



## Bài ứng dụng **Chăm sóc hậu sản**

Chương trình đào tạo Bác sĩ Y khoa. Môn học Sản Phụ khoa. Học phần Sản khoa.  
© Quyền sở hữu trí tuệ thuộc về Bộ môn Phụ Sản, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

### TÌNH HUỐNG 1: “MẸ ĐI LÀM, CON Ở NHÀ VỚI BÀ NGOẠI NHÉ!”

Bà A. 32 tuổi, sanh bé được hơn 6 tháng, đến khám vì vú trái bị sưng, đau từ 3 ngày nay.

Trong 6 tháng đầu, bà A. nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn mà không gặp bất cứ khó khăn nào trong thời gian đó.

Bà A. vừa đi làm trở lại một tuần nay.

Hàng ngày, bà dùng dụng cụ hút sữa cầm tay để lấy sữa trữ lạnh (hình) trước khi đi làm, rồi nhờ bà ngoại cho cháu ăn sữa mẹ bằng thìa và cốc trong ngày. Tối về, bà A. ngủ cùng bé và cho bé bú như trước đó.

Bà cũng đã nhờ bà ngoại cho bé ăn dặm một bữa mỗi ngày.

Bà A. có thói quen ngồi cho bé bú một lần trước khi ngủ, và nằm cho bú vài lần mỗi đêm, khi bé đòi bú.

Tại cơ quan, bà cũng dùng dụng cụ hút sữa (cùng loại), giữ lại để sẽ cho bé ăn ở nhà. Do sữa nhiều, ra nhanh, dễ dàng nên bà không gặp khó khăn gì khi thực hiện hút sữa. Tuy nhiên, do công việc quá bận rộn nên bà ta không thể hút sữa thường xuyên và đều được.

Từ ba ngày nay, bà A. thấy khó chịu ở một bên vú trái, bắt đầu bị sưng và đau. Hôm nay, bà thấy vú bị đỏ, rất đau và nổi hạch nách nên đến khám.

Khám ghi nhận bà C. đang sốt 38.5°C và cảm thấy mệt mỏi.

Vú phải bình thường, mềm. Hõm nách phải bình thường.

Vú trái có một vùng da rộng bị đỏ, cứng, nóng và rất đau khi khám. Nặng thấy có nhiều sữa trắng đục chảy ra một cách dễ dàng. Hõm nách trái có một vài khối cứng kích thước khoảng 2<sup>cm</sup>, đau khi chạm.



### Câu hỏi:

Hãy đề xuất phương án giải quyết vấn đề của bà A. Chọn **duy nhất một** phương án thích hợp.

- A. Không nên tiếp tục cho bé bú bằng tư thế nằm
- B. Thay hút sữa bằng tay bằng hút sữa bằng máy
- C. Chỉ định kháng sinh vì có viêm vú nhiễm trùng
- D. Điều chỉnh nhịp điệu làm trống bầu vú ban ngày
- E. Cai sữa mẹ, dùng sữa công thức và cho ăn dặm

## TÌNH HUỐNG 2: BÍ TIỂU SAU SANH

Bà B., 28 tuổi, vừa sanh con đầu lòng, hiện đang là giờ thứ 20<sup>th</sup> hậu sản, bấm chuông gọi nữ hộ sinh đến vì bí tiểu. Thai kỳ diễn biến bình thường.

Bà B. được gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa.

Cuộc sanh được thực hiện với forceps Suzor vì mẹ rặn không hiệu quả, ở kiểu thể chăm vệ, vị trí thấp (+3). Tổng thời gian ở giai đoạn 2 của chuyển dạ là 2 giờ.

Khi vẫn còn đang ở tại phòng hậu sản gần của phòng sanh, bà B. được thông tiểu một lần vì ra huyết âm đạo # 200 mL và có cầu bàng quang. Sau thông tiểu, bà hết ra huyết. Người ta không để lưu thông tiểu.

Từ khi về trại hậu sản, bà B. chưa đi tiểu lại lần nào.

Hiện tại, bà có cảm giác khó chịu, tức bụng dưới và không đi tiểu được.

Khám sinh hiệu ổn, không sốt. Bụng mềm, tử cung gò chặt, bị đẩy lên cao bởi khối cầu bàng quang to.

Sản dịch lượng vừa.

### Câu hỏi:

Bà B. hỏi bạn rằng vì sao bà ta lại bị bí tiểu? Chọn **duy nhất một** giải thích hợp lý.

- A. Vì ảnh hưởng của gây tê ngoài màng cứng
- B. Vì thời gian của giai đoạn sổ thai quá dài
- C. Vì chấn thương do giúp sanh bằng forceps
- D. Vì không lưu thông tiểu sau lần thông 1<sup>st</sup>
- E. Vì bà B. không chịu tự tập đi tiểu sớm hơn

### Câu hỏi:

Ngay lúc này, hành động **đầu tiên** trong phương án xử trí bí tiểu cho bà B. là gì? Chọn **duy nhất một** phương án hợp lý.

- A. Khuyến tập đi tiểu có hỗ trợ bằng liệu pháp tâm lý
- B. Hỗ trợ bàng quang co bóp bằng thuốc hay châm cứu
- C. Thông tiểu giải áp đơn thuần, không lưu thông tiểu
- D. Thông tiểu giải áp, lưu thông tiểu một thời gian ngắn
- E. Thông tiểu giải áp, lưu thông tiểu trong thời gian dài

### TÌNH HUỐNG 3: “CỨU TÔI VỚI, TÔI KHÔNG THỂ ĐI LẠI ĐƯỢC NỮA!”

Bà C. 29 tuổi, sinh lần đầu, đang ở ngày hậu sản 1<sup>st</sup>, rất hốt hoảng vì bà không thể đi chuyển vững vàng sau sanh.

Trong cuộc chuyển dạ, ghi nhận huyết áp của bà A. là 150/95 mmHg, không kèm biểu hiện khác của tiền sản giật. Đạm niệu (++) khi thử bằng que nhúng. Bà đã được gây tê ngoài màng cứng giảm đau sản khoa. Cuộc chuyển dạ kết thúc bằng sanh forceps vì tăng huyết áp. Thủ thuật được thực hiện ở thể chẩn vệ, vị trí +3, dễ dàng, nhưng gây ra tổn thương tầng sinh môn độ 3.

Khâu phục hồi tầng sinh môn được thực hiện tại phòng sanh, kéo dài hơn một giờ, không biến chứng tụ máu.

Hiện tại, bà C. rất lo lắng, vì kể từ khi trở về khoa hậu sản, bà ta không thể đứng vững, cũng như gặp một số khó khăn khi đi chuyển.

Toàn trạng khỏe, niêm hồng, M 84 lần/phút, huyết áp 130/70 mmHg, không sốt.

Không nhức đầu, không hoa mắt.

Hai chân có kích thước bình thường, không có dấu hiệu nóng đỏ.

Khám thần kinh: không dấu màng não, không dấu thần kinh định vị. Yếu nhẹ các cơ căng chân trước của chân trái, kèm giảm/mất cảm giác ở mặt ngoài cẳng chân trái và mu bàn chân chân trái (hình).



Tử cung thu hồi tốt, gò chặt, không đau, bề cao tử cung 10 cm trên vệ.

Sản dịch sạch, lượng vừa, không hôi.

Vết may tầng sinh môn đau nhiều, nhưng không thấy phù nề, không thấy tụ máu.

#### **Câu hỏi:**

Hãy lý giải tình trạng yếu chi dưới và giảm/mất cảm giác ở chân trái? Chọn **duy nhất một** giải thích.

- A. Có liên quan đến hội chứng tiền sản giật
- B. Có liên quan đến gây tê ngoài màng cứng
- C. Có liên quan đến cuộc sanh bằng forceps
- D. Có liên quan đến tổn thương tầng sinh môn
- E. Có liên quan đến quá trình khâu tầng sinh môn
- F. Có liên quan đến viêm tắc tĩnh mạch huyết khối



#### TÌNH HUỐNG 4: SỐT SAU SANH

Bà D. 31<sup>tuổi</sup>, sanh lần đầu.

Bà được mổ sanh chủ động vì hội chứng HELLP. Hiện đang ở giờ thứ 48<sup>th</sup> hậu sản.

Trong và ngay sau mổ sanh, bà được dùng kháng sinh dự phòng. Hiện đã ngưng kháng sinh.

Bà ta chưa cho bú, vì em bé phải tạm gửi NICU do mẹ có hội chứng HELLP. Bé mới được về với mẹ sáng nay.

Từ đêm hôm qua, bà bắt đầu bị sốt.

Toàn trạng tỉnh, có biểu hiện mệt mỏi, niêm hồng, M 84<sup>lần/phút</sup>, huyết áp 140/85<sup>mmHg</sup>, T° = 37.8°C.

Không nhức đầu, không hoa mắt, không có dấu hiệu màng não, không dấu thần kinh định vị.

Hai vú căng cứng, nặn chỉ ra một ít sữa non. Mỗi bên nách có 1 khối cứng, chạm rất đau, giới hạn rõ, di động tốt.

Bụng mềm, không cầu bàng quang, vết mổ mềm, không nề, đau nhiều tại vết mổ, ấn hai hố chậu không đau. Tử cung chạm không đau, mềm, không đau khi khám, bề cao tử cung 15<sup>cm</sup> trên vệ.

Đặt mỏ vịt thấy lượng sản dịch rất ít, màu hồng nhạt, nặng mùi.

##### Câu hỏi:

Bạn nghĩ nhiều nhất đến khả năng nào? Chọn **duy nhất một** tình trạng phù hợp nhất với bệnh cảnh của bà D.

- A. Sốt sinh lý hậu phẫu
- B. Sốt sinh lý hậu sản
- C. Sốt do sữa về (lên sữa)
- D. Sốt do cương tức tuyến vú
- E. Sốt do nhiễm trùng hậu sản
- F. Sốt có liên quan đến HELLP

##### Câu hỏi:

Bạn sẽ điều trị ra sao? Chọn **duy nhất một** can thiệp thích hợp. Hãy giải thích lựa chọn của bạn.

- A. Hạ sốt đơn thuần, bằng vật lý hay thuốc hạ sốt
- B. Dùng kháng sinh nhóm có thể dùng khi cho bú
- C. Oxytocin và các biện pháp giúp co hồi tử cung
- D. Cho bé bú mẹ ngay, có hay không kèm hút sữa
- E. Bạn đang nghĩ đến một phương án khác tốt hơn



### TÌNH HUỐNG 5: KHÁNG SINH

Bà G. 25 tuổi, PARA 1001, hậu sản sinh thường ngày thứ 5<sup>th</sup>, sau phát khởi chuyển dạ vì ối vỡ non, thai 35 tuần.

Trong chuyển dạ có sốt, vì thế, bà đã được cho dùng kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactamin.

Bé nặng 2,500 gram, đủ điều kiện để theo mẹ sau sinh.

Bà G. cho bé bú sữa mẹ hoàn toàn.

Kể từ ngày thứ 3<sup>rd</sup> sau sanh, bà G. bị sốt gián đoạn, dù vẫn đang dùng kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactamin.

Hôm đó, bà được cho cấy sản dịch và làm kháng sinh đồ.

Từ sáng nay, tình trạng sốt trở nên liên tục, cao hơn, kèm đau hạ vị và sản dịch hôi.

Khám thấy bà G. đang sốt 39°C, vẻ mệt mỏi.

Hai vú căng, ảm, không u cục, không đau khi chạm. Hõm nách hai bên bình thường.

Bề cao tử cung 15<sup>cm</sup> trên vệ, chạm đau, ấn sâu 2 hố chậu đau, không có phản ứng thành bụng, phản ứng dội không rõ.

Đặt mỏ vịt thấy âm đạo có dịch hồng đục, hôi.

Công thức máu thấy số lượng bạch cầu 18,000 / mm<sup>3</sup>, tỉ lệ neutrophile = 90%.

Kết quả cấy sản dịch phân lập được *Escherichia coli*, nhạy cảm với levofloxacin, gentamycin, metronidazole, sulfamethoxazole ; trung gian với ceftriaxone, amoxicillin, ampicillin, azithromycin ; đề kháng với erythromycin, clindamycin ; người ta không thực hiện kháng sinh đồ cho các kháng sinh khác.

#### Câu hỏi:

Can thiệp nào sẽ đóng vai trò chủ đạo để điều trị cho bà G.? Chọn **duy nhất một** nhóm can thiệp chủ đạo. Lý giải.

- A. Chuyển đổi kháng sinh sang kháng sinh thích hợp
- B. Thoát lưu sản dịch bằng phương pháp vật lý (nong)
- C. Thoát lưu sản dịch bằng thuốc giúp co hồi tử cung

#### Câu hỏi:

Bạn sẽ dùng kháng sinh cho bà G. như thế nào? Chọn **một** phương án dùng kháng sinh. Lý giải.

- |                          |                |                     |                        |
|--------------------------|----------------|---------------------|------------------------|
| A. Phối hợp augmentin    | + gentamycin   | + metronidazole,    | vẫn tiếp tục cho bú mẹ |
| B. Phối hợp augmentin    | + gentamycin   | + metronidazole,    | tạm ngưng cho bú mẹ    |
| C. Phối hợp levofloxacin | + trimethoprim | + sulfamethoxazole, | vẫn tiếp tục cho bú mẹ |
| D. Phối hợp levofloxacin | + trimethoprim | + sulfamethoxazole, | vẫn tiếp tục cho bú mẹ |
| E. Phối hợp ceftriaxone  | + azithromycin | + metronidazole,    | vẫn tiếp tục cho bú mẹ |
| F. Phối hợp ceftriaxone  | + azithromycin | + metronidazole,    | tạm ngưng cho bú mẹ    |