặc biệt tần suất sùi mào gà trên người nhiễm HIV rất cao. Hiện nay, sùi mào gà chưa có thuốc điều trị khỏi.

Nguyên nhân gây sùi mào gà là do virus có tên HPV (Human Papiloma Virus) gây nên. Hiện nay, HPV được chia ra hơn 100 typ khác nhau. Các loại HPV khác nhau gây bệnh cảnh lâm sàng khác nhau. Loại HPV typ 6, 11 gây sùi mào gà sinh dục và các u nhú ở thanh quản.

1. TRIỆU CHỨNG

– Phần lớn người nhiễm virus sùi mào gà thường không có biểu hiện lâm sàng, thời kỳ ủ bệnh không rõ ràng, có thể vài tuần đến 2 ÷ 3 tháng.

– Ở nữ: tổn thương là u nhú màu hồng tươi, mềm, không đau, dễ chảy máu khu trú ở âm hộ, âm đạo, quanh lỗ niệu đạo, tầng sinh môn, cổ tử cung, hậu môn. Bệnh có nguy cơ gây ung thư cổ tử cung, hậu môn.

– Ở nam: thường gặp sùi mào gà ở rãnh bao quy đầu, bao da và thân dương vật, có khi thấy ở miệng sáo.

– Cả nam và nữ: quanh hậu môn, hậu môn, miệng, họng

2. CHẨN ĐOÁN

– Tổn thương sùi mào gà rất đặc hiệu, do vậy chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.

– Phụ nữ bị sùi mào gà cổ tử cung cần phải làm xét nghiệm phiến đồ cổ tử cung định kỳ hàng năm để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung.

3. ĐIỀU TRỊ

– Hiện nay chưa có thuốc diệt virus nên người bệnh có thể mang bệnh suốt đời ở tình trạng có biểu hiện triệu chứng hoặc không có biểu hiện triệu chứng. Các phương thức điều trị chỉ có tác dụng làm giảm triệu chứng mà không khỏi bệnh hoàn toàn.

– Các trường hợp sùi mào gà phải được điều trị từ tuyến huyện trở lên và cần xác định và điều trị cho bạn tình.

– Điều trị bằng phương pháp đốt hoặc phẫu thuật.

VI. HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI

1. NGUYÊN NHÂN

Nguyên nhân gây đau bụng dưới liên quan đến viêm tiểu khung do:

– Lậu cầu khuẩn.

– Chlamydia Trachomatis.

– Vi khuẩn kỵ khí.

2. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

– Đau bụng dưới, liên tục hoặc gián đoạn, nhẹ hoặc nặng.

– Đau khi giao hợp.

– Dịch âm đạo và cổ tử cung bẩn, có mùi hôi.

– Sốt.

– Có thể gặp thể không điển hình: người bệnh không sốt chỉ đau một bên hố chậu và có thể có rong kinh.

3. CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán viêm tiểu khung dựa vào các dấu hiệu sau

– Đau khi di chuyển cổ tử cung và khi giao hợp.

– Đau cả hai bên, đau nhiều hơn ở một bên.

– Tiết dịch nhiều.

– Đau bụng dưới và bên cạnh tử cung.

– Khối sưng dính vào tử cung.

– Sốt.

4. ĐIỀU TRỊ

Người điều dưỡng công tác ở cơ sở phát hiện viêm tiểu khung, chuyển tuyến trên điều trị, chú ý điều trị cả bạn tình.

Người điều dưỡng công tác tại bệnh viện, thực hiện chăm sóc, điều trị theo y lệnh của bác sĩ.

VII. HỘI CHỨNG SUY GIẢM MIỄN DỊCH MẮC PHẢI (HIV/ AIDS)

HIV là viết tắt của tiếng Anh: Human – Immuno – Deficiency – Virus, là virus gây suy giảm miễn dịch ở người. Người bị nhiễm HIV thì hệ thống miễn dịch trong cơ thể họ suy giảm, rối loạn và bị phá vỡ. Vì vậy, họ rất dễ nhiễm khuẩn, nhiễm virus, nhiễm nấm. Những tác nhân gây bệnh này có thể và có khả năng gây bệnh ở tất cả các phủ tạng trong cơ thể người bị nhiễm, rồi dễ dàng dẫn đến tử vong.

Virus HIV gây bệnh trên người có 2 loại: HIV 1 và HIV 2. Sau khi nhiễm HIV nói chung có 3 kiểu hình nhân lên của virus:

– Kiểu hình 1 (dạng phổ biến) sự nhân lên có 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn nhiễm cấp tính: virus nhiễm vào máu và dịch não tủy. Người bị nhiễm có triệu chứng giống như cảm cúm, nhưng cũng có khi không có triệu chứng. Thời gian kéo dài khoảng 2 ÷ 3 tháng. Xét nghiệm tìm kháng thể chống HIV (-), vì vậy còn gọi là giai đoạn cửa sổ.

+ Giai đoạn không triệu chứng: người nhiễm HIV hoàn toàn khoẻ mạnh. Xét nghiệm tìm kháng thể trong máu (+). Giai đoạn này kéo dài khoảng 9 ÷ 10 năm.

+ Giai đoạn toàn phát: các biểu hiện triệu chứng suy giảm miễn dịch toàn thân rầm rộ: viêm da, viêm phổi, sút cân... rồi dẫn đến suy kiệt và tử vong.

– Kiểu hình 2 (ít gặp): HIV tồn tại trong cơ thể dạng tiền virus.

– Kiểu hình 3: là loại nhiễm virus thầm lặng. Không tìm thấy kháng thể trong máu. Từ kiểu hình này chuyển thành nhiễm HIV hoạt động do yếu tố môi trường.

1. ĐƯỜNG LÂY BỆNH

– Quan hệ tình dục (đồng giới, khác giới) với người nhiễm HIV: đường âm đạo, đường hậu môn, đường miệng.

– Qua đường máu: truyền máu, tiêm chích, khâu tai, xăm mày, nhổ răng...

– Mẹ mang virus truyền sang con, trong khi mang thai và sinh đẻ.

2. TRIỆU CHỨNG

Khoảng 80% các đối tượng nhiễm HIV không có triệu chứng mà chỉ mang mầm bệnh.

Khoảng 10 ÷ 20% người mang mầm bệnh phát triển thành bệnh AIDS mỗi năm. Trong số bệnh nhân AIDS đó có khoảng 80 ÷ 90% chết trong vòng 2 năm.

Có hai loại dấu hiệu

– Các dấu hiệu chính

+ Sút cân 10% trọng lượng cơ thể

+ Ỉa chảy kéo dài trên 1 tháng.

+ Sốt kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân.

– Các dấu hiệu phụ

+ Ho khan kéo dài.

+ Viêm da toàn thân (các nốt ban phẳng, rộp, ngứa).

- + Zona kéo dài.
- + Nhiễm nấm kéo dài.
- + Bệnh có hạch toàn thân.

Bệnh nhân được chẩn đoán là AIDS khi có hai dấu hiệu chính kết hợp với hai dấu hiệu phụ (loại trừ những người bị ung thư, suy dinh dưỡng cũng gây suy giảm miễn dịch).

VIII. DỰ PHÒNG NHIỄM KHUẨN CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH 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 thủy 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.

IX. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC (LTQĐTĐ)

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.

Nhận định

- Nhận định toàn trạng của bệnh nhân có liên quan đến bệnh và quá trình điều trị bệnh.
- Nhận định bộ phận mắc bệnh và tác nhân gây bệnh để có kế hoạch chăm sóc phù hợp.
- Nhận định các dấu hiệu cơ năng: đau bụng, ra khí hư...
- Các dấu hiệu thực thể, xác định mức độ tổn thương để có kế hoạch chăm sóc phù hợp và hiệu quả.
- Cần nhận định thể trạng, tinh thần, cách sống của bệnh nhân, điều đó có liên quan trực tiếp đến kết quả điều trị.

Chẩn đoán chăm sóc/ nhận định các vấn đề cần chăm sóc

- Tinh thần đáp ứng với sự thay đổi khi vào viện.
- Đáp ứng của cơ thể người bệnh với chế độ điều trị như: mạch, huyết áp, đại tiểu tiện...
- Đáp ứng của tình trạng bệnh với điều trị: tiến triển của các triệu chứng như đau bụng, sốt, ra khí hư, ngứa âm đạo, cổ tử cung
- Các vấn đề mới nảy sinh trong quá trình điều trị như tác dụng phụ của thuốc.

Lập kế hoạch

- Theo dõi toàn trạng.
- Theo dõi diễn biến của các dấu hiệu bệnh lý: khí hư, đau bụng, các tổn thương.
- Lập kế hoạch chăm sóc về tinh thần, ăn uống, vận động, vệ sinh cho bệnh nhân, làm thuốc âm đạo.
- Thực hiện các xét nghiệm theo yêu cầu của thầy thuốc.

– Thực hiện y lệnh.

Thực hiện kế hoạch

– Thảo luận với người bệnh về tình trạng bệnh lý, tiên triển của bệnh và việc làm trong quá trình chăm sóc.

– Quan sát toàn trạng người bệnh, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp ít nhất 1 ngày/lần. Tùy theo tình trạng người bệnh mà số lần thực hiện nhiều hơn, ví dụ: nếu người bệnh có sốt phải theo dõi sát mạch, nhiệt độ ...

– Theo dõi đau bụng, liên quan của đau bụng với sốt, ra khí hư hoặc ra máu âm đạo như thế nào.

– Làm thuốc âm đạo theo chỉ định của bác sĩ.

– Đảm bảo chế độ ăn đầy đủ chất, tránh táo bón.

– Hướng dẫn người bệnh và người nhà thực hiện vệ sinh tốt.

– Động viên người bệnh an tâm điều trị, có thể hướng dẫn người bệnh một số biện pháp điều trị không dùng thuốc.

– Chuẩn bị phương tiện làm các thủ thuật theo y lệnh.

– Thực hiện y lệnh.

– Ghi kết quả theo dõi vào phiếu theo dõi, có gì bất thường cần báo ngay với bác sĩ.

Đánh giá:

– Tình trạng toàn thân khá lên, đau bụng giảm dần, khí hư giảm dần là tiên triển tốt.

– Nếu người bệnh vẫn sốt hoặc vẫn đau bụng, hoặc khí hư vẫn nhiều, có màu, có mùi... cần báo ngay với thầy thuốc và điều chỉnh lại kế hoạch chăm sóc cho phù hợp.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Ba đặc tính của dịch tiết sinh lý ở âm đạo:
 - A.
 - B.
 - C.
2. Hai vai trò của dịch tiết âm đạo:
 - A.
 - B.
3. Kể năm nguyên nhân thường gặp gây nên hội chứng tiết dịch âm đạo:
 - A. Nấm men.
 - B.
 - C.
 - D.
 - E. Chlamydia trachomatis.
4. Kể bốn triệu chứng chính của viêm âm đạo do trùng roi:
 - A.
 - B.
 - C.
 - D. Test sniff (+)
5. Kể ba triệu chứng của viêm cổ tử cung và niệu đạo do Chlamydia:
 - A.
 - B.

- C.
6. Kể bốn triệu chứng lâm sàng của viêm niệu đạo do lậu:
- A. Mủ chảy từ trong niệu đạo, số lượng nhiều, màu vàng hoặc xanh .
- B.
- C.
- D. Có thể có biểu hiện của viêm mào tinh hoàn.
7. Mô tả bốn triệu chứng lâm sàng của vết loét do giang mai:
- A.
- B. Đáy vết loét phẳng, cứng, không đau, không ngứa.
- C.
- D.
8. Kể tên sáu vị trí thường gặp ở nữ mắc bệnh sùi mào gà sinh dục
- A. Âm hộ.
- B.
- C. Quanh lỗ niệu đạo.
- D.
- E. Hậu môn.
- F.
9. Kể ba nguyên nhân gây đau bụng dưới liên quan đến viêm tiểu khung:
- A.
- B.
- C.
10. Ba dấu hiệu chính của hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (HIV/AIDS):
- A.
- B.
- C.
11. Ba đường lây bệnh của hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải:
- A.
- B.
- C.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai.

STT	Nội dung	A	B
12	Quá trình khám phụ khoa bắt đầu bằng hỏi bệnh.		
13	Quan sát khí hư, có thể gợi ý cho việc chẩn đoán viêm âm đạo.		
14	Vào những ngày giữa chu kỳ kinh nguyệt, thấy ra dịch âm đạo nhiều, nên nghĩ đến viêm cổ tử cung.		
15	Khi bệnh nhân đến khám, vì khí hư ra nhiều, chỉ cần quan sát âm đạo là đủ.		
16	Người hộ sinh có thể điều trị ban đầu các bệnh LTQĐTD tại y tế cơ sở.		
17	Dùng bao cao su khi giao hợp, là có thể tránh lây nhiễm tất cả các bệnh LTQĐTD.		
18	Tất cả những trường hợp đau bụng dưới phải chuyển tuyến trên xử trí, không xử trí tại cơ sở		

19	Bộ phận sinh dục có vết loét nông, bờ có nhiều cung, tái phát 7 lần không điều trị tại cơ sở.		
20	Thương tổn tiên phát của Herpes là mụn nước.		
21	Đặc điểm của sảng hạ cam là không đau, không ngứa.		

Lựa chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 22 đến 31

22. Dấu hiệu nào là viêm cổ tử cung:
- Cổ tử cung màu hồng.
 - Cổ tử cung tím.
 - Cổ tử cung đỏ.
 - Cổ tử cung cứng.
 - Cổ tử cung không di động được.
23. Dịch ra âm đạo là sinh lý khi:
- Có lẫn máu.
 - Có mùi hôi
 - Trong loãng
 - Màu vàng
 - Có bọt.
24. Khám tử cung âm đạo trường hợp nào là bình thường:
- Đầy
 - Ấn đau
 - Cứng
 - Sâu
25. Nguy cơ cao dẫn đến nhiễm khuẩn đường sinh dục và bệnh LTQĐTD là:
- Dùng thuốc tránh thai kéo dài
 - Đỡ đẻ không an toàn
 - Nhiều bạn tình
 - Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài không thường xuyên
 - Cả A–B–C–D đều đúng
26. Dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán vết loét do giang mai là:
- Vết loét có hình bầu dục
 - Đáy vết loét phẳng
 - Vết loét không đau, không ngứa.
 - Đáy vết loét thâm nhiễm cứng.
 - Vết loét có thể tự khỏi sau 6 tuần.
27. Đặc điểm của khí hư trong viêm âm đạo do trùng roi
- Khí hư loãng, dính.
 - Khí hư có bọt, màu vàng xanh.
 - Khí hư trắng đục như váng sữa.
 - Khí hư hôi, màu trắng xám.
 - Khí hư như nhày, có lẫn máu.
28. Thuốc dung điều trị hạ cam là:
- Acyclovir.

- B. Ceftriaxon.
 - C. Doxycyclin.
 - D. Procain penicilin.
 - E. Famcyclovir.
29. Test sniff dương tính trong trường hợp:
- A. Viêm âm đạo do trùng roi.
 - B. Viêm âm đạo do nấm.
 - C. Viêm cổ tử cung do lậu.
 - D. Viêm cổ tử cung do chlamydia.
 - E. Viêm niệu đạo do lậu.
30. Thuốc điều trị đặc hiệu viêm âm đạo do trùng roi
- A. Metronidazol.
 - B. Miconazol.
 - C. Specnomycin.
 - D. Cefotaxim.
 - E. Erythromyxin.
31. Thuốc đặc hiệu điều trị nấm men là:
- A. Metronidazol.
 - B. Miconazol.
 - C. Specnomycin.
 - D. Cefotaxim.

Bài 18

KHỐI U ĐƯỜNG SINH DỤC, U VÚ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được phân loại, dấu hiệu phát hiện khối u sinh dục, u vú.
2. Trình bày được tiến triển, biến chứng, hướng xử trí các khối u sinh dục, u vú.
3. Lập được kế hoạch chăm sóc cho người bệnh bị khối u sinh dục, u vú.

1. KHỐI U LÀNH TÍNH VÀ ÁC TÍNH ÂM HỘ – ÂM ĐẠO

1.1. Các khối u lành tính ở âm hộ

- Nang tuyến bã: rất thường gặp tại vùng da âm hộ do tắc nghẽn ống tuyến. Thường nằm ở các môi âm hộ, di động, tròn, trong nang chứa chất bã đậu màu vàng trắng.
- Nang của ống trung thận (nang Gartner) có nguồn gốc từ di tích ống trung thận, nằm ở phía bên của mỗi môi âm hộ.
- Nang tuyến tiền đình lớn (nang Bartholin) nang tròn, nằm ở phía sau của môi lớn, chứa dịch nhầy trong.
- Sùi mào gà: xem phần Bệnh lý lây qua đường tình dục.

1.2. Các khối u lành tính ở âm đạo

- Nang của ống trung thận (nang Gartner) có nguồn gốc từ di tích ống trung thận, nằm ở hai thành bên âm đạo.
- Sùi mào gà: xem phần Bệnh lý lây qua đường tình dục.
- U cơ trơn thành âm đạo lành tính: khối u tròn, chắc, ranh giới rõ. Cần tiến hành bóc và xét nghiệm mô học để loại trừ ung thư cơ trơn thành âm đạo.

1.3. Các khối u ác tính ở âm hộ

1.3.1. Ung thư biểu mô lát âm hộ

Chiếm khoảng 90% các ung thư ở vùng âm hộ, thường gặp ở bệnh nhân trên 60 tuổi. Các biểu hiện trên lâm sàng bao gồm triệu chứng ngứa, thương tổn sùi hoặc loét ở âm hộ, chảy máu. Lan tràn và di căn hạch xuất hiện sớm, kể cả chuỗi hạch bẹn của bên đối diện. Về sau có thể lan tràn qua đường máu đến gan, phổi và xương. Điều trị bao gồm phẫu thuật cắt âm hộ rộng rãi và nạo hạch, có thể sử dụng hoá trị liệu nhưng hiệu quả rất thấp (< 20%).

1.3.2. Các khối u ác tính khác: bao gồm ung thư tế bào đáy, u hắc tố ác tính và các khối u di căn từ các cơ quan khác.

1.4. Các khối u ác tính ở âm đạo

1.4.1. Ung thư biểu mô lát: chiếm khoảng 1–1,5% các ung thư đường sinh dục nữ, thường phát triển trên nền thương tổn loạn sản, xuất hiện trong độ tuổi 50 – 70. Các triệu chứng thường xuất hiện sau khi bắt đầu có loét khối u với ra máu hoặc khí hư bất thường.

1.4.2. Ung thư biểu mô tuyến: bệnh nhân thường có tiền sử phơi nhiễm – diethylstilbestrol (DES) trong thai kỳ, khối u sùi thường xuất phát từ 1/3 trên thành trước âm đạo. Xâm lấn và lan tràn mạnh, tỷ lệ sống sót sau 5 năm rất thấp.

1.4.3. Ung thư cơ trơn thành âm đạo: là một khối u hiếm gặp nhưng có độ ác tính rất cao, có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào nhưng thường xuất hiện sớm (< 20 tuổi).

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.

2.1. Phân loại

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 tuyền: thường gặp trong chửa trứng hoặc Chorio.

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

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 ba loại u nang thực thể:

+ U nang bì.

+ U nang nước.

+ U nang nhầy.

2.2. Triệu chứng

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 tầm hoặc khi khám sức khỏe.

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

2.2.2. 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, di động hạn chế, có khi mắc kẹt trong tiểu khung. Không nên đè mạnh hay đẩy lên, vì có thể gây vỡ.

2.2.3. Cận lâm sàng

– Chụp bụng không chuẩn bị, nếu là u nang bì sẽ thấy cản quang. Chụp tử cung vòi trứng với thuốc cản quang, thấy tử cung lệch một bên, vòi trứng bên khối u kéo dài ra ôm lấy khối u.

– Siêu âm thấy ranh giới khối u rõ.

– Soi ổ bụng chỉ làm khi khối u nhỏ, nghi ngờ với chửa ngoài tử cung.

2.3. Tiến triển và biến chứng

– Người phụ nữ có u nang buồng trứng, có thể khó có thai, khi có thai có nguy cơ ngôi bất thường và đẻ non.

– Xoắn u nang.

– Chảy máu trong nang.

– Vỡ u nang.

– Viêm nhiễm.

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

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

– Có thể chẩn đoán nhầm với áp xe ruột thừa, chửa ngoài tử cung.

2.4. Điều trị

2.4.1. U nang cơ năng: thường mất đi khi điều trị khỏi các căn nguyên, chỉ mổ khi biến chứng

2.4.2. U nang thực thể: phẫu thuật là chủ yếu

– Trong trường hợp u lành tính hai bên, bệnh nhân trẻ nên bóc u nang để lại phần lành.

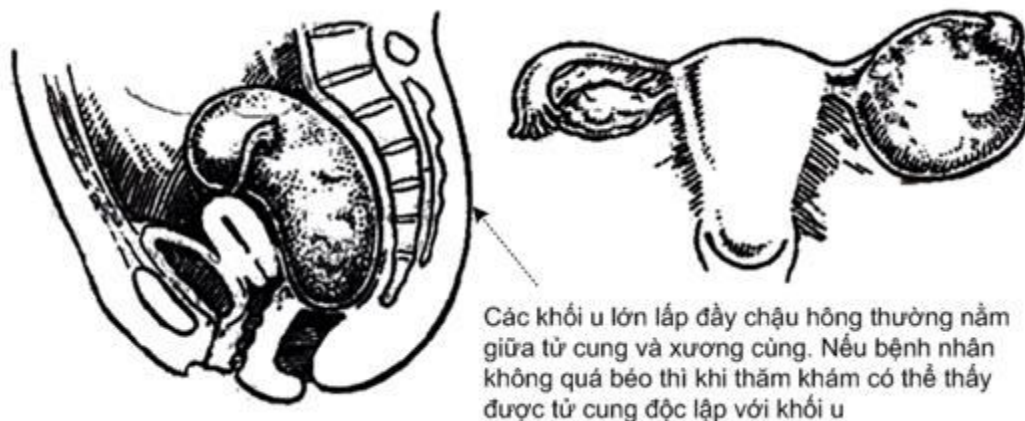
– U xoắn khi mổ cấp cứu nên giảm đau, chống choáng, cặp, cắt trước khi tháo xoắn.

– Các khối u đều phải gửi giải phẫu bệnh lý để xác định lành hay ác tính.

– Trường hợp ác tính, phải cắt tử cung hoàn toàn, cắt bỏ phần phụ bên kia, cắt một phần mạc nối lớn và tiếp tục điều trị bằng hoá chất.

2.5. Phòng bệnh

- Khuyến khích phụ nữ khám phụ khoa định kỳ, phát hiện sớm u buồng trứng.
- Quản lý chặt chẽ những bệnh nhân sau mổ, phát hiện sớm bệnh tái phát.



Hình 18.1. Một số dạng khối u buồng trứng

3. U XƠ TỬ CUNG

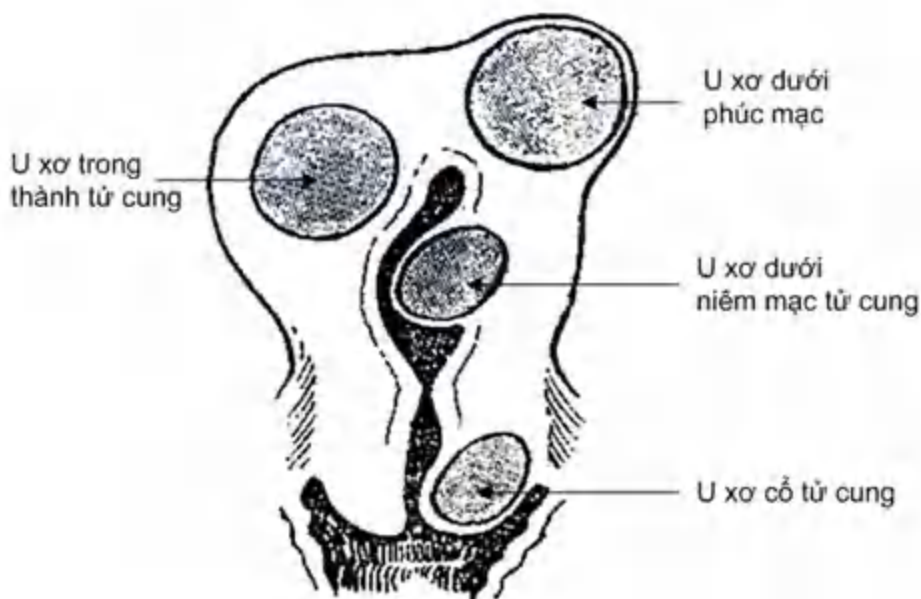
U xơ tử cung là khối u lành tính, bệnh khá phổ biến ở phụ nữ từ 30 ÷ 45 tuổi, tỷ lệ 15 ÷ 20%.

U xơ tử cung có thể to, nhỏ, một hay nhiều nhân xơ nằm ở thân, ở cổ và cả ở eo tử cung.

U xơ có thể phát triển bề ngoài tử cung (u xơ dưới thanh mạc)

U xơ phát triển trong lớp cơ tử cung (u xơ kẽ)

U xơ phát triển trong buồng tử cung (u xơ dưới niêm mạc)



Hình 18.2. Các dạng u xơ tử cung

3.1. Lâm sàng và cận lâm sàng

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 dịch âm đạo nhiều, loãng theo chu kỳ.

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 cứng 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.

3.1.3. Cận lâm sàng

- Đo buồng tử cung
- Chụp buồng tử cung cản quang
- Siêu âm

3.2. Tiến triển và biến chứng

- Thiếu máu do rong kinh rong huyết
- Chèn ép các tạng xung quanh, gây tiểu khó, táo bón.
- Nhiễm khuẩn, hoại tử do thiếu máu tại chỗ.
- Xoắn u nếu u dưới thanh mạc có cuống.
- Khi có thai, gây sảy thai, đẻ non, rau bám thấp, ngôi thai bất thường.
- Khi chuyển dạ: rối loạn cơ co, chuyển dạ kéo dài, u tiền đạo.
- Sau đẻ chờ tử cung, băng huyết, bế sản dịch.
- Một số ít u xơ có thể thoái hoá, biến thành ung thư, nhưng hiếm gặp.

3.3. Điều trị

3.3.1. Phẫu thuật

- Bóc tách nhân xơ
- Cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần

3.3.2. Điều trị nội khoa

Chỉ định khối u nhỏ, tiến triển chậm, chưa có biến chứng, người bệnh còn trẻ. Điều trị bằng progesteron 10mg/ngày × 7 – 10 ngày trong nửa sau của chu kỳ kinh nguyệt.

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.

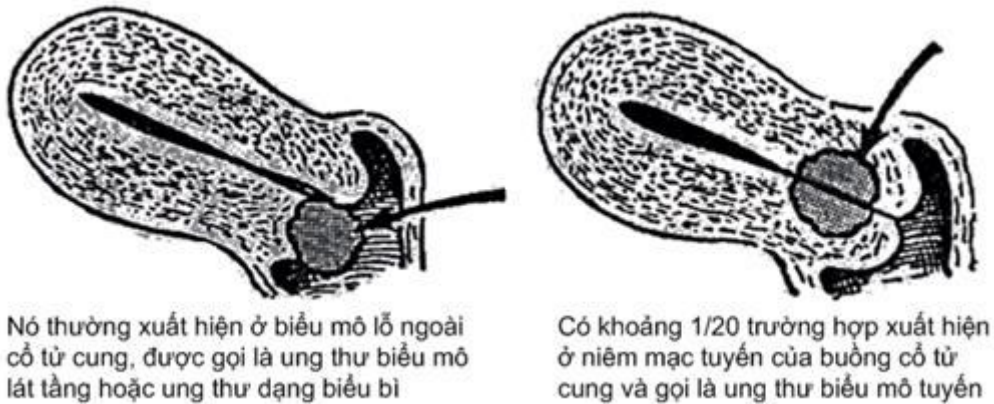
Diễn biến của nó thường chậm, sau một thời gian dài phát triển ở bề mặt cổ tử cung, các tế bào tân sinh phá hủy lớp màng đáy, lan tràn đến tổ chức liên kết của cổ tử cung và đi xa theo đường bạch huyết, đường máu.

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.

Đây là loại u ác tính hay gặp nhất của đường sinh dục



Nó thường xuất hiện ở biểu mô lỗ ngoài cổ tử cung, được gọi là ung thư biểu mô lát tầng hoặc ung thư dạng biểu bì

Có khoảng 1/20 trường hợp xuất hiện ở niêm mạc tuyến của buồng cổ tử cung và gọi là ung thư biểu mô tuyến

Hình 18.3. Vị trí thường gặp của ung thư cổ tử cung

4.2. Triệu chứng

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, ta cần phân biệt:

4.2.1. Các thương tổn khó thấy

Ở giai đoạn còn sớm, ung thư không thấy rõ rệt khi thăm khám âm đạo – cổ tử cung bằng mỏ vịt: cổ tử cung trông giống như bình thường, hoặc như một vết loét trợt, hoặc có một vùng trắng không điển hình. Để chẩn đoán, cần thực hiện:

- Tế bào âm đạo: mục đích thu lượm các tế bào bong ra của khối u và nhuộm màu bằng phương pháp Papanicolaou. Nếu có tế bào nhóm IV hoặc nhóm V, nghĩa là có sự hiện diện của tế bào ung thư.
- Soi cổ tử cung: thấy được vùng nghi ngờ và đó là nơi cần phải được sinh thiết.
- Sinh thiết: được lấy từ vùng nối tiếp của 2 loại tế bào và vùng nghi ngờ, để xem xét về mô học một cách chính xác và đầy đủ.
- + Nếu sự bất thường về mặt tế bào còn giới hạn ở bề mặt của biểu mô, màng đáy chưa bị phá hủy – Đó là ung thư trong liên bào.
- + Nếu màng đáy bị phá hủy, khối u có kích thước dưới 3 cm – Đó là ung thư xâm lấn vi thể.

4.2.2. Với các tổn thương rõ: chẩn đoán dễ, chủ yếu còn để tiên lượng bệnh

- 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.

4.3. Điều trị

Sự điều trị tia xạ hoặc phẫu thuật phụ thuộc vào:

- Cơ địa: tuổi, tình trạng chung, tiền sử thai nghén...
- Giai đoạn khi khám bệnh.
- Hình thái của khối u cổ tử cung.
- Sự xâm lấn hạch.
- Tiến triển của bệnh.
- Tiên lượng vào khả năng sống sau điều trị.

4.4. Dự phòng

Ung thư cổ tử cung nguy hiểm, vì gây tử vong cao vào giai đoạn xâm lấn, song diễn biến thì chậm chạp, nếu quan tâm chú ý thì ta có thể phát hiện sớm và đề phòng được. Để đề phòng bệnh cần khuyến

người phụ nữ:

- Đẻ ít
- Giữ gìn vệ sinh phụ nữ, vệ sinh sau giao hợp và vệ sinh kinh nguyệt.
- Khám phụ khoa định kỳ ít nhất 1 năm/lần, hoặc đi khám ở cơ sở chuyên khoa khi mà có dấu hiệu bất thường như: ra máu sau giao hợp, khí hư bất thường.
- Thực hiện nếp sống lành mạnh, một vợ một chồng, không quan hệ tình dục phức tạp và sớm.

5. UNG THƯ NIÊM MẠC TỬ CUNG

Ung thư niêm mạc tử cung là một loại ung thư thường gặp ở người lớn tuổi (80%), trong đó khoảng 95% có nguồn gốc từ biểu mô tuyến của nội mạc tử cung. Ung thư xuất phát từ biểu mô liên kết thân tử cung, rất hiếm gặp, tiến triển nhanh, tiên lượng xấu.

5.1. Các yếu tố nguy cơ

- Tuổi: từ 50 – 70.
- Quá mập (trên 25 kg so với bình thường).
- Đái tháo đường.
- Bệnh lý ở tử cung: quá sản nội mạc tử cung.
- Mãn kinh muộn: sau 52 tuổi.

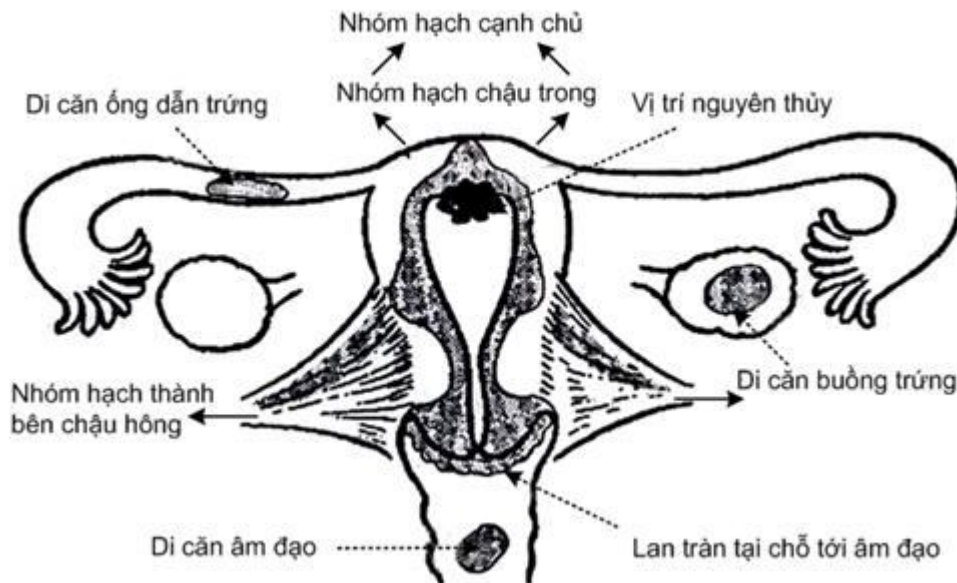
5.2. Triệu chứng

5.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Ra máu bất thường sau khi đã mãn kinh, có khi ra máu trong thời kỳ tiền mãn kinh, có thể nhầm với những rối loạn của thời kỳ này.
- Khí hư nhiều, nhầy, loãng, hôi, có khi là mủ. Trong trường hợp này thường kèm theo đau và cảm giác nặng nề, đau nhói vùng hạ vị.
- Thăm âm đạo bằng tay, tử cung thường có kích thước bình thường, cũng có thể hơi to và mềm.

5.2.2. Cận lâm sàng

- Tế bào học: dịch hút buồng tử cung hay dịch rửa buồng tử cung.
- Chụp buồng tử cung: cho ta hình ảnh khuyết, bờ không đều, khúc khuỷu.
- Soi buồng tử cung: thấy rõ hình ảnh nội mạc tử cung cũng như tổn thương một cách chính xác.
- Nạo sinh thiết toàn bộ tử cung: tốt nhất ta nên làm từ ngoài vào trong và để riêng bệnh phẩm: ống cổ tử cung rồi buồng tử cung.



Hình 18.4. Di căn của ung thư niêm mạc tử cung

5.3. Điều trị

- Phẫu thuật: cắt tử cung toàn phần rộng rãi, cắt vòm âm đạo, lấy hạch tiểu khung.
- Tia xạ.
- Hormon liệu pháp.
- Hoá liệu pháp.

6. BỆNH Ở VÚ

6.1. Bệnh xơ nang tuyến vú

6.1.1. Lâm sàng

- Tuổi: thường bắt đầu sau 30 tuổi, hay gặp ở lứa tuổi 40 – 50, mất đi các dấu hiệu sau thời kỳ mãn kinh.
- Triệu chứng cơ năng: đau vú theo chu kỳ: thường xuất hiện 8 ngày trước khi hành kinh, biến mất sau chu kỳ kinh, đau tự nhiên, đau lan ra hai tay, vú tăng thể tích.
- Triệu chứng thực thể
 - + Các nang đặc trưng: khối u tròn, giới hạn rõ, hơi cứng, vị trí thường ở 1/4 trên ngoài, kích thước và số lượng thay đổi.
 - + Các mảng cứng: lâm sàng thường thấy các mảng cứng trên vú giới hạn không rõ, vị trí hay gặp là 1/4 trên ngoài, mất đi sau chu kỳ kinh.

6.1.2. Cận lâm sàng

- X quang vú (mammographie).
- Siêu âm: cho phép xác định bản chất một vài khối u.
- Chọc hút làm tế bào: chọc hút các nang cho phép đánh giá màu sắc của dịch. Khi chọc hút dịch lẫn máu, phải nghĩ tới ung thư dạng nang.

6.1.3. Điều trị

- Nội khoa
 - + Chống phù và tăng trương lực thành mạch
 - + Progestagene

- Phẫu thuật: hai chỉ định
- + Cắt bỏ nang nếu
 - Chọc dò dịch có lẫn máu
 - Có u nhú trong nang.
 - Tế bào nghi ngờ
- + Sinh thiết giải phẫu bệnh trong các trường hợp:
 - Tồn tại sau điều trị nội khoa.
 - Nghi ngờ.
 - Có các tế bào loạn sản.

6.2. U xơ tuyến

Khối u phát triển từ mô liên kết giữa các tiểu thùy tuyến vú.

6.2.1. Lâm sàng

- Thường xảy ra trước tuổi 25.
- Khối u có đặc trưng:
 - + Chắc, xơ, đều, tròn hoặc hình trứng di động dưới da, không đau, không liên quan với chu kỳ kinh.
 - + Kích thước thay đổi khoảng 2 ÷ 3 cm.
 - + Số lượng: thường chỉ có một, nhưng đôi khi có nhiều u và xuất hiện kế tiếp theo thời gian.

6.2.2. Cận lâm sàng

- X quang vú: cho thấy hình ảnh cản quang tròn, giới hạn rõ.
- Siêu âm: hình ảnh giới hạn rõ.
- Tế bào học: ít có giá trị chẩn đoán.

6.2.3. Điều trị

- Đối với các u xơ tuyến nhỏ dưới 2 cm, không gây khó chịu, không cần điều trị.
- Với các khối u lớn, gây khó chịu, thường phải phẫu thuật cắt bỏ khối u.

7. UNG THƯ VÚ

Ung thư vú chủ yếu là loại ung thư biểu mô phát triển từ biểu mô của các ống dẫn sữa hoặc các thùy 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.

7.1. Chẩn đoán

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

– Hỏi: phải hỏi được ngày phát hiện, thấy 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.

Các kết quả được vẽ và chú thích rõ

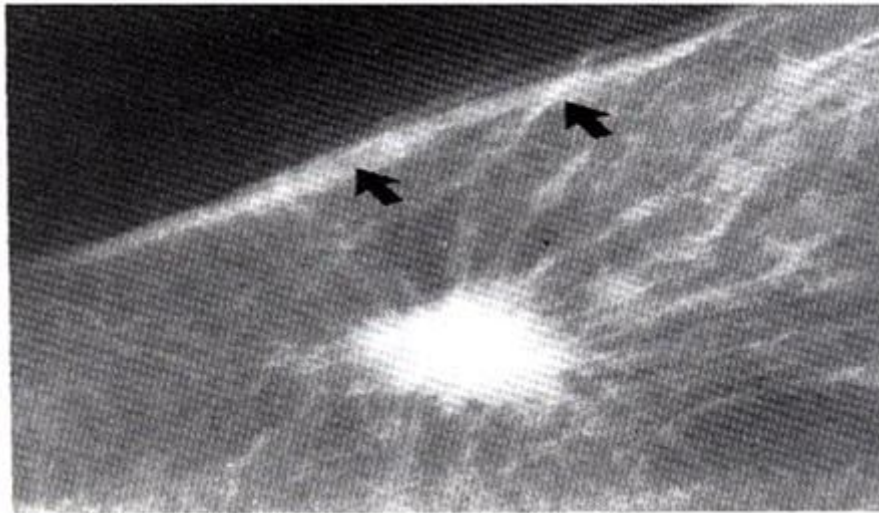
– Cận lâm sàng

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

+ Siêu âm : hữu ích đối với các 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.



Hình 17.5. Hình ảnh chụp X quang ung thư vú

7.2. Điều trị

7.2.1. Điều trị tại chỗ

7.2.1.1. Phẫu thuật: có thể bảo tồn hoặc không

– Cắt bỏ vú + nạo hạch: Phẫu thuật Patey.

– Cắt bỏ vú tận gốc: Phẫu thuật Halsted (cắt bỏ vú, cơ ngực lớn và nạo hạch nách).

– Cắt bỏ khối u + nạo hạch nách.

7.2.1.2. Điều trị tia xạ: có nhiều phương pháp

– Tia xạ trên vú sau khi cắt bỏ khối u + nạo hạch.

– Tia xạ trên da vùng ngực sau khi cắt bỏ vú.

– Tia xạ trên vùng hạch: hạch nách, chuỗi hạch vú trong chuỗi thượng đòn.

7.2.2. Điều trị di căn xa

7.2.2.1. Hoá trị liệu

Các thuốc được dùng trong đa hoá trị liệu bao gồm: endoxan, 5FU, methotrexat và Anthracyclin.

7.2.2.2. Điều trị hormon

Điều trị này được áp dụng trong điều trị hỗ trợ.

7.2.2.3. Tia xạ hoặc cắt bỏ hai buồng trứng

Mục đích là loại bỏ nguồn sản xuất estrogen nội sinh ở phụ nữ trước mãn kinh.

7.2.2.4. Kháng estrogen (tamoxifène)

Các kháng estrogen ức chế sự cố định estradiol ở mô vú, có thể được chỉ định trước và nhất là sau

mãn kinh.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH KHỐI U SINH DỤC

Phần lớn các khối u sinh dục điều trị bằng phẫu thuật. Vì vậy, chăm sóc người bệnh gồm 2 phần: chăm sóc trước và sau phẫu thuật.

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

8.1.1. Nhận định

- Toàn trạng người bệnh:
- + 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 như chèn ép gây đau, khó tiêu tiện, bán tắc ruột...
- 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.

8.1.2. Chẩn đoán chăm sóc/ nhận định các vấn đề cần chăm sóc

- Chăm sóc tinh thần.
- Chăm sóc vệ sinh, ăn, uống, ngủ.
- Chăm sóc đặc hiệu liên quan đến chỉ định phẫu thuật.
- Trường hợp không có chỉ định phẫu thuật mà điều trị nội khoa các vấn đề chăm sóc như một trường hợp điều trị bệnh phụ khoa.

8.1.3. Lập kế hoạch

Tùy theo tình trạng người bệnh, lựa chọn vấn đề ưu tiên chăm sóc:

- Trao đổi với người bệnh về những vấn đề 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.
- Hỗ trợ người bệnh trong các vấn đề: ăn uống, vận động, vệ sinh...
- 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 dung hoá chất trị liệu.
- Hỗ trợ người bệnh trong quá trình thực hiện các xét nghiệm.

8.1.4. Thực hiện kế hoạch

Thực hiện theo kế hoạch chăm sóc đã lập. Trong quá trình thực hiện kế hoạch cần chú ý:

– Phần lớn những người bệnh khối u sinh dục đã có tuổi nên thể trạng thường yếu, tâm lý dễ mắc cảm tử thân. Vì vậy người hộ sinh sắp xếp để người bệnh nằm ở các buồng bệnh tương đối yên tĩnh và cùng những người bệnh khác cùng tuổi. Buồng bệnh phải thuận tiện cho việc phục vụ, vệ sinh.

– Hướng dẫn người thân của người bệnh tránh tâm trạng lo lắng, buồn rầu khi đến thăm người bệnh, đặc biệt là người bệnh điều trị khối u ác tính.

– Chế độ dinh dưỡng đảm bảo đủ dinh dưỡng nhưng phải hợp khẩu vị, tránh tình trạng ép người bệnh ăn quá nhiều một lúc mà nên ăn nhiều bữa.

– Theo dõi đại tiểu tiện: nếu người bệnh có khối u chèn ép có thể ảnh hưởng đến đại, tiểu tiện. Nếu cần phải thụt tháo hoặc thông tiểu, cần chú ý tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

8.1.5. Đánh giá

Qua quá trình theo dõi và chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng cần đánh giá tình trạng người bệnh qua các triệu chứng cơ năng và tình trạng toàn thân để thông báo thường xuyên với bác sĩ và điều chỉnh chế độ chăm sóc thích hợp.

– Nếu tinh thần bệnh nhân ổn định, thoải mái, yên tâm điều trị, tin tưởng vào kết quả điều trị là tiến triển tốt.

– Nếu toàn trạng không khá lên, tinh thần bệnh nhân không ổn định, không cho phép phẫu thuật cần báo bác sĩ để điều chỉnh chế độ điều trị và chăm sóc bệnh nhân cho phù hợp.

8.2. Kế hoạch chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

8.2.1. Nhận định

– Nhận định loại phẫu thuật: đại phẫu hay tiểu phẫu, đơn giản hay phức tạp, có biến chứng hay không có biến chứng, ví dụ: mổ cắt khối u, cắt tử cung bán phần hoặc cắt tử cung hoàn toàn... mổ nội soi hay mở bụng?

– Thời gian phẫu thuật kéo dài bao lâu?

– Cách thức gây mê hay gây tê?

– Thời gian nhận bệnh nhân giờ thứ mấy hoặc ngày thứ mấy sau phẫu thuật?

– Toàn trạng của người bệnh:

+ Tinh 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

– 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: tùy 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.

8.2.2. Chẩn đoán chăm sóc/ nhận định các vấn đề cần chăm sóc

– Nguy cơ rối loạn hô hấp sau gây mê nội khí quản, do tăng tiết đờm dãi.

– Nguy cơ tụt huyết áp trong trường hợp gây tê ngoài màng cứng.

- Tình trạng liệt ruột cơ năng sau phẫu thuật: chướng bụng, nôn, bí trung đại tiện dẫn đến khó thở.
- Tình trạng thông tiểu, nước tiểu.
- Theo dõi truyền dịch.
- Phát hiện biến chứng sau phẫu thuật nếu có.

8.2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

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

- Theo dõi:
 - + Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
 - + Hô hấp: nhịp thở, kiểu thở.
 - + Tiết niệu.
 - + Tình trạng ra máu âm đạo, dịch vết mổ.
- Chế độ ăn uống: cho ăn uống sớm thiết lập lại nhu động ruột.
- Chế độ vận động sớm nhằm thiết lập nhu động ruột và chống dính ruột.
- 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.

8.2.4. Thực hiện kế hoạch

- Trao đổi với người bệnh về công việc của người điều dưỡng trong quá trình chăm sóc người bệnh, những việc cần sự phối hợp của người bệnh hoặc người thân của họ.
- Bảo đảm thông đường thở tốt, hút đờm dãi nếu có.
- Dây truyền đúng tốc độ, mùa lạnh cho dây qua ca nước ấm.
- Có thể cho uống khi bệnh nhân tỉnh hoàn toàn, cho uống ít một, uống nước lọc hoặc nước có điện giải. Không cho dùng nước đường, nước hoa quả, uống sữa khi chưa trung tiện. Theo dõi tình trạng chướng bụng, buồn nôn, nôn, trung tiện, đại tiện.
- Vận động ngay khi tỉnh bằng cách thay đổi tư thế, co chân duỗi tay. Chú ý hướng dẫn tránh chệch dây truyền. Ngồi dậy, đi lại tùy thuộc từng bệnh nhân hoặc từng phẫu thuật theo chỉ định của bác sĩ.
- Chăm sóc tiết niệu: có tắc ống thông không, nước tiểu số lượng, màu sắc. Nếu không có ống thông tiểu theo dõi tình trạng tiểu tiện, số lần đi tiểu, số lượng, màu sắc...

8.2.5. Đánh giá

- Tình trạng người bệnh tốt dần lên, ăn uống tốt, tinh thần thoải mái, đi lại tốt, tình trạng vết mổ tốt, không có biểu hiện chảy máu hoặc nhiễm khuẩn là tiến triển tốt.
- Người bệnh có biểu hiện liệt ruột kéo dài, bí tiểu, chảy máu, sốt hoặc có bất kỳ bất thường nào cần báo cáo ngay bác sĩ có chế độ điều chỉnh phù hợp

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Bốn loại khối u lành tính ở âm hộ:
 - A. Nang tuyến bã.
 - B.
 - C.
 - D.
2. Ba loại khối u lành tính ở âm đạo:

- A.
 B.
 C.
3. Kể tên ba loại u nang cơ năng:
 A.
 B.
 C.
4. Ba loại u nang thực thể:
 A.
 B.
 C.
5. Bốn triệu chứng cơ năng của u xơ tử cung:
 A.
 B.
 C.
 D. Dịch âm đạo nhiều, loãng theo chu kỳ.
6. Sáu yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung:
 A.
 B.
 C.
 D. Có nhiều bạn tình.
 E. Tiền sử viêm sinh dục.
 F. Vệ sinh cá nhân kém.
7. Ba triệu chứng lâm sàng của ung thư niêm mạc tử cung:
 A.
 B.
 C.
8. Năm yếu tố nguy cơ của ung thư niêm mạc tử cung:
 A.
 B.
 C.
 D. Quá sản nội mạc tử cung.
 E.
9. Bốn triệu chứng lâm sàng của xơ nang tuyến vú:
 A.
 B.
 C. Khối u tròn, giới hạn rõ, cứng, ở 1/4 trên ngoài.
 D. Các mảng cứng giới hạn không rõ mất đi sau chu kỳ kinh.
10. Ba triệu chứng lâm sàng của u xơ tuyến:
 A.
 B.
 C.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai

STT	Nội dung	A	B

11	Các khối u sinh dục hay gặp ở độ tuổi trên 35.		
12	Tất cả các khối u vú phải phẫu thuật.		
13	U nang buồng trứng cơ năng có thể tự mất đi.		
14	U nang buồng trứng khi có biểu hiện đau, nên nghĩ đến xoắn nang.		
15	Cường kinh, rong kinh trên một phụ nữ từ trước đến nay kinh nguyệt bình thường, có thể là biểu hiện của u xơ tử cung.		
16	U xơ tử cung có nguy cơ ung thư hoá cao.		
17	Khi phát hiện ra u xơ tử cung, cần phân biệt với u nang buồng trứng.		
18	Người phụ nữ có biểu hiện ra máu sau giao hợp, cần loại trừ ung thư cổ tử cung trước khi chẩn đoán các bệnh khác.		
20	Tất cả các hình thái viêm cổ tử cung đều có nguy cơ ung thư hoá.		
21	Người phụ nữ đã hết kinh 2 năm, nay thấy ra máu âm đạo, phải nghĩ đến ung thư niêm mạc tử cung.		

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 21 đến 25

21. Triệu chứng sớm của ung thư cổ tử cung là:

- A. Rong kinh.
- B. Khí hư nhiều.
- C. Ra máu âm đạo sau giao hợp.
- D. Chu kỳ kinh nguyệt ngắn hơn trước.

22. Dấu hiệu nghĩ đến u xơ tuyến vú

- A. Đau vú trước khi hành kinh và mất đi sau khi sạch kinh.
- B. Khám vú thấy những mảng cứng
- C. Khám thấy khối u chắc đều, hình tròn hoặc hình trứng, không đau
- D. Khối u di động hạn chế

23. Khối u sinh dục nào không phải phẫu thuật:

- A. U xơ tử cung
- B. U nang nước
- C. U nang hoàng thể
- D. U nang nhầy

24. Trường hợp nào điều trị bằng progestagen có hiệu quả:

- A. Xơ nang tuyến vú
- B. U nang nhầy
- C. Ung thư cổ tử cung
- D. Ung thư niêm mạc tử cung

25. Khối u sinh dục nào gây thiếu máu nhiều:

- A. U nang buồng trứng
- B. Ung thư cổ tử cung
- C. Ung thư niêm mạc tử cung
- D. U xơ tử cung.

Bài 19

DÂN SỐ VÀ PHÁT TRIỂN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được 5 nội dung cơ bản về dân số.
2. Trình bày được 4 tác động của dân số đến sự phát triển ở Việt Nam.

1. NHỮNG NỘI DUNG CƠ BẢN VỀ DÂN SỐ

– Khi nói đến dân số của một địa phương hay cả nước, trước hết cần phải biết có bao nhiêu người trên lãnh thổ đó, tức là nói đến tổng số hay quy mô dân số.

– Mặt khác, con người khác nhau theo giới tính, độ tuổi, dân tộc, tình trạng hôn nhân, trình độ giáo dục, nghề nghiệp, tôn giáo... Vì vậy, tổng số dân lại được chia ra thành các nhóm nhỏ hơn, như số nam và số nữ, số trẻ và số già (theo độ tuổi)...tức là chúng ta đã xét cơ cấu (hay cấu trúc) của dân số đó. Trong một xã cũng như trên cả nước quy mô và cơ cấu dân số không ngừng biến động. Bởi vì, theo thời gian, có người được sinh ra, có người bị chết đi, có người mới đến có người mới ra đi, tới nơi khác sinh sống. Do vậy, cần phải tính số sinh, số chết, số người đi, người đến (di cư) là những yếu tố đã gây nên sự biến động nói trên.

– Như vậy, những vấn đề cơ bản của dân số là: quy mô, cơ cấu, mức sinh, mức chết và di cư gắn liền với một lãnh thổ cụ thể và một thời gian nhất định. Dưới đây, lần lượt xem xét những vấn đề này.

1.1. Quy mô dân số

1.1.1. Quy mô dân số: là số người sống trong một quốc gia, khu vực, vùng địa lý kinh tế hoặc một đơn vị hoặc một đơn vị hành chính tại thời điểm nhất định.

Dân số Việt Nam đang tăng nhanh: đầu thập kỷ 40, dân số Việt Nam chỉ có khoảng 25 triệu người, nhưng vụ đói năm 1945 đã làm cho 2 triệu người bị chết, sau đó là cuộc kháng chiến chống Pháp và chống Mỹ kéo dài. Mặc dù chính sách dân số – KHHGD đã được thực hiện ngay từ đầu những năm 1960 và có rất nhiều khó khăn nhưng dân số nước ta vẫn tăng lên rất nhanh. Theo kết quả điều tra dân số:

- + 1/10/1979: dân số nước ta là 52,7 triệu người.
- + 1/10/1989: 64,4 triệu người (tăng 11,7 triệu)
- + 1/10/1999: 76.327.919 triệu người.
- + 1/10/2005: 82,492,6 triệu người.

Do thực hiện tốt các chương trình DS – KHHGD, tỷ lệ tăng dân số từ 3,56 % từ đầu năm 60 đã giảm xuống còn 2,1% (1989); và giảm xuống còn 1,16 % (2005); số con trung bình cho một phụ nữ ở tuổi sinh sản từ 6 con (những năm đầu thập kỷ 60) đã giảm xuống còn 2,7 con (1992–1996), 2,3 con (1999) và 2,1 con (2005).

Năm	Tổng số dân ở Việt Nam	Tỷ lệ phát triển dân số/năm	Mức tăng dân số
1979	52,742 triệu	2,16%	9 năm tăng gần 12 triệu
1989	64,412 triệu	2,1%	10 năm tăng gần 12 triệu

1992	70 triệu	2,0%	3 năm tăng 5,5 triệu
1999	76,327, triệu	1,9%	7 năm tăng 6 triệu
2002	79,299,9 triệu	1,2%	3 năm tăng 3 triệu
2005	82,492,6 triệu	1,16%	3 năm tăng 3 triệu

1.1.2. Dân số trung bình

Như đã biết, dân số biến động không ngừng nên để chỉ dân số của một năm, người ta tính dân số trung bình của năm đó, công thức như sau:

$$\text{Dân số trung bình} = \frac{\text{Số dân đầu năm} + \text{Số dân cuối năm}}{2}$$

Người ta cũng lấy dân số ngày 1 tháng 7 hàng năm làm dân số trung bình. Ví dụ: năm 2005 dân số của xã Quyết Tiến đầu năm là 7.500 người, cuối năm là: 7650 người thì dân số trung bình của xã trong năm này là:

$$\text{Dân số trung bình} = \frac{7.500 + 7.650}{2} = 7.575 \text{ người}$$

1.1.3. Tỷ lệ gia tăng dân số

Tỷ lệ gia tăng dân số trong năm, tính bằng phần trăm (%), ký hiệu r, là tỷ số giữa số dân tăng thêm trong năm đó và dân số đầu năm:

$$r = \frac{\text{Số dân cuối năm} - \text{Số dân đầu năm}}{\text{Số dân đầu năm}} \times 100$$

Ví dụ: Năm 2005, dân số của xã Quyết Tiến đầu năm là 7.500 người, cuối năm là: 7650 người thì dân số tăng thêm là: $7.650 - 7.500 = 150$ người.

Do vậy: Tỷ lệ tăng dân số là

$$r = \frac{150}{7500} \times 100 = 2\%$$

Như đã nói ở trên, tỷ lệ tăng dân số có đơn vị là phần trăm, nên chúng ta nói năm 2005, xã Quyết Tiến có tỷ lệ tăng dân số là 2 %.

1.1.4. Thời gian tăng dân số gấp đôi

Nếu tỷ lệ gia tăng dân số cứ giữ nguyên là r thì số năm cần thiết để dân số tăng gấp đôi là: $(70: r)$.

Ví dụ: Nếu năm 2005 xã Quyết Tiến đã có 7.500 người và tỷ lệ gia tăng dân số hàng năm đều là 2 % thì dân số sẽ gấp đôi sau 35 năm, tức là năm 2040 xã này sẽ có 15.000 người.

Thời gian cần để tăng gấp đôi dân số tương ứng với tỷ lệ tăng dân số như sau:

r (%)	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0
T (năm)	70	46	35	27	23

Như vậy, với tỷ lệ tăng hàng năm như ở nước ta hiện nay, dân số sẽ tăng gấp đôi chỉ sau một thời gian ngắn, tính bằng hàng chục năm chứ không phải quá lâu dài.

1.2. Cơ cấu dân số

Là tổng số dân được phân loại theo giới tính và lứa tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và các đặc trưng khác.

1.2.1. Cơ cấu dân số theo giới tính: là sự phân chia tổng số dân thành số nam và số nữ.

$$\text{Tỷ lệ nam (nữ) trong tổng số dân} = \frac{\text{Số nam (nữ)}}{\text{Tổng số dân}} \times 100$$

$$\text{Hoặc Tỷ số giới tính} = \frac{\text{Số nam}}{\text{Số nữ}} \times 100$$

$$\text{Ví dụ: Số nam xã Quyết Tiến chiếm} = \frac{3.675}{7.500} \times 100 = 49\%$$

Tức là 49 %, suy ra ở xã Quyết Tiến, năm 2005, cứ 100 dân thì có 49 nam.

$$\text{Hoặc Tỷ số giới tính} = \frac{3.675}{3.825} \times 100 = 96\%$$

Điều này nghĩa là ở xã Quyết Tiến, năm 2005, cứ 100 nữ thì có 96 nam.

Cơ cấu dân số theo giới tính phụ thuộc vào tỷ số giới tính của sơ sinh, sự khác biệt về tử vong và di cư của 2 giới, sự phân chia dân số một cách đơn giản thành nam và nữ nhưng lại có ý nghĩa kinh tế, xã hội và dân số – KHHGD hết sức sâu sắc.

Trong lĩnh vực sinh sản, phải có sự tham gia của cả hai giới. Như vậy, để kế hoạch hoá gia đình cũng đòi hỏi cả nam và nữ thực hiện. Trong khi đó, ở nước ta chủ yếu mới có nữ áp dụng các biện pháp tránh thai. Hơn nữa, sự bất bình đẳng nam nữ vẫn còn quan sát thấy ở nhiều mặt khác của đời sống và của mọi lứa tuổi. thí dụ: Cha mẹ thường mong sinh được con trai và chăm sóc sức khoẻ, quan tâm đến việc học tập của con trai nhiều hơn. nếu cùng trình độ, nam giới dễ xin việc làm hơn nữ giới và họ thường giữ vai trò quyết định trong gia đình cũng như ngoài xã hội.

Phấn đấu cho sự bình đẳng nam nữ không chỉ có lợi sự phát triển gia đình, xã hội mà còn là điều kiện cho thắng lợi của chương trình dân số – KHHGD.

1.2.2. Cơ cấu dân số theo độ tuổi: tỷ lệ nam, nữ theo từng độ tuổi.

Có thể tính tuổi theo số lần sinh nhật. Như vậy, sẽ có các độ tuổi 0; 1; 2... Để cho gọn có thể tính gộp thành các nhóm tuổi như: (0 ÷ 4); (5 ÷ 9); (10 ÷ 14)... Để nghiên cứu nguồn lao động có thể xét các các nhóm tuổi (0 ÷ 14); (15 ÷ 59); và nhóm 60 tuổi trở lên.

Cơ cấu dân số theo độ tuổi là sự phân chia tổng số dân theo từng độ tuổi hay nhóm tuổi.

Người ta cũng thường chia tổng số dân thành số nam, số nữ theo từng nhóm tuổi. Khi đó sẽ có cơ cấu dân số theo giới tính và tuổi.

Cơ cấu dân số theo độ tuổi của nước ta có những đặc điểm đáng chú ý: cơ cấu dân số trẻ và đang chuyển dần sang cơ cấu dân số già tạo ra những cơ hội và thách thức đối với sự phát triển kinh tế – xã hội. Tuổi trung vị sẽ tăng từ 23,2 năm 2000 lên 27,1 năm 2010.

1.2.3. Cơ cấu dân số theo tình trạng hôn nhân

Là phân chia tổng số dân từ một độ tuổi nào đó theo các tình trạng:

- Chưa bao giờ kết hôn.
- Đang có vợ (chồng).
- Goá.
- Ly thân.
- Ly hôn.

Công tác kế hoạch hoá gia đình trước hết tập trung vào số nữ có chồng ở tuổi sinh đẻ, sau đó đến nhóm tuổi chưa kết hôn, ở tuổi 13 ÷ 19 tuổi cũng cần được giáo dục dân số – sức khoẻ sinh sản để tránh tình trạng có thai ngoài ý muốn đang ở mức báo động. Các nhóm phụ nữ độc thân, cao tuổi, goá, ly hôn, ly thân, tái hôn cũng được dân số học quản lý.

1.2.4. Phân bố dân số: là sự có mặt của dân cư theo vùng lãnh thổ (tức là theo địa lý) như dân cư miền núi, đồng bằng, vùng trung du.

$$\text{Mật độ dân số} = \frac{\text{Số dân trong vùng}}{\text{Diện tích vùng (km}^2\text{)}}$$

1.3. Mức sinh

Để đo lường sinh người ta dùng các chỉ tiêu sau:

1.3.1. Tỷ suất sinh thô

Tỷ suất sinh thô tính theo phần nghìn và được xác định như sau:

$$\text{Tỷ suất sinh thô} = \frac{\text{Số trẻ em sinh ra sống được trong năm}}{\text{Số dân trung bình trong năm}}$$

Ví dụ: Năm 2005 dân số trung bình của xã Quyết Tiến là 7.575. Số trẻ em sinh ra sống được trong năm này là 190 cháu. Vậy tỷ suất sinh thô của xã năm 2005 là:

$$\text{Tỷ suất sinh thô} = \frac{190}{7.575} \times 1000 = 25$$

Kết quả này cho biết trung bình cứ 1000 người dân, trong một năm thì có 25 trẻ em được sinh ra. Do đó, có thể nói tỷ suất sinh thô là 25 %. Chỉ tiêu này dễ tính toán nhưng chịu ảnh hưởng của cơ cấu dân số. Nếu biết số dân trung bình và tỷ suất sinh thô, ta có thể ước lượng số trẻ em sinh ra trong năm.

1.3.2. Tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên

Một trong những mục tiêu chính của chính sách dân số ở nước ta là thực hiện được: “mỗi cặp vợ chồng chỉ có 1–2 con”. Vì vậy, những người sinh con thứ 3 trở lên trong năm được coi là chưa thực hiện tốt chính sách dân số. Chúng ta cần biết tỷ lệ của những người này.

Giả sử trong 190 cháu mới được sinh ra của xã Quyết Tiến có 38 cháu là con thứ 3 hoặc thứ 4 trở lên của các cặp vợ chồng, khi đó ta nói rằng, tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên trong xã này là: $38 : 190 = 20\%$

Như vậy, tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên trong năm có đơn vị tính là phần trăm và được tính như sau:

$$\text{Tỷ lệ sinh con thứ 3 trở lên} = \frac{\text{Số trẻ em là con thứ 3 trở lên được sinh ra trong năm}}{\text{Số trẻ em được sinh ra trong năm}} \times 100$$

1.3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến mức sinh: có thể phân thành 4 nhóm yếu tố

– Nhóm yếu tố tự nhiên: thể hiện ở cơ cấu dân số theo độ tuổi và giới: cùng một số dân nhưng xã nào có nhiều hơn số phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ, thường có tỷ suất sinh thô cao hơn.

– Nhóm yếu tố kinh tế – xã hội: bao gồm các yếu tố như: nghề nghiệp, thu nhập, trình độ giáo dục, lối sống, phong tục thờ cúng, tập quán kết hôn sớm, tâm lý trọng nam khinh nữ... đều có ảnh hưởng đến mức sinh.

– Nhóm yếu tố chính sách dân số: quan điểm, mục tiêu và giải pháp của Nhà nước nhằm điều chỉnh mức sinh có tác động mạnh tới việc nâng cao hay hạ thấp mức sinh.

– Nhóm yếu tố dịch vụ kỹ thuật: nếu có nhiều biện pháp tránh thai tốt, để người dân có thể lựa chọn cho phù hợp với sức khỏe, hoàn cảnh công việc, niềm tin tôn giáo... của mình, các biện pháp tránh thai này lại gần dân, thuận lợi cho việc mua bán hoặc cấp phát thì sẽ làm tăng số người sử dụng. Kết quả là mức sinh sẽ giảm và ngược lại.

1.4. Mức chết: người ta đo mức chết bằng các thước đo sau:

1.4.1. Tỷ suất chết thô

Tỷ suất chết thô tính theo phần nghìn và được xác định như sau:

$$\text{Tỷ suất chết thô} = \frac{\text{Số người chết trong năm}}{\text{Dân số trung bình trong năm}} \times 1000$$

Ví dụ: Năm 2005 dân số trung bình của cả xã Quyết Tiến là 7.575. Số người chết trong năm là 45 người.

Vậy tỷ suất chết thô của xã năm 2005 là:

$$\text{Tỷ suất chết thô} = \frac{45}{7.575} \times 1000 = 6$$

Sau khi biết tỷ suất sinh thô và tỷ suất chết thô, có thể tính tỷ suất tăng tự nhiên dân số như sau:

$$\text{Tỷ suất tăng tự nhiên dân số} = \text{Tỷ suất sinh thô} - \text{Tỷ suất chết thô.}$$

Ví dụ: Năm 2005, ở xã Quyết Tiến, tỷ suất tăng tự nhiên dân số là:

$$25 - 6 = 19 \text{ (phần nghìn) hay } 1,9 \text{ \%.}$$

1.4.2. Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi

Trong số người chết cần đặc biệt chú ý đến trẻ em dưới 1 tuổi và các bà mẹ bị chết vì lý do mang thai và sinh đẻ. Bởi vì các sự kiện này phản ánh rõ ràng tình trạng dinh dưỡng, chăm sóc, bảo vệ bà mẹ, trẻ em hay trình độ phát triển kinh tế, y tế và các điều kiện xã hội khác. Để đo lường mức độ của tình trạng này, chúng ta tính tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi như sau:

$$\text{Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi} = \frac{\text{Số trẻ em dưới 1 tuổi bị chết trong năm}}{\text{Số trẻ em được sinh ra sống trong năm}} \times 1000$$

Tỷ suất này cho biết, trong năm, cứ 1000 trẻ em được sinh ra thì có bao nhiêu cháu bị chết dưới 1 tuổi.

Ví dụ: xã Quyết Tiến năm 2005 có 10 cháu dưới 1 tuổi bị chết thì:

$$\text{Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi} = \frac{10}{190} \times 1000 = 53 \text{ phần nghìn}$$

1.4.3. Tỷ suất chết mẹ

Người phụ nữ khi mang thai và sinh đẻ phải chịu những nguy cơ tai biến bất lợi cho sức khỏe, thậm chí là tử vong. Với sự phát triển của kinh tế và sự tiến bộ về y tế, tuy các trường hợp tử vong có xảy ra nhưng không nhiều. Vì vậy người ta tính số bà mẹ bị chết do liên quan mang thai và sinh đẻ từ khi có thai 42 ngày sau đẻ (không kể các trường hợp tai nạn, ngộ độc, tự tử) tương ứng với 100.000 trẻ sinh ra sống trong năm và gọi là tỷ số chết mẹ.

$$\text{Tỷ số chết mẹ} = \frac{\text{Số bà mẹ bị chết liên quan chứa đẻ trong năm}}{\text{Số sinh sống trong năm}} \times 1000$$

Thăm khám ít nhất 3 lần cho mỗi lần mang thai là biện pháp cơ bản để giảm tỷ số chết mẹ và tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi.

1.5. Di cư

Đối với xã hay một địa phương nào đó hàng năm thường có những người, những gia đình từ nơi khác đến cư trú, sinh sống (di cư đến hay nhập cư). Mặt khác, lại có những người từ xã này, địa phương này rời đi nơi khác ở (di cư đi hay xuất cư). Di cư đến và di cư đi gọi chung là di cư hay biến động cơ học.

Các tỷ suất nhập và xuất cư có đơn vị tính là phần trăm và xác định bởi các công thức sau:

$$\text{Tỷ suất nhập cư (di chuyển đến)} = \frac{\text{Số người đến trong năm}}{\text{Số dân trung bình trong năm}} \times 100$$

$$\text{Tỷ suất di cư (di chuyển đi)} = \frac{\text{Số người đi trong năm}}{\text{Số dân trung bình trong năm}} \times 100$$

Các tỷ suất này cho biết: trung bình cứ 100 người dân của địa phương thì trong năm có bao nhiêu người đến và bao nhiêu người đi.

Ví dụ: trong năm 2005, có 303 người di cư đến xã Quyết Tiến và 152 người dân của Quyết Tiến di

chuyển đi nơi khác. Như vậy, do di cư, dân số xã Quyết Tiến đã tăng thêm: $303 - 152 = 151$ người.

Có thể tính thêm các tỷ suất sau:

$$\text{Tỷ suất nhập cư} = \frac{303}{7.575} \times 100 = 4$$

$$\text{Tỷ suất di cư} = \frac{152}{7.575} \times 100 = 2$$

Di cư có thể làm tăng hoặc giảm số dân của địa phương một cách nhanh chóng. Di cư có tác động nhiều đến kinh tế – xã hội – môi trường, cả theo hướng tích cực và tiêu cực.

2. TÁC ĐỘNG CỦA DÂN SỐ ĐẾN SỰ PHÁT TRIỂN Ở VIỆT NAM

Phát triển là sự tiến bộ tổng hợp về mức sống, công bằng xã hội và khả năng tiếp tục tiến bộ bền vững trong tương lai, trong đó phúc lợi kinh tế – xã hội là cốt lõi của sự phát triển.

Nếu coi phát triển là đối lập với nghèo khổ thì quá trình phát triển là quá trình làm giảm dần, đi đến loại bỏ nạn đói, thất học, thất nghiệp, bất bình đẳng.

Dân số vừa là lực lượng sản xuất vừa là lực lượng tiêu dùng. Do quy mô dân số lớn nên lực lượng lao động dồi dào. Song quy mô dân số lớn, cơ cấu dân số trẻ, phát triển nhanh cũng đang tác động tiêu cực, làm chậm quá trình phát triển của đất nước ta. Thể hiện ở những điểm sau đây:

2.1. Tình trạng đất chật, người đông ngày càng trầm trọng

Việt Nam là một nước nghèo đất vào loại nhất trên thế giới, đặc biệt là đất canh tác. Song chỉ tiêu này ở nước ta vẫn còn tiếp tục giảm mạnh, bởi như đã nói, dân số tăng gấp đôi sau khoảng 30 năm và trong quá trình công nghiệp hoá, đất dành cho công nghiệp, xây dựng ngày càng nhiều nên đất nông nghiệp ngày càng ít, đã dẫn tới các tình trạng sau: thiếu việc làm trầm trọng và phổ biến ở nông thôn vùng đồng bằng, di cư tự phát ra đô thị hoặc lên miền núi, nạn đầu cơ và giá đất tăng lên cùng với nạn tranh chấp, tranh giành đất đai làm cho mối quan hệ dân số/đất đai ngày càng căng thẳng và phức tạp hơn.

2.2. Rừng bị thu hẹp nhanh chóng

Hiện nay, mỗi năm nước ta mất đi khoảng 20 vạn ha rừng. Với tốc độ tàn phá như vậy, bước sang thế kỷ XXI, Việt Nam sẽ là nước không còn rừng. Việt Nam là nước có khoảng 2345 con sông dài trên 10 km, nên mối quan hệ giữa rừng núi, đồng bằng và miền biển rất chặt chẽ. Do vậy mỗi thay đổi điều kiện tự nhiên ở miền núi chẳng những gây ra thay đổi khí hậu mà còn ảnh hưởng tới cả sản xuất, cuộc sống ở miền đồng bằng, ven biển. Nhiệt độ các tháng mùa hè đã tăng lên, về mùa đông rét đậm hơn trước. Mưa lũ trong điều kiện mất rừng đã bào mòn đất miền núi, trung du, làm cho hàng chục triệu ha trở thành đất trắng, đồi trọc. Mất rừng cũng gây nên nạn hạn hán, ảnh hưởng nặng nề đến sản xuất và đời sống dân cư.

2.3. Thiếu việc làm nghiêm trọng

Lao động thường chiếm 45 ÷ 46% trong tổng dân số. Do vậy, quy mô dân số lớn, tỷ lệ gia tăng dân số cao tất yếu dẫn đến quy mô lao động lớn và tỷ lệ gia tăng cao. Lao động nhiều, đất canh tác ít đã cản trở quá trình hợp tác hoá, hiện đại hoá và không sử dụng hết lao động. Thời gian nông nhàn chiếm tới 1/3 số ngày lao động trong năm; tức là tương đương có khoảng 8,0 triệu người thất nghiệp.

Số người thất nghiệp lớn, không chỉ do ít đất, mà còn do ít vốn mở rộng sản xuất. Đông con và đông trẻ khiến nhà nước, gia đình phải dành phần nhiều thu nhập cho việc nuôi và dạy trẻ em, từ đó hạn chế vốn mở rộng sản xuất, thu hút lao động. Kết quả là ngày càng mất cân đối giữa lao động nhiều và việc làm ít, nạn thất nghiệp trầm trọng thêm. Do thiếu việc làm nên mức sống thấp, chậm được cải thiện và phân hoá nhanh.

2.4. Sự quá tải trong việc chăm sóc sức khoẻ và cung cấp giáo dục cho trẻ em

Như đã thấy trong mục trên, khoảng 30 triệu trẻ em trong một đất nước còn nghèo đã làm nặng trĩu

vấn đề chăm sóc sức khỏe và cung cấp giáo dục. Do không được ăn uống đầy đủ, tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em khá phổ biến. Đặc điểm dân số nước ta không những ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn gây rất nhiều khó khăn cho giáo dục.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Điền cho đủ công thức sau:

$$\text{Dân số trung bình} = \frac{A}{B}$$

A.

B.

2. Điền cho đủ công thức sau:

$$\text{Tỷ suất sinh thô} = \frac{A}{B}$$

A.

B.

3. Bốn nhóm yếu tố ảnh hưởng đến mức sinh:

A.

B.

C.

D. Nhóm yếu tố dịch vụ kỹ thuật.

4. Bốn nội dung cơ cấu dân số:

A.

B.

C.

D. Sự phân bố dân số.

5. Hai chỉ tiêu chính để đo lường mức sinh:

A.

B.

6. Ba thước đo chính để đo mức chết:

A.

B.

C.

7. Bốn tác động của dân số đến sự phát triển ở Việt Nam:

A.

B.

C.

D. Sự quá tải trong việc chăm sóc sức khỏe và cung cấp giáo dục cho trẻ em.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai.

STT	Nội dung	A	B
8	Dân số tăng nhanh làm cho tình trạng đất chật người đông ngày càng trầm trọng.		
9	Dân số tăng nhanh không ảnh hưởng xấu đến môi trường.		

10	Dân số tăng nhanh làm ảnh hưởng đến y tế, giáo dục, bảo vệ bà mẹ trẻ em, an ninh trật tự xã hội, kinh tế, xã hội gặp nhiều khó khăn.		
11	Sự bùng nổ dân số là hiểm họa to lớn cho tất cả loài người. Hạn chế gia tăng dân số là trách nhiệm của xã hội, của tất cả mọi người.		
12	Dân số tăng nhanh làm cho rừng bị thu hẹp mau chóng, thiếu việc làm nghiêm trọng.		
13	Cơ cấu dân số Việt Nam trẻ và đang chuyển dần sang cơ cấu dân số già.		
14	Cơ cấu dân số theo giới tính là sự phân chia tổng số dân thành số nam và số nữ.		
15	Quy mô dân số là tổng số dân của một vùng lãnh thổ tại một thời điểm nhất định.		

Chọn câu đúng nhất cho các câu từ 16 đến 20

16. Tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên ở Việt Nam năm 1999 là:
 A. 1,7%.
 B. 1,9%.
 C. 2,1%.
 D. 2,16%.
17. Nếu tỷ lệ phát triển dân số 2,1 % ở Việt Nam cứ một năm có:
 A. 1,1 triệu dân.
 B. 1,2 triệu dân.
 C. 1,5 triệu dân.
 D. 1,7 triệu dân.
18. Hiện nay, trên thế giới số bà mẹ chết vì sinh đẻ và thai nghén mỗi năm còn là:
 A. 200.000 người.
 B. 350.000 người.
 C. 450.000 người.
 D. 585.000 người.
19. Ở Việt Nam dân số phát triển nhanh, đất đai canh tác giảm, năm 1999 bình quân mỗi người là:
 A. 0,5 ha.
 B. 0,1 ha.
 C. 0,15 ha.
 D. 0,2 ha.
20. Ở Việt Nam mục tiêu giảm tỷ lệ phát triển dân số năm 2001 – 2010 là:
 A. 1,1 %.
 B. 1,5 %.
 C. 1,7 %.
 D. 1,8 %.

Bài 20

DÂN SỐ – KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khái niệm cơ bản về dân số
2. Sử dụng được các phép đo quan trọng trong chương trình dân số – kế hoạch hoá gia đình để tính toán số liệu về dân số.
3. Trình bày được biện pháp giải quyết và pháp lệnh dân số của Việt Nam.

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ DÂN SỐ HỌC

– Dân số học là một ngành khoa học nghiên cứu về dân số, được định nghĩa theo nghĩa hẹp là ngành khoa học nghiên cứu về quy mô, phân bố, cơ cấu và biến động dân số. Các hiện tượng dân số gắn chặt với đời sống của xã hội.

– Nói đến dân số học là nói đến các mối liên hệ giữa các quá trình phát triển dân số và hoàn cảnh xã hội, kinh tế, văn hoá và môi trường xung quanh. Vì vậy, khi nói đến dân số, không thể tách nó ra khỏi các điều kiện về kinh tế, văn hoá, xã hội và môi trường.

– Dân số: bao gồm toàn bộ số người sinh sống trong một phạm vi lãnh thổ nhất định: một vùng, một nước, một khu vực trên thế giới hay cả toàn cầu.

– Dân số học nghiên cứu hành vi của con người. Chẳng hạn, sinh và chết không phải chỉ bị tác động bởi yếu tố sinh học mà còn chịu tác động của hành vi con người.

– Ngoài sinh, chết, di cư còn nhiều nhân tố khác cũng được chuyên ngành dân số hết sức quan tâm. Trong nghiên cứu dân số, giới tính là một biến số đặc biệt quan trọng. Con người muốn sinh sản được phải có hai giới. Nếu mất sự cân bằng về giới trong dân số đều ảnh hưởng đến tăng trưởng dân số.

– Nhiệm vụ nghiên cứu dân số học là tìm ra quy luật của các hiện tượng như sinh và nguyên nhân của tăng, giảm sinh; chết và các nguyên nhân thay đổi của chết; sự tăng trưởng dân số trong mối quan hệ phụ thuộc giữa sinh, chết và di cư.

2. CÁC KHÁI NIỆM CƠ BẢN VÀ ĐỊNH NGHĨA

2.1. Khả năng sinh sản

Là trạng thái sinh đẻ thực tế của dân số. Nói đến khả năng sinh đẻ là nói đến số trẻ em sinh ra sống tính cho một tập hợp dân số nhất định, có thể tính riêng cho phụ nữ, tính cho các cặp vợ chồng hay tính cho toàn bộ dân số. Khả năng sinh sản của người phụ nữ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố như: tính mắn đẻ, tuổi kết hôn, thời gian chung sống, sự sẵn có và việc sử dụng các biện pháp tránh thai, sự phát triển kinh tế xã hội, học vấn và địa vị của người phụ nữ và cấu trúc theo tuổi, theo giới.

2.2. Tử vong

Là nói đến số người bị mất đi sự sống, không còn tồn tại trong mọi hoạt động của một cộng đồng dân cư. Mặc dù mọi người cuối cùng đều không thể cưỡng lại cái chết, nhưng khả năng sống sót của mọi người lại phụ thuộc vào nhiều yếu tố: tuổi, giới, chủng tộc, tập quán hôn nhân, nghề nghiệp... tình trạng tử vong có thể cải thiện tốt hơn nếu điều kiện sống và dịch vụ y tế được nâng cao.

2.3. Biến động tự nhiên và biến động cơ học

2.3.1. Biến động tự nhiên

Là sự kiện dân số xảy ra theo chuỗi thời gian mang tính quy luật tự nhiên: sinh ra, kết hôn hay ly hôn và chết. Tuy nhiên, khi nghiên cứu sự thay đổi về dân số người ta chỉ nhấn mạnh đến hai yếu tố cơ bản làm tăng hay giảm số lượng dân cư là sinh và chết. Sự thay đổi bởi mối quan hệ đó là sự biến động tự nhiên.

2.3.2. Biến động cơ học

Sự thay đổi nơi cư trú trong phạm vi một quốc gia, một vùng lãnh thổ của dân cư được coi là biến động cơ học

2.4. Kế hoạch hoá gia đình

Là sự cố gắng có ý thức của các cặp vợ chồng nhằm điều chỉnh số con và khoảng cách sinh con. Kế hoạch hoá gia đình có những lợi ích sau:

- Đối với sức khoẻ bà mẹ và trẻ em: giúp cho cả mẹ và con khoẻ mạnh, thể chất tinh thần của người mẹ và của con được cải thiện, cả mẹ và con đều có cơ hội để sống tốt hơn.
- Đối với phúc lợi gia đình và cuộc sống gia đình: hạnh phúc hơn, con cái có cơ hội tốt hơn để học hành, phát triển.
- Đối với sự bảo đảm về kinh tế gia đình: ngăn ngừa được sự nghèo túng cho các gia đình.
- Đối với cộng đồng và sự phồn vinh của dân tộc: tránh được đông dân và chật chội, không bị nghèo đói.

2.5. Người sử dụng và tiếp tục chấp nhận sử dụng các biện pháp tránh thai

- Người đang sử dụng: là người lần đầu tiên chấp nhận sử dụng các biện pháp tránh thai và những người vẫn tiếp tục sử dụng chúng.
- Người mới sử dụng: là bất kỳ một người nào, không phân biệt nam nữ lần đầu chấp nhận sử dụng phương tiện tránh thai.
- Người tiếp tục chấp nhận: là người đã và đang chấp nhận sử dụng sau một khoảng thời gian nào đó (thông thường là sau một năm).

3. CÁC PHÉP ĐO CƠ BẢN

– Tỷ suất: là tần suất xuất hiện của các sự kiện dân số trong một tổng thể, trong một khoảng thời gian nhất định.

– Tỷ số: là quan hệ tỷ lệ giữa một nhóm dân số này với một số dân số khác trong cùng một tổng thể.

3.1. Tỷ suất sinh thô (CBR): (Trong bài dân số và phát triển)

3.2. Tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi (AFSR)

Là số trường hợp sinh ra sống được tính bình quân cho 1000 phụ nữ trong một độ tuổi nào đó (hay nhóm tuổi)

$$\text{AFSR} = \frac{\text{Nhưng phụ nữ theo nhóm tuổi} \times \text{sinh ra}}{\text{Số phụ nữ ở nhóm tuổi}} \times 1000$$

3.3. Tỷ suất chết thô (CDR) (Trong bài dân số và phát triển)

3.4. Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi (IMR) (Trong bài dân số và phát triển)

3.5. Tỷ suất tăng dân số tự nhiên

Là số dân tăng thêm hay giảm đi và được tính bằng hiệu số giữa tỷ suất sinh thô với tỷ suất chết thô.

TTN = Tỷ suất sinh thô – Tỷ suất chết thô.

$$\text{Hay TTN} = \frac{\text{Số trẻ em sinh trong năm} - \text{Số người chết trong năm}}{\text{Dân số trung bình}} \times 1000$$

3.6. Tỷ suất tăng dân số cơ học (hay di dân thuần túy)

Là ảnh hưởng của nhập cư và xuất cư đối với dân số của một vùng, được miêu tả như số người tăng (hoặc giảm) tính cho một người.

$$\text{Tỷ suất tăng dân số cơ học} = \frac{\text{Số người nhập cư (chuyển đến)} - \text{Số người xuất cư (chuyển đi)}}{\text{Dân số trung bình}} \times 1000$$

3.7. Tỷ suất phát triển dân số (PTDS)

Là dân số tăng thêm hay giảm đi nhờ tăng dân số tự nhiên và di cư thuần túy tính bình quân cho 1000 người trong một năm nhất định.

$$\text{PTDS} = \text{Tỷ suất tăng tự nhiên} + \text{tỷ suất di cư thuần túy.}$$

3.8. Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT – CPR)

Là số phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng (từ 15 – 49 tuổi) hiện đang sử dụng các BPTT được tính cho 100 phụ nữ có chồng từ 15 – 49 tuổi ở tại một thời điểm nhất định.

$$\text{CPR} = \frac{\text{Số phụ nữ có chồng từ 15 + 49 tuổi đang dùng các BPTT}}{\text{Tổng số phụ nữ có chồng từ 15 + 49 tuổi}}$$

4. PHÁP LỆNH DÂN SỐ CỦA NHÀ NƯỚC VIỆT NAM

4.1. Một số những quy định chung

4.1.1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

– Pháp lệnh này quy định về quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, chất lượng dân số, các biện pháp thực hiện công tác dân số và quản lý nhà nước về dân số.

– Pháp lệnh này áp dụng đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân.

4.1.2. Nguyên tắc của công tác dân số

– Bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong lĩnh vực dân số phù hợp với sự phát triển kinh tế – xã hội, chất lượng cuộc sống của cá nhân, gia đình và toàn xã hội.

– Bảo đảm việc chủ động, tự nguyện, bình đẳng của mỗi cá nhân, gia đình trong kiểm soát sinh sản, chăm sóc sức khỏe sinh sản, lựa chọn nơi cư trú và thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dân số.

– Kết hợp giữa quyền và lợi ích của cá nhân, gia đình với lợi ích của cộng đồng và toàn xã hội, thực hiện quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.

4.1.3. Quyền và nghĩa vụ của công dân về công tác dân số

Công dân có các quyền sau đây:

– Được cung cấp thông tin về dân số.

– Được cung cấp các dịch vụ dân số có chất lượng, thuận tiện, an toàn và được giữ bí mật theo pháp luật.

– Lựa chọn các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình và nâng cao chất lượng dân số.

– Lựa chọn nơi cư trú phù hợp với quy định của pháp luật.

Công dân có các nghĩa vụ sau đây:

– Thực hiện kế hoạch hoá gia đình, xây dựng quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.

– Thực hiện các biện pháp phù hợp để nâng cao thể chất, trí tuệ, tinh thần của bản thân và các thành viên trong gia đình.

– Tôn trọng lợi ích của nhà nước, xã hội, cộng đồng trong việc điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, nâng cao chất lượng dân số.

- Thực hiện các quy định của pháp lệnh có liên quan đến công tác dân số.

4.1.4. Trách nhiệm của Nhà nước, cơ quan, tổ chức trong công tác dân số

- Nhà nước có chính sách, biện pháp để triển khai công tác dân số.
- Nhà nước có chính sách khuyến khích các tổ chức, cá nhân đầu tư, hợp tác, giúp đỡ, hỗ trợ chương trình chăm sóc sức khoẻ sinh sản – kế hoạch hoá gia đình.
- Cơ quan quản lý nhà nước về dân số có trách nhiệm chỉ đạo thực hiện công tác dân số, phối hợp với Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các thành viên của Mặt trận để triển khai công tác dân số, thanh tra kiểm tra việc thi hành pháp luật về dân số.

4.1.5. Trách nhiệm của Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các đoàn thể nhân dân trong công tác dân số

- Tham gia ý kiến vào việc hoạch định chính sách, xây dựng quy hoạch, kế hoạch dân số và các văn bản quy phạm pháp luật về dân số.
- Tổ chức thực hiện công tác dân số trong hệ thống của mình.
- Tuyên truyền, vận động đoàn viên, hội viên và toàn dân thực hiện pháp lệnh về dân số.
- Giám sát việc thực hiện pháp lệnh dân số.

4.1.6. Các hành vi bị nghiêm cấm

- Cản trở, cưỡng bức việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình.
- Lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức.
- Sản xuất, kinh doanh, nhập khẩu, cung cấp phương tiện tránh thai giả, không đảm bảo tiêu chuẩn chất lượng, quá hạn sử dụng, chưa được phép lưu hành.
- Di cư và cư trú trái pháp luật.
- Tuyên truyền, phổ biến hoặc đưa ra những thông tin có nội dung trái với chính sách dân số, truyền thống đạo đức tốt đẹp của dân tộc, có ảnh hưởng xấu đến công tác dân số và đời sống xã hội.
- Nhân bản vô tính người.

4.2. Mục tiêu chiến lược của công tác dân số năm 2001 – 2010

Mục tiêu tổng quát:

Thực hiện gia đình ít con, khỏe mạnh, tiến tới ổn định quy mô dân số ở mức hợp lý để có cuộc sống ấm no, hạnh phúc, nâng cao chất lượng dân số, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao đáp ứng nhu cầu công nghiệp hoá, hiện đại hoá, góp phần vào sự phát triển nhanh và bền vững đất nước.

Mục tiêu cụ thể:

- Mục tiêu 1: duy trì giảm sinh một cách vững chắc để đạt mức sinh thay thế bình quân trong toàn quốc chậm nhất vào năm 2005, ở vùng sâu, vùng xa và vùng nghèo nhất vào năm 2010 để quy mô, cơ cấu dân số và phân bố dân cư phù hợp với sự phát triển kinh tế xã – hội vào năm 2010.
- Mục tiêu 2: nâng cao chất lượng dân số về thể chất, trí tuệ và tinh thần, phấn đấu đạt chỉ số phát triển con người (HDI) ở mức trung bình tiên tiến thế giới vào năm 2010.

Kết quả thực hiện mục tiêu trên nhằm:

- Giảm tỷ lệ phát triển dân số tự nhiên xuống còn 1,1 %, để dân số cả nước không quá 88 triệu người, để nâng cao chất lượng cuộc sống.
- Nâng tuổi thọ trung bình lên từ 66,4 tuổi (1998) lên 71 tuổi.
- Tăng số năm đi học từ 6,2 năm (1998) lên 9 năm.
- Nâng chỉ số phát triển con người (HDI) lên khoảng 0,700 đến 0,750 điểm, bằng mức trung bình tiên tiến so với thế giới.
- Tăng tỷ lệ người lao động đã qua đào tạo lên 40%.

– Tăng tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai hiện đại lên khoảng 70%.

– Hạ tỷ suất chết trẻ sơ sinh xuống còn 25⁰/oo (năm 1999 là 36,7⁰/oo).

Công tác dân số – KHHGD là một bộ phận quan trọng của chiến lược phát triển đất nước, là một trong những vấn đề kinh tế – xã hội hàng đầu của nước ta, là một yếu tố cơ bản để nâng cao chất lượng cuộc sống của từng người, từng gia đình và của toàn xã hội.

4.3. Giải pháp cơ bản để thực hiện mục tiêu chiến lược công tác dân số – KHHGD

– Tăng cường công tác lãnh đạo, tổ chức quản lý.

– Vận động, tuyên truyền và giáo dục gắn liền với đưa dịch vụ KHHGD đến tận người dân; có chính sách mang lại lợi ích trực tiếp cho người chấp nhận gia đình ít con, tạo động lực thúc đẩy phong trào quần chúng thực hiện KHHGD.

– Đầu tư cho công tác dân số – KHHGD là đầu tư mang lại hiệu quả kinh tế trực tiếp rất cao. Nhà nước cần tăng mức chi ngân sách cho công tác DS – KHHGD; đồng thời động viên sự đóng góp của cộng đồng và tranh thủ sự viện trợ của quốc tế.

– Huy động lực lượng của toàn xã hội tham gia công tác DS – KHHGD, đồng thời phải có bộ máy chuyên trách đủ mạnh để quản lý theo chương trình mục tiêu, bảo đảm cho các nguồn lực nói trên được sử dụng có hiệu quả và đến tận tay người dân.

– Chăm sóc sức khỏe sinh sản và kế hoạch hoá gia đình.

– Nâng cao chất lượng đào tạo và nghiên cứu cho đội ngũ làm công tác dân số.

Để đạt được mục tiêu trong thời gian tương đối ngắn, điều có ý nghĩa quyết định là Đảng và chính quyền các cấp phải lãnh đạo và chỉ đạo tổ chức thực hiện công tác DS – KHHGD theo chương trình.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Năm khái niệm cơ bản và định nghĩa về dân số – KHHGD:

A.

B.

C.

D. Kế hoạch hoá gia đình.

E. Người sử dụng và tiếp tục chấp nhận sử dụng.

2. Tám phép đo cơ bản về dân số – KHHGD:

A.

B.

C.

D. Tỷ suất chết của trẻ em dưới 1 tuổi (IMR).

E. Tỷ suất tăng dân số tự nhiên.

F. Tỷ suất tăng dân số cơ học.

G. Tỷ suất phát triển dân số.

H. Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai.

3. Bốn lợi ích của kế hoạch hoá gia đình:

A.

B.

C.

D. Đối với cộng đồng và phần vinh của dân tộc.

4. Điền cho đủ công thức tính tỷ suất sinh thô (CBR):

$$\text{Tỷ suất sinh thô (CBR)} = \frac{A}{B} \times 1000$$

A.

B.

5. Điền cho đủ công thức tính tỷ suất sinh đặc trưng theo tuổi (AFSR):

$$\text{AFSR} = \frac{A \times \text{sinh ra}}{B} \times 1000$$

A.

B.

6. Điền cho đủ công thức tính tỷ suất chết thô (CDR):

$$\text{Tỷ suất chết thô} = \frac{A}{B} \times 1000$$

A.

B.

7. Điền cho đủ công thức tính tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi (IMR):

$$\text{Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi} = \frac{A}{B} \times 1000$$

A.

B.

8. Điền cho đủ công thức tính tỷ suất tăng dân số tự nhiên:

TTN = A. - Tỷ suất chết thô.

$$\text{Hay TTN} = \frac{A - B}{\text{Dân số trung bình}} \times 1000$$

A.

B.

9. Điền cho đủ công thức tính tỷ suất tăng dân số cơ học (hay di dân thuần túy)

$$\text{Tỷ suất tăng dân số cơ học} = \frac{\text{Số người nhập cư} - \text{Số người xuất cư}}{\text{A}} \times 1000$$

(chuyển đến) (chuyển đi)

A.

10. Điền cho đủ công thức tính tỷ suất phát triển dân số (PTDS)

$$\text{PTDS} = A + B$$

A.

B.

11. Điền cho đủ công thức tính tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai (CPR):

$$\text{CPR} = \frac{A}{B} \times 100$$

A.

B.

12. Sáu quy định chung của pháp lệnh dân số của Nhà nước Việt Nam.

A.

B.

C.

- D. Trách nhiệm của Nhà nước, cơ quan, tổ chức trong công tác dân số.
 E. Trách nhiệm của Mặt trận Tổ quốc Việt Nam và các đoàn thể nhân dân trong công tác dân số.
 F. Các hành vi bị nghiêm cấm.
13. Hai mục tiêu cụ thể của chiến lược công tác dân số năm 2001 – 2010
 A.
 B.
14. Bảy kết quả thực hiện mục tiêu của chiến lược công tác dân số năm 2001 – 2010.
 A.
 B.
 C.
 D. Nâng chỉ số phát triển con người (HID) lên khoảng 0,700 đến 0,750 điểm.
 E. Tăng tỷ lệ người lao động đã qua đào tạo lên 40%.
 F. Tăng tỷ lệ sử dụng các BPTT hiện đại lên khoảng 70%.
 G. Hạ tỷ suất chết trẻ sơ sinh xuống còn 25%.
15. Sáu giải pháp cơ bản để thực hiện mục tiêu chiến lược công tác dân số năm 2001 – 2010.
 A.
 B.
 C.
 D. Huy động lực lượng của toàn xã hội tham gia công tác dân số – KHHGD.
 E. Chăm sóc sức khỏe sinh sản và KHHGD.
 F. Nâng cao chất lượng đào tạo và nghiên cứu cho đội ngũ làm công tác dân số.
16. Trong pháp lệnh dân số của nhà nước Việt Nam, công dân có bốn quyền sau đây về công tác dân số:
 A.
 B.
 C.
 D. Lựa chọn nơi cư trú phù hợp với quy định pháp luật.
17. Trong pháp lệnh dân số của Nhà nước Việt Nam, công dân có bốn nghĩa vụ sau đây về công tác dân số:
 A.
 B.
 C.
 D. Thực hiện các quy định của pháp lệnh có liên quan đến công tác dân số.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai.

STT	Nội dung	A	B
18	Khả năng sinh sản là trạng thái sinh đẻ thực tế của dân số.		
19	Tử vong là nói đến số người bị mất đi sự sống, không còn tồn tại trong mọi hoạt động của một cộng đồng dân cư.		
20	Kế hoạch hoá gia đình là sự cố gắng có ý thức của các cặp vợ chồng nhằm điều chỉnh số con và khoảng cách sinh con.		
21	Tỷ suất là tần suất xuất hiện của các sự kiện dân số trong một tổng thể, nhưng không trong một khoảng thời gian nhất định.		
22	Tỷ số là quan hệ tỷ lệ giữa một nhóm dân số này với một nhóm dân số khác trong cùng một tổng thể.		
23	Nguyên tắc của công tác dân số: bảo vệ quyền và lợi ích hợp pháp của cơ quan, tổ chức, cá nhân trong lĩnh vực dân số phù hợp với		

	sự phát triển kinh tế – xã hội, chất lượng cuộc sống của cá nhân, gia đình và toàn xã hội.		
24	Nguyên tắc của công tác dân số: bảo đảm việc chủ động, tự nguyện, bình đẳng của mỗi cá nhân, gia đình trong kiểm soát sinh sản, chăm sóc sức khỏe sinh sản, lựa chọn nơi cư trú và thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dân số.		
25	Nguyên tắc của công tác dân số: kết hợp giữa quyền và lợi ích của cá nhân, gia đình với lợi ích của cộng đồng và toàn xã hội, thực hiện quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững.		
26	Mục tiêu tổng quát trong mục tiêu chiến lược của công tác dân số năm 2001 – 2010 là: thực hiện gia đình ít con, khỏe mạnh, tiến tới ổn định quy mô dân số ở mức hợp lý để có cuộc sống ấm no, hạnh phúc, nâng cao chất lượng dân số, phát triển nguồn nhân lực chất lượng cao đáp ứng nhu cầu công nghiệp hoá, hiện đại hoá, góp phần vào sự phát triển nhanh và bền vững đất nước.		

Bài 21

CÁC BIỆN PHÁP SINH ĐỀ CÓ KẾ HOẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, phân loại các biện pháp sinh đẻ có kế hoạch
2. Trình bày được các biện pháp tránh thai chủ động, thông thường và một số các biện pháp tránh thai khác áp dụng cho nam và cho nữ.

1. ĐẠI CƯƠNG

– KHHGD là việc chủ động quyết định số con, khoảng cách giữa hai lần sinh con, tuổi sinh con thông qua việc tự giác áp dụng một trong các biện pháp tránh thai (BPTT). Nhằm tạo nên một gia đình ít con, khỏe mạnh, hạnh phúc và giàu có đóng góp vào sự phồn vinh của xã hội.

2. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

2.1. Dụng cụ tử cung (DCTC)

2.1.1. Định nghĩa và phân loại

Dụng cụ tránh thai trong tử cung (DCTC) thường 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. Hiện nay DCTC vẫn là một BPTT được áp dụng rộng rãi và đứng hàng đầu trong tất cả các BPTT hiện đại ở Việt Nam.

Có hai loại dụng cụ tử cung: loại tẩm thuốc (như tẩm hormon hoặc bọc đồng) và loại không tẩm thuốc (trơ).

Hiện đang sử dụng rộng rãi 2 loại DCTC bọc đồng là Multiload (MLCu 375) và TCu 380 A.

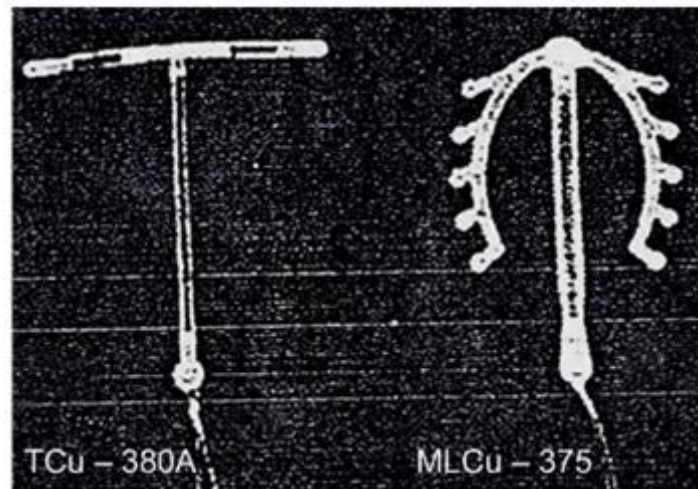
Multiload (MLCu 375) được sản xuất bằng Polyethylen bọc đồng từ 1974, Multiload với hai cánh có thể gấp vào thân, thân được cuốn 375 mm dây đồng, chân có hai sợi dây Monofilament màu đen.

– Multiload có hai cỡ:

+ MLCu chuẩn cho tử cung có chiều sâu ≥ 7 cm

+ MLCu ngắn cho tử cung có chiều sâu 5 – 6 cm

– TCu 380A được sản xuất bằng Polyethylen với Bari sulfat (để cản quang). TCu 380A có hình chữ T với một dây đồng 314mm quấn quanh thân, hai cánh ngang của T có hai lá đồng dài 33mm, chân T có dây không màu, thắt nút tạo thành dây đôi.



Hình 21.1. Dụng cụ tử cung TCu 380A và Multiload

2.1.2. Thuận lợi

- Hiệu quả cao (95 ÷ 97%).
- Tác dụng trong nhiều năm (3 ÷ 5 năm).
- Thao tác đặt và tháo ra dễ dàng.
- Dễ có thai lại sau khi tháo.
- Không ảnh hưởng tới giao hợp.
- Không ảnh hưởng tới trục điều hoà tuyến yên – buồng trứng.
- Là biện pháp tốt cho những phụ nữ không dùng được thuốc uống tránh thai.
- Không ảnh hưởng đến tiết sữa để nuôi con.

2.1.3. Những điểm không thuận lợi

- Khách hàng phải đến cơ sở y tế để đặt và tháo ra.
- Cần có cán bộ chuyên khoa để đặt và tháo DCTC.
- Có một số biến chứng:
 - + Sớm: thủng tử cung và chảy máu.
 - + Muộn: tụt DCTC, DCTC trong ổ bụng, viêm sinh dục, chửa ngoài tử cung, tăng lượng kinh, số ngày thấy kinh kéo dài.
- Không có tác dụng phòng tránh các bệnh lây qua đường tình dục.

2.1.4. Chỉ định và chống chỉ định

– Tất cả các phụ nữ khỏe mạnh, trong độ tuổi sinh đẻ, có bộ máy sinh sản bình thường muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời và không có chống chỉ định (những người chưa có thai lần nào nên thật cẩn thận).

– Dụng cụ tử cung còn được dùng như một biện pháp tránh thai khẩn cấp.

– Chống chỉ định:

+ Có thai, nghi ngờ có thai.

+ Mắc một số bệnh toàn thân nặng: tim, thận, gan, phổi thiếu máu, rối loạn đông máu...

+ Bệnh, tật ở tử cung: u xơ tử cung, ung thư tử cung, sa sinh dục, tử cung dị dạng,...

+ Đang viêm nhiễm đường sinh dục.

+ Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân.

+ Tiền sử chữa ngoài tử cung, rơi DCTC nhiều lần.

+ Chiều sâu tử cung < 6,5cm (đối với dụng cụ tử cung TCu 380A).

2.1.5. Dặn dò phụ nữ sau khi đặt DCTC

– Cho nằm nghỉ tại chỗ khoảng 1/2 giờ và dặn về nên nghỉ ngơi, làm việc nhẹ trong vài ba ngày, tự theo dõi một số dấu hiệu như đau bụng, ra máu, sốt và khí hư.

– Hướng dẫn phụ nữ dùng thuốc sau khi đặt DCTC được cấp:

+ Kháng sinh để phòng ngừa nhiễm khuẩn.

+ Papaverin để giảm co bóp TC.

– Nếu đau bụng nhẹ: chườm nóng bụng dưới hoặc có thể dùng thuốc giảm đau thông thường như paracetamol 0,50g X 1 ÷ 2 viên /ngày.

– Khuyến nên kiêng giao hợp trong vòng một tuần.

– Trao đổi để phụ nữ biết một số tác dụng phụ sau khi đặt DCTC trong vòng vài ba ngày đầu và tình trạng kinh nguyệt có thể bất thường trong 2 ÷ 3 tháng đầu.

– Dặn dò kỹ lưỡng người mang DCTC cần phải đi ngay đến cơ sở y tế để kiểm tra khi :

+ Chậm kinh (nghi có thai) hoặc chảy máu âm đạo bất thường.

+ Đau bụng dưới nhiều hoặc đau bụng dưới khi giao hợp.

+ Khí hư hôi, biểu hiện tình trạng nhiễm khuẩn sinh dục.

+ Sốt, sức khỏe giảm sút, không thoải mái.

+ Kiểm tra không thấy dây DCTC hoặc thấy DCTC rơi ra ngoài.

– Hướng dẫn phụ nữ mang DCTC tự theo dõi tồn tại của DCTC bằng cách :

+ DCTC có thể rơi ra ngoài và hay rơi vào những ngày hành kinh, những tháng đầu mới đặt. Vì thế nên chú ý quan sát băng vệ sinh mỗi khi thay, để ý quan sát mỗi khi đi tiểu hay đại tiện để phát hiện DCTC rơi.

+ Khi nào nên kiểm tra DCTC ? trong tháng đầu nên kiểm tra vài lần, những tháng sau nên kiểm tra sau mỗi kỳ hành kinh.

– Dặn dò phụ nữ mang DCTC cần đến kiểm tra sau đặt DCTC 1 tháng, 12 tháng, và hàng năm trong những năm sau.

– Cấp cho phụ nữ mang DCTC một phiếu theo dõi đặt DCTC và những tờ rơi nội dung nói về các BPTT nếu có.

– Hoàn chỉnh hồ sơ đặt DCTC của người dùng DCTC.

2.2. Viên 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 hormon estrogen và progestin. Hiệu quả tránh thai cao nếu sử dụng đúng và liên tục.

Nguyên nhân thất bại có thể do:

- + Quên uống thuốc hoặc uống không đúng giờ nhiều lần
- + Nguồn cung cấp thuốc (không thường xuyên).
- + Sự tương tác của thuốc.
- + Nôn, ỉa chảy.
- + Thuốc quá hạn sử dụng.

Có nhiều loại viên thuốc tránh thai kết hợp với nhiều hình thức kết hợp nội tiết tố.

Viên thuốc tránh thai kết hợp có chứa estrogen và progestin.

- Có sẵn ở dạng liều thấp (35mg hoặc hơn) với nhiều loại progestin có hàm lượng khác nhau.
- 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.

Các loại thuốc có ở Việt Nam:

Tên thuốc	Progestin	Estrogen
Rigevidon Microgynm Nordette	Levonogestrel 0,15mg	Ethinyl estradiol 0,03 mg
New choice I deal	Levonogestrel 0,125mg	Ethinyl estradiol 0,03mg
Marvelon	Levonogestrel 0,15mg	Ethinyl estradiol 0,03mg
Naphaceptive (Việt Nam)		

2.2.1. Thuận lợi và không thuận lợi

Thuận lợi:

- Giúp tránh thai theo thời hạn dài hay ngắn tùy 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 chữa 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 kỳ 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 thâm 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.

2.2.2. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định

– Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời hiệu quả cao, không có 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 1 ngày 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.

2.2.3. 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 kỳ ngày nào trong 5 ngày đầu tiên của chu kỳ 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 được sử dụng ở bất kỳ 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, đái tháo 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.

2.2.4. 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 uống 1 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 từ 3 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.

2.2.5. 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.

– Cường vú do estrogen: loại trừ do thai nghén.

– Đau đầu nhẹ: do thuốc, các lý 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.

* Những tác dụng phụ hiếm gặp

– Tăng cân quá nhanh, tăng huyết áp, sạm da mặt, trứng cá, giảm tinh dịch, trầm cảm, thay đổi tâm tính.

* 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 kỳ một trong sáu 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 bị nhoè, nhìn 1 thấy 2), vàng da.

2.2.6. Tư vấn

Thực hiện các bước tư vấn

– Hỏi xem khách hàng đã biết gì về viên thuốc tránh thai kết hợp, lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng.

– Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn khách hàng cách sử dụng trên vỉ thuốc.

– Phân tích hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng thuốc.

– Giải thích các tác dụng phụ có thể gặp đặc biệt trong 3 tháng đầu, thời điểm uống thuốc, xử trí quên thuốc, các biện pháp hỗ trợ.

– Cách xử trí khi gặp các dấu hiệu báo động.

– Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào, nếu có vấn đề.

– Sau 3 tháng đầu uống thuốc, nên đến cơ sở y tế để khám toàn thân, đo huyết áp, cân nặng.

– Ghi sổ

– Hẹn đến khám lại hàng tháng, quý, năm để theo dõi trong quá trình sử dụng biện pháp.

2.3. Thuốc tránh thai chỉ có progestin

Thuốc tránh thai chỉ có progestin là một biện pháp tránh thai tạm thời. Ở Việt Nam hiện nay đang phổ biến 3 loại:

– Viên thuốc tránh thai (exluton): vỉ 28 viên chứa 0,5mg lynestrenol.

– Thuốc tiêm tránh thai (Depot Provera – viết tắt là DMPA) là loại hormon progestin liều 150mg, có tác dụng tránh thai 3 tháng.

– Viên thuốc tránh thai khẩn cấp (postinor)

Hiệu quả của biện pháp tương đối tốt, tỷ lệ vỡ kế hoạch là 0,5% ở những phụ nữ tuân thủ tuyệt đối, có thể lên đến 5% nếu áp dụng không đúng như hướng dẫn.

2.3.1. Thuận lợi và không thuận lợi

Thuận lợi

– Có thể sử dụng cho phụ nữ cho con bú bắt đầu kể từ tuần thứ sáu, không ảnh hưởng đến chất lượng và số lượng sữa.

– Không có tác dụng phụ của estrogen, không tăng nguy cơ tim mạch hoặc đột quỵ.

– Ít tác dụng phụ của estrogen như mụn, tăng cân.

– Có thể giúp ngăn ngừa:

+ U vú lành tính, ung thư vú.

+ Ung thư buồng trứng và nội mạc tử cung.

+ Viêm vùng chậu.

Không thuận lợi

– Tác dụng phụ thường gặp: thay đổi kinh nguyệt như rối loạn kinh nguyệt, rong huyết (thường gặp), vô kinh hay kinh nhiều kéo dài, nhức đầu, căng vú dù ít.

– Với viên exluton cần phải uống thuốc thật đúng giờ mỗi ngày, vì uống chậm vài giờ hay quên uống 2 ngày trở lên làm tăng nguy cơ có thai.

– Không ngăn ngừa được thai ngoài tử cung.

– Giá thành cao.

– Không có tác dụng phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

2.3.2. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định

– Hầu hết các phụ nữ muốn tránh thai tạm thời mà không có chống chỉ định.

– Đặc biệt an toàn hiệu quả với phụ nữ cho con bú.

– Phụ nữ không thích hợp với các tác dụng phụ của viên tránh thai kết hợp.

– Phù hợp cho những phụ nữ lớn tuổi, hút thuốc lá hay bị tiểu đường và béo phì, cao huyết áp.

Chống chỉ định

– Có thai hoặc nghi ngờ có thai.

– Đã hoặc đang bị ung thư vú

– Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân

– Đang bị viêm gan, xơ gan

– Đang điều trị thuốc chống co giật: phenytoin, bacbiturat... hoặc thuốc kháng sinh: griseofulvin, rifampicin...

– Bệnh tim mạch

2.3.3. Cách sử dụng thuốc

Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định
- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu âm đạo không rõ nguyên nhân

Thời điểm bắt đầu dùng thuốc

– Trong trường hợp sau sinh đang cho con bú có thể bắt đầu từ tuần lễ thứ sáu, để hỗ trợ thêm cho biện pháp cho bú vô kinh.

– Những phụ nữ sau sinh không cho con bú có thể dùng bất cứ lúc nào trong vòng 4 tuần lễ sau sinh, không đợi có kinh trở lại, miễn là chắc chắn không có thai.

– Trong trường hợp sau sẩy, sau nạo nên bắt đầu ngay lập tức trong vòng 7 ngày.

– Trong vòng kinh: trong 5 ngày đầu chu kỳ, tốt nhất là ngày đầu tiên, không cần biện pháp bổ sung thêm. Nếu sau 5 ngày có thể dùng thuốc và bổ trợ thêm bằng biện pháp khác (bao cao su hay thuốc diệt tinh trùng) trong vòng 2 ngày.

– Chuyển từ một BPTT hiện đại khác, có thể bắt đầu ngay không cần đợi kinh.

Cách sử dụng thuốc

Cách dùng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin

- Bắt đầu uống viên đầu tiên là viên mà mặt sau của vỉ thuốc có dấu chấm tròn.
- Mỗi ngày uống 1 viên, vào 1 giờ nhất định.
- Uống thuốc chậm vài giờ có thể giảm hiệu quả của thuốc.
- Tiếp tục vỉ kế tiếp ngay sau khi hết vỉ đầu. Không ngừng thuốc giữa hai vỉ.

Xử trí khi quên thuốc

– Nếu quên uống 1 viên thuốc, uống bù ngay lập tức khi nhớ ra và uống tiếp tục như thường lệ.

– Nếu quên uống từ 2 viên trở lên, nguy cơ có thai rất cao, uống 2 viên khi nhớ ra, uống 2 viên vào ngày hôm sau. Sử dụng biện pháp hỗ trợ 7 ngày trong khi vẫn tiếp tục dùng hết vỉ thuốc đó.

Người không cho con bú hoặc có cho bú nhưng đã có kinh: nếu quên uống 1 viên hoặc uống muộn quá 3 giờ so với lệ thường thì phải dùng biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 2 ngày.

Cách dùng thuốc tiêm tránh thai DMPA

– Kỹ thuật tiêm:

- + Sát khuẩn vùng tiêm (cơ Delta bả vai hoặc mông) bằng cồn, có pha iốt càng tốt.
- + Dùng bơm kim tiêm 1 lần
- + Kiểm tra thuốc còn hạn, lắc đều lọ thuốc trước khi hút thuốc ra bơm tiêm.
- + Tiêm sâu. Đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết để đảm bảo đủ 150mg DMPA được đưa vào cơ thể.
- + Sau khi rút kim không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh.
- Theo dõi sau tiêm: Có một số trường hợp có thể bị viêm nhiễm tại chỗ, đau, đỏ vùng tiêm hoặc áp xe.

Cách dùng viên thuốc tránh thai khẩn cấp (Postinor)

- Dùng cho phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ.
- Uống 1 viên càng sớm càng tốt trong vòng 72 giờ sau giao hợp không có bảo vệ, uống viên thứ 2 cách viên thứ nhất 12 giờ.

Chú ý: nếu bị nôn trong vòng 2 giờ sau khi uống, phải uống lại. Không được dùng quá 2 lần trong 1 tháng và không nên dùng thường xuyên.

2.3.4. Tác dụng phụ và dấu hiệu báo động

Tác dụng phụ có thể gặp

- Vô kinh hoặc kinh ít.
- Rong kinh hoặc ra máu nhẹ vào những ngày không đúng chu kỳ.
- Buồn nôn hoặc đau đầu.
- Tăng hoặc giảm cân.
- Mất kinh (thường xảy ra sau tiêm thuốc DMPA mũi đầu tiên).
- Cương vú nhẹ.

Người phụ nữ dùng thuốc cần đến cơ sở y tế khám ngay nếu thấy:

- Đau bụng dữ dội.
- Ra máu âm đạo nhiều hơn bình thường.
- Đau đầu nhiều.
- Tăng cân quá nhanh hoặc quá nhiều.

2.3.5. Tư vấn

– Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của người phụ nữ về viên thuốc hoặc thuốc tiêm tránh thai chỉ có progestin.

– Trao đổi với người phụ nữ về hiệu quả, thuận lợi, không thuận lợi của từng loại thuốc tránh thai chỉ có Progestin. Chú ý: với thuốc tiêm DMPA khả năng có thai lâu hồi phục khi thôi dùng thuốc, không nên sử dụng cho những người có ý định có thai trong 1 năm tới.

- Cho người phụ nữ biết cả những tác dụng phụ có thể gặp.
- Người phụ nữ có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào.
- Hẹn khám lại, ngày và nơi tiêm/ nhận thuốc uống tiếp theo.

Lưu ý: so với viên tránh thai kết hợp, viên tránh thai chỉ có progestin hiệu quả thấp hơn, một số vấn đề như vô kinh, rối loạn kinh hay gặp hơn.

2.4. Thuốc diệt tinh trùng

Thuốc diệt tinh trùng là chế phẩm hoá học, đặt vào âm đạo trước khi quan hệ tình dục nhằm mục đích tránh thai. Có rất nhiều loại khác nhau có thể dùng riêng lẻ hay kết hợp với các biện pháp hàng rào ngăn cản khác, như bao cao su hay mũ cổ tử cung. Cho đến nay, nhiều nghiên cứu cho thấy thuốc diệt tinh trùng không gây nguy hại hay khuyết tật cho trẻ được sinh ra, khi người phụ nữ sử dụng chúng mà có thai và cũng không gây ung thư cho người sử dụng.

Thuốc diệt tinh trùng có nhiều dạng khác nhau: dạng gel, dạng kem, dạng sủi bọt, dạng thuốc viên, dạng thuốc đạn, dạng màng mỏng.

Tính hiệu quả tùy thuộc người phụ nữ dùng biện pháp này có đúng không. Để có hiệu quả cao, thuốc diệt tinh trùng phải được đặt sâu trong âm đạo 1 giờ trước khi giao hợp. Ngoài ra, loại thuốc viên nén hay thuốc đạn phải đặt ít nhất là 10 phút trước khi giao hợp. Nói chung hiệu quả thấp so với những biện pháp khác

2.4.1. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định: các cặp vợ chồng muốn tránh thai tạm thời mà không có chống chỉ định.
- Chống chỉ định:
 - + Người dị ứng với thuốc.
 - + Những người cần ngừa thai với hiệu quả cao.

2.4.2. Thuận lợi và không thuận lợi

Thuận lợi

- Dễ sử dụng, hướng dẫn sử dụng nhanh, đơn giản.
- Tránh thai hiệu quả và an toàn nếu dùng đúng cách.
- Có thể áp dụng bất cứ lúc nào.

- Không có tác dụng phụ như các biện pháp có chứa nội tiết.
- Không ảnh hưởng đến sữa mẹ.
- Có thể thôi sử dụng bất cứ lúc nào.
- Làm tăng tính nhờn đường âm đạo.
- Hỗ trợ thêm cho BPTT khác như bao cao su, mũ chụp cổ tử cung.
- Không cần phải khám sức khoẻ trước khi sử dụng.

Không thuận lợi

- Thuốc diệt tinh trùng có thể kích thích và gây dị ứng cho người phụ nữ và bạn tình của mình, nhất là khi sử dụng nhiều lần trong ngày.
- Có thể làm nhiễm trùng đường tiểu (tránh điều này bằng cách đi tiểu sau khi giao hợp).
- Không phòng ngừa được bệnh lây qua đường tình dục và HIV/AIDS.
- Tính hiệu quả phụ thuộc vào việc sử dụng đúng các quy trình và phải dùng ngón tay đưa thuốc và âm đạo mà điều này không phải ai cũng chấp nhận.

2.4.3. Tư vấn và hướng dẫn sử dụng

Tư vấn

- Thuốc diệt tinh trùng là một biện pháp tránh thai tạm thời, mà hiệu quả phụ thuộc rất lớn vào cách sử dụng đúng hay không. Vì thế, khi cung cấp, phải hướng dẫn thật kỹ cách sử dụng của phương pháp này, đồng thời giới thiệu biện pháp tránh thai khẩn cấp cho khách hàng sử dụng trong những trường hợp cần thiết, như dùng không đúng cách, đúng thời gian, hoặc trong những trường hợp hết thuốc.
- Phải sử dụng thuốc diệt tinh trùng mỗi lần giao hợp. Phải chắc rằng thuốc đã đặt vào âm đạo đúng chỗ trước khi giao hợp.
- Nếu bạn hay bạn tình của bạn bị kích thích hay dị ứng với loại thuốc diệt tinh trùng đang sử dụng, thì bạn có thể đổi loại thuốc khác hay sử dụng bao cao su hay các BPTT khác.
- Có thể sử dụng thuốc diệt tinh trùng kết hợp với bao cao su, sự kết hợp này sẽ tăng hiệu quả tránh thai và hiệu quả phòng tránh bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Hãy giải thích kỹ cách sử dụng biện pháp này, cách đặt và thời gian cần thiết trước khi giao hợp, cũng như thời gian tối đa để có hiệu quả sau khi đặt.
- Mời khách hàng quay lại bất cứ lúc nào họ có thắc mắc, có vấn đề trong khi sử dụng hay muốn thay biện pháp khác.
- Đối với loại sùi bọt hay loại kem thì có thể giao hợp ngay sau khi đặt thuốc vào âm đạo và từ thời điểm đặt thuốc đến thời điểm giao hợp không quá 1 giờ.
- Đối với thuốc viên và thuốc đạn hay loại thuốc màng, thì thời gian để cho thuốc tác dụng là sau 10 phút từ khi đặt đến thời điểm giao hợp không quá 1 giờ.
- Không được rửa âm đạo ít nhất 6 tiếng sau khi giao hợp.

Hướng dẫn cách đặt thuốc diệt tinh trùng

Trước khi sử dụng cần lưu ý những điểm sau đây:

- Phải chắc rằng bạn có đủ thuốc và thuốc còn hạn để sử dụng. Nếu dùng loại thuốc gel hoặc kem hay loại sùi bọt bạn cần có dụng cụ đặt.
- Chủ động về thời gian để không ảnh hưởng đến quá trình giao hợp của bạn, nhất là khi sử dụng loại thuốc viên nén hay thuốc đạn, vì cần phải có thời gian để thuốc tan và bắt đầu có tác dụng là 10 phút sau khi đặt.
- Thông thường thì tất cả các thuốc diệt tinh trùng đều có tác dụng trong vòng 1 giờ sau khi đặt. Vì thế, nếu bạn có nhu cầu quan hệ tình dục lần nữa sau khi đặt quá 1 giờ thì phải dùng thêm liều khác.

Cách đặt thuốc diệt tinh trùng

Đặt sâu thuốc vào âm đạo gần cổ tử cung. Đối với thuốc dạng sùi bọt cần phải lắc kỹ thuốc khi đặt.

Đối với thuốc dạng màng (film) lưu ý khi đặt thuốc ngón tay phải thật khô.

2.4.4. Bảo quản

Thuốc phải được bảo quản nơi khô ráo, sạch và tránh ánh sáng mặt trời. Sau mỗi lần sử dụng dụng cụ đặt thuốc, phải được rửa sạch bằng xà phòng và để nơi khô ráo.

2.4.5. Những sai lầm thường gặp khi sử dụng thuốc diệt tinh trùng

- Đặt thuốc không đủ sâu vào âm đạo trước khi giao hợp.
- Không đợi thuốc tan và có tác dụng trước khi giao hợp (10 phút sau đặt đối với thuốc đạn hay thuốc viên).
- Từ khi đặt đến khi giao hợp quá 1 giờ.
- Sử dụng không đủ thuốc đối với dạng sùi bọt, kem hay gel. Không lắc kỹ đối với thuốc dạng sùi bọt.

2.4.6. Xử trí các vấn đề có thể gặp khi sử dụng thuốc diệt tinh trùng

- Giúp giải quyết các vấn đề của khách hàng. Nếu khách hàng muốn tiếp tục sử dụng biện pháp, khuyến khích khách hàng tiếp tục sử dụng mỗi khi có quan hệ tình dục.
- Nếu khách hàng không thoả mãn sau khi tư vấn, hãy giúp khách hàng chọn biện pháp khác, nếu họ mong muốn.

2.5. 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/AIDS và BLQĐTD. Bao cao su có hai loại: loại sử dụng cho nam và loại sử dụng cho nữ

2.5.1. Chỉ định và chống chỉ định

Chỉ định

- Dùng cho tất cả các trường hợp muốn tránh thai.
- Bao cao su còn là biện pháp tránh thai hỗ trợ (ví dụ: thời gian đầu sau khi thất ồng 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

2.5.2. 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 KHHGD.
- 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

- Có thể 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.

2.5.3. Cách sử dụng và bảo quản

– Kiểm tra trước về hạn dùng, độ kín của vỏ bao và chất lượng bao.

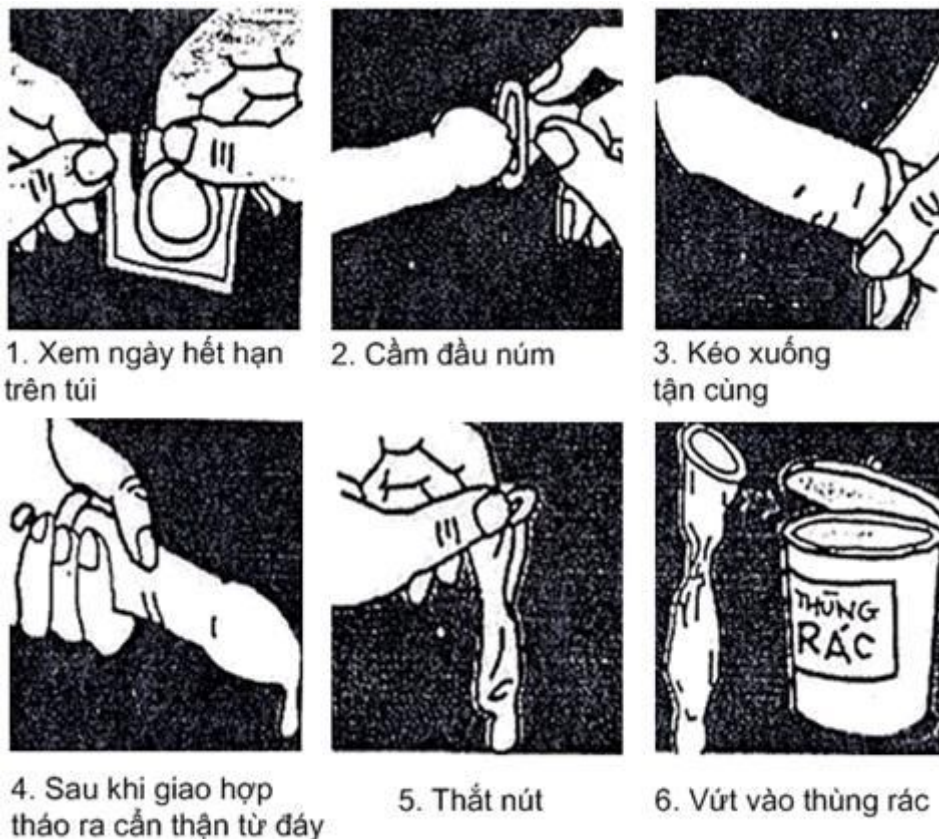
– Mỗi lần giao hợp phải dùng bao cao su mới.

– 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.

– 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.



Hình 21.2. Cách sử dụng bao cao su

2.5.4. Tư vấn

Thực hiện 6 bước tư vấn với nội dung:

– Lắng nghe tìm hiểu nhu cầu của phụ nữ.

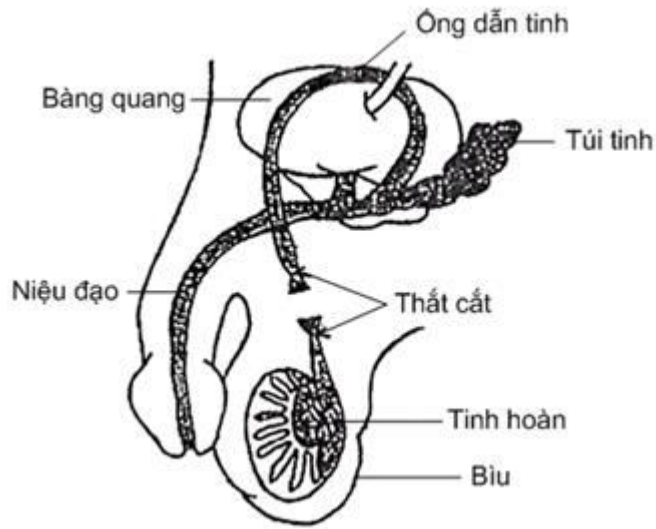
– Chú ý cho phụ nữ xem bao cao su và hướng dẫn cách sử dụng.

– Nêu rõ ưu nhược điểm của bao cao su.

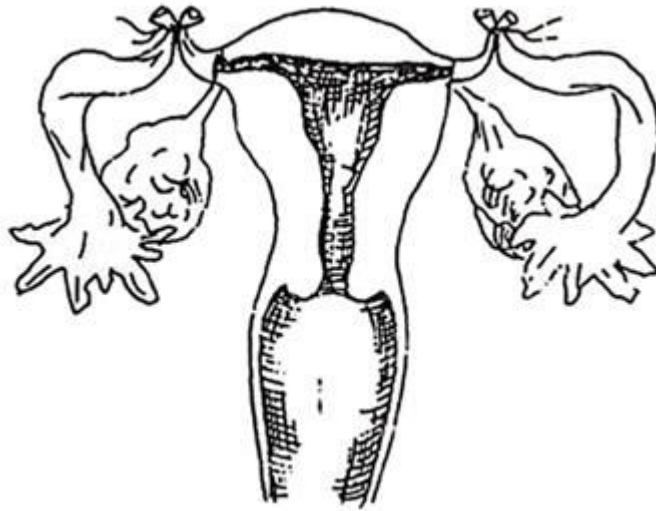
2.6. Triệt sản

Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh; triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn trứng.

Hiện nay số cặp vợ chồng áp dụng phương pháp tránh thai này còn ít.



Hình 21.3. Sơ đồ triệt sản nam



Hình 21.4. Sơ đồ triệt sản nữ

2.6.1. Thuận lợi – không thuận lợi

Thuận lợi

- Hiệu quả tránh thai cao trên 99,5%. Tỷ lệ thất bại vào khoảng 0,1% đến 0,5%.
- Triệt sản không có ảnh hưởng đến sức khỏe, sinh lý và sinh hoạt tình dục.
- Không có tác dụng phụ, tác dụng không mong muốn.
- Kinh tế: thực hiện 1 lần tránh thai suốt đời.
- Thủ thuật đơn giản, nhanh chóng.

Không thuận lợi

- Chỉ áp dụng cho những người muốn tránh thai vĩnh viễn, nên luôn được coi là biện pháp tránh thai không hồi phục.
- Biện pháp tránh thai này không cho phép đề phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Triệt sản đòi hỏi được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo.
- Khách hàng phải chịu một phẫu thuật tuy nhỏ, có thể gặp một số biến chứng sau phẫu thuật.
- Có thể gặp khó khăn khi khách hàng chịu ảnh hưởng của tôn giáo, tín ngưỡng.

	Triệt sản nam	Triệt sản nữ
--	---------------	--------------

2.6.2. Chỉ định	Nam giới trong độ tuổi sinh sản và có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng biện pháp tránh thai vĩnh viễn	Nữ giới trong độ tuổi sinh sản và có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng biện pháp tránh thai.
2.6.3. Chống chỉ định	<ul style="list-style-type: none"> - Có nhiễm khuẩn tại chỗ (vùng bìu, bệnh lây truyền qua đường tình dục, viêm tinh hoàn, viêm mào tinh). - Tràn dịch màng tinh. - Các bệnh lý tại chỗ: thoát vị bẹn, có khối u trong bìu, giãn tĩnh mạch vùng bìu, rối loạn đông máu. - Bệnh tâm thần, thần kinh nặng (bệnh nhân không có khả năng tình nguyện triệt sản). 	<ul style="list-style-type: none"> - Phụ nữ đang mắc các bệnh: suy tim, phổi, bệnh nội tiết, rối loạn đông máu, tâm thần, u lạnh tính, ác tính của cơ quan sinh dục, viêm đường sinh dục, tiết niệu cấp tính (bao gồm viêm tiểu khung). - Thận trọng khi có vết mổ cũ trên bụng và các phụ nữ quá béo. - Bệnh tâm thần, thần kinh nặng
2.6.4. Thời điểm tiến hành	Có thể thực hiện bất kỳ khi có thời gian thuận tiện.	<ul style="list-style-type: none"> - Khi không có thai. - Sau đẻ thường, có thể triệt sản trong vòng 48 giờ sau đẻ hay hết thời kỳ sau đẻ (sau đẻ 6 tuần). - Ngay sau khi nạo, hút thai, chắc chắn trong buồng tử cung sạch không nhiễm khuẩn. - Kết hợp trong khi phẫu thuật ở bụng cả mở bụng và nội soi.
2.6.5. Chuẩn bị khách hàng trước thủ thuật	<ul style="list-style-type: none"> - Tư vấn (xem phần 7) - Hoàn thiện hồ sơ, ký phiếu tình nguyện mổ. - Làm sạch vùng mổ: cắt bớt lông mu, rửa sạch vùng sinh dục bằng dung dịch sát khuẩn. - Khách hàng mặc quần áo sạch, nằm ngửa trên bàn mổ. Trải khăn mổ có để hở vùng bìu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tư vấn - Hoàn thiện hồ sơ, ký phiếu tình nguyện mổ. - Yêu cầu khách hàng đi tiểu ngay trước khi lên bàn mổ để khỏi phải thông tiểu. - Để khách hàng nằm ngửa, hai chân khép.
2.6.6. Theo dõi sau thủ thuật	<ul style="list-style-type: none"> - Để khách hàng nghỉ ngơi thoải mái trong vài giờ đầu, không cần nằm viện. - Khách hàng có thể về nhà sau khi nghỉ ngơi tại chỗ vài giờ. - Uống kháng sinh 5 ngày. - Giảm đau bằng paracetamol. - Tư vấn khách hàng trước khi ra về. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cần phải theo dõi phát hiện các tai biến như chảy máu, đau bụng. - Trong vòng 6 giờ đầu sau mổ phải theo dõi các dấu hiệu sinh tồn như toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở. Dùng kháng sinh trong 7 ngày. - Để cho khách hàng về nhà nếu ổn định sau 6 giờ. - Tư vấn khách hàng trước khi ra về.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nam.
- Tư vấn hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của triệt sản nam. Nhấn mạnh đây là biện pháp tránh thai không phục hồi. Giải thích các nguyên nhân có thai lại sau triệt sản. Biện pháp triệt sản nam không có tác dụng phòng tránh các bệnh lây qua đường tình dục kể cả lây truyền HIV.
- Triệt sản nam không ảnh hưởng đến giới tính và hoạt động của cơ quan sinh dục.
- Hướng dẫn khách hàng tự chăm sóc.
- Khách hàng có thể có cảm giác tức nặng ở bìu nhưng không đau (nên mặc quần lót chặt trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái).
- Tránh lao động nặng trong 1 – 2 ngày đầu.
- Theo dõi các dấu hiệu viêm nhiễm.
- Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục nhưng phải dùng bao cao su trong 2 tháng đầu tiên sau khi triệt sản.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nữ.
- Tư vấn hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của triệt sản nữ. Nhấn mạnh đây là biện pháp tránh thai không phục hồi. Giải thích các nguyên nhân có thai lại sau triệt sản. Biện pháp triệt sản nữ không có tác dụng phòng tránh các bệnh lây qua đường tình dục kể cả lây truyền HIV.
- Triệt sản nữ không ảnh hưởng đến giới tính và hoạt động của cơ quan sinh dục.
- Uống thuốc đầy đủ, nghỉ lao động nặng 1 tuần sau phẫu thuật.
- Quay lại khám khi: đau bụng, sốt, chậm kinh hoặc các vấn đề khác.

2.7. Các biện pháp tránh thai tự nhiên

Biện pháp tránh thai tự nhiên là những BPTT không cần dùng đến dụng cụ thuốc men hay thủ thuật tránh thai nào để ngăn cản thụ tinh. Ví dụ: các BPTT tính theo vòng kinh, theo sự bài tiết chất nhầy cổ tử cung, theo thân nhiệt, xuất tinh ngoài âm đạo.

Nhìn chung các BPTT tự nhiên hiệu quả không cao như các BPTT hiện đại khác.

2.7.1. Chỉ định

Tất cả các cặp vợ chồng chưa muốn sinh con đều có thể áp dụng.

2.7.2. Chống chỉ định

Hầu như không có chống chỉ định nào cho các biện pháp tránh thai tự nhiên. Tuy vậy:

– Vì phần lớn BPTT dựa vào cách tính toán chọn giai đoạn không rụng trứng để giao hợp, nên có những trường hợp không thể áp dụng được (như những người không có kinh: vô kinh thứ phát, vô kinh trong thời gian cho con bú) hoặc áp dụng không hiệu quả (chu kỳ kinh nguyệt không đều).

– Những trường hợp tránh thai vì lý do y học, thì không nên chọn BPTT tự nhiên, vì hiệu quả tránh thai thấp.

2.7.3. Mô tả về biện pháp tránh thai tự nhiên

Biện pháp tính 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.

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 kỳ 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 ...).

Ví dụ: một phụ nữ có kinh nguyệt đều, chu kỳ 30 ngày, kinh tháng vừa qua bắt đầu ngày 6/5/2006. Cách tính để chọn ngày an toàn không thụ thai như sau:

– Dự kiến ngày bắt đầu có kinh nguyệt lần sau sẽ là 5/6/2006 (tháng 5 có 31 ngày).

– Ngày dự kiến phóng noãn sắp tới sẽ là 21/5/2006.

– Giai đoạn có khả năng thụ thai sẽ từ ngày 17/5/2006 đến 26/5/2006.

– Giai đoạn ít có thể thụ thai sẽ từ khi sạch kinh đến ngày 16/5/2006.

– Giai đoạn an toàn không thụ thai sẽ từ 27/5/2006 đến ngày có kinh lần sau 5/6/2006.

Chu kỳ kinh	Ngày trong chu kỳ kinh																																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35										
25	K	K	K	K	K	T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T												k																			
26	K	K	K	K	K		T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T											k																			
27	K	K	K	K	K			T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T											k																		
28	K	K	K	K	K				T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T											k																	
29	K	K	K	K	K					T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T											k																
30	K	K	K	K	K						T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T											k															
31	K	K	K	K	K							T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T											k														
32	K	K	K	K	K								T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T												k												
33	K	K	K	K	K									T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T													k										
34	K	K	K	K	K										T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T																	k					
35	K	K	K	K	K											T	T	T	Tr	Tr	R	Tr	Tr	T																			k		
Với phụ nữ có chu kỳ kinh 26 – 31 ngày																																													
26 – 31	K	K	K	K	K																																								

Hình 21.5. Cách tính thời gian “không an toàn” trong chu kỳ kinh nguyệt

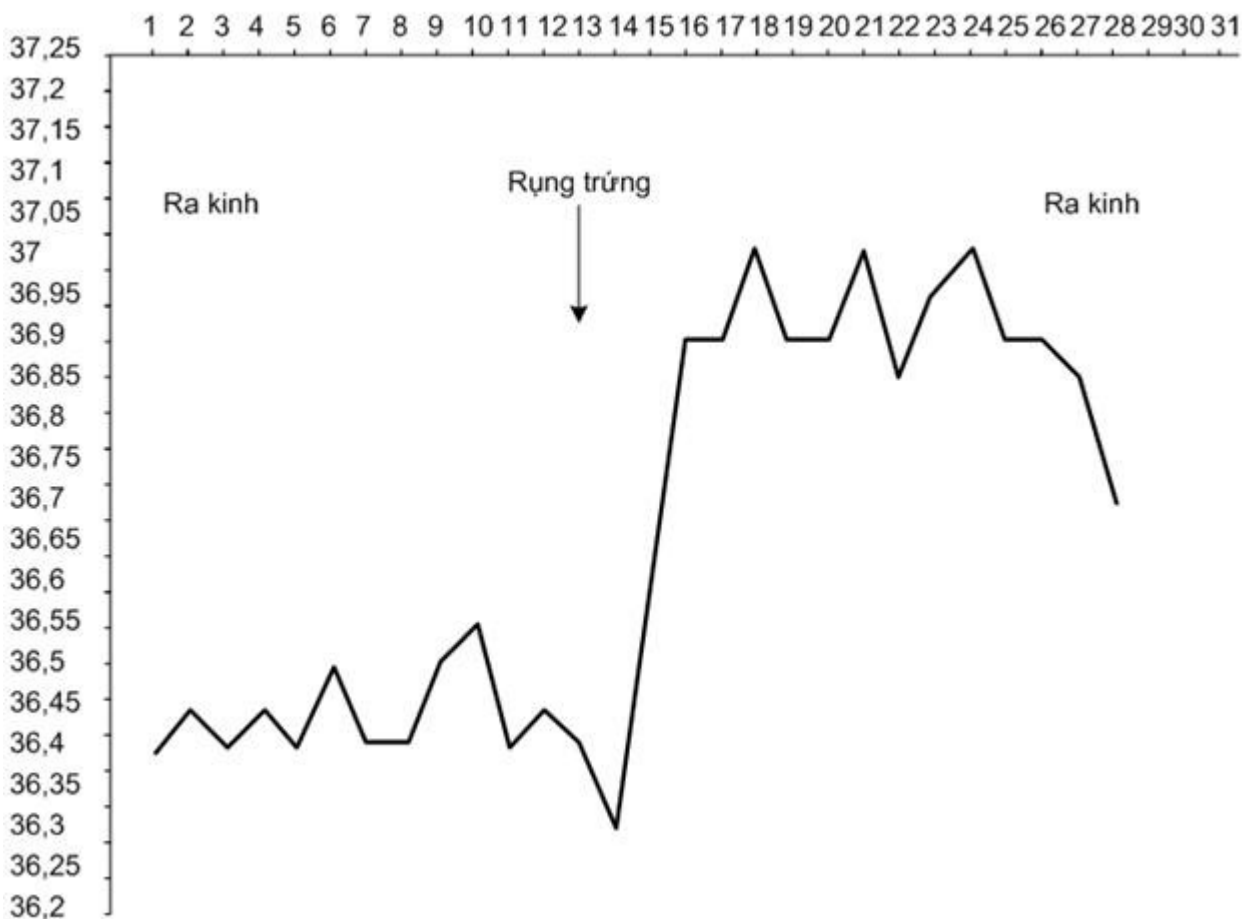
- Ngày không thụ thai
- T: Ngày có thể thụ thai
- K: Ngày ra kinh
- R: Ngày rụng trứng theo lý thuyết
- Tr: Ngày rụng trứng sớm hoặc muộn hơn lý thuyết
- k: Ngày có kinh lần sau

BPTT dựa theo thân nhiệt: trong chu kỳ kinh, từ ngày có kinh đến thời điểm phóng noãn thân nhiệt thường thấp ở dưới 37°C . Sau khi phóng noãn thân nhiệt sẽ lên cao hơn mức thân nhiệt của giai đoạn trước từ $0,3$ đến $0,5^{\circ}\text{C}$ (hình vẽ) do chất progestin được hoàng thể mới tạo thành tiết ra. Nếu theo dõi thân nhiệt hàng ngày và ghi lại từ các bảng nhiệt độ thì có thể xác định được thời kỳ phóng noãn và do đó tìm được giai đoạn an toàn không thể thụ thai.

+ Hướng dẫn cách thực hiện:

– Hàng ngày phải lấy thân nhiệt tại miệng (hoặc ở âm đạo hoặc hậu môn) vào buổi sáng sớm khi thức dậy, chưa có một hoạt động nào (vì một vận động nhỏ có thể làm thay đổi thân nhiệt). Sau khi cặp 5 phút lấy nhiệt kế ra đọc kết quả và ghi lại trên biểu đồ nhiệt độ mức chính xác đến $1/10^{\circ}\text{C}$. Trong chu kỳ kinh có phóng noãn, đường ghi thân nhiệt sẽ có hai pha như hình vẽ và thời điểm phóng noãn là trước ngày thân nhiệt tăng lên. Khi thân nhiệt đã tăng được 3 ngày thì cũng là giai đoạn an toàn (khi đó noãn không còn nữa nên không còn khả năng thụ thai), vợ chồng có thể sinh hoạt tự do không cần BPTT hỗ trợ.

Chú ý: nếu trong người mỗi mệt, có bệnh, sốt, cảm, đau răng, viêm họng, chấy nắng, dùng thuốc, mất ngủ, uống rượu, tiêu chảy, nôn mửa... thân nhiệt cơ bản có thể sai lệch, dễ nhận định sai lầm. Do đó mọi diễn biến bất thường của cơ thể đều cần ghi lại trên biểu đồ thân thể vào thời gian tương ứng ghi nhiệt độ mỗi ngày.



Biểu đồ 21.6. Thân nhiệt hai pha ở người có phóng noãn.

BPTT dựa vào chất nhầy của cổ tử cung(CTC)

Chất nhầy CTC do các tuyến nằm trong ống CTC tiết ra, phụ thuộc vào các giai đoạn khác nhau đối với thời kỳ phóng noãn. Từ đầu kỳ kinh đến ngày phóng noãn, do tác động của nội tiết buồng trứng, các tuyến trong ống CTC tiết dịch mỗi ngày một nhiều lên và đến khi phóng noãn thì chất nhầy của CTC tiết ra nhiều nhất, trong suốt nhất và dai nhất nên có thể kéo dài ra được. Sau khi phóng noãn, ngày hôm sau chất dịch này giảm hẳn về số lượng, đục và đặc lại cho đến khi có kinh.

Hướng dẫn cách thực hiện

- Ghi ngày có kinh và những ngày khô, không cảm thấy CTC tiết dịch.
- Tự theo dõi đánh giá mức độ khô hay ẩm khi đi đứng hay làm việc.
- Quan sát quần lót xem có chất dịch từ trong âm đạo ra dính vào không.
- Dùng giấy lau quanh âm đạo mỗi buổi sáng hoặc dùng ngón tay đã rửa sạch, lau khô đưa vào âm đạo, rồi rút ra quan sát xem có dịch chất nhầy không và nên ghi lại vào một bảng (tốt nhất là có một bảng theo dõi thân nhiệt để vừa ghi nhiệt độ, vừa ghi tình trạng nhầy CTC vào ngày tương ứng).

- Cách đánh giá như sau:

- + Nếu thấy khô, ghi ký hiệu 0 đó là ngày an toàn.
- + Nếu thấy ướt ghi ký hiệu ++, + hay +++ tùy theo mức độ ướt ít hay nhiều, ngày có mức độ ướt nhiều nhất hơn cả (+++) rất có thể là ngày rụng trứng. Tuy thế để đảm bảo kết quả tránh thai cao nhất thì tất cả những ngày ẩm ướt đều cần kiêng giao hợp, nếu không kiêng được cần dùng BPTT hỗ trợ.

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 phận sinh dục của người vợ.
- Không để giọt tinh trùng nào rỉ ra trong lúc dương vật vẫn còn trong âm đạo (những giọt tinh dịch này chứa nhiều tinh trùng nhất).
- Không để một giọt tinh dịch nào khi phóng tinh dịch ở bên ngoài đi vào âm đạo. Muốn thế cần phóng tinh ở xa âm hộ vì trong thời gian phóng noãn, chất nhầy CTC tiết ra nhiều, có thể hút tinh trùng vào trong.
- Nếu có nhu cầu giao hợp lần nữa, người chồng nên đi tiểu để không còn tinh dịch đọng lại trong niệu đạo.

Tư vấn cho khách hàng về các BPTT tự nhiên:

- Ưu điểm của BPTT tự nhiên
 - Nếu biết cách tính toán và theo dõi, các cặp vợ chồng có thể tránh thai và có thai theo ý muốn, chủ động kế hoạch hoá gia đình...
 - Không ảnh hưởng đến sức khỏe, không có tác dụng phụ.
 - Không tốn kém và không bị phụ thuộc vào cơ sở cung cấp y tế hoặc nguồn cung cấp.
 - Hầu như được mọi tôn giáo chấp nhận.
 - Động viên vai trò nam giới tham gia các BPTT.
 - Nếu biết áp dụng đúng sẽ làm tăng hiểu biết của khách hàng về sức khỏe sinh sản và họ có thể chủ động có thai vào bất cứ lúc nào họ mong muốn.
 - Do phải theo dõi cơ thể, nên người phụ nữ hiểu biết về cơ thể của mình hơn và dễ phát hiện những dấu hiệu bất thường về phụ khoa nếu có.
- Nhược điểm của các BPTT tự nhiên
 - Không được tự do quan hệ tình dục bất cứ khi nào hai người có ham muốn, vì thế khó duy trì, nếu không có sự quyết tâm của cả hai bên.
 - Hiệu quả tránh thai thường thấp hơn các BPTT hiện đại khác, tỷ lệ thất bại cao.
 - Muốn áp dụng đúng, cần có kiến thức, vì tính toán khá phức tạp đối với sự theo dõi chất nhầy, thân nhiệt.
 - Không thể áp dụng cho các trường hợp vô kinh (sau đẻ và đang cho con bú, do tâm lý) hoặc chu kỳ kinh quá thất thường.
 - Sẽ không chính xác, nếu người phụ nữ bị yếu mệt (thay đổi thân nhiệt hay chu kỳ kinh). Khó áp dụng cho các phụ nữ có nhiều bạn tình. Không có tác dụng ngăn ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
 - Biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo thường bị đánh giá làm giảm khoái cảm trong quan hệ tình dục đối với cả hai phía nam và nữ.
 - Nhấn mạnh với khách hàng, nếu có quan hệ tình dục vào những ngày có khả năng phóng noãn, thì phải sử dụng một BPTT hỗ trợ.

2.8. Phương pháp cho bú vô kinh

2.8.1. Giới thiệu về phương pháp cho bú vô kinh

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 vào việc giảm tỷ suất tử vong mẹ và tử vong trẻ em.

- Phương pháp cho bú vô kinh (PPCBVK) được sử dụng như một biện pháp tránh thai tạm thời.

– 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. 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.

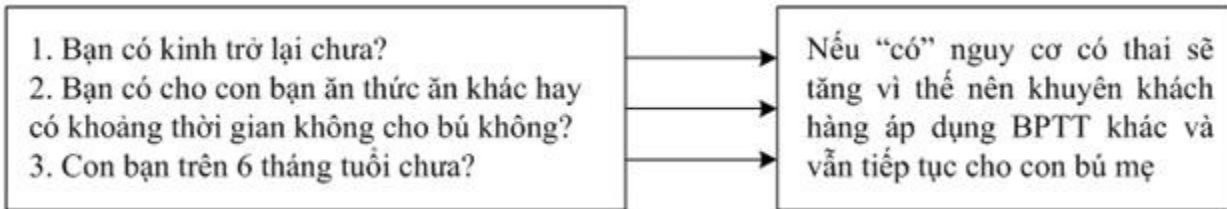
+ Phương pháp cho bú vô kinh (PPCBVK) cung cấp nguồn thức ăn tốt cho trẻ và giúp trẻ phòng ngừa được bệnh tật.

2.8.2. *Chỉ định và chống chỉ định*

Chỉ định: mọi phụ nữ sau khi sinh đều có thể nuôi con bằng sữa mẹ.

Để biết rõ điều này, sử dụng bảng kiểm để sàng lọc sau:

Hỏi khách hàng hay khách hàng tự hỏi 3 câu hỏi sau:



Nếu tất cả các câu trả lời đều là “không” hoặc câu 1 trả lời là “có” thì bạn có thể áp dụng PPCBVK. Chỉ có 1–2% là có thai trong giai đoạn này.

Tuy nhiên, bạn có thể áp dụng thêm BPTT khác bất cứ lúc nào, ngay khi cả 3 câu trả lời đều là không.

Chống chỉ định

PPCBVK không áp dụng cho những phụ nữ không được cho con bú:

- Suy tim nặng nguy hiểm đến sức khỏe của mẹ.
- Lao phổi đang tiến triển nguy hiểm cho mẹ và con.
- Mẹ bị nhiễm HIV/AIDS có thể lây sang con.

2.8.3. *Hiệu quả*

Có thể đạt tới 98% và hơn nữa nếu áp dụng đúng.

2.8.4. *Thuận lợi và không thuận lợi của PPCBVK*

Thuận lợi

– Tránh thai hiệu quả trong 6 tháng và có thể lâu hơn, nếu người phụ nữ cho con bú thường xuyên ngày và đêm.

- Khuyến khích hình thành tập quán cho con bú sữa mẹ.
- Có thể áp dụng ngay sau khi sinh.
- Không cần cung cấp thêm BPTT hỗ trợ.
- Không tốn kém.
- Không có tác dụng phụ.

– Lợi ích khác ngoài ngừa thai: cung cấp thức ăn tốt cho trẻ, bảo vệ trẻ chống tiêu chảy và những bệnh khác như sỏi, viêm phổi, nhờ kháng thể truyền từ sữa mẹ.

- Giúp phát triển mối quan hệ giữa mẹ và con.

Không thuận lợi

- Sau 6 tháng hiệu quả tránh thai giảm.

- Một số người có thể gặp khó khăn khi cho con bú vì công việc.
- Không ngăn ngừa được bệnh lây qua đường tình dục và HIV/AIDS.
- Nếu mẹ bị nhiễm HIV, con có thể bị nhiễm với tỷ lệ thấp.

2.8.5. Tư vấn về phương pháp cho bú vô kinh

Vấn đề tư vấn cần thận rất cần thiết cho việc cung cấp PPCBVK.

PPCBVK cần được giới thiệu và tư vấn trong giai đoạn trước sinh, khi khách hàng có thời gian chuẩn bị tốt về tinh thần và thể chất. Những thông điệp chính được truyền đạt cho khách hàng vào mỗi lần khám thai và tăng cường khuyến khích thêm vào giai đoạn ngay sau khi sinh.

Người cung cấp dịch vụ phải lắng nghe khách hàng. Đặt câu hỏi và cung cấp một cách rõ ràng các thông tin về PPCBVK, đặc biệt là cách cho con bú đúng và khi nào thì áp dụng phương pháp tránh thai khác.

Giải thích cách áp dụng

Khách hàng áp dụng PPCBVK cần được hướng dẫn

– Cho bú thường xuyên: nên cho bú ít nhất 8 ÷ 10 lần mỗi ngày và ít nhất 1 lần trong đêm. Ban ngày giữa hai lần bú cách nhau không quá 4 giờ, ban đêm cách nhau không quá 6 giờ.

Chú ý: có những trẻ không bú quá 8 – 10 lần vào ban ngày và ban đêm chỉ muốn ngủ không bú. Phải khuyến khích cho trẻ bú đủ.

– Bú đúng: tư vấn cho khách hàng biết cách cho bú đúng và chế độ ăn uống.

Tư vấn và theo dõi sau khi áp dụng

– Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng, giúp khách hàng tại bất kỳ lần quay lại khám nào.

Tư vấn cho khách hàng biết rõ về hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của PPCBVK, biện pháp này không phòng tránh được các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

– Hướng dẫn cho khách hàng cho trẻ bú đúng và bú đủ để có khả năng tránh thai. Có thể cung cấp đồng thời thêm một BPTT hỗ trợ như bao cao su hay thuốc tránh thai chỉ có progestin, để khách hàng sử dụng khi cần.

– Căn dặn khách hàng quay trở lại, nếu thấy có kinh trở lại, bắt đầu cho trẻ ăn dặm, hay con đã trên 6 tháng tuổi để hướng dẫn sử dụng BPTT khác.

– Hẹn thăm lại khách hàng ít nhất 1 lần trong 3 tháng, để hỏi những thông tin liên quan đến:

– Có kinh trở lại chưa.

– Trẻ ăn thức ăn khác ngoài sữa mẹ.

– Những khó khăn trong việc cho con bú để có hướng dẫn.

– Có sử dụng thuốc trong thời gian cho con bú.

– Mới bị bệnh như viêm gan virus, HIV.

– Bắt đầu một BPTT khác, nếu mẹ không cho trẻ bú hoàn toàn hay gần hoàn toàn nữa.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Trả lời ngắn các câu hỏi sau

1. Dụng cụ tử cung (DCTC) là một vật nhỏ đặt trong tử cung để tránh thai, chỉ cần đặt(A)..... nhưng có tác dụng tránh thai(B).....
2. Tám điểm thuận lợi (hay ưu điểm) của DCTC :
 - A.
 - B.
 - C.
 - D. Để có thai lại sau khi tháo,

- E. Không ảnh hưởng tới giao hợp.
 F. Không ảnh hưởng tới trục điều hoà tuyến yên–buồng trứng
 G. Là biện pháp tốt cho những phụ nữ không dùng được thuốc uống tránh thai.
 H. Không ảnh hưởng đến tiết sữa để nuôi con.
3. Bốn điểm không thuận lợi (nhược điểm) của DCTC.
 A.
 B.
 C.
 D. Không có tác dụng phòng tránh các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
4. Năm dấu hiệu báo động của viên thuốc tránh thai kết hợp là:
 A.
 B.
 C.
 D. Ra máu giọt/chảy máu ngoài kỳ kinh.
 E. Có thể không ra máu kinh nguyệt hoặc hành kinh ít.
5. Biện pháp tránh thai tự nhiên là những biện pháp (A)..... dùng đến (B)..... tránh thai nào để ngăn cản sự thụ tinh.
6. Năm thuận lợi của phương pháp triệt sản:
 A.
 B.
 C.
 D. Kinh tế, thực hiện một lần tránh thai vĩnh viễn.
 E. Thủ thuật đơn giản nhanh chóng.
7. Bốn thời điểm có thể tiến hành phương pháp triệt sản nữ:
 A.
 B.
 C.
 D. Kết hợp trong khi phẫu thuật ổ bụng cả mở bụng và nội soi.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột A cho câu đúng, vào cột B cho câu sai:

STT	Nội dung	A	B
8	Ra máu âm đạo thấm giọt có thể sẽ tăng sau uống một số vi viên thuốc tránh thai kết hợp đầu tiên.		
9	Một phụ nữ đã uống một vi viên thuốc tránh thai kết hợp một cách hoàn hảo (hàng ngày) và chưa có kinh trở lại, chị ấy có thể bắt đầu vi thuốc tiếp theo theo lịch.		
10	Phụ nữ có những thay đổi nang tuyến vú theo chu kỳ có thể dùng được viên thuốc tránh thai kết hợp.		
11	Viên thuốc tránh thai kết hợp có thể được sử dụng ngay sau khi nạo phá thai.		
12	Sau 3 tháng dùng viên thuốc tránh thai kết hợp, huyết áp tối đa tăng 30mmHg, khuyến chị ấy nên tiếp tục dùng thuốc.		
13	Một phụ nữ bị ỉa chảy trong khi uống viên thuốc tránh thai kết hợp, khuyến chị ấy sử dụng một biện pháp tránh thai hỗ trợ cho thời gian còn lại của vi thuốc.		
14	Buồn nôn thường gặp hơn khi uống những vi đầu viên thuốc tránh thai kết hợp so với những vi sau.		
15	Phụ nữ 45 tuổi trở lên không dùng viên tránh thai kết hợp.		

16	Phụ nữ suy dinh dưỡng, thiếu máu không dùng viên thuốc tránh thai kết hợp.		
17	Phụ nữ có thay đổi nang tuyến vú theo chu kỳ kinh có thể dùng được exluton.		
18	Phụ nữ trên 40 tuổi hút thuốc lá có thể dùng viên tránh thai chỉ có progestin.		
19	Ngày nào cũng uống một viên thuốc là đủ, không cần uống theo giờ.		
20	Thuốc diệt tinh trùng là loại thuốc đặt vào âm đạo sau khi giao hợp để diệt tinh trùng.		
21	Có thể sử dụng thuốc diệt tinh trùng để phòng BLQĐTD – HIV/AIDS có hiệu quả.		
22	Triệt sản nam là phương pháp tránh thai tạm thời.		
23	Triệt sản nam không có ảnh hưởng đến sức khoẻ và sinh hoạt tình dục.		
24	Mỗi khi tiến hành mổ lấy thai là phải triệt sản bằng phương pháp thắt và cắt hai ống dẫn trứng.		
25	Điều quan trọng nhất trong BPTT tính theo vòng kinh là phải biết cách xác định ngày phóng noãn.		
26	Những ngày trước phóng noãn ít khả năng có thai hơn là những ngày sau phóng noãn.		
27	Từ ngày có thân nhiệt tăng là đã bước vào giai đoạn an toàn		
28	Xuất tinh ngoài âm đạo là BPTT kết quả không cao.		
29	Khi cung cấp PPCBVK, nên giới thiệu thêm một biện pháp tránh thai hỗ trợ khác.		

Chọn một câu trả lời đúng nhất cho các câu từ 30 đến 34

30. Thời điểm đặt DCTC trong chu kỳ kinh đúng nhất là vào lúc:

- A. Trước khi có kinh.
- B. Trong lúc đang hành kinh.
- C. Ngay sau khi sạch kinh.
- D. Sau khi sạch kinh 3 đến 5 ngày.
- E. Bất kể ngày nào trong chu kỳ kinh.

31. Khi một phụ nữ dùng hết 1 vỉ 28 viên, cần phải bắt đầu vỉ tiếp theo:

- A. Sau 5 ngày
- B. Sau 7 ngày
- C. Ngay ngày hôm sau
- D. Khi hết hành kinh

32. Khi nào thì bạn sẽ khuyến khích một phụ nữ không cho con bú dùng viên thuốc tránh thai kết hợp:

- A. 3 ngày đầu sau đẻ.
- B. 3 tuần sau đẻ.
- C. 3 tháng sau đẻ.
- D. 6 tháng sau đẻ.

33. Chỉ định của phương pháp thắt và cắt hai ống dẫn trứng

- A. Có một con
- B. Đã có hai con khoẻ mạnh và không muốn đẻ thêm nữa
- C. Tình trạng hôn nhân không ổn định

D. Đã có đủ con mong muốn và muốn phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

34. Ba yếu tố cần thiết để PPCBVK có hiệu quả là:

A. Vô kinh, cho con bú hoàn toàn bằng sữa mẹ, con dưới 8 tháng.

B. Vô kinh, cho con bú hoàn toàn vào ban ngày, con dưới 6 tháng tuổi.

C. Có kinh không quá 2 lần, cho con bú cách nhau không quá 6 giờ và con dưới 6 tháng.

D. Vô kinh, cho con bú hoàn toàn cả ngày lẫn đêm và con dưới 6 tháng tuổi.

ĐÁP ÁN TỰ LƯỢNG GIÁ

BÀI 1. HIỆN TƯỢNG THỤ TINH, LÀM TỔ, PHÁT TRIỂN CỦA TRỨNG

1. A. Tinh trùng.
B. Noãn.
C. Trứng.
 2. A. Ngoại sản mạc trứng.
B. Ngoại sản mạc tử cung.
C. Ngoại sản mạc tử cung rau.
 3. B. Trung sản mạc.
C. Ngoại sản mạc.
 4. A. Lá thai ngoài.
B. Lá thai giữa.
C. Lá thai trong.
 5. A. Gai rau dinh dưỡng.
B. Gai rau bám.
 6. A. X
B. Y
7. B; 8. B; 9. A; 10. B; 11. A; 12. A; 13. A; 14. A; 15. A; 16. B; 17. A; 18. A;
19. D; 20. D; 21. B; 22. D; 23. B; 24. A.

BÀI 2. THAY ĐỔI GIẢI PHẪU, SINH LÝ Ở PHỤ NỮ KHI CÓ THAI

1. A. Thứ 4
2. A. Toan hơn
B. Glycogen
C. Lactic
 3. A. Phóng noãn
B. Hành kinh
4. A. Đa thai
B. Thai to
C. Chửa trứng
 5. A. 7,25
B. 10,5
6. A. 200
B. 250
7. A; 8. B; 9. B; 10. A; 11. B; 12. B; 13. B; 14. A; 15. B; 16. A; 17. A; 18. B;
19. D; 20. A; 21. D; 22. A; 23. D; 24. A; 25. B; 26. D; 27. B; 28. D; 29. C; 30. B.

BÀI 3. THAI NHI ĐỦ THÁNG

1. A; 2. B; 3. A; 4. A; 5. A; 6. A; 7. A; 8. B; 9. A; 10. B; 11. C; 12. D; 13. A;
14. D; 15. C; 16. B; 17. A; 18. D.

BÀI 4. CHẨN ĐOÁN THAI NGHÉN, VỆ SINH THAI NGHÉN.

1. A. Chẩn đoán thai nghén
B. Khoẻ mạnh, kinh nguyệt đều
2. A. Con so
B. Con rạ
3. A. 20.000
B. 60.000
4. B. Chửa trứng
C. Thai chết trong tử cung
5. A. Hai vạch đỏ
6. A. Khi thai 4, 5 tháng

- B. Một vạch đỏ
B. 5 tháng
7. A. Chân tay
B. Trí óc
8. A. 8 – 12kg
B. Nguy hiểm
C. Mẹ và thai
9. A. Bù lại
B. Thai nghén
C. Dự trữ
10. A. A
B. D
11. A. Sự phát triển
B. Táo bón
- 12.A; 13. B; 14. A; 15. B; 16. B; 17. A; 18. A; 19. B; 20. B; 21. A; 22. A; 23. A; 24. B; 25. A;
26. B; 27. B; 28. A; 29. A; 30. C; 31. B; 32. A; 33. A.
34. A. 8 tuần
B. 8/10/2006
35. A. 40 tuần
B. 25/11/2006
36. C
37. C
38. B
39. D

BÀI 5. DẤU HIỆU CHUYỂN DẠ VÀ THEO DÕI, CHĂM SÓC CHUYỂN DẠ

1. A. Giai đoạn xoá mờ cổ tử cung
B. Giai đoạn sổ thai
C. Giai đoạn sổ rau
2. A. Đau bụng từng cơn
B. Ra nhày hồng âm đạo
C. Mọi vùng thắt lưng
3. B. Ngắn dần
C. Dài dần
D. Mạnh dần
4. A. Ổi phồng.
B. Ổi dẹt.
C. Ổi quả lê
5. A; 6. A; 7. B; 8. B; 9. B; 10. A; 11. A; 12. A; 13. B; 14. B; 15. B; 16. B;
17. A; 18. A; 19. B; 20. D; 21. A; 22. A; 23. D; 24. D; 25. C; 26. B.

BÀI 6. VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

1. A. Xâm nhập.
B. Các vi sinh vật
2. A. Hoá chất thích hợp
B. Da và mô
3. A. Vật lý
B. Dụng cụ
4. A. Tiêu diệt
B. Nha bào
5. A. Vi sinh
B. Nha bào
6. A. Dụng cụ cần vô khuẩn
B. Thầy thuốc
C. Sản phụ
7. A. Khử nhiễm
B. Làm sạch
D. Bảo quản
8. B. Ngâm cồn
C. Ngâm trong hoá chất
9. A. Kim loại
B. Nha bào
10. A; 11. B; 12. A; 13. A; 14. A; 15. A; 16. A; 17. B; 18. A; 19. A; 20. A; 21. C; 22. D; 23. D;
24. B; 25. D; 26. A; 27. B; 28. A; 29. B; 30. C;

BÀI 7. ĐỒ ĐẼ THƯỜNG

1. A. Nơi đẻ
B. Dụng cụ đỡ đẻ
C. Phương tiện chăm sóc sơ sinh
2. A. Sức rặn hướng vào chính giữa âm môn.
B. Có thời gian cho tầng sinh môn giãn nở, khi đẻ đỡ rách tầng sinh môn.
C. Ngoài đỡ đẻ có thể làm các thủ thuật mà không cần chuyển tư thế sản phụ.
3. A. Đẻ tại bàn đẻ.
B. Đẻ tại giường đẻ.
C. Các tư thế đẻ khác.
4. A. Hỗ trợ tinh thần.
B. Hỗ trợ sức rặn.
5. A. Thì đầu cúi.
B. Thì đầu ngửa
6. A. Đỡ vai trước.
B. Đỡ vai sau.
7. A. Đỡ trán
B. Đỡ cằm.
8. A. Dây rau lỏng gỡ qua đầu hoặc gỡ qua vai.
B. Nếu quấn cổ 2 vòng cặp cắt giữa hai kẹp.
9. A. Quay thứ nhất: trở lại vị trí ban đầu.
B. Quay thứ hai: quay theo vai.
10. A. Phản xạ vú tử cung.
B. Kích thích trực tiếp vào tử cung qua thành bụng.
11. A; 12. A; 13. A; 14. B; 15. A; 16. A; 17. A; 18. B; 19. A.

BÀI 8. CHĂM SÓC SƠ SINH NGAY SAU ĐẺ

1. A. Hô hấp.
B. Tuần hoàn.
C. Trương lực cơ.
2. A. 8 – 10
B. 4 – 7
C. 0 – 3
3. B. Cắt rốn.
C. Lau khô ủ ấm.
D. Làm rốn.
4. A; 5. B; 6. A; 7. A; 8. B; 9. A; 10. B; 11. B; 12. A; 13. B; 14. B; 15. A; 16. B; 17. A; 18. A; 19. A; 20. C.

BÀI 9. CHĂM SÓC BÀ MẸ SAU ĐẺ

1. D. Khỏi cầu an toàn.
E. Tắc mạch sinh lý ở diện rau bám.
F. Huyết âm đạo ra nhiều.
2. E. Huyết âm đạo ra nhiều.

F. Khó khăn trong tự chăm sóc và chăm con.

G. Bí đại tiểu tiện.

3. A. 6 giờ
4. A. Cho sản phụ nằm nghỉ tại phòng đẻ trong 6 giờ đầu.
B. Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ.
C. Hướng dẫn bà mẹ thay băng vệ sinh.
5. A. Shock: do đau, mất máu, gắng sức, bệnh lý có sẵn.
B. Chảy máu. do chờ tử cung, sót rau, chấn thương đường sinh dục.
C. Chấn thương đường sinh dục. rách tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung, máu tụ.
6. A. Thiếu máu. do mất máu, ăn uống kém.
B. Nhiễm khuẩn. tầng sinh môn, âm đạo, vết khâu, vết rách, phần phụ...
C. Sốt rau. gây chảy máu nhiễm khuẩn.
7. A; 8. A; 9. B; 10. B; 11. C; 12. A; 13. D; 14. B; 15. B; 16. D.

BÀI 10. SẪY THAI, CHỮA TRỨNG, CHỮA NGOÀI TỬ CUNG

1.A; 2. D; 3. D; 4. A; 5. C; 6. A; 7. A; 8. C; 9. D; 10. C; 11. A; 12. A; 13. B;
14. D; 15. A; 16. B; 17. A; 18. A; 19. B; 20. B; 21. A; 22. A; 23. B; 24. A; 25. A; 26. B;
27. A; 28. B; 29. B; 30. A; 31. A; 32. A 33. A; 34. A; 35. B; 36. B; 37. A;

BÀI 11. RAU TIỀN ĐẠO, RAU BONG NON, THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

1. A; 2. A; 3. A; 4. A; 5. B; 6. A; 7. A; 8. A; 9. B; 10. A; 11. A;
12. B; 13. A; 14. A; 15. A; 16. B; 17. A; 18. A; 19. B; 20. A; 21. C;
22. D; 23. A; 24. D; 25. B; 26. B; 27. C; 28. C; 29. A; 30. D; 31. D.

BÀI 12. ĐẠI CƯƠNG ĐẼ KHÓ

1. A; 2. B; 3. A; 4. A; 5. A; 6. A; 7. A; 8. B; 9. A; 10. A; 11. B; 12. A; 13. B; 14. B; 15. A; 16. D; 17. D; 18. D; 19. D; 20. C; 21. D; 22. B; 23. A.

BÀI 13. HỘI CHỨNG NHIỄM ĐỘC THAI NGHÉN VÀ SẢN GIẬT

1. B; 2. A; 3. B; 4. A; 5. A; 6. B; 7. A; 8. B; 9. A; 10. A; 11. A; 12. A; 13. D; 14. C; 15. A; 16. D;
17. D; 18. C; 19. A; 20. C; 21. B.

BÀI 14. DOẠ VỠ VÀ VỠ TỬ CUNG

1. A; 2. A; 3. B; 4. A; 5. B; 6. D; 7. C; 8. D.

BÀI 15. CHẢY MÁU SAU ĐẼ

1. A; 2. A; 3. A; 4. A; 5. A; 6. D; 7. A; 8. D; 9. D; 10. C; 11. C; 12. B; 13. D; 14. A; 15. C.

BÀI 16. NHIỄM KHUẨN SAU ĐẼ

1. A. Qua vùng rau bám
B. Từ niêm mạc tử cung

- C. Từ vết thương đường sinh dục.
2. A. Từ sản phụ
B. Từ dụng cụ
C. Từ phía thầy thuốc
 3. A. Toàn thân có hội chứng nhiễm khuẩn
B. Sản dịch hôi, lẫn mủ, có thể ra máu đỏ kéo dài.
C. Cổ tử cung hở, thân tử cung co hồi kém, mật độ mềm, ấn đau.
 4. A. Viêm niêm mạc tử cung
B. Co kém
 5. A. Nhiễm khuẩn
B. Bộ phận sinh dục
 6. A. Mẹ bị nhiễm khuẩn từ trước
B. Do rách, cắt tầng sinh môn, âm đạo, cổ tử cung mà khâu không đúng kỹ thuật, chăm sóc sau đẻ không tốt.
C. Quên gạc, mèche trong âm đạo
 7. A. Nhiễm khuẩn từ trước
B. Nhiễm khuẩn ối, ối vỡ non, vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài
C. Sốt rau, sốt màng
 8. A. Do các viêm nhiễm phía dưới không được điều trị lan lên
B. Do tổn thương tử cung trong đẻ
 9. A. Chuyển dạ kéo dài, đẻ khó, mất máu nhiều
B. Sau đẻ nằm nhiều, không vận động
C. Cơ địa. máu tăng đông (do tăng tiểu cầu, fibrinogen)
 10. A. Sốt từ ngày thứ 3 ÷ 5 sau đẻ
B. Hai vú cương đau
C. Tử cung, sản dịch bình thường
 11. A. Sau đẻ 2, 3 ngày, sữa tiết nhiều trẻ bú ít dẫn đến sữa tắc không thông
B. Sữa tắc không thông là nguyên nhân chủ yếu gây nên tuyến sữa
C. Xảy ra ở người mẹ trẻ là lượng sữa quá nhiều
 12. A. Vú căng tức, sốt cao
B. Vú sưng ở một vùng, vùng đó nóng, đỏ, ấn đau
C. Chọc dò vùng sưng tấy thấy có mủ
13. A; 14. A; 15. B; 16. A; 17. A; 18. A; 19. A; 20. B; 21. B; 22. A 23. C; 24. A; 25. D; 26. C; 27. B.
- BT.
1. A
 2. A. Khuyến chị A ăn đầy đủ chất dinh dưỡng, uống nhiều nước hoa quả
B. Cho kháng sinh toàn thân, kết hợp
C. Dùng thuốc tăng co tử cung
D. Chuyển đến bệnh viện.

BÀI 17. CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

- Dịch trong loãng, không màu, không mùi, hơi dính
 - Lượng dịch ít, tăng tiết giữa chu kỳ kinh nguyệt
 - Dịch tiết giảm trong trường hợp không sản xuất nội tiết tố sinh dục
- Giúp đường sinh dục luôn ẩm
 - Ức chế việc sinh sôi quá mức của một số vi khuẩn
- Trùng roi gây viêm âm đạo
 - Vi khuẩn khí và candida
 - Lậu cầu khuẩn
- Khí hư loãng có bọt
 - Ngứa đi tiểu khó, đau khi giao hợp
 - Âm hộ, âm đạo, cổ tử cung đỏ phù nề
- Có dịch nhầy, hơi đục chảy ra từ lỗ cổ tử cung, cổ tử cung đỏ phù nề
 - Ngứa âm đạo, đi tiểu khó
 - Viêm tuyến bartholin, viêm tiểu khung
- Đái buốt, có thể kèm theo đái dắt
 - Biểu hiện sốt, người mệt mỏi
- Vết loét có hình tròn hoặc hình bầu dục
 - Tự khỏi sau 6 ÷ 8 tuần
 - Có biểu hiện hạch to, di động (hạch bẹn)
- Âm đạo
 - Tầng sinh môn
 - Hậu môn
- Lậu cầu khuẩn
 - Chlamydia tractromatis
 - Vi khuẩn kỵ khí
- Sút cân 10% trọng lượng cơ thể
 - Ỉa chảy kéo dài trên 1 tháng
 - Sốt kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân
- Quan hệ tình dục với người nhiễm HIV
 - Qua đường máu. truyền máu, tiêm chích...
 - Mẹ mang virus truyền sang con.
- A; 13. A; 14. A; 15. B; 16.A; 17.A; 18.A;19.A; 20.A; 21. B; 22. C; 23.C; 24.D; 25. C; 26. D; 27. B; 28. B; 29. A; 30. A; 31. B.

BÀI 18. KHỐI U ĐƯỜNG SINH DỤC, U VÚ

- Nang của ống trong thận (nang gartreer)
 - Nang tuyến tiền đình lớn (nang bartholin)
 - Sùi mào gà

2. A. Nang ống trong thận
B. Sùi mào gà
C. U cơ tron thành âm đạo
3. A. Nang bọc noãn
B. Nang hoàng tuyến
C. Nang hoàng thể
4. A. U nang bì
B. U nang nước
C. U nang nhầy
5. A. Rối loạn kinh nguyệt.
B. Đau do thiếu máu cục bộ hoặc chèn ép thần kinh trong tiểu khung
C. Chèn ép. bàng quang, trực tràng
6. A. Tuổi từ 35 ÷ 50
B. Đẻ nhiều: từ 5 con trở lên
C. Hoạt động tình dục sớm trước 17 tuổi
7. A. Ra máu bất thường sau khi đã mãn kinh
B. Khí hư nhiều, nhầy, loãng, hôi có khi là mũ
C. Tử cung hơi to và mềm
8. A. Tuổi từ 50 – 70
B. Quá mập (trên 25kg so với bình thường)
C. Đái tháo đường
E. Mạn kinh muộn sau 52 tuổi.
9. A. Tuổi 40 ÷ 50
B. Đau vú theo chu kỳ, đau tự nhiên, mất sau chu kỳ kinh
10. A. Chắc, xơ, đều tròn hoặc hình trứng không đau
B. Kích thước thay đổi khoảng 2 ÷ 3 cm
C. Thường chỉ có một u (đôi khi có nhiều u)
11. A; 12. B; 13. A; 14. A 15. A; 16. B; 17. A; 18. A; 19. B; 20. C; 21. C; 22. C; 23. A; 24. D; 25. D

BÀI 19. DÂN SỐ VÀ PHÁT TRIỂN

1. A. Dân số đầu năm + dân số cuối năm
B. 2
2. A. Số trẻ em sinh ra sống được trong năm
B. Số dân trung bình trong năm
3. A. Nhóm kinh tế . xã hội
B. Nhóm yếu tố tự nhiên
C. Nhóm yếu tố chính sách dân số
4. A. Cơ cấu dân số theo giới tính
B. Cơ cấu dân số theo độ tuổi
C. Cơ cấu dân số theo tình trạng hôn nhân
5. A. Tỷ suất sinh thô

- B. Tỷ lệ con thứ 3 trở lên
- 6. A. Tỷ suất chết thô
B. Tỷ suất chết trẻ em dưới 1 tuổi
C. Tỷ suất chết mẹ
- 7. A. Đất chật, người đông
B. Rừng bị thu hẹp nhanh chóng
C. Thiếu việc làm nghiêm trọng
- 8. A; 9. B; 10. A; 11. A; 12. A; 13. A; 14. A; 15. A; 16. B; 17. B; 18. B; 19. D; 20. A.

BÀI 20. DÂN SỐ – KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

- 1. A. Khả năng sinh đẻ
B. Tử vong
C. Biến động tự nhiên và biến động cơ học
- 2. A. Tỷ suất sinh thô (CBR)
B. Tỷ suất chết thô (CDR)
C. Tỷ suất đặc trưng theo tuổi (AFSR)
- 3. A. Giúp cho mẹ và con khoẻ mạnh
B. Phúc lợi gia đình và gia đình hạnh phúc hơn
C. Ngăn ngừa sự nghèo đói
- 4. A. Số trẻ em sinh ra sống được trong năm
B. Số dân trung bình trong năm
- 5. A. Những phụ nữ theo nhóm tuổi
B. Số phụ nữ ở nhóm tuổi
- 6. A. Số người chết trong năm
B. Số dân trung bình trong năm
- 7. A. Số trẻ em dưới 1 tuổi bị chết trong năm
B. Số trẻ em được sinh ra sống trong năm
- 8. A. Tỷ suất sinh thô hay: A. Số trẻ em sinh ra trong năm
B. Số người chết trong năm
- 9. C. Dân số trung bình
- 10. A. Tỷ suất tăng tự nhiên
B. Tỷ suất di cư thuần túy
- 11. A. Số phụ nữ có chồng từ 15 – 49 tuổi đang dùng các biện pháp tránh thai
B. Tổng số phụ nữ có chồng từ 15 – 49 tuổi
- 12. A. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng
B. Nguyên tắc của công tác dân số
C. Quyền và nghĩa vụ của công dân về công tác dân số
- 13. A. Giảm sinh một cách vững chắc
B. Nâng cao chất lượng dân số về thể chất và tinh thần

14. A. Giảm tỷ lệ tăng dân số xuống còn 1,1%
B. Nâng tuổi thọ trung bình lên 71 tuổi
C. Tăng số năm đi học lên 9 năm
15. A. Tăng cường công tác lãnh đạo tổ chức, quản lý
B. Vận động, tuyên truyền, giáo dục, đưa dịch vụ KHHGD đến tận người dân
C. Đầu tư cho công tác dân số – kế hoạch hoá gia đình
16. A. Được cung cấp thông tin về dân số
B. Được cung cấp các dịch vụ dân số có chất lượng
C. Lựa chọn các biện pháp chăm sóc sức khoẻ sinh sản . kế hoạch hoá gia đình
17. A. Thực hiện kế hoạch hoá gia đình và xây dựng quy mô gia đình ít con
B. Thực hiện các biện pháp phù hợp để nâng cao thể chất, tinh thần
C. Tôn trọng lợi ích của Nhà nước, xã hội, cộng đồng.
18. A; 19. A; 20. A; 21. B; 22. A; 23. A; 24. A; 25. A; 26. A.

BÀI 21. CÁC BIỆN PHÁP SINH ĐỀ CÓ KẾ HOẠCH

1. A. Một lần.
B. Kéo dài trong nhiều năm.
2. A. Hiệu quả cao 95,97%.
B. Tác dụng trong nhiều năm (3 – 5 năm)
C. Thao tác đặt và tháo ra dễ dàng.
3. A. Khách hàng phải đến cơ sở y tế để đặt và tháo ra.
B. Cần có cán bộ chuyên khoa để đặt và tháo DCTC
C. Có một số biến chứng
4. A. Buồn nôn (loại trừ do thai nghén, cảm cúm hoặc viêm nhiễm khác).
B. Cương vú (loại trừ do thai nghén)
C. Đau đầu nhẹ
5. A. Không cần.
B. Dụng cụ, thuốc men hay thủ thuật.
6. A. Hiệu quả tránh thai cao.
B. Không ảnh hưởng đến sức khoẻ.
C. Không có tác dụng phụ.
7. A. Khi không có thai.
B. Sau đẻ thường (48 giờ hoặc sau 6 tuần).
C. Ngay sau khi nạo, hút thai (buồng tử cung sạch và không nhiễm khuẩn)
8. A; 9. A; 10. A; 11. A; 12. B; 13. A; 14. A; 15. A; 16. B; 17. A; 18. A;
19. B; 20. B; 21. B; 22. B; 23. A; 24. B; 25. A; 26. B; 27. B; 28. A; 29. A;
30. D; 31. C; 32. B; 33. D; 34. D.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sản Đại học Y – Hà Nội. *Điều dưỡng sản – Phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học. 1997
2. Bộ môn Sản Đại học Y – Hà Nội. *Bệnh học sản*, Trường đại học Y Hà Nội. 1995
3. Bộ môn Sản Đại học Y – Dược Tp Hồ Chí Minh. *Sản phụ khoa*, Đại học Y – Dược Tp Hồ Chí Minh. 1995
4. Bộ Y tế. *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh*, Nhà xuất bản Y học. 2002.
5. Bộ Y tế. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học. 2001.

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Chủ tịch HĐQT kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI
Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập NGUYỄN QUÝ THAO

Chịu trách nhiệm nội dung:

Chủ tịch HĐQT kiêm Giám đốc Công ty CP Sách ĐH – DN
TRẦN NHẬT TÂN

Biên tập nội dung và sửa bản in:

BS. VŨ THỊ BÌNH – NGÔ THỊ THANH BÌNH

Thiết kế mỹ thuật và trình bày bìa:

TẠ TRỌNG TRÍ

Thiết kế sách và chế bản:

PHẠM ĐÌNH PHONG

ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHẨM KHOA

Mã số: 7G078Y8 – DAI

In 1.300 bản, (QĐ: 79), khổ 19 × 27 cm. In tại Công ty Cổ phần In Phúc Yên.

Địa chỉ : Đường Trần Phú, thị xã Phúc Yên, Vĩnh Phúc.

Số ĐKKH xuất bản: 922-2008/CXB/4-1873/GĐ.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 12 năm 2008.

