

## TUẦN 10 – CHĂM SÓC THIẾT YẾU HẬU SẢN

### VẤN ĐỀ THƯỜNG GẶP Ở SẢN PHỤ NHỮNG NGÀY ĐẦU HẬU SẢN

- **Hậu sản là gì?** Hậu sản là khoảng thời gian kéo dài 6 tuần sau sanh, gồm 4 hiện tượng chính:

- Sự thu hồi của tử cung => liên quan tới sự cầm máu và tiết sản dịch.
- Sự tiết sản dịch.
- Sự lên sữa và tiết sữa.
- Những thay đổi tổng quát khác.

- **Sự thu hồi tử cung:** Một cách tổng quát, **thu hồi tốc độ 1 cm/ngày, và sau 12-13 ngày hậu sản**, sẽ co hồi về khung chậu và không sờ được nữa.

- Trong 3-4h đầu sau sinh, tử cung sẽ co cứng liên tục tạo thành khối cầu an toàn (Sinh mổ thì có co không?)
- Sau đó, tử cung bắt đầu gò để tống sản dịch ra ngoài. Các cơn co sẽ giảm dần theo thời gian.
- Đoạn dưới tử cung co hồi trước thành eo tử cung. Cổ tử cung đóng sau 5-8 ngày, âm đạo và âm hộ co hồi sau 10-15 ngày.
- Ngay sau sinh, tử cung cao khoảng 13-14 cm trên xương vệ.
- Nhiễm trùng, cơn rã có tốc độ thu hồi chậm hơn 1 cm/ngày.
- Đến 12-13 ngày, tử cung đã về ở dưới sau khớp vệ.

- **Sự thay đổi của niêm mạc tử cung:** về bình thường theo 2 giai đoạn:

- **Giai đoạn 1:** thoái triển – lớp màng rụng biệt hóa trở lại thành lớp **bề mặt** và **đáy tuyến**.
- **Giai đoạn 2:** phát triển – tế bào **trụ** trong lớp **đáy tuyến** phát triển, phục hồi hoàn toàn trong 6 tuần.

- **Mục tiêu và cách theo dõi sản dịch (lochia):**

○ **Sản dịch là gì?** (1) Mảnh vụn màng rụng, (2) cục máu đông nhỏ từ vết thương nơi nhau bám, và (3) **dịch tiết của vết thương đường sinh (cổ tử cung, âm đạo).**

- Ban đầu, sản dịch là dịch tiết tử cung nên vô trùng, mùi tanh nồng.
- **Con số sản dịch hết nhanh hơn cơn rã**, sinh mổ sản dịch ít hơn.

○ **Mục tiêu theo dõi sản dịch:** bao gồm 2 vấn đề chính:

- **Màu sắc và mùi dịch:** => chủ yếu nhằm theo dõi nhiễm trùng.
  - N1-3: Ban đầu máu đỏ tươi => đỏ bầm như bã trầu.
  - N4: sản dịch ít dần, lẫn nhầy như máu cá.
  - N8-12: sản dịch nhầy, ít dần đi. (tương đương với lúc tử cung đã thu hồi rất nhỏ)
  - Ngày 12-18 (2-3 tuần): Kinh non, 1-2 ngày, lượng ít hơn kinh bình thường. Đây không phải là kinh thực sự, mà do sự phát triển của nội mạc tử cung non. Kinh thật sự có thể đến sớm nhất là 4-6 tuần hậu sản.
- **Số lượng sản dịch** => chủ yếu nhằm theo dõi có sự bí tiết sản dịch hay không?
  - Theo dõi bằng băng vệ sinh.

- Sau sinh, **cho trẻ bú sớm, đi lại vận động sớm nếu được, xoa đáy tử cung thành bụng** để tăng co hồi tử cung. Đồng thời, **sử dụng băng vệ sinh để theo dõi sản dịch**, giúp giảm thiểu tình trạng bết sản dịch.
- Sản dịch nếu bị bế lại sẽ ngăn cản sự co hồi của tử cung, dẫn đến nhiễm trùng tử cung.

**Nguyên nhân và cách xử trí bí tiểu sau sinh:**

**- Sự thay đổi của bàng quang:**

- Phù nề, sung huyết, tăng dung tích, mất nhạy cảm tương đối với **áp lực NT lên BQ**.
- Bề thận và niệu quản dẫn.
- Áp lực niệu quản tăng, van niệu quản yếu  
→ trào ngược bàng quang niệu quản, dễ nhiễm trùng, ứ đọng nước tiểu, bí tiểu, tiểu khó.
- Tổn thương đường niệu sau sinh có 3 vấn đề chính: bí tiểu, tiểu không tự chủ và rò âm đạo bàng quang.
  - **Bí tiểu:** Thường gặp nhất.
  - Nguyên nhân bí tiểu:
    - **Chức năng bàng quang bị ảnh hưởng:** Đầu thai nhi chèn ép lên cổ bàng quang, gây phù nề.
      - Đau ở vết đau tầng sinh môn.
      - Giảm khả năng co bóp của bàng quang
    - **Giải phẫu:** Phù nề tầng sinh môn.
      - Hẹp đường ra của bàng quang
    - **Bàng quang căng tức** (giảm phản xạ, hay cảm giác căng đầy của bàng quang).
      - Giảm đau ngoài màng cứng, do nước tiểu nhiều về quá làm bàng quang căng.

**Mục tiêu và cách chăm sóc tổn thương tầng sinh môn:**

**Tổn thương tầng sinh môn có 2 vấn đề chính sau:**

- Tụ máu âm hộ - tầng sinh môn:
  - Đây là trọng tâm trong theo dõi hội âm 24 giờ đầu.
  - Thường nằm trên vết cắt may tầng sinh môn.
  - Triệu chứng: Căng tức vùng âm hộ, mạch có thể hơi nhanh, sốt nhẹ, **cảm giác mất rặn**.
  - Xử trí:
    - Nếu khám thấy khối máu tụ to nhanh thì phải rạch giải áp, tìm điểm chảy máu, khâu cột cầm máu.
- Nhiễm trùng vết may tầng sinh môn:
  - Hướng dẫn vệ sinh tốt: Giữ khô vết may.
    - Sử dụng băng vệ sinh áp vào vết may khi đi cầu, và tránh rặn quá mạnh.
    - Rửa bằng nước ấm sau khi đi vệ sinh.
    - Không được ngồi quá nhiều, đè ép lên vết may tầng sinh môn.
  - Triệu chứng: Đau mà không có lực tác động vào, sốt...

**Một vài lời khuyên trong giảm đau, bí tiểu, bí đại tiện**

- Đi tiểu thường xuyên, tránh BQ đầy sẽ đẩy tử cung về phía sau và ngăn cản sự co hồi tử cung
- Nếu tiểu khó, dùng phương pháp vật lý trước khi quyết định đặt sonde tiểu: chườm ấm, xoa bụng.
- Sau 72 giờ chưa đi tiêu được, xem lại chế độ ăn đầu tiên.

**Những vấn đề quan trọng trong dinh dưỡng hậu sản:**

- **Cần chú ý các nguyên tắc:**
  - Tăng năng lượng và khẩu phần ăn:

- Tổng năng lượng cao hơn trong lúc mang thai (hơn 500 kcal).
- Protein tăng gần gấp đôi, Calcium nhu cầu 1000 gram/ngày. Do đó cần bổ sung thêm.
- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng, chú trọng ăn rau củ quả để có thể đi tiêu dễ dàng.
- Tránh tập quán kiêng cử.
- Giữ được tâm trạng thoải mái, tươi trẻ.
- Vận động nhẹ và chú ý sử dụng thuốc sau khi sinh.

## WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care

Tỉ lệ tử vong ở mẹ và thai nhi trong thời kì hậu sản **chủ yếu xảy ra ở ngày đầu tiên**, hay hậu sản ngày 1, giảm dần sau đó, và hầu như xảy ra trong tuần hậu sản đầu tiên.

### Chăm sóc trong 24 giờ đầu tiên sau sinh

#### Chăm sóc mẹ

- Trong 6 giờ đầu, đo huyết áp càng sớm, ghi nhận lượng nước tiểu, đảm bảo khu vực vệ sinh sạch sẽ.
- Tất cả các sản phụ nên được khuyến khích vận động thích hợp càng sớm càng tốt sau khi sinh.
- Nếu chưa đi tiểu được, **có thể chườm ấm hoặc tắm ấm. Nếu sau 6h đầu, đã thực hiện các biện pháp đó, mà vẫn chưa đi tiểu được thì nên đánh giá thể tích bàng quang** (khám, siêu âm bụng), và cân nhắc đặt sonde tiểu. Ngoài ra, cần kiểm tra xem bệnh nhân có uống đủ nước hay không.
- DBP dùng để theo dõi huyết áp sau sinh, xem có tiền sản giật không, nếu DBP > 90 mmHg và không giảm < 90 mmHg sau 4 giờ, hoặc kèm các dấu hiệu khác, cần chuyển chuyên gia.
- Tư vấn về QHTD an toàn, bao gồm sử dụng bao cao su.
- Tư vấn dinh dưỡng, LAM, các dấu hiệu nguy hiểm, và các cách theo dõi thường quy.

#### Cho con

–

### Chăm sóc 2-7 ngày đầu (24-168 giờ)

#### – Anti-D có thể lặp lại sau 72 giờ.

- Nếu đau vùng tầng sinh môn:
  - Ưu tiên chườm lạnh.
  - Paracetamol, NSAIDs nếu không có chống chỉ định.
- Nếu tiểu không tự chủ thì nên được hướng dẫn cách tập cơ sàn chậu.

## NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

### - Định nghĩa và phân loại:

- **Nhiễm trùng hậu sản:** Là tất cả nhiễm trùng ở đường sinh dục nữ trong thời kì hậu sản.
  - Lưu ý: Bao gồm cả uồn vẩn xâm nhập qua đường sinh dục.
  - Không bao gồm bệnh tuyến vú, kể cả nhiễm trùng vú hay abscess vú.
- **Nhiễm trùng chu sinh:** Kể từ khi ối vỡ đến hết thời kì hậu sản ở đường sinh dục và các mô lân cận.
- **Sốt hậu sản:** có thể là nhiễm trùng hậu sản hoặc nhiễm trùng/viêm ở **bất kì vị trí nào khác**.

○ Phân loại:

- Nhiễm ở ở phần thấp: từ cổ tử cung trở xuống, âm đạo, âm hộ, vết may tầng sinh môn.
- Nhiễm trùng tử cung: Viêm nội mạc, viêm toàn bộ tử cung, viêm tử cung phần phụ, viêm phúc mạc chậu.
- Nhiễm trùng lan rộng, **có nguồn gốc từ sinh dục**: viêm mô tế bào chu cung, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm trùng huyết.
- Uốn ván hậu sản.

- **Yếu tố nguy cơ và yếu tố loại bỏ:**

- *Yếu tố loại bỏ*: Yếu tố gây ra hay tham gia vào việc gây tử vong cho bà mẹ mà **có thể loại trừ** bằng thực thi các chăm sóc chuẩn mực.
- *Yếu tố nguy cơ*: Là yếu tố có thể dẫn đến **tăng gánh nặng** các tình trạng bệnh lý.

Bảng 1: yếu tố nguy cơ và yếu tố có thể loại bỏ	
Yếu tố nguy cơ	Yếu tố có thể loại bỏ
Điều kiện kinh tế thấp	Khám âm đạo nhiều lần
Béo phì	Monitoring trong
Đái tháo đường	Ởi vỡ lâu, nhiễm trùng ởi
Thiếu máu	Chuyển dạ kéo dài
Suy giảm miễn dịch	Tổn thương đường sanh
Có yếu tố dịch tễ liên quan GAS	Sốt mô
Tiết dịch âm đạo bất thường	Mổ lấy thai
Tiền căn viêm vùng chậu	

- **Tác nhân: Có 2 nguồn gốc chính:**

- *Từ khuẩn hệ của đường sinh dục nữ*: Khi cấu trúc khuẩn hệ bị phá vỡ sụp đổ do thay đổi về giải phẫu, sinh lí của thời gian hậu sản => biến VK thường trú thành VK gây bệnh.
- *Từ bên ngoài xâm nhập vào*: thường tại thời điểm cuộc sanh => nhiễm trùng bệnh viện hoặc cộng đồng, mà nặng nhất là **uốn ván hậu sản**.

- **Nguyên tắc tiếp cận và quản lí nhiễm trùng phần thấp:**

- Nhiễm trùng thường ở vị trí vết khâu hay rách âm đạo-tầng sinh môn => triệu chứng **khứu**: đau, các biểu hiện viêm tại chỗ, biểu hiện toàn thân thường nhẹ, ít khi sốt quá 38.5<sup>0</sup>C. **Biểu hiện nặng nhất: tụ mủ vết may**.

○ Nguyên tắc xử trí:

- Cần loại trừ các tình trạng nhiễm trùng tăng cao kèm theo.
- Chăm sóc tại chỗ: để khô vết mổ,...
- Sử dụng kháng sinh.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Streptococcus</i> nhóm A (<i>Streptococcus pyogenes</i>), <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Streptococcus</i> nhóm B (GBS)</li> <li>• <i>Staphylococcus aureus</i> và tụ cầu vàng kháng meticillin (MRSA)</li> <li>• <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella</i> sp, <i>proteus</i> sp</li> <li>• <i>Chlamydiae trachomatis</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i></li> <li>• <i>Clostridium tetanii</i>, <i>Clostridium welchii</i>, <i>Clostridium septicum</i></li> <li>• <i>Mycoplasma</i></li> <li>• <i>Morganella morganii</i></li> </ul> <p><i>* Lưu ý: bảng trình bày liệt kê, không theo thứ tự tần xuất</i></p>
---

- Thoát lưu ổ nhiễm nếu có tụ dịch và mủ. Có vẻ như ở đây cần tháo chỉ vết may.
- Khâu lại thì hai nếu cần thiết.

- Nguyên tắc tiếp cận và quản lý nhiễm trùng phần cao:

- **Viêm nội mạc tử cung:** Chỉ giới hạn ở lớp nội mạc => biểu hiện toàn thân ít, chủ yếu là thay đổi tính chất sản dịch: **màu bẩn, nặng mùi.** Tuy nhiên, có thể diễn tiến thành:
- **Viêm toàn bộ tử cung:** khi có nhiễm trùng từ nội mạc => lớp cơ => lớp thanh mạc.
  - Thường xuất hiện từ **ngày thứ 2 sau sinh.**
  - Biểu hiện lâm sàng rầm rộ: Sốt cao 38-39°C, **sản dịch hôi lẫn mủ**, cổ tử cung lắc đầu, tử cung mềm – co hồi kém và đau.
- **Nhiễm trùng lan ra xung quanh và lan rộng** với hậu quả cuối cùng là nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng gây tử vong.
- Phân biệt giữa viêm cơ tử cung và viêm phúc mạc chậu ở chỗ viêm phúc mạc chậu có ấn đau đề kháng hạ vị, còn viêm cơ tử cung không có.
- **Nguyên tắc quản lý:** Tùy thuộc vào mức độ nhiễm trùng, gồm 7 mục:
  - Khám và đánh giá mức độ nhiễm trùng.
  - Cận lâm sàng: CTM, CRP, procalcitonin, cấy + kháng sinh đồ, TPTNT, siêu âm,...
  - Điều trị triệu chứng: hạ sốt, bù dịch, dinh dưỡng, nâng đỡ tổng trạng.
  - Xem có bé sản dịch hay không? Nếu có thì nong cổ tử cung và thoát lưu sản dịch.
    - Nghĩa là sản dịch không ra được.
    - Siêu âm chắc thấy được dịch trong lòng tử cung, có thể thấy mô thai.
  - Xem có sốt mô hay không? Nếu có sốt, làm sạch lòng tử cung. Tuy nhiên, cần lưu ý khi nạo buồng tử cung có thể phát tán vi khuẩn, gây dính buồng tử cung nặng về sau.
  - Kháng sinh phổ rộng: đường tĩnh mạch.
  - Phẫu thuật cắt tử cung: cân nhắc, khi nhiễm trùng lan rộng.

## TRÁNH THAI TRONG THỜI KÌ HẬU SẢN

- Cũng như tránh thai ở thời kỳ ngoài hậu sản và thai kỳ, tránh thai ở thời kỳ hậu sản cũng bao gồm:
  - Sử dụng thuốc tránh thai nội tiết tố phối hợp estrogen-progesteron.
  - Sử dụng thuốc tránh thai nội tiết tố đơn độc progesterone.
  - Sử dụng dụng cụ đặt tử cung.
  - Tránh thai bằng dự đoán ngày phóng noãn.
  - Đặc biệt hơn là phương pháp ngừa thai bằng cho con bú vô kinh (**LAM**).
- Các yếu tố ảnh hưởng lên tránh thai lúc hậu sản:
- Sử dụng phương pháp nội tiết tố phối hợp (CHC):
- Sử dụng phương pháp progesterone đơn thuốc (POC):
- Sử dụng dụng cụ đặt tử cung (IUD):
- Cho con bú vô kinh (LAM):
- Dự đoán ngày phóng noãn (FAB):

## CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NHỮNG NGÀY ĐẦU TẠI KHOA HẬU SẢN:

### - Nội dung khám trẻ sơ sinh ở những ngày đầu sau sanh:

- Sự thích nghi với các thay đổi *hô hấp* và *tuần hoàn* => thay trao đổi nhau bằng sự thiết lập tiểu tuần hoàn chức năng và phổi vào quá trình trao đổi khí máu.
  - Phổi nở ra sau động tác hít thở đầu tiên => kháng lực tiểu tuần hoàn giảm.
  - Huyết áp LA tăng, lỗ Boval đóng kín, mất shunt P-T, sau cùng là đóng ống ĐM.
  - Dựa vào phân loại **Silverman** để phân loại suy hô hấp.
- Bắt đầu hấp thu dinh dưỡng bằng đường tiêu hóa => bú mẹ.
  - **Trẻ từ 36 tuần tuổi:** hoàn thiện phản xạ tìm kiếm, bú nuốt => có khả năng bú mẹ.
  - Chú ý phản xạ nuốt: có được khi núm vú chạm vào vòm họng của bé. Và là thường là phản xạ xuất hiện sớm nhất, sau đó mới có phản xạ tìm kiếm, bắt vú.
  - Không nên cho trẻ bú sữa ngoài, bú chai,ngậm núm vú.
- Hình thành các vi khuẩn thường trú ở đường ruột và trên da.
  - Vi khuẩn trên da: Da kề da ~ tiếp xúc mẹ con, *kể cả trên mẫu cuống rốn còn lại*. Không tắm cho trẻ sớm nhằm bảo vệ vi khuẩn thường trú mới tiếp nhận.
  - Vi khuẩn đường tiêu hóa: Đến từ việc nuốt các vi khuẩn theo những cử bú đầu tiên. Ngoài ra, bú mẹ còn cung cấp kháng thể có ích bảo vệ trẻ khỏi các tác nhân qua đường tiêu hóa.
  - Quan sát sự thải phân su thành phân vàng lợn cợn, thường sau các cử bú, ở ngày và ngày thứ 3 sau sinh => **sự trú đóng thành công của VK thường trú tốt ở TH.**
- Tự điều hòa thân nhiệt ở trẻ sơ sinh. => trẻ sinh non/nhẹ cân, trẻ bị ốm dễ mất thân nhiệt.
  - Trẻ mất nhiệt do bức xạ, tán xạ, bốc hơi và truyền nhiệt.
  - Cần phải đánh giá thân nhiệt trẻ, *nhật kế không thật sự cần thiết*. Cảm giác sờ **bàn chân** có giá trị chẩn đoán cao để chẩn đoán sớm **hạ thân nhiệt**.
  - Thực hiện chuỗi 10 bước chuỗi ấm.

### - Việc phát hiện các dị tật bẩm sinh, bệnh lý thụ đắc, và theo dõi vàng da trẻ sơ sinh là quan trọng:

- *Dị tật bẩm sinh:* là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở trẻ sơ sinh, bao gồm tắc ruột do hẹp tá tràng, phì đại đại tràng bẩm sinh, hội chứng Hirschprung, tắc ruột phân su, tim bẩm sinh có tím,...
- *Bệnh lý thụ đắc:* bao gồm 2 phần:
  - Nhiễm trùng sơ sinh:
  - Sang chấn sản khoa:
- *Vàng da trẻ sơ sinh.*

### - Nội dung chăm sóc thường quy trẻ sơ sinh tại khoa hậu sản: Gồm 5 vấn đề chính:

- **Bảo vệ thân nhiệt trẻ sơ sinh:** trẻ sơ sinh, trẻ non tháng, trẻ bị ốm là những đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ thay đổi thân nhiệt nguy hiểm nhất.
  - 4 nguyên nhân chính: thay đổi nhiệt độ môi trường, trang phục, thói quen chăm sóc có hại (tắm sớm, tắm nước lạnh) và các bệnh lý nhiễm trùng.
  - Nhiệt độ mục tiêu: 36.5°C – 37.5°C trong đó <36.5°C thường gặp hơn tăng >37.5°C.
  - Cần chú ý sự thay đổi thân nhiệt có thể là dấu hiệu đầu tiên của nhiễm trùng sơ sinh.

▪ **Chuỗi 10 bước** để bảo vệ thân nhiệt cho trẻ:

1. Một phòng sanh ấm: ngay sau sanh được đặt dưới đèn sưởi ấm.
2. Làm khô da trẻ tức thì: sau khi lau, những khăn ướt phải bỏ ra ngoài. Trẻ sinh non, trẻ ngạt nặng, trẻ giảm oxy máu => giảm đáp ứng với lạnh => vòng tuần hoàn giảm thân nhiệt. Trẻ bị toan chuyển hóa cũng dễ bị hạ.
3. Da kề da:
4. Bú mẹ:
5. Không tắm sớm:
  - ✓ Không tắm sớm hơn 6 giờ sau sinh.
  - ✓ Chỉ tắm cho trẻ khỏe mạnh, không rối loạn thân nhiệt.
  - ✓ Nếu trẻ không có vấn đề, chỉ nên tắm cho trẻ từ 2-3 ngày sau sinh.
  - ✓ Tắm muộn vừa giúp tránh hạ thân nhiệt vừa giúp trẻ hình thành và ổn định quần thể khuẩn cộng sinh trên bề mặt da.
6. Giường và quần áo đủ ấm.
7. Mẹ và con được ở gần nhau.
8. Vận chuyển ấm.
9. Hồi sức ấm
10. Nhân viên được huấn luyện.

- Trẻ dễ bị stress do lạnh vì có *diện tích da/khối lượng cơ thể* lớn.

○ **Nuôi con bằng sữa mẹ:**

○ **Chăm sóc rốn:** => tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn ở mọi công đoạn chăm sóc rốn, từ kẹp cắt cuống rốn, làm rốn và chăm sóc mẩu cuống rốn tại bệnh viện đến khi rụng rốn ở nhà.

- Dung dịch chăm sóc: nước sạch, hoặc dung dịch iod hữu cơ.
- Đánh giá được kỹ năng chăm sóc rốn của mẹ, nhận thức của mẹ về tầm quan trọng của chăm sóc rốn.
- Không được băng kín rốn.
- Dấu hiệu nhiễm trùng rốn: ẩm, đỏ, có mùi, có mủ và các dấu hiệu toàn thân.
  - Tại chỗ (<2cm): chăm sóc tại chỗ với dung dịch sát khuẩn, kháng sinh tại chỗ.
  - Vùng da đỏ > 2cm: kháng sinh toàn thân là cần thiết.
  - Sốt => chỉ định điều trị nội trú.

○ **Chăm sóc mắt:** => dự phòng và/hoặc phát hiện sớm viêm kết mạc ở trẻ sơ sinh.

- Nội dung thay đổi theo yếu tố dịch tễ.
- *Chlamydia trachomatis* là tác nhân hàng đầu viêm mủ kết mạc ở quốc gia có tỉ lệ bệnh lây truyền qua đường tình dục cao. => ngừa bằng dung dịch ***Erythromycin 0.5%***.
- *Neisseria gonorrhea* nguy hiểm hơn, có thể sùng hóa mắt hoặc bị mù. => Dung dịch ***AgNO<sub>3</sub> 1%*** trong vòng **1h sau sinh**.

○ **Chủng ngừa theo chương trình quốc gia:**

- Lao:



- Bại liệt: uống liều đầu tiên không muộn hơn 2 tuần sau sanh.
- Viêm gan siêu vi B:

**- Làm gì khi trẻ quấy khóc nhiều?**

- Đây là tình trạng thường gặp, gây nhiều lúng túng cho bà mẹ.
- Các nguyên nhân:
  - Trẻ đói: => kiểm tra cách bú, lượng sữa của mẹ, tinh thần của mẹ, chế độ dinh dưỡng.
  - Trẻ bị ốm: Có thể do đau bụng (lòng ruột), nhức đầu (xuất huyết não), hoặc cơn khóc đêm do hạ calcium máu.
  - Trẻ cảm thấy khó chịu:
  - Trẻ bị đau:
  - Sữa mẹ có mùi vị làm trẻ khó chịu:
  - Một số protein nhất định làm trẻ khó chịu, dị ứng => mẹ ngừng thức ăn
  - Trẻ bị đau bụng do nhu động ruột nhiều nhưng nguyên nhân không rõ ràng. Định nghĩa khóc colic: Khóc không dỗ được ít nhất 3 giờ mỗi ngày và ít nhất 3 ngày mỗi tuần; tuy nhiên trẻ vẫn phát triển bình thường và giảm đi khi được 3 tháng tuổi.
  - Tạo sữa quá nhiều:
  - Môi trường sống có khói thuốc lá hoặc mùi lạ.
  - Trẻ đòi bông:
- Phải xử trí tùy theo nguyên nhân tìm được.
- Khám trẻ kĩ càng để xem có những gì khó chịu như về tả, trẻ có mệt, tăng hạ thân nhiệt, các dấu hiệu nhiễm trùng.
- Cho trẻ nghe nhạc nhẹ, vì trẻ thường nghe nhịp tim hoặc nghe những bài hát ru, cho trẻ hoạt động.
- Đôi khi gãi lưng hoặc xoa bụng để vỗ trẻ có đánh hơi, đau bụng.

**VÀNG DA SƠ SINH:**

- Tiếp cận vàng da sơ sinh:
- Vàng da sinh lý và vàng da bệnh lý:
  - Sinh lý bình thường: Tăng bilirubin tự do, xảy ra ở 60% trẻ đủ tháng, 80% trẻ sinh non. Tăng bilirubin >2-5 mg/dL gây vàng da.
- Yếu tố nguy cơ của bệnh não do bilirubin:
- Nguyên lý điều trị vàng da sơ sinh:

**SỮA MẸ**

*A. SỮA MẸ Ở LOÀI NGƯỜI:*

- Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ em và trẻ nhỏ:
  - Giúp hệ thống đường ruột và tế bào não của trẻ phát triển.
  - Chứa các chất diệt khuẩn như lactoferritin,

*B. TIẾN TRÌNH SẢN SINH SỮA MẸ:*

- Sữa mẹ bắt đầu được tổng hợp ngay từ trong thai kì: tham khảo BreastFeeding Chapter 3



○ Giai đoạn 1: Diễn ra trước sinh 12 tuần, với sữa có tăng nồng độ lactose, protein, và Ig, nhưng NaCl thì giảm. Thành phần không thay đổi cho tới lúc sinh, theo dõi bằng alpha-lactalbumin. Sau khi sinh, sự tạo thành sữa **không phụ thuộc vào bú mẹ** cho đến 2-3 ngày sau sinh.

○ Giai đoạn 2: Xảy ra vào 2-3 ngày sau sinh, trên lâm sàng đặc trưng bởi hiện tượng sữa về (milk come in) khi mà lượng sữa tạo ra dồi dào và alpha-lactalbumin đạt đỉnh. Lúc này, glucose tăng lên, citrate, phosphate, calcium tăng

lên, pH giảm nhẹ. Nồng độ các chất trong sữa tiếp tục thay đổi cho đến ngày thứ 10 sau sinh.

○ Giai đoạn 3: Tạo thành sữa trưởng thành (mature milk): Vào ngày thứ 10 sau sinh.

- Các loại sữa mẹ: Có thể chia làm 3 loại sữa:

○ **Sữa non (Colostrum):** 1-5 ngày đầu. Là thức ăn lý tưởng nhất trong những ngày đầu sơ sinh.

- Ít năng lượng hơn sữa trưởng thành.
- Nồng độ cao hơn sữa trưởng thành: Protein, Na, Cl, K, vitamin tan trong lipid.
- Nồng độ thấp hơn sữa trưởng thành: Carbohydrate, lipid, lactose.
- **Lactoferrin giảm dần trong 3 ngày đầu.**
- Nồng độ: **Ig (đặc biệt IgA, gấp 10 lần sữa trưởng thành)**, IgG, antioxidants, antibodies cao.
- Sữa non tạo điều kiện tổng xuất phân su và tạo lập vi khuẩn có lợi cho đường tiêu hóa.

○ **Sữa chuyển tiếp (6-13 ngày) – foremilk**

- Nồng độ protein, globulin miễn dịch giảm.
- Nồng độ chất béo, lactose và nhiều năng lượng hơn.

○ **Sữa trưởng thành (14 ngày trở đi) - hindmilk:**

- **Nước là thành phần chính yếu của sữa mẹ.**
- **Lipid** là thành phần nhiều thứ nhì, sau nước. Cữ bú chiều tối nhiều hơn bú đêm và sáng sớm.
  - **Cung cấp 50% năng lượng.**
  - Đóng vai trò quan trọng trong phát triển thần kinh, võng mạc.

○ Thành phần:

▪ **Protein: Gồm casein và whey protein.**

- Casein chiếm 10-50% tổng lượng protein trong sữa, tăng theo thời gian, từ lúc sữa non đến sữa chuyển tiếp vào sữa trưởng thành. **Casein sữa người nhiều hơn và dễ tiêu hóa hơn sữa bò.**
- Whey gồm alpha-lactalbumin và lactoferritin là 2 thành phần chính. Sữa mẹ chưa ít whey protein (protein không đông) hơn sữa bò.

**Table 1-3** Multiple Functions of the Major Nutrients of Human Milk in the Infant

Nutrients	Amount	Function
<b>Protein</b>		
slgA	50–100 mg/dL	Immune protection
IgM	2 mg/dL	Immune protection
IgG	1 mg/dL	Immune protection
Lactoferrin	100–300 mg/dL	Anti-infective, iron carrier
Lysozyme	5–25 mg/dL	Anti-infective
Alpha-lactalbumin	200–300 mg/dL	Ion carrier (Ca <sup>2+</sup> ), part of lactose synthase
Casein	200–300 mg/dL	Ion carrier, inhibits microbial adhesion to mucosal membranes
<b>Carbohydrate</b>		
Lactose	6.5–7.3 g/L	Energy source
Oligosaccharides	1.0–1.5 g/L	Microbial ligands
Glycoconjugates	—	Microbial and viral ligands
<b>Fat</b>		
Triglyceride	3.0–4.5 g/L	Energy source
LCP/PUFA	—	Essential for brain and retinal development and for infant growth
FFA	—	Anti-infective

FFA, free fatty acids, produced from triglycerides during fat digestion in the stomach and intestine. Reprinted from Hamosh, M. (2001). Bioactive factors in human milk. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 69–86. With permission from Elsevier, Inc.

- Lactoferrin có hoạt tính enzyme, kháng khuẩn...
- Lactose: Galactose+Glucose
- Tỷ lệ *methionine/cystein* = 1, thấp hơn nhiều so với sữa bò, nên phù hợp cho hệ tiêu hóa non trẻ của em bé.

**Table 1-2** Factors Influencing Human Milk Fat Content and Composition

Factor	Influence
During a feeding	<b>Rises over the course of a feeding.</b> This was further explained when the fat content of the milk was measured before and after every feed for 24 hours. Rather than fat content being related to the presence of foremilk or hindmilk, the fat content was related to the degree of fullness of the breast. As the breast is progressively drained, the fat content in the milk increases (Daly, Di Rosso, Owens, & Hartmann, 1993).
Volume	<b>Lower milk fat content with higher volumes of milk.</b>
Number of days postpartum	Phospholipid and cholesterol levels are highest in early lactation.
Diurnal rhythm	Varies.
Length of gestation	LCPUFA secretion increases with shortening length of gestation.
Parity	Endogenous fatty acid synthesis decreases with increased parity.
Maternal diet	Can change the LCPUFA profile as well as medium-chain fatty acids (increases with a low-fat diet).
Length of time between feeds	<b>The shorter the interval, the higher the fat concentration.</b>
Maternal energy status	A high weight gain in pregnancy is associated with increased milk fat.
Maternal age	Fat content in colostrum is higher in mothers older than 35 years of age (Lubetzky, Sever, Mimouni, & Mandel, 2015).
Method of milk expression	Manually expressed milk has a higher fat content than milk expressed by an electric pump during the first 72 hours postpartum (Mangel et al., 2015).
Smoking	Active maternal smoking decreases the fat content. Passive smoking (second-hand smoke) exposure reduces milk-lipid profiles (Baheiraei et al., 2014).

Data from Picciano, M. F. (2001). Nutrient composition of human milk. *Pediatric Clinics of North America*, 48, 53–67.

- Quá trình tạo và tiết sữa của mẹ bao gồm 2 giai đoạn:
  - Mammogenesis: phát triển hệ thống nang tuyến và gia tăng thể tích vú, *bắt đầu từ tháng thứ 10*.
  - Lactogenesis: Bắt đầu rất sớm ngay trong thai kỳ.

### C. MIỀN DỊCH HỌC CỦA SỮA MẸ:

**Trong một cử bú, có sự khác nhau giữa sữa đầu và sữa cuối**, thay đổi giữa buổi sáng, bữa chiều, và giai đoạn tiết sữa.

- **Sữa đầu:** nhiều nước, protein và đường.
  - Lượng nước này đủ nhu cầu cho một bé < 6 tháng tuổi nếu bé bú đủ.
- **Sữa cuối:** Nhiều chất béo, **cung cấp năng lượng chủ yếu**, và một số **Vitamin tan trong dầu ADEK**.

### *Dinh dưỡng cho mẹ*

Bổ sung calcium cho mẹ không ảnh hưởng đến nồng độ calcium trong sữa, vì calcium trong sữa lấy calcium trong kho dự trữ của mẹ. Vì vậy, bổ sung calcium khôi phục dự trữ, tăng cường mật độ xương mẹ sau cai sữa.

Ăn tăng bữa, mỗi ngày từ 3-6 bữa ăn. Thành phần các bữa ăn đa dạng, phân bố năng lượng như bình thường. Cần cung cấp đủ nhu cầu calcium (1300 mg/ngày). Giữ thái độ lạc quan, lao động nghỉ ngơi hợp lý. Không kiêng quá mức. Không nên sử dụng các thức uống có cồn như rượu, bia, cà phê, thức ăn nhiều gia vị.

### **HORMONE CỦA NGƯỜI MẸ KHI CHO CON BÚ**

HSHS

### **BÚ MẸ TRONG MẸ NHIỄM HIV – HBV**

#### *HIV – Tham khảo CDC*

HIV hiện diện trong sữa mẹ. Nồng độ như thế nào?

HIV lây truyền dọc từ mẹ sang con có thể trước sinh, trong lúc chuyển dạ, sau chuyển dạ và trong khi cho con bú:

- Trong bào thai: Lây truyền qua nhau do hồ máu bị vỡ, hay là nhiễm trùng ngược dòng màng ối và dịch ối.
- Khi sinh: tiếp xúc với máu mẹ, dịch tiết âm đạo, maternal-fetal transfusion from uterine contractions.
- Cho con bú: Lây qua sữa, bị tổn thương vú.

*Phòng ngừa lây truyền HIV từ mẹ sang con*

(1) Dùng thuốc ARV điều trị.

(2) Sinh mổ chủ động trước khi khởi phát chuyển dạ: Đã có bằng chứng từ các nghiên cứu ngẫu nhiên, lý do có thể vì hạn chế được *microtransfusion* từ máu mẹ sang con khi tử cung co, và ngăn cản sự tiếp xúc trực tiếp của da và niêm mạc trẻ với dịch và máu trong đường sinh.

(3) Không nuôi con bằng sữa mẹ nếu được, **thực hiện AFASS**.

*Nuôi con ở phụ nữ HIV*

*Nuôi con bằng sữa mẹ ở mẹ nhiễm HBV*

### **VẤN ĐỀ VỀ TUYẾN VÚ TRONG THỜI KÌ HẬU SẢN**

Trẻ có thể ngậm bắt được hầu như tất cả các loại núm vú, trừ hai trường hợp là: (1) núm vú bị tụt, và (2) núm vú quá to so với trẻ.

#### *Núm vú tụt*

Hậu quả của những thói quen không đúng như mặc áo ngực quá chật, núm vú chỉ bị tụt vào trong, chứ không có thay đổi cấu trúc vú, do đó, có thể hồi phục được.

Cần tư vấn rõ cho BN về vấn đề này, để bệnh nhân có thể an tâm.

Điều chỉnh sớm ngay sau sinh, nhưng không cần thiết trước sinh vì lúc này chưa có sữa. Núm vú có thể tự điều chỉnh bởi sữa về nhiều, hoặc do mình điều chỉnh (mút vú ra, sử dụng dụng cụ hỗ trợ, nâng đỡ núm vú để trẻ có thể ngậm bắt tốt).

### **Ứ đọng sữa**

Nguồn gốc chung: (1) sữa tạo quá nhiều, (2) không làm trống sữa tốt vì bé bú không tốt.

*Diễn tiến nếu không xử lý:*

Ứ đọng sữa => cương tức vú/tắc ống dẫn sữa => viêm không nhiễm trùng => viêm nhiễm trùng => abscess tuyến vú.

### **Cương tức tuyến vú**

Hậu quả của việc sữa về nhiều, hoặc làm trống bầu sữa không tốt, như cho bé bú muộn, thời gian bú ngắn, trẻ bú không thường xuyên, ngậm bắt vú kéo.

Triệu chứng chính là đau, vú phù nề, đầu vú bóng đỏ, to vú lan tỏa, có thể đỏ. Cần phải hút sữa ra, nếu không sẽ dẫn đến viêm vú.

Điều trị và phòng ngừa là cho trẻ bú tốt. Ngoài ra, giúp bà mẹ thư giãn, kích thích núm vú, massage vú nhẹ nhàng, đặt gạc lạnh lên vú giảm bớt khó chịu.

### **Tắc ống dẫn sữa**

Do ứ đọng sữa, các nang sữa to ra, làm dè xẹp các ống dẫn sữa, gây tắc ống dẫn sữa **cục bộ**, và gây tình trạng viêm không nhiễm trùng cục bộ.

### **Viêm vú**

Cần nhớ rằng rất khó phân biệt trên lâm sàng một viêm vú không nhiễm trùng với nhiễm trùng.

Cần vắt sữa nếu vú đau nhiều, trẻ từ chối bú bệnh vì vị sữa thay đổi.

Điều trị hỗ trợ bao gồm giảm đau, kháng sinh, nghỉ ngơi khi có **triệu chứng nặng, nứt núm vú, tình trạng không khả quan sau 24h**.

*Nứt nẻ, loét núm vú*

Nguyên nhân hàng đầu là **ngậm bắt vú kém và nhiễm nấm**.

Khi gặp tình trạng này, cần quan sát kỹ lưỡng bữa bú của trẻ để tìm nguyên nhân đầu tiên. Sau đó xem các dấu hiệu nhiễm nấm ở trẻ.

Nguyên tắc: Không cần thiết phải

- (1) Khi nào sử dụng kháng sinh trong viêm vú?
- (2) Nếu lựa chọn kháng sinh thì lựa chọn loại nào?
- (3) Liều lượng, thời gian, theo dõi.
- (4) Các phương pháp hỗ trợ ngoài kháng sinh.

Hiện tượng sữa về = the milk “comes in”?

### **Tham khảo Uptodate 2021**

**Lactational mastitis** – Viêm tuyến vú.

Lâm sàng biểu hiện bởi: **Sốt, mỏi cơ, đau vú, và sưng đỏ**. Có thể do nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng. Ban đầu có thể ở một vùng, sau đó nếu nhiễm trùng có thể lan rộng ra nếu không được giải quyết.

**Viêm tuyến vú không nhiễm trùng nếu kéo dài 12-24 giờ**, thì tình trạng nhiễm trùng sẽ phát triển.

**Thường sốt > 38.3°C và sự tạo sữa bị giảm**. Ngoài ra, còn có triệu chứng toàn thân như đau mỏi cơ, lạnh run.

Bình thường trong sữa vẫn có vi khuẩn, nhưng vi khuẩn thường trú ngược dòng và bị ức chế bởi các chất kháng khuẩn trong sữa. Viêm vú nhiễm trùng có số lượng **bạch cầu và vi khuẩn** cao hơn viêm vú không nhiễm trùng.

Nếu lâm sàng không cải thiện sau 48-72 giờ điều trị nâng đỡ, dùng kháng sinh, cần dùng cận lâm sàng hình ảnh học như siêu âm, giúp phân biệt với abscess.

**Abscess vú** là biến chứng không thường gặp, thường đi sau viêm vú nhiễm trùng, có tỉ lệ 0.1% - 3%. Vú có một khối sưng đỏ, khám thấy một khối ấn đau, mật độ lỏng.

**Chẩn đoán với sử dụng siêu âm.**

**Nhiễm nấm** – thường khi có loét núm vú, hay đi kèm tình trạng nhiễm nấm ở trẻ em.

**Điều trị:**

- Nhiễm nấm: **Bôi miconazole, clotrimazole**. Không nên dùng nystatin vì tỉ lệ kháng cao. Không khuyến cáo dùng gentamicin tím (do độc cho niêm mạc).
- **Viêm tuyến vú: không nhiễm trùng**
  - Giảm đau, giảm sưng: **NSAIDs, chườm đá.**
  - Làm trống vú: cho bú tiếp, hút sữa, nặn sữa bỏ.
  - Giảm cho bú không cần thiết.
  - Kháng sinh: Cần nhắc khi viêm tuyến vú không cải thiện sau 12-24 giờ.
    - Điều trị được *S.aureus*:
      - Dicloxacillin 500 mg x 4 (u).
      - **Cephalexin 500 mg x 4 (u)**
      - Erythromycin 500 mg x 2 (u).
      - Clindamycin 450 mg x 3 (u).
    - Thời gian: 5-7 ngày, hoặc 10-14 ngày tùy đáp ứng.
    - **Nên cấy sữa trước khi điều trị.**
    - TMP-SMX có thể được sử dụng.
- **Abscess vú:**
  - Vi khuẩn: thường là *S.aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Bacteroides species*.
  - **Dẫn lưu:**
    - Hút bằng kim:
    - Phẫu thuật dẫn lưu:
  - **Kháng sinh:** Như trên.
  - **Cho con bú:**
    - Không phải là chống chỉ định của cho con bú tiếp tục, **thậm chí là đã được dẫn lưu.**
    - Tuy nhiên, nếu tổng trạng mẹ không tốt, mẹ không muốn thực hiện, thì cần phải hút sữa, để làm trống bầu sữa, tăng tiên lượng và giảm thời gian triệu chứng.

## KHÁNG SINH TRONG NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Ba câu hỏi theo thứ tự cần trả lời là:

- (1) Thuốc có qua được sữa mẹ không?
- (2) Nếu qua được thì có hấp thu được ở trẻ không?
- (3) Nếu hấp thu được thì có gây hại cho trẻ không?

Nhóm thuốc không qua sữa mẹ an toàn sử dụng cho phụ nữ cho con bú: Chloroquine, Rifampicin

Thuốc qua được sữa mẹ nhưng không hấp thu được ở đường tiêu hóa ở trẻ cũng được sử dụng, nhưng cần chú ý về vị của sữa: Streptomycin, Gentamycin, Aminoglycosides khác.

Ngoài ra, thuốc không hấp thu ở mẹ vẫn xài an toàn được như: Chlorhexidin, Clotrimazole bôi tại chỗ, Terconazole tại chỗ.

Các thuốc hấp thu ở đường tiêu hóa trẻ cần phải được xem xét:

- Penicillin, amoxicillin, cephalosporin được xem là an toàn.
- Erythromycin an toàn
- Metronidazole an toàn, nhưng thay đổi vị sữa (phải ngưng bú 72h), và tăng tỉ lệ bú mẹ thất bại.
- Bactrim tăng nguy cơ vàng da do giảm gắn kết giữa albumin-bilirubin nên không xài khi đang bú mẹ.
- Quinolone hiện cho thấy không có bất lợi nào rõ ràng ở trẻ sơ sinh, nhưng có gây viêm khớp ở động vật chưa trưởng thành. Nhưng FDA nhóm D: **không dùng**.
- **Fluconazole** C/D ở thai kì, nhưng sử dụng an toàn ở mẹ đang cho con bú.
- Tetracyclin, Doxycyclin không được sử dụng do lắng đọng trên xương.