

Chapter 11

Chăm sóc sau sinh (Postpartum Care)

Chương này chủ yếu đề cập đến chủ đề giáo dục APGO Khu vực:

CHỦ ĐỀ 13 CHĂM SÓC SAU SINH

CHỦ ĐỀ 14 SỰ TIẾT SỮA CỦA NGƯỜI MẸ

CHỦ ĐỀ 29 LO LẮNG VÀ SUY NHUỢC

Học sinh sẽ có thể liệt kê các giải phẫu bình thường và thay đổi sinh lý trong thời kỳ hậu sản và mô tả các thành phần chính của chăm sóc sau sinh thông thường bao gồm tư vấn cho bệnh nhân về biện pháp tránh thai, cho con bú, và rối loạn tâm trạng chu sinh. Họ nên có thể phác thảo một cách tiếp cận cơ bản để đánh giá và quản lý các than phiền về vú phổ biến trong những bệnh nhân cho con bú và có thể mô tả phổ biến những thách thức và rào cản đối với việc nuôi con bằng sữa mẹ cũng như lợi ích của việc cho con bú. Họ sẽ có thể thực hiện đối chiếu thuốc cho bệnh nhân cho con bú. Họ sẽ có thể xác định các yếu tố rủi ro cho chu sinh rối loạn tâm trạng và phác thảo một cách tiếp cận cơ bản để đánh giá và quản lý.

CASE LÂM SÀNG

Sau khi mang thai bình thường và sinh thường qua ngã âm đạo, mẹ mới của bạn chọn cho con bú sau khi giải thích về lợi ích nuôi con bằng sữa mẹ cho bé cũng như bản thân. Cô ấy chảy máu âm đạo hơi nhiều trong 2 ngày đầu sau sinh ngày và trong 3 ngày tiếp theo, chảy máu nhẹ dần chấm dứt chảy máu. Cô ấy trở lại phòng khám của bạn sau 3 tuần, tuy nhiên là để phàn nàn về dịch tiết âm đạo không mùi hôi màu trắng. Cô ấy lo lắng rằng cô ấy có thể bị nhiễm trùng sau sinh mặc dù cô ấy không có sốt, ớn lạnh hay khó chịu trong người

GIỚI THIỆU

Puerperium là giai đoạn 6 đến 8 tuần sau khi sinh đường sinh sản trở về trạng thái không mang thai. Một số thay đổi sinh lý của thai kỳ đã trở lại bình thường trong vòng 1 đến 2 tuần sau sinh. Kiểm tra toàn diện sau sinh nên được hoàn thành trong vòng 6 tuần sau khi sinh, mặc dù được khuyến khích là nên sớm hơn cho phụ nữ có nguy cơ cao. Bệnh nhân bị tăng huyết áp, trầm cảm chu sinh (perinatal depression), nhiễm trùng vết mổ lấy thai hoặc chu sinh hoặc các điều kiện khác có thể đảm bảo theo dõi sớm nhất là 72 giờ sau khi sinh và theo dõi lại 7 đến 10 ngày sau sinh theo chỉ định.

Sinh lý học của PUERPERIUM

Sự xâm nhập của tử cung

Tử cung nặng khoảng 1.000 g và có thể tích là 5.000 mL ngay sau khi sinh đẻ, so với trọng lượng khi không mang thai của nó là khoảng 70 g và dung tích 5 mL. Ngay sau khi sinh, đáy tử

cung có thể sờ thấy dễ dàng nửa chừng giữa khớp mu và rốn. Giảm kích thước tử cung ngay lập tức là một kết quả của việc sinh đẻ của thai nhi, nhau thai và nước ối. Sự xức tiến quá trình co hồi tử cung được gây ra bởi quá trình tự phân giải protein nội bào dẫn đến giảm kích thước tế bào nhưng không giảm số lượng tế bào. Là kết quả của những thay đổi này, tử cung trở lại khung chậu sau 2 tuần sau sinh và trở lại kích thước bình thường của nó sau 6 tuần sau khi sinh. Ngay sau khi sinh, cầm máu tử cung được duy trì bởi sự co bóp của cơ trơn các thành động mạch và chèn ép mạch máu bởi tử cung cơ bắp.

Sản dịch (Lochia: chảy máu từ tử cung sau khi sinh)

Khi các sợi cơ tử cung co lại, các cục máu đông từ tử cung bị tống ra, và huyết khối trong các mạch máu lớn của giường mao mạch trải qua sự tổ chức hóa (organization). Trong 3 ngày đầu tiên, phần màng rụng còn lại biệt hóa thành một lớp bề mặt, trở nên hoại tử và bong tróc, và một lớp cơ bản liền kề với lớp cơ tử cung, nơi chứa đựng đáy của các tuyến nội mạc tử cung. Lớp cơ bản này là nguồn gốc của lớp nội mạc tử cung mới.

Lần tổng xuất tiếp theo, được gọi là **lochia**, lúc đầu chảy máu khá nặng và giảm nhanh số lượng trong 2 đến 3 ngày đầu sau sinh, mặc dù nó có thể kéo dài trong vài tuần. Lochia được mô tả một cách cổ điển như (1) **lochia rubra** (sản dịch đỏ), chảy máu giống như kinh nguyệt trong vài ngày đầu, bao gồm chủ yếu là máu và mô màng rụng hoại tử; (2) **lochia serosa** (sản dịch huyết thanh), sự tổng xuất nhẹ hơn với lượng máu ít hơn đáng kể trong vài ngày tới; và (3) **lochia alba** (sản dịch trắng), một chất dịch màu trắng có thể tồn tại trong vài tuần. Lochia alba có thể bị một số phụ nữ hiểu nhầm là có bệnh, vì vậy người bác sĩ cần giải thích và làm an tâm bệnh nhân của mình. Ở những phụ nữ cho con bú, lochia dường như giải quyết nhanh hơn, có thể là do tử cung co hồi nhanh hơn gây ra bởi các cơn co tử cung liên quan đến việc cho con bú. Trong một số bệnh nhân, có một lượng lochia tăng lên 1 đến 2 tuần sau khi sinh, bởi vì các vảy phát triển trên vị trí của chỗ dính nhau thai bị tróc. Đến cuối tuần thứ ba sau sinh, nội mạc tử cung được thiết lập lại (reestablished) ở hầu hết bệnh nhân.

Cổ tử cung và Âm đạo

Trong vài giờ sau khi sinh, cổ tử cung đã được biến đổi, và sau 1 tuần, nó thường chỉ còn bằng một ngón tay (tức là, nó xấp xỉ 1 cm trong đường kính). Hình dạng tròn của cổ tử cung không sinh con (nulliparous) thường được thay thế vĩnh viễn bởi một tử cung nằm ngang, miệng ngoài hình cá, kết quả của việc rách và giãn trong quá trình sinh đẻ. Mô âm hộ và âm đạo trở lại bình thường trong vài ngày đầu, mặc dù biểu mô âm đạo phản ánh trạng thái giảm estrogen nếu người phụ nữ cho con bú, bởi vì chức năng buồng trứng bị ức chế trong thời gian cho con bú. Các cơ của sàn chậu dần lấy lại sự rắn chắc của chúng. Cơ âm đạo có thể được củng cố bằng cách sử dụng các bài tập **Kegel**, bao gồm lặp đi lặp lại các cơn co thắt của các cơ này.

Sự trở lại của chức năng buồng trứng

Nồng độ prolactin vẫn tăng ở phụ nữ cho con bú, ức chế rụng trứng, trong khi nồng độ độ prolactin trở lại bình thường sau 3 tuần sau sinh ở phụ nữ không cho con bú. Thời gian trung

binh để rụng trứng trong phụ nữ không cho con bú là 45 ngày. Phụ nữ cho con bú hoàn toàn có thể dự kiến vô kinh tới 6 tháng. Nồng độ estrogen giảm ngay lập tức sau khi sinh ở tất cả bệnh nhân, nhưng bắt đầu tăng khoảng 2 tuần sau sinh nếu không cho con bú. **Khả năng rụng trứng tăng khi tần suất và thời gian cho con bú giảm.**

Thành bụng

Sự trở lại của các sợi đàn hồi của da và sự căng các cơ thẳng bụng về cấu hình bình thường xảy ra chậm và được hỗ trợ bởi tập thể dục. Các vết rạn da màu bạc (**silvery striae gravidarum**) nhìn thấy trên da thường mất dần theo thời gian. Cơ bụng bị tách sau sinh (**diastasis recti**), là sự phân tách của cơ thẳng bụng và các dải mô liên kết, cũng thường biến mất theo thời gian.

Hệ tim mạch

Các thay đổi tim mạch liên quan đến thai kỳ trở lại bình thường 2 đến 3 tuần sau khi sinh. Ngay sau khi sinh, thể tích huyết tương giảm khoảng 1.000 mL, nguyên nhân chủ yếu là do mất máu tại thời điểm sinh. Trong thời kỳ hậu sản ngay lập tức (the immediate postpartum period), cũng có một sự dịch chuyển đáng kể của dịch ngoại bào vào không gian nội mạch. Các tăng cung lượng tim nhìn thấy trong khi mang thai cũng tồn tại trong những giờ đầu của thời kỳ hậu sản. Mạch tăng cao xảy ra trong khi mang thai vẫn tồn tại khoảng 1 giờ sau khi sinh, nhưng sau đó giảm. **Những sự kiện tim mạch có thể góp phần vào mất bù đôi khi xảy ra trong giai đoạn đầu sau sinh ở bệnh nhân mắc bệnh tim.** Ngay sau khi sinh, khoảng 5 kg trọng lượng bị mất do hậu quả của việc lợi tiểu và mất chất lỏng ngoại mạch. Sự giảm cân khác nhau về tỷ lệ và số lượng từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác.

Hệ thống tạo máu

Tăng bạch cầu thấy trong quá trình chuyển dạ vẫn tồn tại trong giai đoạn sớm sau sinh vài ngày, do đó giảm thiểu tính hữu ích của việc xác định sớm nhiễm trùng sau sinh bằng các bằng chứng trong phòng thí nghiệm từ nhẹ đến trung bình độ cao trong số lượng tế bào trắng. Có một số mức độ của việc tự động truyền máu (?)

Hệ thống thận

Mức lọc cầu thận đại diện cho chức năng thận và vẫn còn tăng trong vài tuần đầu sau sinh, sau đó trở lại bình thường. Do đó, những thuốc mà bài tiết qua thận nên được dùng với liều tăng trong thời gian này. Giãn niệu quản và thận chậu hồi quy (regress) từ 6 đến 8 tuần

Có thể có phù đáng kể xung quanh niệu đạo sau sinh thường (vaginal delivery), dẫn đến bí tiểu tạm thời. Khoảng 7% phụ nữ trải qua tiểu tiện không tự chủ áp lực (urinary stress incontinence), thường thoái lui 3 tháng. Tiểu không tự chủ kéo dài hơn 90 ngày có thể cần làm một cần đánh giá cho các nguyên nhân khác của sự không tự chủ.

QUẢN LÝ GIAI ĐOẠN SAU SINH NGAY LẬP TỨC

Nằm viện

Trong trường hợp không có biến chứng, thời gian nằm viện sau sinh nằm trong khoảng 48 giờ sau khi sinh thường đến 96 giờ sau khi sinh mổ, không kể ngày sinh. Thời gian nằm viện ngắn là thích hợp khi trẻ sơ sinh không cần nhập viện liên tục, cả mẹ và nhà cung cấp sản khoa (**obstetric provider**) mong muốn thời gian nằm viện được rút ngắn và một số tiêu chí nhất định được đáp ứng để đảm bảo sức khỏe của mẹ và bé như sinh hiệu bình thường; lượng và màu sắc của lochia phù hợp trong suốt thời gian phục hồi; không có bất kỳ dấu hiệu thể chất, các test (sinh hóa, công thức máu,...) hoặc cảm xúc bất thường nào được phát hiện; và khả năng của mẹ để thực hiện các hoạt động như đi bộ, ăn, uống, tự chăm sóc và chăm sóc trẻ sơ sinh.

Ngoài ra, mẹ nên có sự hỗ trợ đầy đủ trong một vài ngày đầu sau xuất viện và sẽ nhận được hướng dẫn về hoạt động hậu sản, tập thể dục và những khó chịu sau sinh thường gặp và các biện pháp hỗ trợ

Trong thời gian nằm viện, sự tập trung hướng về sự chuẩn bị của mẹ về chăm sóc trẻ sơ sinh, nuôi dưỡng trẻ sơ sinh bao gồm các vấn đề đặc biệt liên quan đến việc cho con bú, và yêu cầu xét nghiệm giành cho trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, chúng ta không được quên bắt đầu các cuộc thảo luận về cách thể hiện và lưu trữ sữa để chuẩn bị trở lại làm việc, duy trì cân nặng sau sinh, tình dục, hoạt động thể chất, dinh dưỡng, ngừa thai, và các dấu hiệu và triệu chứng trầm cảm sau sinh (perinatal depression). Bất kỳ biến chứng trong cuộc đẻ nên được chỉ ra và cần có sự theo dõi. Khi bệnh nhân xuất viện sớm, nên có sự thăm khám tại nhà hoặc gọi điện thoại theo dõi bởi dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong vòng 48 giờ sau khi xuất viện. Nếu có trường hợp xuất viện sớm của người mẹ đang được xem xét, cần có sự nói chuyện với chuyên gia nhi khoa (**Peadiatric provider?**) về sự an toàn của xuất viện sớm cho trẻ sơ sinh.

Liên kết mẹ-con (maternal- infant bonding)

Ngay sau khi sinh, cha mẹ có thể sẽ hoàn toàn bị cuốn hút vào các sự kiện xung quanh trẻ sơ sinh. Các mẹ nên duy trì tiếp xúc da kề da với trẻ sơ sinh càng sớm càng tốt. Các đơn vị sản khoa nên được tổ chức để tạo điều kiện cho các tương tác này bằng cách cung cấp một môi trường chăm sóc lấy bệnh nhân làm trung tâm và lấy gia đình làm trung tâm. Điều dưỡng có thể quan sát sự tương tác giữa trẻ sơ sinh và cha mẹ mới và cung cấp hỗ trợ hoặc chăm sóc bổ sung khi cần thiết.

Biến chứng sau sinh

Nhiễm trùng xảy ra ở khoảng 5% bệnh nhân và có thể được hiệu hiện bằng sốt và/hoặc đau tử cung khi sờ nắn. Đáng kể ngay lập tức (significant immediate) hoặc **xuất huyết sau sinh nguyên phát** xảy ra ở khoảng 4% đến 6% bệnh nhân (xem Chương 12) và chủ yếu được ngăn ngừa bởi thói quen quản lý tử cung (routine administration of uterotonics) tại thời điểm sinh. Ngay sau khi sinh thai, tử cung được sờ nắn một cách chắc chắn để xác định rằng nó thật sự rắn chắc. Tử cung sờ qua thành bụng được lặp lại ngay lập tức trong suốt khoảng thời gian sau sinh ngay lập tức để

ngăn ngừa và/hoặc xác định mất trương lực tử cung. Đau tử cung cũng có thể giúp xác định nhiễm trùng sớm. Miếng đệm đáy chậu (**perineal pads**) được áp dụng, và lượng máu trên những miếng đệm này cũng như mạch và huyết áp của bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ trong vài giờ đầu sau khi sinh để sự phát hiện mất máu quá nhiều.

Chảy máu kéo dài hơn 24 giờ và tối đa 12 tuần được gọi là xuất huyết thứ phát sau sinh (**secondary postpartum hemorrhage**) và xảy ra trong ít hơn 1% trường hợp. Nguyên nhân của mất trương lực tử cung có hoặc không có nhiễm trùng có thể chỉ ra các sản phẩm thụ thai còn giữ lại nhưng cũng có thể bao gồm viêm nội mạc tử cung hoặc rối loạn chảy máu. Điều trị nên tập trung vào nguyên nhân cơ bản và có thể bao gồm các thuốc co hồi tử cung như oxytocin (IV) tiêm tĩnh mạch, các dẫn xuất ergot (?), và prostaglandin cũng như các thuốc kháng sinh. Hầu hết những người phụ nữ này không có mô nhau thai sót lại; do đó, nạo thai sắc nhọn (sharp curettage), đó là một tiêu chuẩn thực hành trong quá khứ (?), nên được dành riêng cho chảy máu dai dẳng hoặc thất bại trong việc quản lý y tế vì nó thực sự có thể làm chảy máu xấu thêm bằng cách làm tổn thương các vị trí cấy ghép. PPH được đề cập chi tiết trong Chương 12.

Một số bệnh nhân sẽ trải qua giai đoạn chảy máu âm đạo tăng giữa ngày 8 và 14 sau sinh, rất có thể liên quan đến tách và đi qua của nhau thai. Điều này là tự giới hạn và không cần điều trị nào khác ngoài sự trấn an.

Sự giảm đau

Thuốc giảm đau có thể cần thiết để làm giảm đau đáy chậu hoặc đau do rách âm hộ (episiotomy) và tạo điều kiện cho mẹ di chuyển sau khi sinh thường. Đây là địa chỉ tốt nhất để giải quyết bằng cách quản lý thuốc trên cơ sở cần thiết và thực hiện theo yêu cầu sau sinh (?). Hầu hết các bà mẹ đều trải qua cơn đau đáng kể trong 24 giờ đầu tiên sau sinh mổ. Kỹ thuật giảm đau bao gồm thuốc giảm đau qua cột sống hoặc ngoài màng cứng, thuốc giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân kiểm soát hoặc thuốc giảm đau đường tiêm tĩnh mạch và các thuốc giảm đau bằng đường uống. Bất kể con đường dùng thuốc nào, opioids có thể gây ức chế hô hấp và giảm nhu động ruột. Giám sát và theo dõi đầy đủ nên được đảm bảo cho tất cả bệnh nhân sau sinh nhận các loại thuốc này.

Sự đi lại (Ambulation)

Bệnh nhân sau sinh nên được khuyến khích để bắt đầu hoạt động đi lại (với hỗ trợ khi cần thiết) ngay khi họ cảm thấy có thể làm như vậy. Đi lại sớm có thể giúp tránh bí tiểu, huyết khối tĩnh mạch chủ và thuyên tắc phổi.

Chăm sóc vú

Vú bị căng sữa (**breast engorgement**) ở phụ nữ không cho con bú xảy ra trong vài ngày đầu sau sinh và giảm dần trong giai đoạn này. Nếu vú trở nên đau đớn, chúng cần được hỗ trợ thêm áo ngực (well-fitting brassiere). Túi nước đá và thuốc giảm đau cũng có thể giúp giảm bớt sự khó

chịu. Phụ nữ không muốn cho con bú nên được khuyến khích để tránh kích thích núm vú và nên thận trọng khi tiếp tục sự tiết sữa thủ công (continued manual expression of milk).

Một ống dẫn giả (**galactoceles**) và sự viêm vú cũng có thể dẫn đến một vú to, mềm sau sinh (**Bảng 11.1**). **Viêm vú**, hoặc nhiễm trùng mô vú, thường xảy ra ở phụ nữ cho con bú và được đặc trưng do sốt khởi phát đột ngột và đau và sưng cục bộ. Viêm vú là liên quan đến nhiễm trùng do *Staphylococcus aureus*, nhóm A hoặc B streptococci, chủng beta *Haemophilus* và *Escherichia coli*. Điều trị bao gồm tiếp tục cho con bú hoặc làm trống vú bằng 1 thiết bị bơm vú và sử dụng kháng sinh thích hợp. Sữa mẹ vẫn an toàn cho trẻ đủ tháng, khỏe mạnh; Thực tế, việc ngừng cho con bú sẽ tăng cường sự căng vú và trì hoãn giải quyết nhiễm trùng cũng như làm nặng thêm cơn đau liên quan đến viêm vú.

Bảng 11.1 CÁC CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CỦA 1 NÚM VÚ TO, SỜ ĐAU SAU SINH

Thăm khám, hỏi bệnh	Ứ mầu ở vú	Viêm vú	Ống bít (plugged duct)
Khởi phát	Từ từ	Đột ngột	Từ từ
Vị trí	2 bên	1 bên	1 bên
Sưng	Toàn bộ	Khu trú	Khu trú
Đau	Toàn bộ	Dữ dội, khu trú	Khu trú
Triệu chứng toàn thân	Tổng trạng ổn	Thấy mệt	Tổng trạng ổn
Sốt	Không	Có	Không

Cho con bú vẫn an toàn khi xảy ra viêm vú sau sinh. Nếu có triệu chứng tiếp tục thì phải nghi ngờ áp xe vú sau sinh. Các triệu chứng của áp xe vú tương tự như viêm vú, nhưng xuất hiện một khối dao động lên xuống . Sốt dai dẳng sau khi bắt đầu dùng kháng sinh điều trị viêm vú cũng có thể gợi ý áp xe. Việc điều trị cần phẫu thuật dẫn lưu áp xe ra bên cạnh việc điều trị bằng kháng sinh.

Chích ngừa

Những người phụ nữ mà được xác định là dễ bị nhiễm **rubella** hoặc varicella nên nhận vắc-xin thích hợp trước khi xuất viện (discharge). **Vaccine uốn ván-bạch hầu-ho gà** nên được tiêm cho mẹ ngay lập tức sau sinh nếu không nhận được nó trong thai kỳ. Trong mùa cúm, những phụ nữ không được tiêm vắc-xin trước sinh nên được cung cấp vắc-xin cúm theo mùa trước khi xuất viện. Cho con bú không phải là một chống chỉ định để nhận bất kỳ tiêm chủng trong sổ này. Nếu người phụ nữ âm tính với D, không được kiểm duyệt và đã sinh ra một đứa trẻ với D dương tính hoặc D dương tính yếu, nên dùng 300 microgram **kháng immunoglobulin D** sau sinh, lý tưởng trong vòng 72 giờ sau khi sinh, thậm chí khi immunoglobulin D đã được sử dụng trong thời kì trước sinh. *Lưu ý rằng liều này có thể không đủ trong trường hợp có khả năng xuất huyết*

từ thai nhi đến mẹ lớn hơn trung bình (greater-than-average fetal-to-maternal, chẳng hạn như phá thai nhau thai, nhau thai, thao tác trong tử cung và loại bỏ nhau thai thủ công (xem Chương 23).

Tiêm chủng mở rộng với kháng nguyên bề mặt viêm gan B (HBsAg1) là đề nghị cho tất cả trẻ sơ sinh ổn định về mặt y tế nặng hơn 2.000g có mẹ là HBsAg âm tính. Nếu mẹ dương tính với HBsAg, Globulin miễn dịch viêm gan B (HBIG) và vắc-xin viêm gan B nên dùng cho tất cả trẻ sơ sinh, bất kể trọng lượng sơ sinh, tại các thời điểm khác nhau trong vòng 12 giờ sau sinh. Ngoài ra, tất cả trẻ sơ sinh đều nhận được đầy đủ các xét nghiệm sàng lọc.

Chức năng ruột và bàng quang

Thông thường bệnh nhân sẽ không đi tiêu trong 1 đến 2 ngày sau khi sinh, vì họ thường không ăn trong một thời gian dài. Chất (thuốc) làm mềm phân có thể được kê toa, đặc biệt nếu bệnh nhân đã có chấn thương cơ thắt hậu môn sản khoa (obstetric sphincter injury). Mặc dù táo bón sau sinh có thể giảm bớt bởi chất làm mềm phân, nó có thể bị nặng hơn do opioid sau sinh thuốc giảm đau.

Bệnh trĩ là sự biến đổi của các tĩnh mạch trĩ. Phẫu thuật điều trị không nên được xem xét trong ít nhất 6 tháng sau khi sinh cho phép sự thoái lui tự nhiên. Bồn tắm ngồi, chất mềm phân, và những sự chuẩn bị tại chỗ là hữu ích, kết hợp với cam đoan rằng sự phân giải (resolution) là kết quả phổ biến nhất.

Phù xung quanh niệu đạo sau khi sinh thường có thể gây ra bí tiểu tạm thời. Cần theo dõi lượng nước tiểu của bệnh nhân trong 24 ngày đầu giờ sau khi sinh, Nếu đặt ống thông lấy dịch liên là hơn hai lần trong 24 giờ đầu tiên, đặt ống thông tiểu trong 1 đến 2 ngày là khuyến khích.

Chăm sóc đáy chậu

Trong 24 giờ đầu, đau đáy chậu có thể được giảm thiểu bằng cách sử dụng thuốc giảm đau đường thuốc, thuốc gây tê tại chỗ dạng bôi kem hoặc thuốc gây tê tại chỗ dạng xịt, áp dụng một túi nước đá để giảm thiểu sưng, tắm (baths) và thuốc đạn trực tràng. Thuốc gây tê tại chỗ, như miếng lót hazel hoặc thuốc xịt benzocaine, có thể có lợi. Bắt đầu 24 vài giờ sau khi sinh, nhiệt ẩm dưới dạng tắm ngồi ấm có thể giảm khó chịu tại chỗ và thúc đẩy chữa bệnh. Đau đáy chậu nặng không đáp ứng thuốc giảm đau thông thường có thể biểu thị sự phát triển của khối máu tụ, trong đó yêu cầu kiểm tra cẩn thận âm hộ, âm đạo và trực tràng.

Nhiễm trùng tầng sinh môn hoặc rách rất hiếm (< 0,1%) và thường là giới hạn ở da và đáp ứng với kháng sinh phổ rộng. **Dihiscence** (vỡ vết mổ) là không phổ biến, với điều trị cá nhân hóa trên cơ sở tính chất và mức độ của vết thương.

Tránh thai

Khoảng 15% phụ nữ không cho con bú có khả năng sinh sản sau 6 tuần sau sinh; do đó, chăm sóc sau sinh trong bệnh viện nên bao gồm vấn đề về **biện pháp tránh thai**. Lý tưởng nhất là cuộc giao cầu (conversation) được bắt đầu trong mang thai. Mặc dù thuốc tránh thai kết hợp estrogen-progestin không nên được bắt đầu trong 3 tuần đầu sau khi sinh, chỉ có thuốc tránh thai progestin có thể được bắt đầu bất cứ lúc nào sau khi sinh, bao gồm cả ngay sau sinh, bất kể mẹ có cho con bú hay không. Chương 26 bao gồm một cuộc thảo luận về các biện pháp ngừa thai có tác dụng lâu dài và có thể lấy ra (LARC) ngay lập tức để giảm mang thai ngoài ý muốn và mang thai thời gian ngắn (short- interval) bằng cách vượt qua các rào cản để đặt khoảng cách (interval placement) (6 tuần thăm khám sau sinh) của LARC. Que tránh thai hoặc dụng cụ tử cung có thể được chèn bất cứ lúc nào trước khi xuất viện kể cả trong phòng sinh. Vì 40% bệnh nhân không đi khám 6 tuần sau sinh, bệnh nhân nên được tư vấn trong khi mang thai về sự sẵn có của các phương pháp này. Những người quan tâm đến LARC nhưng đã bỏ lỡ cơ hội cho sự sắp đặt sau sinh ngay lập tức nên được thông báo về sự sắp xếp tại thời điểm thăm khám sau sinh 6 tuần và sự sắp xếp nên được thực hiện để có đủ thiết bị tại thời điểm đó.

Khử trùng sau sinh

Khử trùng sau sinh có thể được thực hiện tại thời điểm sinh mổ sinh hoặc sau khi sinh thường và không nên kéo dài thời gian nằm viện. Lý tưởng nhất là phẫu thuật cắt bỏ (minilaparotomy) sau sinh được thực hiện trước khi bắt đầu của sự co hồi tử cung đáng kể nhưng phải đánh giá đầy đủ về sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh (xem Chương 27). Phẫu thuật cắt bỏ sau sinh có thể được thực hiện bằng cách sử dụng gây tê tại chỗ với thuốc an thần, gây tê vùng, hoặc gây tê toàn thân. Tuy nhiên, (hysteroscopic) kỹ thuật soi tử cung không được chỉ định để khử trùng sau khi sinh. Khử trùng sau sinh cần có sự tư vấn và thông báo trước khi chuyển dạ và sinh.

Cần có sự đồng ý trong quá trình chăm sóc trước khi sinh, khi bệnh nhân có thể đưa ra quyết định, xem xét các rủi ro và lợi ích của quy trình, và xem xét các biện pháp tránh thai thay thế. Trong tất cả các trường hợp của cuộc đẻ (intrapartum) hoặc biến chứng y khoa hoặc sản khoa sau sinh, bác sĩ nên xem xét hoãn khử trùng đến một ngày sau đó. Các quy định của Liên bang và tiểu bang trong việc giải quyết thời gian đồng ý cũng rất quan trọng đối với quyết định lâm sàng.

Hoạt động tình dục

Quan hệ tình dục có thể được bắt đầu lại khi bệnh nhân cảm thấy thoải mái, sau khi chữa lành đầy chậu và khi chảy máu đã giảm; tuy nhiên, rủi ro của xuất huyết và nhiễm trùng là rất nhỏ khoảng 2 tuần sau sinh. Phụ nữ nên được tư vấn, đặc biệt là nếu cho con bú, sự QHTD ban đầu có thể không thoải mái vì thiếu bôi trơn do mức estrogen thấp, và việc sử dụng ngoại sinh, chất bôi trơn hòa tan trong nước bôi là hữu ích. Bệnh nhân cho con bú cũng có thể được tư vấn để áp dụng estrogen tại chỗ hoặc chất bôi trơn vào biểu mô âm đạo để giảm thiểu chứng đau khi QH (dyspareunia) gây ra bởi chấn thương khi QHTD đến các mô giảm estrogen. Các vị trí trên cao của phụ nữ (female-superior position) có thể được đề nghị, vì phụ nữ là do đó có khả năng kiểm soát độ sâu của dương vật.

Giáo dục bệnh nhân

Giáo dục bệnh nhân tại thời điểm xuất viện không nên chỉ tập trung vào vấn đề sau sinh và tránh thai. Đây cũng là một cơ hội tốt để củng cố giá trị và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cả mẹ và bé. Để tối ưu hóa chăm sóc sau sinh và cải thiện kết quả cho phụ nữ, trẻ sơ sinh và gia đình, điều cần thiết là đội ngũ chăm sóc giúp bệnh nhân phát triển kế hoạch chăm sóc sau sinh, lý tưởng nhất là trong thời kỳ trước sinh. Kế hoạch như vậy sẽ xác định rõ nhóm chăm sóc, thiết lập tầm quan trọng và thời gian của thăm khám sau sinh dựa trên nhu cầu của bệnh nhân, phác thảo cho trẻ ăn lên kế hoạch và thảo luận về kế hoạch sinh sản và tránh thai của bệnh nhân tùy chọn. Hơn nữa, nó sẽ bao gồm một lời giải thích về bất kỳ các biến chứng thai kỳ và các vấn đề sức khỏe mãn tính cùng với các khuyến cáo theo dõi, cũng như một cuộc thảo luận về quản lý sức khỏe tâm thần và các vấn đề sau sinh khác. Xem [Bảng 11.2](#).

BẢNG 11.2 CÁC THÀNH PHẦN ĐỀ XUẤT CỦA KẾ HOẠCH CHĂM SÓC HẬU SẢN

Yếu tố	Thành phần
Đội ngũ chăm sóc	Tên, số điện thoại, văn phòng hoặc địa chỉ phòng khám cho mỗi thành viên của đội chăm sóc
Thăm khám sau sinh	Thời gian, ngày tháng và địa điểm cho (các) lần khám sau sinh; số điện thoại để gọi để sắp xếp hoặc sắp xếp lại các cuộc hẹn
Kế hoạch dinh dưỡng cho trẻ sơ sinh	Phương pháp nuôi dưỡng trẻ sơ sinh, nguồn lực cho cộng đồng hỗ trợ (ví dụ: Lactation warm Lines, Mothers/ group), nguồn lực quay trở lại làm việc
Kế hoạch sinh sản	Số lượng con mong muốn và thời gian mang thai tiếp theo
Kế hoạch ngừa thai	Phương pháp tránh thai, hướng dẫn khi nào bắt đầu, hiệu quả, tác dụng phụ tiềm ẩn và liên hệ thành viên của đội chăm sóc để đặt câu hỏi
Biến chứng sản khoa	Biến chứng thai kỳ và khuyến cáo để theo dõi hoặc khuyến cáo các xét nghiệm CLS (ví dụ, sàng lọc glucose cho bệnh tiểu đường thai kỳ, kiểm tra huyết áp cho tăng huyết áp thai kỳ)
Sức khỏe tinh thần	Khuyến cáo quản lý sức khỏe tâm thần cho phụ nữ lo lắng, trầm cảm, hoặc các vấn đề tâm thần khác được xác định trong mang thai hoặc trong thời kỳ hậu sản
Các vấn đề hậu sản	Khuyến nghị về quản lý các vấn đề sau sinh (ví dụ...., các bài tập sàn chậu cho đi tiểu không tự chủ áp lực, chất bôi trơn gốc nước cho việc đau khi QHTD)
Các vấn đề sức khỏe mãn tính	Kế hoạch điều trị cho tình trạng sức khỏe đang diễn ra và đội ngũ chăm sóc thành viên phải chịu trách nhiệm theo dõi

Giảm cân

Giảm cân sau sinh của mẹ có thể xảy ra với tốc độ 2 lb mỗi tháng mà không ảnh hưởng đến việc tiết sữa. Trung bình, một phụ nữ sẽ giữ lại thêm 2 lb hơn cân nặng trước mang thai của cô ấy sau

1 năm sau sinh. Có bằng chứng ủng hộ cho mối liên quan giữa tăng cân quá mức khi mang thai và duy trì cân nặng sau sinh.

Duy trì dư lượng tăng cân sau sinh khi mang thai có thể có kết cục béo phì là một mối quan tâm. Đặc biệt chú ý đến lối sống, bao gồm tập thể dục và thói quen ăn uống, sẽ giúp những phụ nữ này trở lại chỉ số BMI bình thường.

Sự tiết sữa và cho con bú

Bởi vì sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng lý tưởng cho trẻ sơ sinh. khuyến cáo phụ nữ nên cho con bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu và tiếp tục cho con bú miễn là hai bên mong muốn. Lợi ích cho trẻ sơ sinh của việc cho con bú bao gồm nhiều sức khỏe, dinh dưỡng, miễn dịch, phát triển, tâm lý, xã hội, kinh tế và môi trường lợi ích. Sữa mẹ cũng có thể làm giảm nguy cơ viêm ruột hoại tử ở trẻ sinh non. Lợi ích của người mẹ khi cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn có thể bao gồm cải thiện sự gắn bó của bà mẹ và giảm tỷ lệ mắc bệnh một số bệnh ung thư nhạy cảm với nội tiết tố như ung thư vú, tiểu đường, tăng huyết áp và bệnh tim.

Chống chỉ định của việc cho con bú

Có một vài chống chỉ định khi cho con bú. Phụ nữ nhiễm HIV nên không cho con bú do nguy cơ lây truyền dọc. Phụ nữ bệnh lao đang hoạt động không được điều trị không nên tiếp xúc gần gũi với trẻ cho đến khi họ đã được điều trị và không truyền nhiễm; sữa mẹ có thể tiết và trao cho trẻ sơ sinh, trừ trường hợp bệnh lao viêm vú hiếm gặp. Các bà mẹ đang trải qua hóa trị liệu, nhận được chất chống chuyển hóa, hoặc những người đã nhận được chất phóng xạ không nên cho con bú cho đến khi sữa mẹ đã được làm sạch các chất này. Trẻ sơ sinh bị galactosemia không nên cho con bú do dị ứng lactose. Trong khi đó nên cho con bú ở những phụ nữ ổn định thuốc đồng vận opioid, những bà mẹ sử dụng thuốc bất hợp pháp không nên cho con bú trẻ sơ sinh.

Thuốc trong sữa mẹ là mối quan tâm chung cho việc cho con bú mẹ. Ít hơn 1% tổng liều của bất kỳ loại thuốc nào xuất hiện trong sữa mẹ. Điều này nên được xem xét khi bất kỳ loại thuốc được kê toa bởi bác sĩ hoặc khi bất kỳ loại thuốc không kê đơn nào được dự tính cho bệnh nhân. Thuốc đặc hiệu sẽ chống chỉ định cho con bú bao gồm lithium carbonate, tetracycline, bromocriptine, methotrexate, và bất kỳ chất phóng xạ. Tất cả các chất lạm dụng là cũng bao gồm, chẳng hạn như amphetamine, cocaine, heroin, cần sa và phencyclidin.

Giải phóng prolactin

Tại thời điểm sinh con, sự giảm nồng độ estrogen và các hormone nhau thai khác là một yếu tố chính trong việc loại bỏ sự ức chế hoạt động của prolactin. Ngoài ra, bú bởi trẻ sơ sinh kích thích giải phóng oxytocin từ tuyến yên sau. Nồng độ oxytocin trong máu tăng trong sự co bóp của các tế bào biểu mô cơ và làm trống lòng phế nang của vú. Oxytocin cũng làm tăng co bóp tử cung, do đó đẩy nhanh quá trình co hồi tử cung sau sinh. Giải phóng prolactin cũng được kích thích bằng cách bú, với sự tiết ra các axit béo, đường sữa và casein. Sữa non (**colostrum**) được sản xuất trong 5 ngày đầu sau sinh và được thay thế từ từ bằng sữa mẹ. Sữa non chứa nhiều khoáng

chất và protein nhưng ít chất béo và đường hơn sữa mẹ, mặc dù nó không chứa các khối chất béo lớn, cái gọi là tiểu thể sữa non (corpuscles), mà có thể là các tế bào biểu mô đã trải qua quá trình thoái hóa mỡ. Sữa non cũng chứa immunoglobulin A, có thể cung cấp cho trẻ sơ sinh để bảo vệ khỏi mầm bệnh đường ruột. Sau đó, khoảng ngày thứ 3 đến thứ 6 sau khi sinh, sữa được sản xuất. **Như vậy, sữa non là thay thế đều đặn bằng sữa vào khoảng ngày thứ 5 sau sinh, cung cấp một số dinh dưỡng cũng như giúp trẻ sơ sinh đáp ứng miễn dịch mầm bệnh đường ruột.** Để duy trì cho con bú, phải có lòng phế nang (alveolar lumen) làm trống một cách thường xuyên.

Để sữa được sản xuất trên cơ sở liên tục, phải có đủ insulin, cortisol và hormone tuyến giáp cũng như các chất dinh dưỡng đầy đủ và chất lỏng đầy đủ trong chế độ ăn uống của mẹ. Yêu cầu calo tối thiểu cho sản xuất sữa đầy đủ ở một phụ nữ có kích thước trung bình là 1.800 kcal/ngày. Nói chung, khuyến nghị thêm 500 kcal năng lượng hàng ngày cho con bú.

Vitamin K có thể được dùng cho trẻ sơ sinh để ngăn ngừa xuất huyết bệnh của trẻ sơ sinh (xem Chương 10). Bổ sung vitamin-khoáng chất là không thường xuyên cần thiết nhưng với các bà mẹ có nguy cơ dinh dưỡng có thể được hưởng lợi từ một bổ sung vitamin tổng hợp với canxi, vitamin b12 và vitamin D.

Vô kinh

Tác dụng tránh thai tự nhiên của nuôi con hoàn toàn bằng sữa mẹ (tăng mức độ prolactin và các liên quan đến sự không rụng trứng) có thể được sử dụng để có lợi thế trong những gì được gọi là phương pháp vô kinh tiết sữa (**lactational amenorrhea method**). Lưu ý rằng cho con bú sẽ chỉ ngăn ngừa rụng trứng ở người phụ nữ hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn cho con bú và tiếp tục vô kinh. Vì thế, không nên dựa vào việc cho con bú như một phương pháp tránh thai. Bất kể người mẹ có cho con bú hoàn toàn hay không, phải thận trọng trong việc tư vấn cho mẹ về các biện pháp tránh thai bổ sung (xem Chương 26).

Chăm sóc núm vú

Chăm sóc núm vú cũng rất quan trọng trong thời gian cho con bú. Các núm vú nên rửa sạch với nước và tiếp xúc với không khí trong 15 đến 20 phút sau mỗi lần cho bú. Một loại kem gốc nước như thuốc mỡ lanolin hoặc A và D có thể là áp dụng nếu núm vú bị mềm. Nứt núm vú có thể làm cho con bú vô cùng khó khăn. Ngừng tạm thời cho con bú, biểu hiện bằng tay của sữa, và sử dụng lá chắn núm vú sẽ giúp phục hồi.

TRẦM CẢM CHU SINH

Mặc dù mang thai và sinh nở thường là thời gian vui vẻ, tuy nhiên trầm cảm thực sự phổ biến trong thời kỳ hậu sản ảnh hưởng đến một phần bảy phụ nữ. Bác sĩ lâm sàng nên sàng lọc phụ nữ về các triệu chứng trầm cảm và lo lắng sử dụng một công cụ được chuẩn hóa, xác nhận ít nhất một công cụ trong giai đoạn chu sinh. Phụ nữ mắc chứng lo âu hoặc trầm cảm hiện tại, có tiền sử rối loạn tâm trạng hoặc các yếu tố nguy cơ của rối loạn tâm trạng chu sinh như được nêu trong [Hộp 11.1](#) phải là giám sát chặt chẽ.

HỢP 11.1 Các yếu tố nguy cơ gây trầm cảm chu sinh

Trầm cảm khi mang thai

- Lo lắng của mẹ
- Tiền căn trầm cảm
- Cuộc sống căng thẳng
- Thiếu hệ thống hỗ trợ
- Mang thai ngoài ý muốn
- Bảo hiểm y tế
- Bạo lực gia đình
- Thu nhập thấp
- Giáo dục thấp
- Hút thuốc
- Tình trạng FA
- Chất lượng mối quan hệ kém

Trầm cảm sau sinh

- Trầm cảm khi mang thai
- Lo lắng khi mang thai
- Trải qua các biến cố cuộc sống căng thẳng trong thai kỳ
- Trải qua các biến cố cuộc sống căng thẳng trong giai đoạn đầu sau sinh
- Kinh nghiệm sinh nở đau thương (traumatic birth)
- Sinh non / trẻ phải nhập chăm sóc đặc biệt
- Mức hỗ trợ xã hội thấp
- Tiền sử trầm cảm
- Các vấn đề cho con bú

Trầm cảm chu sinh thường không được nhận ra kể từ khi có dấu hiệu và các triệu chứng thường có thể được quy cho những thay đổi bình thường của thai kỳ và thời kỳ hậu sản. Lo lắng và mất ngủ là triệu chứng rất phổ biến rối loạn tâm trạng chu sinh và có thể có ích để hỏi về suy nghĩ xâm phạm, đáng sợ và về việc không thể ngủ ngay cả khi trẻ sơ sinh đang ngủ. Việc sử dụng bảng câu hỏi sàng lọc đã được xác nhận cho thai kỳ không thể được nhấn mạnh quá mức. 10 câu hỏi Quy mô trầm cảm sau sinh tại Edinburgh mất chưa đầy 5 phút để hoàn thành. Ngoài ra, nó bao gồm các triệu chứng lo lắng, nhưng loại trừ triệu chứng thể chất (constitutional) phổ biến trong thai kỳ có thể khác giảm tính đặc hiệu của nó.

Sàng lọc là không đủ để cải thiện kết quả lâm sàng. Các bác sĩ lâm sàng phải bao gồm theo dõi và điều trị theo chỉ định cùng với xử trí phù hợp.

THĂM KHÁM SAU SINH

Tại thời điểm thăm khám sau sinh, kế hoạch chăm sóc sau sinh phải là xem xét với các câu hỏi về kinh nghiệm sinh con, tình trạng của việc cho con bú, sự trở lại kinh nguyệt, bắt đầu lại hoạt động sinh dục, sử dụng biện pháp tránh thai, tương tác của trẻ sơ sinh với gia đình, và nối lại các hoạt động thể chất khác như trở lại làm việc. Bệnh nhân cần được cung cấp hướng dẫn tập thể dục cho cơ xương chậu/kegel, tiết sữa, giữ cân nặng, khoảng cách sinh (birth spacing), tập thể dục, dinh dưỡng theo chỉ định. Cần nỗ lực để tạo điều kiện cho việc sử dụng biện pháp tránh thai có thể đảo ngược kéo dài (LARC) ở những bệnh nhân bày tỏ sự quan tâm khi đang ở bệnh viện. Bệnh nhân cần được nhắc nhở về các biến chứng thai kỳ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe trong tương lai của họ hoặc biến chứng sau đó mang thai. Theo dõi sàng lọc glucose và các yếu tố nguy cơ chuyển hóa tim nên được thảo luận với bệnh nhân tiểu đường thai kỳ hoặc tăng huyết áp. Quan sát và đặt câu hỏi thích hợp liên quan buồn bã và chán nản, lo lắng, các bậc phụ huynh lo lắng về việc chăm sóc trẻ sơ sinh, và mối quan hệ của mẹ và ba cũng là một phần của mối quan hệ mà lần đầu tiên thăm khám sau sinh cần quan tâm. Một công cụ được phê chuẩn như là Thang đo trầm cảm sau sinh Edinburgh

(<http://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/loads/edinburghscale.pdf>) có thể có ích. Sàng lọc là không đủ để cải thiện lâm sàng kết quả. Nó phải được kết hợp với theo dõi và điều trị thích hợp khi được chỉ định.

THEO DÕI TRÊN LÂM SÀNG

Không có nhiễm trùng được phát hiện khi kiểm tra vùng chậu với chuẩn bị ướt và bạn tự tin trấn an người mẹ mới mà cô ấy có trải qua một lo ngại rubra bình thường và sau đó lochia serosa (giải thích từng loại lo ngại bình thường) và rằng cô ấy hiện đang trải qua alba. Bạn giải thích rằng điều này có thể kéo dài chừng vài tuần và chỉ đơn giản là một biểu hiện dài hơn của sự kết thúc của một quá trình sinh thường. Cô ấy là hợp lý yên tâm nhưng nhiều hơn như vậy khi lochia alba chấm dứt trong tuần sau đó.