BỘ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
	Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 4128/QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 29 tháng 7 năm 2016*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc phê duyệt tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 2013/QĐ-TTg ngày 14 tháng 11 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020;

Xét đề nghị của Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Phê duyệt tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản" kèm theo Quyết định này.

Điều 2. Tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản" là cơ sở để các đơn vị y tế triển khai thực hiện hoạt động cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25 tháng 11 năm 2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản" hết hiệu lực kể từ ngày ban hành Quyết định này.

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em; Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh; Chánh thanh tra Bộ; Thủ trưởng các Vụ, Cục, Tổng cục thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Giám đốc các Bệnh viện, Viện có giường bệnh; Giám đốc các Học viện, Hiệu trưởng các trường đại học, cao đẳng và trung cấp có đào tạo nhân lực y tế; Thủ trưởng các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng Bộ Y tế (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng (để phối hợp chỉ đạo);
- Cổng Thông tin điện tử Bộ Y tế ;
- Lưu: VT, BMTE.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Nguyễn Viết Tiến

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BỘ Y TẾ

---o0o---

HƯỚNG DẪN QUỐC GIA
về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

(Ban hành kèm theo Quyết định số 4128/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Hà Nội, 2016

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

MỤC LỤC

HƯỚNG DẪN QUỐC GIA về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 1
MỤC LỤC i
CÁC TỪ VIẾT TẮT vi
LỜI GIỚI THIỆU vii
CÁCH SỬ DỤNG "HƯỚNG DẪN QUỐC GIA VỀ CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN" ix
PHẦN 1 NHỮNG QUI ĐỊNH CHUNG 1
MỐI QUAN HỆ TƯƠNG HỖ GIỮA NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ VÀ CỘNG ĐỒNG 3
TƯ VẤN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN 6
TRUYỀN MÁU VÀ CÁC DỊCH THAY THẾ TRONG SẢN PHỤ KHOA 9
SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG SẢN KHOA 12
CÁC NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN 13
QUI TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN 15
THUỐC THIẾT YẾU CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI TRẠM Y TẾ XÃ VÀ TƯƠNG ĐƯƠNG 17
TRANG BỊ THIẾT YẾU VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN CHO TRẠM Y TẾ XÃ VÀ TƯƠNG ĐƯƠNG. 20
CƠ SỞ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI TUYẾN XÃ 23
PHẦN 2 LÀM MẸ AN TOÀN 27
A CHĂM SÓC TRƯỚC KHI CÓ THAI VÀ TRƯỚC KHI SINH 29
TƯ VẤN, CHĂM SÓC TRƯỚC KHI CÓ THAI 31
CHĂM SÓC TRƯỚC SINH 33
TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ CÓ THAI 39
CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH 41
QUẢN LÝ THAI 42
TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ VÀ NGAY SAU ĐẺ 45
CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CUỘC ĐẺ 48
CHẨN ĐOÁN CHUYỂN DẠ 51
THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG 53
THEO DÕI LIÊN TỤC CƠN CO TỬ CUNG VÀ NHỊP TIM THAI 56
B CHĂM SÓC TRONG VÀ SAU ĐẺ 59
BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ 61
ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM 64
KIỂM TRA RAU 67
ĐỠ ĐẺ TẠI NHÀ VÀ XỬ TRÍ ĐẺ RƠI 69
CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH NGÀY ĐẦU SAU ĐẺ 72
CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TUẦN ĐẦU SAU ĐẺ 75
CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH 6 TUẦN ĐẦU SAU ĐẺ 78
C CÁC BẤT THƯỜNG TRONG THAI NGHÉN, CHUYỂN DẠ VÀ SINH ĐẺ 81
THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO 83
CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU THAI KỲ 87
CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI THAI KỲ VÀ TRONG CHUYỂN DẠ 92
CHẢY MÁU SAU ĐẺ 95
SỐC TRONG SẢN KHOA 99
XỬ TRÍ TẮC MẠCHỐI 102

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TĂNG HUYẾT ÁP, TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT 104
XỬ TRÍ ĐA THAI 108
NGÔI BẤT THƯỜNG 109
DỌA ĐẺ NON VÀ ĐẺ NON 111
XỬ TRÍ THAI QUÁ NGÀY SINH 114
VỠ ỐI NON 115
SA DÂY RỐN 116
THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG 117
PHÙ PHỔI CẤP TRONG CHUYỂN DẠ 119
CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ 121
THEO DÕI CUỘC CHUYỂN DẠ VỚI SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ Ở TỬ CUNG 122
SUY THAI CẤP 123
SỬ DỤNG OXYTOCIN 124
NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN 125
PHÁT HIỆN CÁC DẤU HIỆU NGUY HIỂM, XỬ TRÍ VÀ CHUYỂN TUYẾN CÁC CẤP CỨU SẢN KHOA 129
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ 134
BỆNH BASEDOW VÀ THAI NGHÉN 136
SUY GIÁP VÀ THAI NGHÉN 138
BỆNH TIM VÀ THAI NGHÉN 140
VIÊM GAN VÀ THAI NGHÉN 144

D CÁC THỦ THUẬT VÀ PHẪU THUẬT 147

CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY CHUYỂN DẠ 149
KỸ THUẬT BẤM ỐI 152
NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM 154
ĐỠ ĐẦU TRONG NGÔI MÔNG 156
XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SINH ĐÔI 158
FORCEPS 159
GIÁC KÉO 161
BÓC RAU NHÂN TẠO 163
KIỂM SOÁT TỬ CUNG 165

PHẦN 3 PHỤ KHOA 167

HƯỚNG DẪN CHUNG 169
KHÁM PHỤ KHOA 170
KHÁM VÚ 173
CÁC TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG 175
BỆNH VÚ LÀNH TÍNH 181
U XƠ TỬ CUNG 184
U BUỒNG TRỨNG 186
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH 188
HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG 192
LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG 194
MÃN KINH 197

PHẦN 4 CHĂM SÓC SƠ SINH 201

GIAO TIẾP VÀ HỖ TRỢ TINH THẦN ĐỐI VỚI GIA ĐÌNH TRẺ BỆNH 203
CHUYỂN VIỆN AN TOÀN CHO TRẺ SƠ SINH 205
CHO TRẺ RA VIỆN 207

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHỐI HỢP CHUYÊN NGÀNH SẢN KHOA VÀ NHI KHOA TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH . 208
NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH CHO TRẺ SƠ SINH 210
THUỐC THIẾT YẾU TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH TẠI CÁC TUYẾN 211
TRANG THIẾT BỊ THIẾT YẾUCHO CHĂM SÓC SƠ SINH TẠI CÁC TUYẾN Y TẾ 212
CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NON THÁNG/NHẸ CÂN 214
DỊ TẬT SƠ SINH CẦN CAN THIỆP SỚM 216
TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ 217
CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP KANGAROO 220
RỐI LOẠN THÂN NHIỆT Ở TRẺ SƠ SINH 222
VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO 224
SUY HÔ HẤP SƠ SINH 225
BỆNH MÀNG TRONG (HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ NON THÁNG) 227
LIỆU PHÁP BƠM SURFACTANT 228
VIÊM PHỔI 230
LIỆU PHÁP HẠ THÂN NHIỆT TRONG ĐIỀU TRỊ TRẺ SƠ SINH NGẠT 232
THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP) 234
XUẤT HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH 236
NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH 237
NHIỄM KHUẨN MẮT 239
NHIỄM KHUẨN RỐN 241
NHIỄM KHUẨN DA 243
HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH 245
NUÔI DƯỠNG QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY Ở TRẺ SƠ SINH 247
NUÔI DƯỠNG TĨNH MẠCH Ở TRẺ SƠ SINH 249
VIÊM RUỘT HOẠI TỬ Ở TRẺ SƠ SINH 251
TRẺ SINH RA TỪ MẸ BỊ VIÊM GAN B, LAO, LẬU, GIANG MAI, HIV 253
HỘI CHỨNG CO GIẬT 256
VIÊM MÀNG NÃO MỦ Ở TRẺ SƠ SINH 257
CẤP CỨU SẶC SỮA 259
TRUYỀN MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU 260
THAY MÁU Ở TRẺ SƠ SINH VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO 262
KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN 265
KỸ THUẬT BÓP BÓNG QUA MẶT NẠ 268
CHỌC HÚT VÀ ĐẶT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI 270
KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY CHO TRẺ SƠ SINH 272
CHỌC DÒ TUỶ SỐNG 274
KỸ THUẬT CHIẾU ĐÈN ĐIỀU TRỊ VÀNG DA 275
PHẦN 5 KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH 277
TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH 279
TIÊU CHUẨN PHÒNG THỦ THUẬT KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH 282
DỤNG CỤ TRÁNH THAI TRONG TỬ CUNG 283
BAO CAO SU 290
VIÊN THUỐC TRÁNH THAI KẾT HỢP 292
VIÊN THUỐC TRÁNH THAI CHỈ CÓ PROGESTIN 296
THUỐC TIÊM TRÁNH THAI 300
THUỐC CẤY TRÁNH THAI 304
MIẾNG DÁN TRÁNH THAI 309
BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KHẨN CẤP 313

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT ỐNG DẪN TINH 316
TRIỆT SẢN NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT VÒI TỬ CUNG 319
CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TRUYỀN THỐNG (TỰ NHIÊN) 323
BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO BÚ VÔ KINH 325
PHẦN 6 NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC 327
HƯỚNG DẪN CHUNG 329
HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO 336
HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO Ở NAM GIỚI 339
SÙI MÀO GÀ SINH DỤC 342
HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI 345
HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC 348
HỘI CHỨNG SƯNG HẠCH BẸN 352
DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN/NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC 355
PHẦN 7 SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN 359
HƯỚNG DẪN CHUNG 361
NHỮNG ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU, TÂM SINH LÝ TRONG THỜI KỲ VỊ THÀNH NIÊN 363
KỸ NĂNG SỐNG LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE SINH SẢN/SỨC KHỎE TÌNH DỤC CỦA VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN 366
TÌNH DỤC AN TOÀN VÀ ĐỒNG THUẬN 368
TƯ VẤN VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN 371
KINH NGUYỆT VÀ XUẤT TINH Ở VỊ THÀNH NIÊN 373
THĂM KHÁM SỨC KHỎE SINH SẢN CHO VỊ THÀNH NIÊN 376
CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN 379
MANG THAI Ở VỊ THÀNH NIÊN 381
DỊCH VỤ SỨC KHỎE THÂN THIỆN VỚI VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN 387
SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN Ở VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN 390
CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CHO NHÓM VỊ THÀNH NIÊN/THANH NIÊN YẾU THẾ 393
PHẦN 8 PHÁ THAI AN TOÀN 397
HƯỚNG DẪN CHUNG 399
TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI 400
PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG 403
PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 9 TUẦN VÀ TỪ TUẦN THỨ 10 ĐẾN HẾT 12 TUẦN 406
PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 22 409
PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 18 412
XỬ LÝ DỤNG CỤ HÚT THAI CHÂN KHÔNG BẰNG TAY 415
PHẦN 9 NAM HỌC 419
MÃN DỤC NAM 421
SUY SINH DỤC NAM 424
VÔ SINH NAM 427
RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG 429
XUẤT TINH SỚM 432
XUẤT TINH RA MÁU 435
LỖ ĐÁI LỆCH THẤP 438
XƠ CỨNG VẬT HANG 440
TINH HOÀN ẨN 442

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

GIÃN TĨNH MẠCH TINH 445
CÁC RỐI LOẠN BIỆT HÓA GIỚI TÍNH SINH DỤC 448
PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT 451
PHẦN 10 NHỮNG NỘI DUNG KHÁC 455
HƯỚNG DẪN KHÁM SỨC KHỎE TRẺ EM ĐỊNH KỲ 457
BẠO HÀNH ĐỐI VỚI PHỤ NỮ 460
SÀNG LỌC VÀ ĐÁP ỨNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ ĐỐI VỚI BẠO HÀNH PHỤ NỮ 462
TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ BỊ BẠO HÀNH 464
SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE BÀ MẸ VÀ TRẺ EM 466
TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI 468
PHẦN PHỤ LỤC 471
DANH SÁCH CÁC CÁ NHÂN VÀ TỔ CHỨC THAM GIA QUÁ TRÌNH XÂY DỰNG VÀ CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN QUỐC GIA VỀ CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SKSS 473

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC TỪ VIẾT TẮT

BMTE	Bà mẹ trẻ em
BPTT	Biện pháp tránh thai.
BVSKBMTE	Bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em.
CSSK	Chăm sóc sức khoẻ.
CĐTB	Cô đỡ thôn bản
DCTC	Dụng cụ tử cung
đv, IU	Đơn vị
HA	Huyết áp
HIV/AIDS	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người/hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.
KHHGĐ	Kế hoạch hoá gia đình.
LNMTC	Lạc nội mạc tử cung
LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục.
MDTT	Miếng dán tránh thai
NKQ	Nội khí quản
NKĐSS	Nhiễm khuẩn đường sinh sản.
NKLTQĐTD	Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.
SKSS	Sức khoẻ sinh sản.
SKTD	Sức khoẻ tình dục.
TMT	Tĩnh mạch tinh
VTN	Vị thành niên.
VTN/TN	Vị thành niên/thanh niên.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LỜI GIỚI THIỆU

Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển họp tại Cairô năm 1994, với sự tham dự của trên 180 nước trên thế giới trong đó có Việt Nam, đã nhất trí với cách tiếp cận toàn diện về chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS). Sau Hội nghị, Việt Nam đã thực hiện cam kết của mình thông qua một loạt các biện pháp nhằm nâng cao chất lượng và đa dạng hóa các loại hình dịch vụ chăm sóc SKSS đáp ứng nhu cầu chăm sóc SKSS của nhân dân, hạ thấp tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong trẻ em.

Trong quá trình thực hiện cung cấp các dịch vụ chăm sóc SKSS, việc chuẩn hóa các hoạt động chuyên môn là vấn đề được đặc biệt chú trọng nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS và hạn chế tối đa những sai sót có thể xảy ra. Để đáp ứng được yêu cầu đó, Bộ Y tế đã ban hành "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS" năm 2001 và cập nhật, chỉnh sửa lần thứ nhất năm 2009.

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS ban hành năm 2009 được áp dụng cho tất cả các cơ sở y tế bao gồm cả y tế nhà nước và tư nhân, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở. Đây là hướng dẫn chuyên môn trong thực hiện cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS; là cẩm nang hướng dẫn cho cán bộ y tế và cũng là cơ sở để xây dựng các tài liệu đào tạo, thực hiện công tác giám sát, đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS tại các cơ sở y tế.

Tuy nhiên, sau 6 năm thực hiện Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS, nhiều tiến bộ khoa học kỹ thuật đã được triển khai áp dụngtrong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, sức khỏe sinh sản.Nhiều quy định trong Hướng dẫn đã không còn phù hợp với thực tế, cần được bổ sung, sửa đổi. Chính vì vậy Bộ Y tế đã rà soát, bổ sung và cập nhật lần thứ hai Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS.

Tài liệu Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS ban hành năm 2016 được biên soạn với sự tham gia của các Bệnh viện đầu ngành về Sản Phụ khoa, Nhi khoa và Da liễu, các chuyên gia trong và ngoài nước, các lãnh đạo và chuyên viên các Vụ, Cục của Bộ Y tế, với sự hỗ trợ cả về tài chính và kỹ thuật của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA), Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF),Tổ chức Cứu trợ trẻ em Việt nam, Tổ chức Marie Stopes International. Trong quá trình soạn thảo, tài liệu đã nhận được nhiều ý kiến đóng góp quý báu của các cán bộ y tế địa phương cũng như các tổ chức trong nước và quốc tế hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc SKSS tại Việt Nam.

Đây là lần thứ ba Bộ Y tế xây dựng và ban hành "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS", mặc dù đã rất cố gắng nhưng cũng không thể tránh khỏi những thiếu sót về mặt nội dung và in ấn. Bộ Y tế rất mong nhận được những ý kiến đóng góp quý báu để tài liệu được hoàn thiện hơn trong những lần xuất bản sau.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội ngày.... tháng.... năm 2016

Gs.Ts. Nguyễn Viết Tiến
Thứ trưởng Bộ Y tế

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁCH SỬ DỤNG
"HƯỚNG DẪN QUỐC GIA VỀ CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN"

1. Giới thiệu tóm tắt về quá trình xây dựng

Để góp phần thực hiện các mục tiêu của "Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020", một trong những biện pháp quan trọng là nâng cao chất lượng và đa dạng hóa các loại hình dịch vụ chăm sóc SKSS nhằm đáp ứng nhu cầu ngày càng tăng của nhân dân. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS ban hành lần thứ nhất vào năm 2001 và lần thứ 2 vào năm 2009 đã đáp ứng được một phần quan trọng đòi hỏi cấp bách nêu trên.

Tuy nhiên, sau 6 năm thực hiện Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS- kể từ khi ban hành lần thứ 2, nhiều tiến bộ khoa học kỹ thuật đã được triển khai áp dụng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, sức khoẻ sinh sản. Nhiều quy định trong Hướng dẫn quốc gia đã không còn phù hợp với thực tế, cần được bổ sung, sửa đổi. Chính vì vậy Bộ Y tế đã rà soát, cập nhật, bổ sung và ban hành Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS năm 2016.

Mục đích của tài liệu nhằm:

- Chuẩn hóa các dịch vụ chăm sóc SKSS: với việc ban hành các qui trình và hướng dẫn chuẩn về các dịch vụ chăm sóc SKSS, tài liệu này không những là cơ sở cho việc thực hiện các dịch vụ chăm sóc SKSS, mà còn cung cấp, cập nhật cho cán bộ y tế những qui định và hướng dẫn cơ bản giúp cho việc tra cứu trong quá trình cung cấp dịch vụ qua đó nâng cao chất lượng và đa dạng hóa dịch vụ chăm sóc SKSS.

- Cung cấp cơ sở để xây dựng các tài liệu đào tạo trong lĩnh vực chăm sóc SKSS: sau khi Hướng dẫn ra đời, các tài liệu phục vụ cho việc đào tạo kể cả đào tạo mới và đào tạo lại thuộc lĩnh vực chăm sóc SKSS sẽ được biên soạn, chỉnh lý và bổ sung.

- Cung cấp cơ sở để xây dựng các công cụ phục vụ công tác giám sát và đánh giá các cơ sở y tế và cán bộ cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS: hướng dẫn này sẽ là tài liệu để xây dựng các tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cung cấp dịch vụ cũng như xây dựng các bảng kiểm qui trình kỹ thuật, hướng dẫn chăm sóc để giúp công tác theo dõi, giám sát.

Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS 2016 được soạn thảo công phu với sự tham gia của các chuyên gia trong nước và sự hỗ trợ kỹ thuật của các chuyên gia quốc tế thông qua các hội thảo, thảo luận nhóm. Hướng dẫn quốc gia 2016 cũng qua các lần thử nghiệm tại một số tỉnh ở cả 3 miền Bắc, Trung và Nam. Trong quá trình xây dựng, Hướng dẫn quốc gia cũng được gửi xin ý kiến của các tổ chức quốc tế đang hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc SKSS tại Việt Nam. Tất cả các ý kiến đóng góp của các tổ chức và cá nhân trong và ngoài nước đều được nhóm soạn thảo cân nhắc kỹ lưỡng trong quá trình biên soạn và sửa chữa cho phù hợp với điều kiện thực tiễn của Việt Nam.

2. Hướng dẫn sử dụng

Tài liệu bao gồm 10 phần dựa theo các nội dung ưu tiên liên quan đến chăm sóc SKSS:

Phần I: Những qui định chung

Phần này bao gồm những chủ đề có liên quan đến toàn bộ các nội dung của Hướng dẫn thí dụ: tư vấn trong chăm sóc SKSS, các qui định về trang thiết bị và cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS tại trạm y tế xã, các nguyên tắc cơ bản trong truyền máu, truyền dịch, nguyên tắc và qui trình vô khuẩn, sử dụng kháng sinh trong sản phụ khoa,...

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Phần II: Làm mẹ an toàn

Phần này bao gồm toàn bộ các chủ đề thuộc lĩnh vực làm mẹ an toàn được trình bày theo thứ tự từ chăm sóc trước sinh, chăm sóc trong sinh, chăm sóc sau sinh và các bất thường trong thai nghén và chuyển dạ, các thủ thuật, phẫu thuật.

Phần III: Phụ khoa

Phần này bao gồm một số nội dung thường gặp về phụ khoa.

Phần IV: Chăm sóc sơ sinh

Phần này là các chủ đề về chăm sóc sơ sinh, bao gồm cả giao tiếp, hỗ trợ, thuốc, trang thiết bị và các kỹ thuật liên quan

Phần V: Kế hoạch hóa gia đình

Phần này giới thiệu các biện pháp tránh thai hiện đại và truyền thống đã và đang được sử dụng tại Việt Nam.

Phần VI: Sức khỏe sinh sản vị thành niên và thanh niên

Phần này gồm các vấn đề chính về sức khỏe, SKSS thường gặp ở vị thành niên và thanh niên (VTN/TN), hướng dẫn khi thăm khám cũng như tiếp xúc với VTN/TN, cung cấp dịch vụ sức khỏe thân thiện.

Phần VII: Nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục

Phần này trình bày những hội chứng hoặc những bệnh nhiễm khuẩn thường gặp ở đường sinh sản trong đó bao gồm cả các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

Phần VIII: Phá thai an toàn

Phần này gồm các phương pháp phá thai đang được sử dụng tại Việt Nam

Phần IX: Nam học

Phần này gồm một số chủ đề về sức khỏe sinh sản cho nam giới

Phần X: Những nội dung khác

Các nội dung trong tài liệu này chỉ đưa ra những bước tiến hành cơ bản, những nguyên tắc chung cần tuân thủ giúp cho cán bộ cung cấp dịch vụ trong quá trình thực hiện không bỏ sót các bước để tránh các sai sót có thể xảy ra.

Các kỹ thuật chăm sóc, chẩn đoán, xử trí, điều trị đề cập trong Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS 2016 chỉ được thực hiện tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có giấy phép hoạt động và phạm vi chuyên môn kỹ thuật phù hợp; cán bộ cung cấp dịch vụ chỉ được thực hiện khi có Chứng chỉ hành nghề do cấp có thẩm quyền cấp. Vì vậy, trong Hướng dẫn này không còn mục "Tuyến áp dụng" và "Người thực hiện" ở mỗi chủ đề.

Đặc biệt trong từng chủ đề của tài liệu đều chú trọng đến hướng dẫn xử trí theo tuyến/hạng bệnh viện dựa trên Quy định của Bộ Y tế về nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc SKSS tại các cơ sở y tế. Phần hướng dẫn cụ thể cho từng thao tác kỹ thuật theo Hướng dẫn quốc gia sẽ được đề cập cụ thể trong giáo trình đào tạo.

Ban soạn thảo

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 1
NHỮNG QUI ĐỊNH CHUNG

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

MỐI QUAN HỆ TƯƠNG HỖ
GIỮA NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ VÀ CỘNG ĐỒNG

1. Mối quan hệ giữa y tế công lập và cộng đồng.

1.1. Y tế thôn bản và cô đỡ thôn bản (CĐTB):

1.1.1.Nhân viên y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu có chức năng tham gia chăm sóc sức khỏe ban đầu tại thôn, bản:

- Tuyên truyền, giáo dục sức khỏe tại cộng đồng:
  - + Phổ biến kiến thức bảo vệ sức khoẻ, vệ sinh môi trường và an toàn thực phẩm; phòng, chống dịch bệnh tại cộng đồng;
  - + Tuyên truyền, giáo dục người dân về chăm sóc sức khỏe sinh sản, sức khỏe bà mẹ trẻ em;
  - + Vận động, cung cấp thông tin, tư vấn về công tác dân số-kế hoạch hóa gia đình.
- Tham gia thực hiện các hoạt động chuyên môn về y tế tại cộng đồng:
  - + Phát hiện, tham gia giám sát và báo cáo tình hình dịch bệnh tại thôn, bản;
  - + Tham gia giám sát và triển khai thực hiện các phong trào vệ sinh phòng bệnh, an toàn thực phẩm, nâng cao sức khỏe cộng đồng, xây dựng làng văn hóa sức khỏe.
- Cùng phối hợp với Cô đỡ thôn bản chăm sóc sức khoẻ bà mẹ, trẻ em và kế hoạch hoá gia đình.
- Sơ cứu ban đầu các cấp cứu và tai nạn; chăm sóc điều trị một số bệnh thông thường.
- Tham gia hướng dẫn chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, người khuyết tật, người mắc bệnh xã hội, bệnh không lây nhiễm tại gia đình.
- Vận động, hướng dẫn nhân dân nuôi trồng và sử dụng thuốc nam tại gia đình để phòng và chữa một số bệnh thông thường.

1.1.2. Cô đỡ thôn, bản có chức năng tham gia công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại thôn, bản:

- Cô đỡ thôn bản là nguồn lực quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại thôn, bản.
- Là cầu nối giữa cộng đồng thôn bản và trạm y tế.
- Tuyên truyền, vận động về chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em.
- Tư vấn về sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, phòng chống suy dinh dưỡng cho trẻ em dưới 05 tuổi.
- Tuyên truyền, vận động phụ nữ mang thai đến trạm y tế xã đăng ký quản lý thai, khám thai và đến cơ sở khám bệnh, chữa bệnh để sinh đẻ, tiêm phòng uốn ván cho mẹ và tiêm chủng đầy đủ các loại vắc xin cho trẻ em trong độ tuổi.
- CĐTB là người giúp đỡ các bà mẹ, phụ nữ địa phương và bà đỡ dân gian.
- Trực tiếp giáo dục, hướng dẫn cho mọi người ở thôn bản về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em.
- Tăng cường công tác làm mẹ an toàn tại địa phương, góp phần giảm tử vong cho bà mẹ, trẻ sơ sinh.
- Cùng với Y tế thôn bản tham gia giao ban định kỳ với trạm y tế xã; tham gia các khoá đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn do cơ quan y tế cấp trên tổ chức để nâng cao trình độ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

1.2. Tại tuyến xã.

Người cung cấp dịch vụ:

- Thường xuyên làm việc với Y tế thôn bản và CĐTB để cải thiện chăm sóc sức khỏe và SKSS cho cộng đồng.
- Giải thích được những nguyên nhân gây ảnh hưởng đến sức khỏe và SKSS cho mọi người trong cộng đồng.
- Xác định được những việc cần thiết mà người cung cấp dịch vụ phải làm để hỗ trợ cộng đồng. Có kế hoạch định kỳ tiếp xúc với cộng đồng (đi xuống thôn, bản, xóm).
- Cùng làm việc với cộng đồng để giải quyết các vấn đề sức khỏe nảy sinh.
- Khi giao tiếp với cộng đồng, phải nhận biết những người chủ chốt trong cộng đồng, để giúp họ biết về vai trò và chức năng của họ cũng như những khó khăn và hạn chế họ gặp phải.

1.3. Từ tuyến huyện trở lên.

Người cung cấp dịch vụ:

- Phải chào đón niềm nở với người bệnh, người nhà của người bệnh và người cung cấp dịch vụ từ tuyến dưới đến.
- Phải động viên, cảm ơn người cung cấp dịch vụ ở tuyến dưới đã chuyển người bệnh lên tuyến trên.
- Đưa ra những hướng dẫn lâm sàng, gợi ý thích hợp và kín đáo để củng cố và duy trì sự tín nhiệm của cộng đồng đối với tuyến dưới.
- Cần gặp gỡ và trao đổi với người cung cấp dịch vụ ở tuyến dưới để tăng uy tín của họ với cộng đồng. Có kế hoạch định kỳ đi xuống các cơ sở tuyến dưới để giám sát hỗ trợ.
- Tôn trọng và đảm bảo tính riêng tư của người bệnh, tạo điều kiện thoải mái cho họ và gia đình người bệnh.

2. Mối quan hệ giữa y tế tư nhân và cộng đồng.

- Các cơ sở y tế tư nhân cung cấp các dịch vụ cho cộng đồng tuân theo qui định về chuyên môn, nghiệp vụ, cơ sở vật chất.
- Cần trung thực trong chẩn đoán và điều trị chuyên môn, không vụ lợi.
- Giải thích được vấn đề của người bệnh, tư vấn cho họ tới cơ sở y tế phù hợp khi tiên lượng bệnh vượt quá khả năng của mình.
- Tôn trọng và bảo đảm tính riêng tư của người bệnh, cần chia sẻ thông tin với người bệnh trong quá trình cung cấp dịch vụ.

3. Mối quan hệ giữa các tuyến của y tế công lập.

Người bệnh (và người nhà) từ tuyến dưới thường được chuyển lên tuyến trên, nơi có sẵn các điều kiện can thiệp phẫu thuật và chăm sóc sơ sinh.

3.1. Thực hiện.

Tuyến dưới:

- Khi chuyển người bệnh lên tuyến trên cần có các dụng cụ, vật dụng cần thiết.
- Cung cấp thông tin về người bệnh như tên, tuổi, địa chỉ, bệnh án, tiền sử sản khoa, nguyên nhân chuyển tuyến và lý do khác, cách điều trị đã tiến hành và kết quả.
- Cần có nhân viên y tế đi kèm khi chuyển người bệnh lên tuyến trên.

Tuyến trên:

- Động viên và cảm ơn nỗ lực của tuyến dưới trong việc chuyển người bệnh tới cơ sở y tế.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Phản hồi: sau khi xử trí các trường hợp từ tuyến dưới chuyển lên, cán bộ y tế ở tuyến trên cần thông báo cho tuyến dưới về kết quả xử trí và điều trị nếu có thể được.

Tuyến ngang nhau.

- Chia sẻ, giúp đỡ, hợp tác.

3.2. Giám sát hỗ trợ và đào tạo thường xuyên.

- Tuyến trên thực hiện giám sát hỗ trợ cho tuyến dưới nhằm tăng cường năng lực và cải thiện chất lượng dịch vụ.
- Tăng cường việc chỉ đạo tuyến của tuyến trên đối với tuyến dưới.
- Thực hiện đào tạo lại, cầm tay chỉ việc cho tuyến dưới.

4. Mối quan hệ giữa y tế công lập và y tế tư nhân.

- Các cơ sở y tế công lập và y tế tư nhân đều là những nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS theo qui định của Bộ Y tế.
- Nhân viên y tế của y tế công lập và tư nhân có mối quan hệ bình đẳng với nhau trên mọi phương diện.
- Hoạt động của y tế công lập và tư nhân gắn bó chặt chẽ với nhau, giúp đỡ, hỗ trợ lẫn nhau để cung cấp dịch vụ có chất lượng cao.
- Cơ sở y tế tư nhân cần liên hệ với các cơ sở y tế công lập để nhận được sự hợp tác, hỗ trợ, giúp đỡ khi cần thiết và ngược lại.
- Việc đào tạo lại, cập nhật cần thực hiện cả với y tế công lập và tư nhân.

5. Mối quan hệ giữa người cung cấp dịch vụ với những nhóm khách hàng đặc biệt.

- Nhóm khách hàng nhiễm bệnh LTQĐTD và HIV/AIDS.
- Nhóm khách hàng vị thành niên.
- Nhóm khách hàng bị bạo hành.

* Lưu ý: Người cung cấp dịch vụ cần chú ý đến vai trò của nam giới và gia đình trong chăm sóc SKSS.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

Tư vấn trong chăm sóc SKSS là quá trình giao tiếp hai chiều giữa nhân viên y tế và khách hàng theo yêu cầu của họ. Đây là một phần quan trọng không thể thiếu trong dịch vụ chăm sóc SKSS.

Tất cả cán bộ, nhân viên y tế làm dịch vụ chăm sóc SKSS đều phải tư vấn cho khách hàng. Trường hợp khách hàng cần tư vấn chuyên sâu một vấn đề nào đó sẽ được giới thiệu đến các chuyên gia trong từng lĩnh vực.

1.Mục đích của tư vấn SKSS

Mục đíchcủa tư vấn SKSS là giúp cá nhân hoặc một cặp vợ chồng:

- Nhận được các thông tin về SKSS/KHHGĐ đặc biệt những thông tin mà khách đang tìm hiểu.
- Nhận thức được tầm quan trọng của SKSS, biết cách tự bảo vệ sức khỏe cho bản thân và tự nguyện thực hiện các dịch vụ chăm sóc SKSS.
- Giải quyết những băn khoăn lo lắng về những vấn đề sức khỏe liên quan tới SKSS/KHHGĐ và đưa ra những quyết định hay những hành vi sức khỏe có lợi cho bản thân, gia đình hoặc cộng đồng.

2. Những nguyên tắc chung về tư vấn trong dịch vụ chăm sóc SKSS.

- Tư vấn về chăm sóc SKSS phải dựa trên nhu cầu, mong muốn của khách hàng.
- Tư vấn cần dựa trên sự tin cậy, tôn trọng lẫn nhau, nhằm giúp khách hàng có hiểu biết đúng, biết cách xử trí và quyết định các vấn đề về SKSS của bản thân.
- Cán bộ y tế chuyên trách tư vấn phải có kiến thức chuyên môn tốt về chăm sóc SKSS, phải giải quyết được các vấn đề nguy cơ và khả năng dễ bị mắc nhiễm khuẩn đường sinh sản của khách hàng.
- Phải có hiểu biết về qui trình và có kỹ năng tư vấn về SKSS.
- Mỗi cuộc tư vấn có thể có mục đích, nội dung, phương pháp cụ thể khác nhau nhưng đều có chung các kỹ năng, yêu cầu và các bước tư vấn.

3. Những yêu cầu của một cuộc tư vấn có chất lượng.

3.1. Tôn trọng khách hàng.

- Cán bộ tư vấn phải đảm bảo giữ bí mật, không tiết lộ thông tin về khách hàng nếu chưa được khách hàng đồng ý.
- Tôn trọng khách hàng, bất kể họ là ai và họ có vướng mắc gì. Chấp nhận mà không phán xét.
- Phải kiên trì lắng nghe để hiểu rõ nhu cầu và mong muốn của khách hàng.
- Đặt mình vào hoàn cảnh của khách hàng để hiểu họ nghĩ gì, muốn gì và làm thế nào để giúp họ.
- Muốn tư vấn có hiệu quả cần xây dựng mối quan hệ thoải mái, tin cậy, cởi mở, tôn trọng giữa cán bộ tư vấn và khách hàng.

3.2. Cung cấp thông tin chính xác và rõ ràng.

- Cần cung cấp những thông tin chính xác mà khách hàng muốn biết, cần biết, bao gồm cả những yếu tố không thuận lợi và nguy cơ.
- Sử dụng ngôn ngữ dễ hiểu, tránh dùng thuật ngữ chuyên môn. Khuyến khích khách hàng hỏi lại, sau đó giải thích rõ hoặc hẹn lần sau trả lời.
- Trước khi kết thúc tư vấn cần hỏi lại xem khách hàng đã hiểu đúng chưa, còn gì chưa rõ. Nhắc lại hoặc tóm tắt những gì khách hàng cần biết hoặc cần làm. Hẹn gặp lại nếu cần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Các kỹ năng tư vấn cơ bản.

4.1. Kỹ năng tiếp đón.

- Chào hỏi khách hàng và tự giới thiệu nhằm tạo sự thân mật.
- Tiếp xúc cả bằng đối thoại lẫn cử chỉ (vui vẻ, chăm chú, sẵn lòng).

4.2. Kỹ năng lắng nghe.

- Kiên trì lắng nghe để hiểu rõ nguyên nhân của các vấn đề, các lo lắng và mong muốn của khách hàng.
- Chú ý lắng nghe làm cho khách hàng cảm thấy vấn đề của họ được nhận biết, tôn trọng và thông cảm, nhờ đó giảm được sự căng thẳng, bất an.
- Chấp nhận mọi điều khách hàng nói, không bác bỏ hoặc phê phán mà cần tìm hiểu sự lo âu của khách hàng.
- Kiên trì nếu khách hàng có thắc mắc, do dự, khóc lóc hoặc bực tức.

4.3. Kỹ năng giao tiếp.

- Theo dõi câu chuyện của khách hàng bằng các điệu bộ phù hợp như tiếp xúc bằng ánh mắt, gật đầu...
- Cán bộ tư vấn cần quan sát phản ứng của khách hàng. Cố gắng tìm hiểu lý do gây nên thái độ của khách hàng đối với vấn đề của mình (như lúng túng, lo lắng, tức giận, tuyệt vọng...).
- Kể cho khách hàng nghe một vài trường hợp thực tế để tạo cơ hội cho khách hàng nói.
- Cán bộ tư vấn phải có kỹ năng sử dụng các phương tiện thông tin, giáo dục truyền thông.

4.4. Kỹ năng giải quyết vấn đề.

- Cần phải xác định bản chất của vấn đề.
- Xác định các nguy cơ hoặc hành vi không đúng, khuyến khích khách hàng nhìn nhận lại những quan niệm, tư duy của mình và tìm cách thay đổi nếu cần thiết.
- Tích cực tìm kiếm các giải pháp khác nhau, trong mỗi giải pháp đó không chỉ nêu ưu điểm thuận lợi mà còn phải nói rõ các điều không thuận lợi, thậm chí có những rủi ro, biến chứng để khách hàng suy nghĩ, lựa chọn.
- Giúp khách hàng xem xét từng giải pháp và quyết định áp dụng giải pháp phù hợp nhất, nhưng không áp đặt khách hàng phải theo ý kiến của mình.
- Đảm bảo với khách rằng họ luôn được hỗ trợ khi tìm và thực hiện giải pháp.
- Đôi khi cán bộ tư vấn cần giúp khách hàng có được những kỹ năng mới như kỹ năng trao đổi về tình dục an toàn.

Các lưu ý đặc biệt khi tư vấn cho khách hàng trẻ tuổi.

- Tư vấn cho khách hàng trẻ tuổi có thể mất nhiều thời gian hơn.
- Người trẻ tuổi phải cảm thấy tin tưởng rằng những điều riêng tư và bí mật của họ được tôn trọng.
- Chú ý sàng lọc, phát hiện các trường hợp nghi ngờ có bạo hành tình dục hoặc ép dâm. Quan hệ với những bạn tình nhiều tuổi hơn, nhiều khả năng là do ép dâm và nguy cơ nhiễm bệnh LTQĐTD/HIV cao hơn.
- Bảo đảm chắc chắn người trẻ tuổi hiểu được sự phát triển tình dục bình thường và hiện tượng có thai xảy ra như thế nào.
- Bảo đảm chắc chắn người trẻ tuổi có thể nói ‘‘không’’ đối với quan hệ tình dục không an toàn.
- Thảo luận các vấn đề liên quan đến dùng ma túy, rượu và tình dục không an toàn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Sự tham gia của các đồng đẳng viên có thể là hữu ích.
- Hãy tìm hiểu xem người vị thành niên đó có tiền để mua thuốc cần cho điều trị bệnh LTQĐTD và có thể điều trị đủ liều không. Những người trẻ tuổi đặc biệt hay ngừng hoặc gián đoạn liệu trình điều trị khi họ thấy tác dụng phụ.
- Đảm bảo các lần khám lại được sắp xếp ở thời điểm thuận lợi cho các khách hàng trẻ.

5. Các bước của quá trình tư vấn (6 chữ G).

5.1. Gặp gỡ.

- Cán bộ tư vấn chào hỏi thân thiện, nhiệt tình, mời khách hàng ngồi...
- Tự giới thiệu về mình.
- Trò chuyện tạo sự thoải mái, tin cậy.

5.2. Gợi hỏi.

- Gợi hỏi nhu cầu, mong muốn, lý do khách hàng cần tư vấn. Tìm hiểu những nhu cầu về SKSS hiện tại và sắp tới của khách hàng.
- Gợi hỏi các thông tin có liên quan đến các vấn đề cần được tư vấn (gia đình, điều kiện sống, bệnh sử, những lo lắng và hiểu biết của khách...).
- Nên sử dụng câu hỏi mở, chú ý lắng nghe, quan sát.

5.3. Giới thiệu.

- Cán bộ tư vấn phải cung cấp những thông tin chính xác, phù hợp và cần thiết cho khách (cả mặt tích cực và tiêu cực, cả các yếu tố thuận lợi và không thuận lợi).
- Sử dụng các phương tiện thông tin, giáo dục truyền thông phù hợp.
- Cán bộ tư vấn không được áp đặt đối với khách.

5.4. Giúp đỡ.

- Cán bộ tư vấn phải giúp khách hàng hiểu được thực chất vấn đề của họ để giúp họ lựa chọn quyết định phù hợp.
- Hướng dẫn cụ thể giúp khách hàng biết phải làm gì để tự giải quyết vấn đề của mình.

5.5. Giải thích.

- Giải thích những gì khách hàng còn thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng.
- Cung cấp tài liệu hướng dẫn có liên quan đến vấn đề của họ.

5.6. Gặp lại.

Hẹn khách hàng quay trở lại để theo dõi kết quả hoặc giới thiệu tuyến trên để tư vấn, điều trị tiếp nếu cần thiết.

Trong 6 bước trên, trừ bước 1 và 6 là bước đầu và cuối của buổi tư vấn, còn lại các bước khác phải thực hành xen kẽ nhau, không phải theo thứ tự hết bước này mới chuyển sang bước khác. Trong 4 bước đó việc gợi hỏi là quan trọng nhất. Có gợi hỏi tốt mới biết được khách hàng suy nghĩ, hành động thế nào để giới thiệu, giúp đỡ và giải thích thiết thực nhất đối với họ.

6. Địa điểm tư vấn.

- Cần kín đáo, bảo đảm tính riêng tư.
- Phòng tư vấn đảm bảo tiện nghi đầy đủ, chỗ ngồi cho khách hàng, sự bài trí tế nhị tránh tạo ra khoảng cách quá xa. Cần có tranh ảnh, các phương tiện tránh thai, thông tin, chỉ dẫn, tài liệu hướng dẫn liên quan đến SKSS/KHHGD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRUYỀN MÁU VÀ CÁC DỊCH THAY THẾ TRONG SẢN PHỤ KHOA

1. Truyền dịch.

Truyền dịch thay thế là liệu pháp điều trị đầu tay trong trường hợp giảm thể tích tuần hoàn. Nó có thể cứu sống người bệnh và tạo ra khoảng thời gian để khống chế chảy máu và để chờ đợi lấy máu truyền nếu cần thiết.

1.1. Chỉ định.

- Khi lượng dịch trong cơ thể mất đi trong quá trình phẫu thuật, trong chuyển dạ hoặc do bệnh tật.
- Để duy trì huyết áp trong khi chờ đợi truyền máu.

1.2. Dịch thay thế.

- Truyền cao phân tử để duy trì khối lượng tuần hoàn.
- Nước muối đẳng trương 0,9% và Ringer lactat là dung dịch được dùng thay thế máu để điều trị giảm thể tích tuần hoàn.
- Trong trường hợp không có 2 loại trên có thể dùng glucose 5% để thay thế.

1.3. Kiểm tra dịch truyền.

- Phải kiểm tra chai dịch hoặc túi đựng có nguyên vẹn không.
- Kiểm tra xem còn hạn sử dụng không.
- Kiểm tra dung dịch có trong không.

1.4. Theo dõi.

- Trước khi truyền, phải kiểm tra: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, lượng nước tiểu.
- Trong khi truyền: theo dõi mạch, huyết áp 15 phút/lần, lượng nước tiểu và theo dõi những phản ứng có thể xảy ra (sốt, rét run, sốc).
- Trong trường hợp mất máu nặng, truyền dung dịch muối đẳng trương hoặc Ringer lactat 1 lít trong 20 phút để nâng huyết áp.
- Sau khi truyền: theo dõi tiếp ít nhất 1 giờ.

2. Truyền máu.

2.1. Qui định.

- Từ bệnh viện huyện trở lên.
- Có bác sĩ chỉ định.

2.2. Chỉ định.

- Mất máu nhiều trong sản phụ khoa ảnh hưởng đến huyết động.
- Thiếu máu nặng, đặc biệt có thai trong 3 tháng cuối (nên truyền hồng cầu lắng nếu có).

2.3. Nguyên tắc cơ bản của truyền máu.

- Nguyên tắc quan trọng nhất là chỉ truyền máu và sản phẩm máu cho người bệnh khi mất máu nhiều để nhanh chóng bồi phụ lượng máu đã mất.
- Truyền máu cùng nhóm, truyền máu theo đúng hướng dẫn chung của quốc gia.
- Cố gắng chỉ truyền những thành phần mà người bệnh cần (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu....) nếu có.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nơi nào có ngân hàng máu thì sử dụng máu của ngân hàng. Nơi nào không có ngân hàng máu thì phải tuân thủ nguyên tắc sàng lọc máu theo qui định của quốc gia như sau:
  + Tất cả các nguồn máu cho phải sàng lọc:
    - HIV-1, HIV-2,
    - Viêm gan B, viêm gan C,
    - Giang mai, sốt rét.
- Đối với cán bộ y tế:
  + Chỉ truyền máu khi cần thiết để điều trị.
  + Phải hiểu biết những nguy cơ do truyền máu có thể xảy ra.
  + Phải theo dõi truyền máu để phát hiện sớm những phản ứng có thể xảy ra.

2.4. Nguy cơ của truyền máu.

Trước khi chỉ định truyền máu hoặc sản phẩm máu cho người phụ nữ, phải cân nhắc kỹ nguy cơ có thể xảy ra:

- Nguy cơ trước mắt: choáng, rét run, nổi mẩn, phù phổi cấp…
- Nguy cơ lâu dài: có thể làm lây truyền các tác nhân gây bệnh như HIV, viêm gan B, viêm gan C, giang mai, sốt rét cho người nhận máu.

2. 5. Qui trình truyền máu.

2.5.1. Chuẩn bị.

- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Xác định lượng máu cần phải bù. Kiểm tra hạn sử dụng của máu.
- Thử phản ứng chéo tại giường.
- Ấn định lưu lượng truyền (số giọt truyền mỗi phút).

2.5.2. Theo dõi.

- Trong khi truyền: theo dõi toàn trạng chặt chẽ, theo dõi biến đổi màu da và thân nhiệt, đo huyết áp và mạch 15 phút/lần.
- Sau khi truyền xong: theo dõi ít nhất 2 giờ.
- Ghi lại thời gian bắt đầu truyền, thời gian hoàn tất việc truyền, thể tích máu đã truyền và các dịch truyền thay thế khác.

2.5.3. Những phản ứng có thể xảy ra khi truyền máu và xử lý.

Khi truyền máu, nếu có phản ứng như đỏ da, ngứa hoặc choáng phản vệ, phải ngừng truyền ngay, giữ tĩnh mạch bằng cách truyền dịch như dung dịch nước muối đẳng trương hoặc Ringer lactat đồng thời tìm người hỗ trợ.

- Nếu phản ứng nhẹ: promethazin 10 mg (uống).
- Nếu sốc phản vệ:
  + Đặt người bệnh đầu thấp, thở oxygen, hút đờm rãi…
  + Adrenalin pha loãng 1% (0,1 ml trong 10 ml dung dịch nước muối đẳng trương hoặc Ringer lactat) tiêm tĩnh mạch chậm.
  + Promethazin 10 mg (tiêm tĩnh mạch).
  + Depersolon 30-90 mg (1-3 ống) hoặc hydrocortison 100 mg x 5 lọ tiêm tĩnh mạch chậm hoặc truyền nhỏ giọt. Tiêm nhắc lại khi có chỉ định.
- Nếu có khó thở do co thắt phế quản: cho aminophylin 250 mg pha trong 10 ml nước muối đẳng trương hoặc Ringer lactat tiêm tĩnh mạch chậm.
- Theo dõi chức năng tim, thận, phổi.
- Chuyển ngay lên tuyến trên khi cần thiết.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Kiểm tra lại mẫu máu ngay sau khi phản ứng xảy ra.
- Nếu nghi ngờ sốc nhiễm khuẩn do đơn vị máu bị nhiễm khuẩn phải ngừng truyền ngay và cấy máu trong chai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG SẢN KHOA

Nhiễm khuẩn trong thai kỳ hoặc sau đẻ có thể do nhiều loại vi sinh vật phối hợp, bao gồm vi khuẩn kỵ khí, ái khí. Sử dụng kháng sinh dựa trên việc theo dõi sản phụ. Nếu không có đáp ứng trên lâm sàng thì cần làm kháng sinh đồ để lựa chọn kháng sinh thích hợp. Ngoài ra, cấy máu nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết. Trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu xảy ra sau sẩy thai hoặc sau đẻ cần sử dụng kháng sinh phổ rộng. Trường hợp sẩy thai không an toàn hoặc đẻ rơi cần tiêm phòng uốn ván.

1. Kháng sinh dự phòng.

Trong lĩnh vực sản khoa, có nhiều thủ thuật được coi là ít có nguy cơ nhiễm khuẩn. Việc sử dụng kháng sinh chỉ mang tính chất phòng ngừa và gọi là "sử dụng kháng sinh dự phòng".

- Khi thực hiện một số phẫu thuật hoặc thủ thuật sản khoa (như phẫu thuật lấy thai, bóc rau bằng tay) mục đích là để dự phòng nhiễm khuẩn lúc làm thủ thuật. Trong trường hợp đã bị nhiễm khuẩn hoặc đã chẩn đoán nhiễm khuẩn thì dùng kháng sinh điều trị như thông thường.

  Cách dùng: cho kháng sinh dự phòng 30 phút đường tĩnh mạch trước khi bắt đầu phẫu thuật hoặc thủ thuật để kháng sinh đủ đi vào các mô của cơ thể khi bắt đầu phẫu thuật hoặc thủ thuật.
- Trong trường hợp phẫu thuật lấy thai, một liều kháng sinh dự phòng cần được cho ngay sau khi cặp dây rốn. Nếu phẫu thuật kéo dài trên 6 giờ hoặc mất máu nhiều (ước khoảng trên 1000 ml) phải cho liều thứ hai để duy trì nồng độ kháng sinh trong máu.

2. Điều trị.

Ba nhóm kháng sinh có thể được sử dụng trong thời gian mang thai không hạn chế với qui tắc và liều lượng thông thường: beta lactamin, macrolid, polypeptid.

2.1. Tuyến xã.

- Dựa theo thuốc thiết yếu để kết hợp điều trị.
- Nếu cho kháng sinh sau 2 ngày không đỡ thì chuyển tuyến trên.

2.2. Tuyến huyện.

Điều trị các bệnh nhiễm khuẩn ban đầu thường dùng phối hợp các loại kháng sinh theo cách sau:

- Dùng kháng sinh nhóm cephalosporin phối hợp với nhóm macrolid.
- Trong trường hợp nghi ngờ nhiễm vi khuẩn kị khí, phối hợp với metronidazol (cân nhắc, thận trọng sử dụng thuốc này trong ba tháng đầu của thai kì).

3. Chống chỉ định.

- Tetracyclin: vì nguy cơ gây độc cho gan của mẹ, ảnh hưởng tới phát triển xương và làm hỏng men răng của thai nhi.
- Cloramphenicol: vì có nguy cơ suy tuỷ đối với thai.
- Aminoglycosid: vì gây ngộ độc cho thần kinh thính giác và thận của thai.
- Sulfamid: gây quái thai 3 tháng đầu, gây vàng da tan huyết nặng ở trẻ sơ sinh nếu dùng ở 3 tháng cuối thời kỳ thai nghén.
- Quinolon: ảnh hưởng đến đầu sụn khớp của thai.
- Metronidazol: do tác dụng kháng acid folic và gây dị tật trong 3 tháng đầu. Nếu sử dụng thì kết hợp với sử dụng các loại vitamin.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

1. Môi trường sạch ở các phòng kỹ thuật.

- Trong cơ sở y tế, phòng kỹ thuật phải được ưu tiên ở nơi sạch sẽ, khô ráo, xa các nơi dễ lây nhiễm như nhà bếp, nhà vệ sinh công cộng, khoa lây...
- Phòng kỹ thuật phải có nền và tường không thấm nước để có thể rửa bằng nước và xà phòng, có hệ thống kín dẫn nước thải.
- Phòng kỹ thuật không dùng quạt trần, có quạt bàn hoặc điều hòa nhiệt độ. Các cửa sổ phải lắp kính, cao hơn sàn nhà 1,5 m, nếu không có cửa kính phải có lưới hoặc màn để tránh ruồi muỗi bay vào phòng.
- Những lúc không làm kỹ thuật, phòng phải đóng cửa kín không ai được ra vào. Tuyệt đối không làm việc khác trong phòng kỹ thuật.
- Sau mỗi ca thủ thuật phải thay tấm lót bàn thủ thuật, lau chùi sạch sẽ tấm trải bàn rồi mới sử dụng tiếp.
- Phòng phẫu thuật: mọi đồ vật trong phòng phải luôn sạch, tiến hành lau chùi thường xuyên.

2. Khách hàng (người sử dụng các dịch vụ chăm sóc SKSS).

2.1. Trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật.

- Trước khi làm thủ thuật và phẫu thuật, khách hàng tắm rửa, thay quần áo sạch.
- Đi tiểu hoặc làm rỗng bàng quang.
- Cán bộ y tế kiểm tra lại một lần nữa trước khi phẫu thuật xem vùng sắp làm thủ thuật có tổn thương xước, mụn, nhọt, ghẻ, có ổ nhiễm khuẩn không. Nếu có thì nên hoãn cuộc phẫu thuật trừ trường hợp cấp cứu.
- Vùng sắp phẫu thuật phải được rửa sạch, bôi thuốc sát khuẩn da, niêm mạc như iod hữu cơ 10%.

2.2. Sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật.

- Sau khi phẫu thuật, khách hàng phải mặc quần áo sạch, phải được giữ vết mổ sạch và khô, nếu tắm phải tránh làm ướt vết mổ.
- Nếu băng vết mổ khô, sạch không có máu, thì không nên thay băng hàng ngày. Tới ngày cắt chỉ (5-7 ngày) sẽ vừa cắt chỉ vừa thay băng.

3. Người cung cấp dịch vụ (cán bộ y tế).

- Giày dép của cán bộ y tế phải để ngoài phòng kỹ thuật (đi dép guốc của phòng kỹ thuật). Mũ phải kín không để lộ tóc ra ngoài, khẩu trang phải che kín mũi. Nhân viên y tế đang có bệnh nhiễm khuẩn không được phục vụ trong phòng kỹ thuật. Thay áo phẫu thuật, găng, khẩu trang sau mỗi ca phẫu thuật.
- Phẫu thuật viên, người trợ thủ phải: cắt ngắn móng tay, tháo nhẫn, vòng tay, đội mũ, đeo khẩu trang vô khuẩn. Rửa tay theo đúng qui trình rồi mặc áo choàng.

<u>*Chú ý*:</u> Rửa tay là một bước rất quan trọng trong chống nhiễm khuẩn khi thực hiện các dịch vụ chăm sóc SKSS.

- Nguyên tắc sử dụng găng tay:
  + Các dịch vụ chăm sóc SKSS đều cần sử dụng găng tay.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Hầu hết găng vô khuẩn hiện nay sử dụng một lần. Găng dùng lại (cũng phải qua các thao tác vô khuẩn) chỉ còn dùng để lau rửa dụng cụ hoặc vệ sinh cơ thể cho người bệnh.
+ Trước khi mang găng phải rửa tay sạch (thường qui hay phẫu thuật), lau khô tay bằng khăn sạch (nếu rửa tay thường quy) hay khăn vô khuẩn (nếu rửa tay phẫu thuật).
+ Khi mang găng vô khuẩn (để phẫu thuật, đỡ đẻ...), dù tay đã rửa sạch vẫn không được để ngón tay chạm vào mặt ngoài (mặt sử dụng của găng), thực hiện nguyên tắc "tay chạm tay, găng chạm găng".

4. Các dụng cụ, phương tiện sử dụng trong thủ thuật, phẫu thuật.

- Các thiết bị như bàn phẫu thuật, bàn đẻ,... phải được làm sạch sau mỗi lần làm thủ thuật bằng cách rửa, lau sạch máu, dịch sau đó lau lại bằng khăn với dung dịch sát khuẩn (dung dịch clorin 0,5%, glutaraldehyd 2%), cuối cùng lau lại bằng nước sạch; hàng tuần phải rửa bằng xà phòng và nước sạch rồi tiếp tục các bước tiếp theo; bàn phụ khoa ở các bệnh viện (do số lượng khám nhiều) phải được làm sạch hàng ngày theo cách đó. Thay khăn trải sau mỗi lần thủ thuật.
- Các dụng cụ bằng kim loại, cao su, nhựa, vải, thuỷ tinh... phải được tiệt khuẩn theo qui trình vô khuẩn đối với từng loại dụng cụ.
- Các phương tiện tránh thai như dụng cụ tử cung, thuốc, que cấy tránh thai được bảo quản trong bao bì vô khuẩn do nhà sản xuất thực hiện. Khi phát hiện bao bì rách, thủng thì không được sử dụng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

QUI TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ TRONG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

1. Qui trình vô khuẩn dụng cụ.

1.1. Khử nhiễm dụng cụ.

- Khử nhiễm là bước đầu tiên trong qui trình vô khuẩn.
- Thiết bị: 1 xô nhựa có quai xách với chiều cao trên 35 cm và một giỏ nhựa có quai hơi nhỏ hơn để lọt vào xô.
- Dung dịch hóa chất để khử nhiễm: dung dịch clorin 0,5% hoặc glutaraldehyd 2%. Dung dịch này sẽ thay sau mỗi buổi làm việc.
- Dụng cụ sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật phải cho ngay vào xô, ngập hết trong dung dịch khử nhiễm, ngâm trong 10 phút. Sau đó đem ra rửa.

1.2. Làm sạch dụng cụ.

- Thiết bị: một chậu nhựa, vòi nước sạch, xà phòng, bàn chải.
- Trong khi rửa, người rửa dụng cụ cần đi găng cao su và đeo khẩu trang, đeo kính, đi ủng và mặc tạp dề để tránh lây nhiễm. Dùng bàn chải và xà phòng đánh sạch dụng cụ cho hết máu và tổ chức cơ thể bám lại trên dụng cụ.
- Cọ sạch các nơi dễ bám bẩn như răng, khe kẽ của dụng cụ. Sau đó rửa sạch xà phòng và lau khô bằng khăn sạch. Cọ rửa dưới vòi nước chảy hiệu quả hơn cọ rửa trong chậu nước.
- Yêu cầu: máu mủ và các mô bám vào dụng cụ như rau thai, mỡ, cơ... không còn dính lại trên dụng cụ.

1.3. Khử khuẩn mức độ cao.

Có hai cách:

- Khử khuẩn bằng luộc dụng cụ.
- Khử khuẩn bằng hóa chất.

1.3.1. Luộc dụng cụ.

- Thiết bị: hộp luộc dụng cụ bằng kim loại có nắp đậy kín, đủ lớn để chứa dụng cụ, dưới hộp có hệ thống bếp điện hoặc sử dụng một bếp riêng (điện, ga hoặc dầu).
- Yêu cầu: dụng cụ đã rửa sạch cho vào hộp luộc, đổ nước sạch vào hộp sao cho ngập các dụng cụ. Khi nước sôi, duy trì trong 20 phút, vớt dụng cụ dùng ngay không được để lâu.

1.3.2. Khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất.

Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn (glutaraldehyd 2% hoặc dung dịch clorin 0,5%) trong 20 phút sau đó tráng sạch bằng nước đun sôi để nguội.

1.4. Tiệt khuẩn.

1.4.1. Hấp ướt áp lực cao.

- Phương pháp này dùng cho tất cả các loại dụng cụ y tế trừ đồ nhựa (bơm và ống hút thai, catheter...). Đồ vải và đồ cao su phải hấp riêng, vì nhiệt độ, áp suất, thời gian hấp hai loại đó khác nhau.
- Thiết bị: nồi hấp ướt áp lực các loại.
- Yêu cầu: khi nhiệt độ lên tới 121^{o}C (áp lực 1,2 kg/cm^{2}) đối với dụng cụ đóng gói phải duy trì nhiệt độ như vậy trong 30 phút. Đối với dụng cụ không đóng gói chỉ cần duy trì 20 phút.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

1.4.2. Sấy khô.

- Phương pháp này chỉ dùng cho các dụng cụ y tế bằng kim loại.
- Thiết bị là tủ sấy khô.
- Yêu cầu:
  + Nếu nhiệt độ 170^{o}C phải duy trì 60 phút.
  + Nếu nhiệt độ 160^{o}C phải duy trì 120 phút.

Ghi chú: Cách kiểm tra dụng cụ sấy, hấp đã đạt nhiệt độ cần thiết hay chưa bằng cách sau:

  + Trước khi hấp, sấy, dán một giấy báo hiệu an toàn (trắng) vào hộp hay gói đồ.
  + Sau khi đã hấp hoặc sấy xong nếu giấy báo hiệu đó đổi mầu (đen) là dụng cụ hấp sấy đạt yêu cầu về nhiệt độ.
  + Dụng cụ sau khi sấy, hấp phải dán nhãn ghi rõ ngày và tên người hấp sấy vào nắp hộp và gói đó.

1.4.3. Tiệt khuẩn bằng hóa chất.

- Ngâm trong dung dịch hóa chất (glutaraldehyd 2%, không được dùng dung dịch clorin 5%) trong 10 giờ các dụng cụ bằng nhựa như ống thông (sonde), ống hút thai... Dụng cụ vớt ra phải rửa bằng nước tiệt khuẩn, để trong hộp kim loại đã tiệt khuẩn, nắp có dán nhãn, ghi ngày và tên người đã tiệt khuẩn.
- Đối với những dụng cụ không cần tiệt khuẩn thì chỉ ngâm trong 20 phút để khử khuẩn mức độ cao.

2. Bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn.

- Nơi bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn phải sạch sẽ, khô ráo, có cửa đóng kín.
- Có giá, kệ và tủ đựng dụng cụ, có sổ sách ghi chép tên dụng cụ, ngày xử lý vô khuẩn, ngày nhập, xuất dụng cụ (chú ý nguyên tắc nhập trước xuất trước).
- Không để lẫn dụng cụ đã tiệt khuẩn với dụng cụ chưa tiệt khuẩn.
- Thời gian bảo quản:
  + Không bảo quản những dụng cụ tiệt khuẩn mà không đóng gói (loại này cần phải dùng ngay sau khi tiệt khuẩn).
  + Dụng cụ đã khử khuẩn cao chỉ được sử dụng trong vòng 3 ngày. Riêng dụng cụ luộc chỉ dùng trong vòng 24 giờ.
  + Những dụng cụ tiệt khuẩn được đóng gói hoặc đặt trong hộp tiệt khuẩn, được bảo quản một tuần, sau một tuần nếu chưa dùng cần phải hấp sấy lại.
  + Những hộp dụng cụ đã mở ra dùng, nếu dụng cụ bên trong chưa dùng hết thì sau 24 giờ phải đưa đi sấy hấp lại.
  + Khi vận chuyển dụng cụ đã tiệt khuẩn từ nơi bảo quản đến phòng thủ thuật, phẫu thuật, phải che đậy để tránh nhiễm bẩn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THUỐC THIẾT YẾU CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI TRẠM Y TẾ XÃ VÀ TƯƠNG ĐƯƠNG

I. KHÁI NIỆM VỀ THUỐC THIẾT YẾU:

1. Thuốc thiết yếu là:

- Những thuốc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của đại đa số nhân dân.
- Được đảm bảo bằng chính sách thuốc quốc gia, gắn liền nghiên cứu, sản xuất, phân phối thuốc với nhu cầu thực tế chăm sóc sức khoẻ của nhân dân.
- Luôn sẵn có bất cứ lúc nào với chất lượng đảm bảo, đủ số lượng cần thiết, dưới dạng bào chế phù hợp, an toàn, giá cả hợp lý.

2. Nguyên tắc lựa chọn thuốc thiết yếu:

- Bảo đảm hiệu quả, an toàn cho người sử dụng.
- Sẵn có với số lượng đầy đủ, có dạng bào chế phù hợp với điều kiện bảo quản, cung ứng và sử dụng.
- Phù hợp với mô hình bệnh tật, phương tiện kỹ thuật, trình độ của thầy thuốc và nhân viên y tế trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
- Giá cả hợp lý.
- Đa số là đơn chất, nếu là đa chất phải chứng minh được sự kết hợp đó có lợi hơn khi dùng từng thành phần riêng rẽ về tác dụng và độ an toàn. Trường hợp có hai hay nhiều thuốc tương tự nhau phải lựa chọn trên cơ sở đánh giá đầy đủ về hiệu lực, độ an toàn, chất lượng, giá cả và khả năng cung ứng.

II. DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU CHĂM SÓC SKSS

(Theo Thông tư 45/2013/TT-BYT ngày 26/12/2013 của Bộ Trưởng Bộ Y tế về ban hành danh mục thuốc thiết yếu tân dược lần VI)

1. Thuốc giảm đau, tiền mê.

1.1. Không chứa Opi

- Ibuprofen	200, 400 mg	uống.
- Paracetamol	100 mg, 500 mg	uống.
- Lidocain	1%, 2%	tiêm.
- Diazepam	5 mg/ml ống 2 ml	tiêm

1.2. Có Opi

- Morphin	10 mg/ml	tiêm bắp.

2. Thuốc trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn.

- Ampicillin	250 mg, 500 mg	uống.
- Amoxicilin	250 mg, 500 mg	uống.
- Amoxicilin + Acid Clavulanic	500mg + 125mg, 250mg + 62,5mg, 125mg +31,25mg	uống
- Cephalexin	250mg, 500mg	uống
- Erythromycin	250 mg	uống.
- Doxycyclin	100 mg	uống.
- Co-trimoxazol	480 mg	uống.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Sulfamethoxazol + Trimethoprim	Viên 800mg + 160mg, 400mg +80 mg, 100mg + 20mg	Uống
	Hỗn dịch 40mg + 8mg/ml	Uống
- Metronidazol	250 mg, 500 mg	uống, đặt âm đạo.
- Clotrimazol	500 mg	đặt âm đạo
- Nystatin	100.000 đv	đặt âm đạo.
- Benzyl penicillin	1.200.000 đv, 2.400.000 đv	tiêm.
- Benzyl penicillin procain	1.000.000 đv, 3.000.000 đv	tiêm.
-		
- Ampicillin	500mg, 1g	tiêm
- Gentamycin	80 mg/ml	tiêm.

3. Thuốc điều trị tăng huyết áp

- Methyldopa	viên 250 mg	uống.
- Nifedipin	viên nang 10 mg (phóng thích chậm).	

4. Thuốc sát khuẩn và khử khuẩn

- Clorhexidin (digluconat)	5% (dung dịch)	dùng ngoài.
- Cồn 70 độ:		dùng ngoài.
- Cồn iod	2,5%	dùng ngoài.
- Nước oxy già	(dung dịch 3%)	dùng ngoài.
- Povidon iod	10%	dùng ngoài.

5. Thuốc chống co thắt

- Salbutamol	2 mg	uống.
- Nifedipin	viên 10 mg	ngậm dưới lưỡi.
- Spasmaverin	40 mg	uống.
- Spasfon	40 mg, 80 mg	uống, tiêm.
- Papaverin	viên 40 mg	uống

6. Thuốc co bóp tử cung

- Ergometrin	0,2 mg/ml	tiêm bắp.
- Oxytocin	5 đv/ml	tiêm bắp, tĩnh mạch.
- Misoprostol	200 mcg	ngậm dưới lưỡi hoặc đặt hậu môn sau đẻ.

7. Thuốc an thần

- Diazepam	5 mg (viên)	uống.
	5 mg/ml (ống)	tiêm

8. Nhóm Vitamin và chất khoáng

- Vitamin A	viên, 5000 đv	uống.
- Vitamin B1	25 mg/ml ống	tiêm
	10 mg viên	uống.
- Vitamin C	100 mg ống	tiêm.
	100 mg viên	uống.
- Vitamin K_1	1 mg/ml, 10 mg/ml	ống tiêm (kèm bơm tiêm 1 ml)
- Viên sắt acid folic	mỗi viên 60 mg sắt và 0,25 mg acid folic.	Uống

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

9. Nhóm thuốc tránh thai

- Viên tránh thai kết hợp
- Viên tránh thai chỉ có progestin
- Thuốc tiêm tránh thai

10. Các nhóm thuốc khác

10.1. Dịch truyền

- Glucose	dung dịch, 5%, 10%, 30%	tiêm truyền.
- Natri clorid	dung dịch, 0,9%	tiêm truyền.
- Ringer lactat	dung dịch,	tiêm truyền.

10.2. Thuốc sốt rét (vùng có sốt rét)

- Artemisinin	250 mg	uống.
- Cloroquin	150 mg	uống.
- Mefloquin	250 mg	uống.

10.3. Các loại khác

- Magnesi sulfat	ống 10%, 20%	tiêm
- Calci gluconat	100 mg/10 ml,	ống tiêm

11. Thuốc sát khuẩn và khử khuẩn

- Clorine	0,5% (dung dịch)	khử nhiễm, khử khuẩn mức độ cao.
- Clorhexidin hoặc Presept	2% viên 1,25 g hoặc 2,5 g	khử nhiễm, khử khuẩn mức độ cao và tiệt khuẩn

III. BẢO QUẢN THUỐC THIẾT YẾU

1. Phải có tủ thuốc chuyên dùng

Một số thuốc cần bảo quản lạnh hoặc cần tránh ánh sáng trực tiếp, cần có tủ đựng riêng.

2. Phải có danh mục thuốc

3. Mỗi loại thuốc

- Ống phải có hộp đựng, nhãn theo đúng qui chế.
- Viên phải có lọ, có nhãn theo đúng qui chế.
- Để đúng nơi qui định.

4. Đối chiếu hàng ngày

Cơ số trong danh mục phải khớp với số thuốc hiện có trong tủ cộng với số thuốc đã dùng trong ngày.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRANG BỊ THIẾT YẾU VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN CHO TRẠM Y TẾ XÃ VÀ TƯƠNG ĐƯƠNG

Bộ khám thai : 01
Bộ đỡ đẻ : 1-3 (tùy theo số phụ nữ đẻ tại trạm)
Bộ cắt khâu tầng sinh môn : 01
Bộ kiểm tra cổ tử cung : 01
Bộ hồi sức sơ sinh : 01
Bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung : 01
Bộ khám phụ khoa : 03
Bộ bơm hút thai chân không bằng tay 1 van : 01
Gói đỡ đẻ sạch (tại các xã vẫn còn đẻ tại nhà), thành phần theo Quyết định số 3245/QĐ-BYT ngày 30/08/2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
Các dụng cụ khác

1. Bộ khám thai.

- Đồng hồ có kim giây (để bắt mạch nghe tim thai).
- Cân (người lớn) có thước đo chiều cao cơ thể.
- Huyết áp kế. Ống nghe tim phổi.
- Ống nghe tim thai.
- Test thử thai.
- Phương tiện thử protein niệu (que thử hoặc ống nghiệm, đèn cồn, máy xét nghiệm nước tiểu-nếu có điều kiện).
- Phương tiện định lượng huyết sắc tố, hematocrit, test thử HIV, viêm gan B và giang mai nếu có điều kiện.
- Thước dây (đo chiều cao tử cung, vòng bụng).

2. Bộ đỡ đẻ.

- Kẹp thẳng có mấu : 02
- Kéo thẳng : 01
- Hộp đựng kim loại có nắp kín : 01
- Kẹp dài sát khuẩn : 02

3. Bộ cắt khâu tầng sinh môn.

- Kéo cắt tầng sinh môn (1 đầu tù) : 01
- Kéo cắt chỉ : 01
- Van âm đạo : 02
- Kẹp phẫu tích (có mấu) : 01
- Kẹp kim : 01
- Kim tròn (để khâu cơ, niêm mạc) : 01
- Kim 3 cạnh (để khâu da) : 01
- Hộp đựng kim loại có nắp kín : 01
- Chỉ khâu (catgut, lanh, vicryl)

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Bộ kiểm tra cổ tử cung.

- Kẹp dài sát khuẩn : 02
- Van âm đạo : 02
- Kẹp hình tim 28cm : 02
- Kẹp phẫu tích : 01
- Kẹp kim : 01
- Kim tròn : 01
- Hộp đựng kim loại có nắp kín : 01
- Chỉ khâu (catgut)

5. Bộ hồi sức sơ sinh.

- Ống hút nhớt : 01
- Máy hút (đạp chân hoặc chạy điện) : 01
- Dây nối ống hút nhớt với máy hút : 01
- Đầu nối ống hút với dây hút : 01
- Hộp đựng kim loại có nắp kín : 01
- Phương tiện sưởi ấm (tối thiểu là 1 bóng đèn 150W) : 01
- Mặt nạ, bóp bóng oxygen
- Bình oxygen

6. Bộ đặt và tháo dụng cụ tử cung.

- Kẹp dài sát khuẩn : 02
- Van âm đạo (hoặc mỏ vịt) : 01
- Kẹp cổ tử cung : 01
- Kẹp thẳng (dùng khi tháo DCTC) : 01
- Thước đo buồng tử cung : 01
- Kéo : 01
- Hộp đựng kim loại có nắp kín : 01

7. Bộ khám phụ khoa.

- Mỏ vịt : 03 (to, vừa, nhỏ)
- Kẹp dài sát khuẩn : 03
- Hộp đựng (có nắp đậy kín) : 01
- VIA test : 01

(test phát hiện tổn thương nghi ngờ cổ tử cung bằng mắt thường lugol và acid acetic)

8. Bộ hút thai chân không bằng tay 1 van hoặc 2 van MVA.

- Kẹp dài sát khuẩn : 02
- Van âm đạo : 01
- Kẹp cổ tử cung : 01
- Ống hút số 4 : 01
- Ống hút số 5 : 01
- Ống hút số 6 : 01
- Bơm hút thai 1 van hoặc 2 van MVA : 01

9. Vật tư tiêu hao.

- Bông băng, gạc.
- Găng tay.
- Săng vải hoặc giấy lót lớn.
- Khăn nilon.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

10. Các dụng cụ khác.

- Tủ thuốc.
- Bàn đẻ.
- Bàn thủ thuật.
- Bàn khám phụ khoa.
- Bàn dụng cụ.
- Giường nằm (có đủ cọc màn).
- Nồi luộc dụng cụ dùng điện.
- Tủ tiệt khuẩn dụng cụ bằng phương pháp sấy khô (Tủ sấy).
- Nồi tiệt khuẩn dụng cụ bằng phương pháp hấp ướt áp lực cao (Nồi hấp).
- Hộp nhựa có nắp (để khử khuẩn bằng hóa chất).
- Nilon.
- Hộp khăn trải.
- Bàn làm rốn và hồi sức sơ sinh.
- Cân sơ sinh.
- Chậu tắm trẻ em.
- Bơm tiêm nhựa 1 ml, 5 ml, 10 ml.
- Đèn gù hoặc các đèn thay thế.
- Cọc truyền, dây truyền, kim luồn.
- Mặt nạ, bóng bóp cho người lớn.
- Xô nhựa, giỏ nhựa dùng để khử nhiễm.
- Hộp cứng đựng dụng cụ sắc nhọn.
- Kính bảo hộ.
- Găng, ủng.
- Bàn chải làm sạch bề mặt và dụng cụ.
- Thùng rác, bao nilon chứa chất thải.

Ghi chú: Có thể trang bị một hộp riêng để các kẹp dài sát khuẩn để dùng chung cho tất cả các thủ thuật.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CƠ SỞ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI TUYẾN XÃ

Căn cứ mô hình bệnh tật và nhu cầu cụ thể của địa phương, Sở Y tế quy định số lượng phòng, sắp xếp, phối hợp các phòng phù hợp với nhu cầu chăm sóc sức khoẻ sinh sản. Số lượng phòng tối thiểu như sau:

- Phòng khám thai và tư vấn (có thể chung với phòng khám bệnh)
- Phòng đẻ/thủ thuật
- Phòng khám phụ khoa
- Phòng nằm của sản phụ (có thể chung với phòng lưu bệnh nhân)

Cơ sở có đủ điều kiện có thể bố trí riêng các phòng:

- Phòng khám thai.
- Phòng khám phụ khoa.
- Phòng thủ thuật.
- Phòng đẻ.

  (Các phòng trên đều phải có nơi rửa tay).
- Phòng nằm của sản phụ.
- Phòng truyền thông tư vấn.

  Các phòng trên cần có biển tên phòng. Cơ sở cần có bảng thông báo các dịch vụ mà cơ sở cung cấp và bảng Quyền và nghĩa vụ của người bệnh (Chương II; Luật khám bệnh, chữa bệnh).

1. Phòng khám thai.

1.1. Tiêu chuẩn.

- Phòng có chức năng khám thai và quản lý thai nghén.
- Cơ sở không đủ điều kiện bố trí phòng riêng thì:
  + Khám thai: có thể làm ở phòng khám chung, trên một giường cá nhân.
  + Quản lý thai nghén: có thể ở phòng truyền thông.

1.2. Trang bị.

- Để khám thai: bộ khám thai, xem bài "*Trang thiết bị thiết yếu cho tuyến xã*"
- Để quản lý thai nghén:
  + Phiếu thăm thai.
  + Sổ khám thai.
  + Bảng theo dõi và quản lý thai nghén.
  + Hộp phiếu hẹn.

2. Phòng khám phụ khoa.

2.1. Phòng khám.

- Phải là một phòng riêng, không chung với phòng đẻ.
- Diện tích tối thiểu 9 m^2.
- Một bàn khám phụ khoa có bậc lên xuống, có chỗ gác chân.
- Một bàn làm việc để tiếp đón, ghi chép, lưu giữ sổ sách.
- Một bàn con để dụng cụ khám.
- Một đèn soi.
- Có nơi treo quần áo của khách hàng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.2. Dụng cụ khám.

- Ít nhất cần có 3 bộ dụng cụ khám và găng tay vô khuẩn.
- Những phương tiện khác:
  + Bông miếng nhỏ, tẩm nước đã khử khuẩn để lau âm đạo, cổ tử cung.
  + Acid acetic 3% để phân biệt tổn thương cổ tử cung với viêm.
  + Lugol 3% để phát hiện tổn thương nghi ngờ ở cổ tử cung.
  + Betadin để sát khuẩn khi cần.

3. Phòng thủ thuật.

(xem phần *Kế hoạch hóa gia đình)*

4. Phòng đẻ.

4.1. Tiêu chuẩn tối thiểu.

- Diện tích trên 16 m^2.
- Trần sạch, tường ốp gạch men, tối thiểu cao 1,6 m.
- Cửa bảo đảm chống bụi, chống ruồi muỗi, chống gió.
- Nền lát bằng chất liệu không thấm nước, không đọng nước, chống trơn và dễ vệ sinh.
- Có đèn điện, dây mắc gọn gàng, an toàn về điện.
- Có khu rửa tay thuận tiện cho việc đỡ đẻ nhưng không làm ướt nền phòng đẻ.
- Xa nơi ô nhiễm.
- Có hệ thống kín dẫn nước thải.
- Không sử dụng phòng đẻ để khám phụ khoa.

4.2. Trang bị tối thiểu.

- Một bàn đẻ sạch.
- Một tủ để thuốc và dụng cụ (có đủ theo qui định).
- Một bàn để dụng cụ đỡ đẻ, cắt khâu tầng sinh môn.
- Góc hồi sức sơ sinh gồm một bàn làm rốn và bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh.
- Một đèn chiếu để khâu tầng sinh môn, đỡ đẻ.
- Có phương tiện ủ ấm cho bé, tối thiểu là bóng đèn 150 W.
- Các hộp: gạc miếng, chỉ, băng, gạc dài, vải trải đã hấp và còn hạn dùng.
- Có guốc dép riêng.

5. Phòng nằm của sản phụ (chờ đẻ, sau đẻ, sau pháthai).

- Số giường được tính theo nhu cầu về hoạt động SKSS của cơ sở, tránh phải nằm ghép nhưng cũng tránh để giường không sử dụng.
- Buồng phải sạch, không có mạng nhện, không để tường bẩn (cần định kỳ quét vôi).
- Giường sạch, có cọc màn-người mới đến được thay chiếu (hoặc vải trải giường) sạch.
- Vị trí thuận tiện cho người trực theo dõi.
- Có cửa sổ và cửa ra vào đảm bảo kín gió trong mùa đông, thoáng mát trong mùa hè và có thể ngủ yên về ban đêm.
- Có nước sạch, buồng tắm, buồng vệ sinh thuận tiện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6. Phòng hoặc góc truyền thông-tư vấn.

6.1. Phòng truyền thông tư vấn.

- Nên có phòng riêng ở vị trí thuận tiện.
- Có đủ bàn ghế để cần có thể làm tư vấn nhóm.
- Quét dọn vệ sinh hàng ngày, luôn sẵn sàng đón khách hàng.
- Đảm bảo kín đáo, có sự ấm cúng khi tư vấn.
- Cơ sở không đủ điều kiện thì bố trí ở một góc của phòng khám chung.

6.2. Trang bị.

- Tờ gấp (về nội dung sẽ tư vấn).
- Áp phích (treo ngay ngắn, không rách, không mốc).
- Sách lật.
- Mô hình.
- Hiện vật (các biện pháp tránh thai như dụng cụ tử cung, các vỉ thuốc uống tránh thai, bao cao su...).

7. Vệ sinh và xử lý chất thải.

7.1. Vệ sinh môi trường.

- Có tường bao, hoặc hàng rào, không để bụi rậm, hố nước đọng, khơi thông cống rãnh.
- Có thùng rác ở nơi đi lại, đông người ngồi chờ.

7.2. Vệ sinh các phòng làm việc và nơi chờ, nơi điều trị của người bệnh.

- Phòng thoáng, sạch sẽ, gọn gàng.
- Trật tự trong buồng bệnh.
- Đặt thùng rác và phân loại rác theo quy định.
- Thuốc, dụng cụ, hồ sơ có tủ riêng.

7.3 Nơi xử lý dụng cụ y tế

- Nơi xử lý dụng cụ y tế: Có vòi nước tự chảy; Có các dụng cụ dành riêng cho việc xử lý, làm sạch dụng cụ (chậu rửa, xô đựng hóa chất khử nhiễm, bàn chải, ủng, găng tay, tạp dề, kính bảo hộ, xà phòng, hóa chất khử nhiễm).

7.4. Công trình vệ sinh và nguồn nước.

- Có hố xí hợp vệ sinh, tốt nhất là hố xí tự hoại. Trong hố xí phải có giấy vệ sinh và/hoặc vòi nước xịt rửa. Nơi rửa tay bên ngoài hố xí có xà phòng và vòi nước tự chảy.
- Có nhà tắm kín đáo, hợp vệ sinh
- Có nguồn nước sạch (nước máy, nước giếng hoặc nước máng lần). Nếu là giếng nước phải có bán kính bảo vệ trên 10 m, sân giếng có đường kính ít nhất 3 m.
- Các công trình và vật liệu gây ô nhiễm hay gây độc (buồng tắm, hố xí, nơi xử lý dụng cụ y tế, hố rác, các túi chứa hóa chất diệt khuẩn, máy phun thuốc diệt côn trùng...) không được gần nguồn nước hoặc nơi chứa nước.

7.5. Thu gom và xử lý chất thải.

- Có dụng cụ, phương tiện để phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ và xử lý chất thải sinh hoạt, chất thải y tế (bao gồm cả chất thải lỏng và chất thải rắn) đúng quy đinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 2
LÀM MẸ AN TOÀN

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

A
CHĂM SÓC TRƯỚC KHI CÓ THAI VÀ TRƯỚC KHI SINH

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN, CHĂM SÓC TRƯỚC KHI CÓ THAI

Sức khỏe trong thời gian mang thai phụ thuộc rất nhiều vào giai đoạn chuẩn bị trước đó. Người phụ nữ trước khi có thai 1- 2 năm nên được tư vấn trước khi có thai và việc thăm khám trước khi có thaisẽ giúp phát hiện những nguy cơ ảnh hưởng xấu tới thai kỳ. Qua tư vấn, người phụ nữ sẽ quyết định có mang thai hay không và thời điểm có thai thích hợp.

1. Tư vấn.

1.1. Mục đích của tư vấn trước khi có thai.

Giáo dục sức khỏe và tư vấn trước khi có thai nhằm thay đổi hành vi, khuyến khích thúc đẩy những việc cần làm cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ để chuẩn bị sức khỏe tốt trước khi mang thai.

1.2. Những nội dung cần tư vấn.

- Tư vấn trước khi có thai phải tiến hành trước khi người phụ nữ muốn có thai dưới sự trợ giúp của các xét nghiệm cận lâm sàng nhằm xác định:
  + Các yếu tố di truyền do đột biến nhiễm sắc thể hoặc đột biến đơn gen, di truyền đa yếu tố có thể gây sẩy thai, thai chết lưu và các dị tật bẩm sinh, đặc biệt ở các cặp vợ chồng lớn tuổi hoặc quá trẻ tuổi,béo phì, những người tiếp xúc với môi trường hóa chất độc hại, nhiễm chất độc da cam, sử dụng dược phẩm (các thuốc an thần, chống co giật, chống sốt rét...), mẹ bị nhiễm virus, vi khuẩn, ký sinh trùng.....
  + Không tương hợp miễn dịch giữa mẹ và con: yếu tố Rh, nhóm máu ABO...
  + Nếu có vấn đề bất thường thì chuyển đến cơ sở chuyên khoa
- Khuyến khích chủ động đi khám sức khỏe cả vợ và chồng để phát hiện các bệnh mạn tính tiềm ẩn nhằm điều trị bệnh kịp thời (bệnh tim mạch, tăng huyết áp, thiếu máu, thalassemia(thể bệnh α-thal và β-thal.), đái tháo đường, viêm gan, viêm thận, lao, động kinh, rối loạn tâm thần, bất thường về cấu trúc hoặc chức năng cơ quan sinh dục....).
- Cần tư vấn với khách những yếu tố nguy cơ đặc biệt liên quan tới các tai biến sản khoa có nguy cơ tái phát (sẩy thai liên tiếp, thai lưu, đẻ non, băng huyết, tiền sản giật, đái tháo đường thai kỳ…), nhiễm cúm và rubella, về việc sử dụng thuốc trong quá khứ, thói quen hàng ngày, nghề nghiệp, môi trường sống và làm việc, bệnh của người thân trong gia đình (huyết áp cao, tiểu đường, tim mạch…), các nhiễm khuẩn LTQĐTD, đặc biệt nhiễm chlamydia, toxoplasma, lậu, giang mai, herpes sinh dục, Cytomegalovirus (CMV), HPV, HIV, viêm gan B.....
- Tuyên truyền dinh dưỡng là yếu tố quan trọng nhất cho sức khỏe người phụ nữ và sự phát triển của bào thai. Những phụ nữ thiếu dinh dưỡng có nguy cơ đẻ con nhẹ cân và người mẹ sẽ không an toàn trong khi mang thai và trong khi đẻ.
- Vận động uống bổ sung sắt và acid folic dự phòng thiếu máu. Dùng acid folic trước khi có thai ít nhất 3 tháng có thể làm giảm nguy cơ dị tật bẩm sinh ống thần kinh của thai nhi.
- Tuyên truyền sử dụng muối iod trong các bữa ăn hàng ngày.
- Giải thích cho phụ nữ trước khi có thai hiểu được việc cần thiết tẩy giun từ 6 tháng đến 1 năm 1 lần và thực hiện vệ sinh cá nhân (rửa tay xà phòng), vệ sinh môi trường nhằm giảm khả năng tái nhiễm giun trở lại.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Vận động không uống rượu, không hút/nghiện thuốc lá, thuốc lào (kể cả tiếp xúc với khói thuốc lá), các chất gây nghiện khác ảnh hưởng đếnthai, những chất này có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của nam giới...
- Giáo dục truyền thông về tình dục an toàn và áp dụng các biện pháp phòng tránh lây nhiễm các bệnh LTQĐTD và HIV.
- Hướng dẫn các biện pháp tránh thai khi 2 vợ chồng chưa muốn có con.
- Tăng cường sự hiểu biết về:
  + Hậu quả của phá thai đặc biệt là phá thai không an toàn (nhất là với vị thành niên).
  + Hậu quả của các bệnh NKĐSS và bệnh LTQĐTD.
  + Phụ nữ nhiễm HIV chưa muốn có thai cần áp dụng biện pháp tránh thai. Biện pháp tránh thai tốt nhất là bao cao su.
  + Phụ nữ nhiễm HIV muốn có thai cần được tư vấn tại cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS để chọn thời điểm có thai hợp lý nhằm hạn chế tối đa lây truyền HIV cho con.

2. Nội dung chăm sóc sức khỏe trước khi có thai.

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ cho phụ nữ trước khi có thai.Thực hiện chế độ ăn hợp lý, đa dạng, đủ 4 nhóm thực phẩm (đạm, mỡ, đường, vitamin và muối khoáng) nhằm đạt chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường từ 18,5-24 hoặc có cân nặng ít nhất là trên 40 kg.
- Uống bổ sung viên sắt và acid folic 400 mcg hàng ngày ít nhất trong 3 tháng trước khi có thai và viên đa vi chất để đề phòng chống thiếu máu do thiếu sắt và thiếu vi chất.
- Sử dụng muối iôt, bột canh iôt hàng ngày.
- Tẩy giun bằng albendazol.
- Tiêm vaccin phòng uốn ván cho phụ nữ từ 15 đến 35 tuổi.
- Nên tiêm phòng cúm, rubella cho phụ nữ trước khi có thai ít nhất 3 tháng.
- Thực hiện chế độ lao động và nghỉ ngơi hợp lý, tránh tiếp xúc với các chất độc hại, kể cả thuốc kháng sinh mạnh và các thực phẩm chức năng không rõ nguồn gốc.
- Khám nội khoa định kỳ hàng năm và điều trị các bệnh huyết áp, tim mạch và các bệnh mãn tính (như đái tháo đường và một số bệnh khác), phát hiện các yếu tố có thể ảnh hưởng đến khả năng mang thai và sinh con khỏe mạnh.
- Khám phụ khoa định kỳ 6 tháng và điều trị thích hợp các bệnh phụ khoa, viêm nhiễm đường sinh sản và LTQĐTD.
- Trang bị kiến thức làm mẹ và chăm sóc con cho thai phụ.
- Khi người phụ nữ muốn có thai có thể hướng dẫn xác định thời gian có khả năng thụ thai cao nhất theo chu kỳ kinh nguyệt, lập đồ thị biểu diễn nhiệt độ cơ thể, chú ý đến tiết chất nhầy âm đạo. Người chồng nên mặc những quần áo rộng rãi không bị chật vànóng đểtinh hoàn sản xuất tinh trùng bình thường.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHĂM SÓC TRƯỚC SINH

Mỗi phụ nữ mang thai phải được quản lý thai và khám thai ít nhất 4 lần trong thai kỳ (1 lần trong 3 tháng đầu, 1 lần trong 3 tháng giữa, 2 lần trong 3 tháng cuối).

Chăm sóc trước sinh cần được thực hiện theo 9 bước sau:

1. Hỏi.

1.1. Bản thân.

- Họ và tên.
- Tuổi.
- Nghề nghiệp, điều kiện lao động: tư thế làm việc ngồi hay đứng, chế độ nghỉ ngơi, có tiếp xúc độc hại không.
- Địa chỉ (chú ý vùng sâu, xa).
- Dân tộc (chú ý dân tộc thiểu số).
- Trình độ học vấn.
- Điều kiện sống, kinh tế (chú ý hoàn cảnh đói nghèo...).

1.2. Sức khỏe.

1.2.1. Hiện tại.

Hiện mắc có dấu hiệu gì bất thường, nếu có, mắc từ bao giờ, diễn biến thế nào, đã điều trị gì, kết quả điều trị, có ảnh hưởng gì đến sức khỏe, đang dùng thuốc gì. Chú ý các bệnh nhiễm khuẩn đang lưu hành ở địa phương và các bệnh mãn tính.

1.2.2. Tiền sử bệnh.

Mắc những bệnh gì? Lưu ý những bệnh phải nằm viện, phải phẫu thuật, phải truyền máu, các tai nạn, dị ứng, nghiện rượu, thuốc lá, ma túy, các bệnh đái tháo đường, tim mạch, tâm thần, nội tiết, bệnh về máu, gan, thận.

1.2.3. Tiền sử sản khoa (PARA).

- Đã có thai bao nhiêu lần, ghi theo 4 số (**không** kể lần có thai này):
  - + Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng.
  - + Số thứ hai là số lần đẻ non.
  - + Số thứ ba là số lần sẩy thai hoặc phá thai.
  - + Số thứ tư là số con hiện sống.

Ví dụ: 2012: đã đẻ đủ tháng 2 lần, không đẻ non, 1 lần sẩy hoặc phá thai, hiện 2 con sống.

- Với từng lần có thai:
  - + Tuổi thai khi kết thúc (để biết đẻ non hay đủ tháng).
  - + Nơi đẻ: bệnh viện, trạm xá, tại nhà, đẻ rơi.
  - + Thời gian chuyển dạ.
  - + Cách đẻ: thường, khó (forceps, giác kéo, phẫu thuật lấy thai...).
  - + Các bất thường khi mang thai (ra máu, tiền sản giật…), khi đẻ (ngôi bất thường, đẻ khó, thai dị dạng), sau đẻ (chảy máu, nhiễm khuẩn).
  - + Cân nặng con khi đẻ.
  - + Giới tính con.
  - + Tình trạng con khi đẻ ra: khóc ngay, ngạt, chết...

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

1.2.4. Hỏi về tiền sử phụ khoa.

Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, các bệnh NKĐSS, bệnh LTQĐTD, thủ thuật ở cổ tử cung (đốt nhiệt, đốt điện, laser, áp lạnh) các khối u phụ khoa, sa sinh dục, các phẫu thuật phụ khoa...

1.2.5. Hỏi về các biện pháp tránh thai đã dùng.

- Loại BPTT.
- Thời gian sử dụng của từng biện pháp.
- Lý do ngừng sử dụng.
- BPTT dùng ngay trước lần có thai này (nếu có dùng, lý do mang thai).

1.2.6. Hỏi về lần có thai này.

- Chu kỳ kinh nguyệt có đều không và ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Các triệu chứng nghén.
- Ngày thai máy.
- Sụt bụng (xuất hiện 1 tháng trước đẻ, do ngôi thai xuống thấp).
- Các dấu hiệu bất thường như đau bụng, ra máu, dịch tiết âm đạo tăng.
- Mệt mỏi, uể oải, đau đầu, ăn kém ngon (dấu hiệu thiếu máu).
- Nhức đầu, hoa mắt, đau thượng vị, nôn mửa (dấu hiệu tiền sản giật).

1.3. Gia đình.

- Sức khỏe, tuổi bố mẹ, anh chị, còn sống hay đã chết. Nếu chết, cho biết lý do.
- Có ai mắc bệnh nội khoa: tăng huyết áp, đái tháo đường, tim mạch, gan, thận,…
- Có ai mắc bệnh nhiễm khuẩn: lao, bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS, sốt rét,
- Các tình trạng bệnh lý khác: sinh đôi, đẻ con dị dạng, dị ứng...
- Hỏi để sàng lọc bạo hành phụ nữ, nếu phát hiện, xử lý các bước theo hướng dẫn trong bài *"Sàng lọc và đáp ứng của nhân viên y tế đối với bạo hành phụ nữ"*

1.4. Tiền sử hôn nhân.

- Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi.
- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, sức khỏe, bệnh tật của chồng.

1.5. Dự tính ngày sinh theo ngày đầu của kỳ kinh cuối.

- Tính đúng 40 tuần kể từ ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Theo dương lịch, lấy ngày đầu của kỳ kinh cuối cộng 7, tháng cuối cộng 9 (hoặc trừ 3 nếu tổng số lớn hơn 12).

  Thí dụ: Ngày đầu của kỳ kinh cuối 15/9/*2007.*
  Ngày dự kiến đẻ 22/6/*2008.*

  Có thể sử dụng bảng quay tính ngày dự kiến đẻ.
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm để xác định tuổi thai (chính xác nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ).
- Nếu sản phụ không nhớ ngày dương lịch, chỉ nhớ ngày âm lịch thì cán bộ y tế dựa vào lịch mà chuyển ngày âm sang ngày dương.
- Trong trường hợp bơm tinh trùng vào tử cung, chuyển phôi trong thụ tinh trong ống nghiệm thì ngày đầu của kỳ kinh cuối được tính là trước ngày bơm 14 ngày. Dự tính ngày sinh được tính như cách trên.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2. Khám toàn thân.

- Đo chiều cao cơ thể (lần khám thai đầu).
- Cân nặng (cho mỗi lần khám thai).
- Khám da, niêm mạc, đánh giá có phù hoặc thiếu máu hay không (cho mỗi lần khám thai).
- Đo huyết áp (cho mỗi lần khám thai).
- Khám tim phổi (cho mỗi lần khám thai).
- Khám vú.
- Khám các bộ phận khác khi có dấu hiệu bất thường.

3. Khám sản khoa.

3.1. Ba tháng đầu.

- Nắn trên mu xem đã thấy đáy tử cung chưa.
- Xem có vết sẹo phẫu thuật bụng dưới.
- Đặt mỏ vịt xem cổ tử cung có viêm không nếu nghi ngờ viêm nhiễm đường sinh dục.
- Chỉ thăm âm đạo nếu các dấu hiệu có thai chưa rõ, cần xác định thêm.

3.2. Ba tháng giữa.

- Đo chiều cao tử cung.
- Nghe tim thai khi đáy tử cung đã đến rốn (tốt nhất là bằng máy nghe tim thai nếu có).
- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối.
- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục nên quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

3.3. Ba tháng cuối.

- Tốt nhất nên khám thai mỗi tháng một lần.
- Đo chiều cao tử cung/vòng bụng.
- Nắn ngôi, thế (từ thai 36 tuần tuổi).
- Nghe tim thai.
- Đánh giá độ xuống của đầu (trong vòng 1 tháng trước dự kiến đẻ).
- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối.
- Khi nằm nghỉ, ngủ nên nằm nghiêng và tốt hơn là nghiêng bên trái, hai chân kê gối hơi cao nếu có phù chân do ứ đọng.
- Nếu nghi ngờ có viêm nhiễm đường sinh dục cần quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

4. Tiến hành xét nghiệm và cận lâm sàng khác.

4.1. Thử protein nước tiểu.

- Lấy nước tiểu buổi sáng, giữa dòng.
- Ở tuyến xã có thể dùng que thử protein (so với gam màu mẫu) hoặc dùng phương pháp đốt.
- Thử nước tiểu cần làm cho mọi thai phụ vào mỗi lần thăm thai.
- Nếu có sẵn que thử, nên hướng dẫn thai phụ tự làm.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2. Thử huyết sắc tố

4.3. Các xét nghiệm khác.

- Xét nghiệm HIV, giang mai, viêm gan B, C và các bệnh lây truyền qua đường tình dục khác nếu cần, càng sớm càng tốt.
- Nếu có thiếu máu thì xét nghiệm phân xem có giun không.
- Tại tuyến huyện, xã có trang bị phải thử thêm nhóm máu, hematocrit, tiểu cầu, sinh sợi huyết, chức năng gan và chức năng thận.
- Xét nghiệm khí hư (nếu nghi ngờ có nhiễm trùng đường sinh sản).
- Đối với người có nguy cơ thấp: Thai 24 tuần cần làm xét nghiệm tăng đường huyết (XNTĐH). Nếu XNTĐH dương tính cần khám chuyên ngành nội khoa kết hợp với thăm khám thai định kỳ
- Đối với người có nguy cơ cao (bố hoặc mẹ có bệnh tiểu đường, thai phụ béo phì…): trong 3 tháng đầu cần xét nghiệm đường huyết, HbA1C và làm nghiệm pháp tăng đường huyết. Xét nghiệm lại lần 2 khi thai 24 tuần (hoặc 3 tháng giữa) và lần 3 vào 3 tháng cuối của thai kỳ. Nếu XNTĐH dương tinh cần khám chuyên ngành nội khoa kết hợp với thăm khám thai định kỳ
- Chẩn đoán sớm tiền sản giật bằng xét nghiệm chẩn đoán Elecsys sFlt-1/PlGF ở tuổi thai 25-28 tuần.
- Siêu âm và các xét nghiệm sàng lọc trước sinh:
  + Siêu âm lần 1: nên làm khi thai khoảng 11-13 tuần, để xác định chính xác tuổi thai và sàng lọc dị tật.

    Nếu có điều kiện: thực hiện sàng lọc và chẩn đoán trước sinh các bất thường số lượng nhiễm sắc thể 21, 18, 13 của thai nhi dựa trên độ dày khoảng mờ da gáy trên siêu âm và xét nghiệm double test (nồng độ PAAP-A và β-hCG tự do trong huyết thanh người mẹ) để phát hiện những thai nghén có nguy cơ bất thường nhiễm sắc thể.
  + Siêu âm lần 2: nên làm khi thai khoảng 20-24 tuần, phát hiện các dị tật của thai

    Nếu có điều kiện: xét nghiệm triple test vào tuổi thai 16-18 tuần (AFP, β-hCG và estradiol huyết thanh).

    Nếu xét nghiệm triple test (+): tư vấn chọc hút nước ối chẩn đoán nhiễm sắc đồ của thai nhi.
  + Siêu âm lần 3: nên làm khi tuổi thai 30-32 tuần: đánh giá tình trạng nước ối; tim, đường tiêu hóa và não thất của thai nhi.

    Lưu ý: nghiêm cấm cung cấp thông tin về giới tính thai nhi cho thai phụ.

5. Tiêm phòng uốn ván.

- Đối với phụ nữ nếu chưa tiêm hoặc không rõ tiền sử tiêm vắc xin có thành phần uốn ván thì lịch tiêm vắc xin phòng bệnh uốn ván gồm 5 mũi như sau:
  + Lần 1: tiêm sớm khi có thai lần đầu hoặc trong độ tuổi sinh đẻ.
  + Lần 2: ít nhất 1 tháng sau lần 1.
  + Lần 3: Iít nhất 6 tháng sau lần 2 hoặc thời kỳ có thai lần sau.
  + Lần 4: Iít nhất 1 năm sau lần 3 hoặc thời kỳ có thai lần sau.
  + Lần 5: Iít nhất 1 năm sau lần 4 hoặc thời kỳ có thai lần sau.
- Nếu khoảng thời gian giữa các liều tiêm bị chậm, vượt quá khoảng thời gian theo lịch tiêm chủng thì tiêm mũi tiếp theo mà không cần tiêm lại từ đầu

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6. Cung cấp thuốc thiết yếu.

- Thuốc sốt rét (vùng sốt rét lưu hành) theo phác đồ qui định của ngành sốt rét.
- Viên sắt/folic:
  + Uống ngày 1 viên trong suốt thời gian có thai đến hết 6 tuần sau đẻ. Tối thiểu uống trước đẻ 90 ngày.
  + Nếu thai phụ có biểu hiện thiếu máu rõ, có thể tăng từ liều dự phòng lên liều điều trị 2-3 viên/ngày.
  + Việc cung cấp viên sắt/acid folic cần được thực hiện ngay từ lần khám thai đầu. Kiểm tra việc sử dụng và cung cấp tiếp trong các lần khám thai sau.

7. Giáo dục sức khỏe.

7.1. Dinh dưỡng.

Chế độ ăn khi có thai.

- Lượng tăng ít nhất 1/4 (tăng số bữa ăn và số lượng cơm, thức ăn trong mỗi bữa).
- Tăng chất: đảm bảo cho sự phát triển của mẹ và con (thịt, cá, tôm, sữa, trứng, đậu lạc, vừng, dầu ăn, rau quả tươi).
- Uống ít nhất 02 lít nước mỗi ngày (sữa + nước hoa quả + nước lọc) cho đến hết thời kỳ cho con bú.
- Không nên ăn mặn, nên thay đổi món để ngon miệng.
- Không hút thuốc lá, uống rượu.
- Không uống thuốc nếu không có chỉ định của thầy thuốc.
- Tránh táo bón bằng chế độ ăn hợp lý, không nên dùng thuốc chống táo bón.

7.2. Chế độ làm việc khi có thai.

- Làm theo khả năng, xen kẽ nghỉ ngơi nhưng không quá nặng nhọc, tránh làm ban đêm (nhất là từ tháng thứ bảy).
- Không làm việc vào tháng cuối để đảm bảo sức khỏe cho mẹ và để con tăng cân.
- Không mang vác nặng trên đầu, trên vai.
- Không để kiệt sức.
- Không làm việc dưới nước hoặc trên cao.
- Không tiếp xúc với các yếu tố độc hại.
- Tránh đi xa, tránh xóc xe hay va chạm mạnh.
- Quan hệ tình dục thận trọng.
- Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng.
- Ngủ ít nhất 8 giờ mỗi ngày. Chú trọng ngủ trưa.

7.3. Vệ sinh khi có thai.

- Nhà ở phải thoáng khí sạch sẽ, tránh ẩm, nóng, khói.
- Mặc quần áo rộng và thoáng.
- Tắm rửa thường xuyên, giữ sạch vú và bộ phận sinh dục hàng ngày.
- Tránh bơm rửa trong âm đạo.

8. Ghi chép sổ và phiếu khám thai, phiếu hẹn.

- Ghi Sổ khám thai.
- Ghi vào Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em (nếu có) hoặc vào Phiếu khám thai đang sử dụng ở các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Lưu ý: khi ghi chép, ngoài tình hình thai phụ và các số liệu thăm khám, đo được, nhất thiết phải ghi lại kết quả đánh giá về lần khám thai đó, các dấu hiệu quan trọng thai phụ cần tự theo dõi, tên thuốc và liều dùng, cách dùng và thời gian hẹn tái khám.

- Ở trạm y tế xã, ghi phiếu con tôm ngay từ lần khám đầu tiên gắn lên bảng "Quản lý thai". Trong những lần khám sau nếu phát hiện thai nghén có nguy cơ thì đánh dấu thêm vào phiếu đó. Viết phiếu hẹn khám lần sau cho thai phụ và đặt phiếu này vào hộp hẹn.

9. Kết luận-dặn dò.

Thông báo cho thai phụ biết kết quả của lần khám thai bình thường hay bất thường, tình trạng mẹ và sự phát triển của thai, những điểm cần lưu ý cho đến lần khám tiếp theo.

Khi phát hiện những dấu hiệu bất thường, cần xử trí nếu cơ sở đủ điều kiện. Ở trạm y tế xã hoặc những cơ sở chưa đủ điều kiện, cần tư vấn và chuyển sản phụ lên tuyến trên.

Cung cấp thuốc thiết yếu và hướng dẫn cách dùng (nếu cần thiết).

Dặn dò các nội dung sau đây:

9.1. Với thai ba tháng đầu.

- Hẹn tiêm phòng uốn ván.
- Hẹn khám lần 2.
- Thông báo cơ sở y tế gần nhà nhất để đến khám nếu cần.

9.2. Với thai ba tháng giữa.

- Hẹn khám lần sau.
- Hẹn tiêm phòng uốn ván (nếu chưa tiêm đủ).

9.3. Với thai ba tháng cuối.

- Hẹn khám tiếp (nếu có yêu cầu).
- Dự kiến ngày sinh, nơi sinh.
- Hướng dẫn chuẩn bị các phương tiện cho mẹ và con khi đẻ (kể cả người hỗ trợ và cho máu nếu cần thiết).
- Hướng dẫn các dấu hiệu báo động cần thăm lại ngay như đau bụng, ra huyết và phù nề.
- Hướng dẫn cách nằm, cách thở khi chuyển dạ và rặn đẻ.
- Hướng dẫn cho con bú ngay sau khi đẻ và chăm sóc trẻ sơ sinh.

Lưu ý:

- Trước khi kết thúc buổi khám thai, nên hỏi một số điều kết luận và dặn dò quan trọng để đảm bảo thai phụ hiểu và nhớ đúng.
- Điều trị các bệnh LTQĐTD và điều trị dự phòng các bệnh lây truyền từ mẹ sang con nếu cần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ CÓ THAI

Tư vấn cho phụ nữ có thai là quá trình giao tiếp, trao đổi hai chiều, giúp họ xác định được những điều cần thiết về bảo vệ thai nghén, từ đó quyết định những hành động thích hợp nhất có lợi cho sức khỏe mẹ và con.

1. Những nội dung tư vấn trong mọi trường hợp.

- Sự cần thiết của việc khám thai định kỳ. Mỗi phụ nữ mang thai phải được quản lý thai và khám thai ít nhất 4 lần trong thai kỳ (1 lần trong 3 tháng đầu, 1 lần trong 3 tháng giữa, 2 lần trong 3 tháng cuối).
- Dinh dưỡng của thai phụ trong khi có thai.
- Lao động, làm việc trong khi có thai.
- Vệ sinh thân thể trong khi có thai.
- Các sinh hoạt khác trong đời sống khi có thai kể cả quan hệ tình dục.
- Sàng lọc trước sinh nếu có điều kiện, nhất là những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao.
- Những dấu hiệu nguy hiểm thường gặp khi có thai để đi khám kịp thời.
- Chuẩn bị sẵn sàng cho cuộc sinh sắp tới.
- Nuôi con bằng sữa mẹ (tham khảo bài "*Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ*")
- Biện pháp tránh thai sau khi sinh.
- HIV/AIDS và các NKLTQĐTD khác.
- Tư vấn về vai trò và trách nhiệm của người chồng và các thành viên khác trong gia đình.

2. Những nội dung tư vấn các trường hợp cụ thể.

Ngoài các nội dung trên, cần chú ý:

2.1. Có thai lần đầu.

Tư vấn đầy đủ về dinh dưỡng (thường có tâm lý sợ ăn nhiều, con to), vệ sinh thai nghén, về lợi ích của khám thai sớm, khám định kỳ theo hẹn, sàng lọc trước sinh nếu có điều kiện,dấu hiệu bất thường trong khi có thai (đau bụng, ra máu, nhức đầu, phù, đái ít, béo phì…) dự kiến ngày đẻ, chuẩn bị đầy đủ cho mẹ và con khi đẻ, dự kiến nơi đẻ, người đỡ đẻ và cả người nhà chăm sóc, chuẩn bị cho việc nuôi con bằng sữa mẹ, tư vấn về sinh hoạt tình dục.

2.2. Đẻ từ 4 lần trở lên.

- Tư vấn về dinh dưỡng, vệ sinh thai nghén, sàng lọc trước sinh nếu có điều kiện, những dấu hiệu bất thường trong khi có thai, nguy cơ ngôi bất thường, đái tháo đường, chuyển dạ kéo dài, nguy cơ chảy máu trong giai đoạn sổ rau do đờ tử cung.
- Tư vấn về lợi ích của khám thai định kỳ để phát hiện nguy cơ và chuyển tuyến.

2.3. Với thai ngoài ý muốn.

Nếu muốn đình chỉ (phá thai) thì khi nào là thích hợp, nếu để thai phát triển phải có trách nhiệm đầy đủ của gia đình.

2.4. Với thai ngoài giá thú.

Cho thai phụ biết các biện pháp có thể lựa chọn. Nếu quyết định không đình chỉ thai nghén, tư vấn về trách nhiệm làm mẹ khi sinh con.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.5. Các trường hợp hiếm muộn, có thai quá sớm (dưới 18 tuổi), con so lớn tuổi (trên 35 tuổi) sẩy thai liên tiếp, tiền sử đẻ con dị tật, thai chết lưu, đẻ khó, có sẹo mổ cũ ở tử cung.

Tư vấn về sự cần thiết của việc khám thai nhiều lần và đều đặn hơn các trường hợp thai bình thường, cần phải sàng lọc trước sinh,giải thích rõ lý do cần chuyển tuyến.

2.6. Với người thất nghiệp, nghèo đói, mù chữ.

Cần bàn biện pháp giúp đỡ để có thể đảm bảo đủ dinh dưỡng khi có thai và các chi phí khi sinh đẻ.

2.7. Với những người ở vùng sâu, vùng xa.

Phải tư vấn kỹ về việc chuẩn bị đầy đủ phương tiện, khi cần chuyển tuyến (hoặc đến bệnh viện sớm trước ngày dự định đẻ).

2.8. Ở những nơi còn tập tục đẻ tại nhà.

Tư vấn về lợi ích của việc đẻ tại cơ sở y tế, nếu thai phụ chưa đồng ý, tư vấn nên mời cô đỡ thôn bản hoặc y tế thôn bản đã được đào tạo về đỡ đẻ đến đỡ đẻ tại nhà.

2.9. Tư vấn kế hoạch hóa gia đình và nuôi con bằng sữa mẹ.

Nếu có điều kiện cũng nên tiến hành từ khi còn mang thai ở những tháng cuối.

2.10. Những trường hợp bạo hành với thai phụ.

Cần tư vấn cho gia đình nhất là với người chồng về nhiệm vụ bảo vệ bà mẹ và trẻ em.

Xem thêm bài *"Tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành"*

2.11. Đối với những bà mẹ chích hút ma túy.

Tư vấn về các nguy cơ có thể xảy ra đối với em bé, giới thiệu nơi có thể chăm sóc ở tuyến trên, hướng dẫn cách phòng tránh hoặc hạn chế nguy cơ và biến chứng.

2.12. Tư vấn thai phụ làm một số xét nghiệm để phòng lây truyền từ mẹ sang con:

- Xét nghiệm sàng lọc HIV, viêm gan B, giang mai được nhân viên y tế đề xuất cho thai phụ. Thời điểm xét nghiệm càng sớm càng tốt.
- Xét nghiệm HIV: cần tư vấn trước và sau khi trả kết quả.

2.13. Trường hợp bị hiếp dâm.

- Động viên người phụ nữ và thảo luận vấn đề phá thai.
- Tư vấn về giảm nguy cơ và an toàn cho phụ nữ, xem thêm bài*"Tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành".*
- Sẵn sàng điều trị dự phòng các bệnhLTQĐTD.

2.14. Đối với thai phụ nhiễm HIV

- Tư vấn thai phụ khám, quản lý sức khỏe tại cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS.
- Tư vấn lựa chọn cơ sở chăm sóc quản lý thai có dịch vụ phòng lây truyền mẹ con.
- Thực hiện chuyển tuyến và chuyển tiếp thai phụ nhiễm HIV theo quy định PLTMC.

3. Những việc cần làm.

- Thái độ vui vẻ thân mật, thông cảm.
- Nắm vững nội dung tư vấn, thông tin chính xác.
- Kiên trì giải thích.

4. Những việc cần tránh.

- Phê phán, gò ép, chỉ trích.
- Dùng lời khuyên quá chung chung.
- Đưa quá nhiều thông tin hoặc đưa các thông tin không phù hợp với trình độ thai phụ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

Các yếu tố nguy cơ:

+ Mẹ có tuổi từ 35 trở lên;
+ Tiền sử có con bị dị tật bẩm sinh bất thường;
+ Gia đình có con bất thường;
+ Tiền sử tiếp xúc với các hóa chất độc hại, thuốc gây dị dạng thai, tia xạ....

1. Trạm y tế xã và cơ sở tương đương.

- Tư vấn cho các phụ nữ, các cặp vợ chồng có nguy cơ cao thai bị bất thường chuyển lên tuyến trên khám.
- Nên thực hiện tư vấn này và chuyển đi khám tuyến trên từ khi chưa có thai.

2. Bệnh viện huyện.

- Sàng lọc các bất thường của thai bằng siêu âm (lúc tuổi thai khoảng 11-13 tuần, 18-22 tuần và 28-32 tuần).
- Tư vấn gửi tuyến trên nếu siêu âm có dấu hiệu không bình thường.

3. Bệnh viện tỉnh (hạng I trở lên)

- Thực hiện các thăm dò có thể được (siêu âm, hóa sinh, chọc hút nước ối, sinh thiết gai rau, nhiễm sắc đồ…) nhằm xác định chẩn đoán bất thường của thai.

4. Xử trí.

Trạm y tế xã.

- Tư vấn, chuyển tuyến trên.

Bệnh viện huyện.

- Siêu âm sàng lọc.
- Tư vấn, chuyển tuyến trên.

Bệnh viện tỉnh (hạng I trở lên).

- Tổ chức hội chẩn các chuyên khoa liên quan (sản khoa, chẩn đoán hình ảnh, nhi khoa/sơ sinh, ngoại khoa, xét nghiệm, giải phẫu bệnh lý…) để đề xuất thái độ xử trí đối với từng trường hợp cụ thể.
- Giải thích cặn kẽ, tư vấn cho người bệnh và thân nhân người bệnh về những ý kiến và quyết định của hội đồng trong mọi trường hợp, để người bệnh và gia đình lựa chọn.
- Nếu có chỉ định chấm dứt thai kỳ, sản phụ và người chồng (hoặc người mẹ đơn thân) phải có đơn xin chấm dứt thai kỳ. Nếu thai trên 22 tuần nên làm cho thai chết trong tử cung trước khi chấm dứt thai kỳ để cho nhân viên y tế và gia đình giảm bớt sang chấn tinh thần.
- Tư vấn về lần có thai tiếp theo.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

QUẢN LÝ THAI

Quản lý thai là các biện pháp giúp cán bộ y tế xã nắm chắc số người có thai trong từng thôn xóm, trong đó ai có thai bình thường, ai có nguy cơ cao, việc khám thai của thai phụ thế nào; hàng tháng sẽ có bao nhiêu người đẻ tại trạm hoặc phải đẻ ở tuyến trên; theo dõi, chăm sóc bà mẹ khi sinh đẻ và sau đẻ cho tới hết thời kỳ hậu sản.

Quản lý thai là một trong những công việc quan trọng nhất góp phần bảo vệ SKSS cho mọi gia đình, giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ của y tế tuyến xã, phường.

Bốn công cụ dùng để thực hành công tác quản lý thai là:

- Sổ khám thai.
- Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em hoặc phiếu khám thai.
- Bảng Quản lý thai sản (hay bảng con tôm).
- Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn.

1. Sổ khám thai.

- Sổ khám thai là sổ ghi tên, tuổi, địa chỉ… và các dữ kiện phát hiện được trong mỗi lần khám thai cho thai phụ. Sổ khám thai cũng đồng thời là sổ đăng ký thai nghén khi người phụ nữ được khám thai lần đầu.
- Sổ khám thai giúp cán bộ y tế nắm bắt được diễn biến quá trình thai nghén và tình hình cụ thể của mỗi lần khám trong suốt quá trình mang thai của thai phụ.
- Sổ khám thai theo mẫu của Bộ Y tế hiện nay có tất cả 30 cột dọc.
- Trong lần khám đầu tiên (lần đăng ký) hầu hết các cột phải được ghi đầy đủ (trừ trường hợp chưa có dấu hiệu hay triệu chứng nào đó, ví dụ: chiều cao tử cung, tim thai…).
- Số thứ tự (cột dọc số 1) trong sổ khám thai là số người khám (trong từng tháng hay tính từ đầu năm tùy qui định của mỗi địa phương).
- Sau lần khám đầu tiên, cho mỗi thai phụ, dành ra 5-10 dòng (hoặc nhiều hơn tùy cơ sở) để ghi các dữ kiện cho các lần khám sau. Như vậy lần khám sau không phải ghi lại các mục tên, tuổi, tiền sử… (vì đã ghi từ lần khám đầu) và chỉ ghi những tình hình, số liệu thu nhận được khi khám thai mỗi lần đó.
- Đếm số dòng ngang sẽ biết được số lần khám thai của mỗi thai phụ.
- Sổ khám thai phải được ghi chép đầy đủ, trung thực, giữ gìn sạch sẽ, đảm bảo bí mật đối với khách hàng.
- Mẫu sổ khám thai (Ban hành theo thông tư số 27/TT_BYT ngày 14/8/2014):

Sổ A3/YTCS

SỔ KHÁM THAI

TT	Họ và tên	Ngày khám thai	Tuổi	Thẻ BHYT	Địa chỉ	Nghề nghiệp	Dân tộc	Tiền sử sức khoẻ và sinh đẻ	Ngày kinh cuối cùng	Tuần thai	Dự kiến ngày sinh	Lần có thai thứ mấy	Trọng lượng mẹ
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SỔ KHÁM THAI (tiếp theo)

Phần khám mẹ									Tiên lượng đẻ	Số mũi UV đã tiêm	Uống viên sắt/folic	Phần khám thai		Người khám	Ghi chú
Chiều cao mẹ	Huyết áp	Chiều cao Tử cung	Vòng bụng	Khung chậu	Thiếu máu	Protein niệu	Xét nghiệm HIV	Xét nghiệm khác				Tim thai	Ngôi thai		
15	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*	*24*	*25*	*26*	*27*	*28*	*29*	*30*

2. Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em hoặc phiếu khám thai.

2.1. Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ vàtrẻ em (TDSKBMTE):

Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em là một quyển sổ tổng hợp để theo dõi sức khỏe bà mẹ trong suốt thời gian mang thai, sinh đẻ, sau đẻ và sức khỏe trẻ em từ trong bụng mẹ cho đến dưới 6 tuổi.

Cách sử dụng:

- Sổ được lập cho mỗi bà mẹ và trẻ em từ sơ sinh đến 5 tuổi.
- Khi mang thai, sổ này sẽ là công cụ quản lý thai định kỳ theo hẹn của cán bộ y tế.
- Chi tiết: xin xem bài "Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em".

2.2. Phiếu khám thai.

Ở những nơi chưa thực hiện được việc lập Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em thì dùng "Phiếu khám thai" trong đó có phần ghi tên tuổi, tiền sử và các cột để ghi các dữ kiện thăm khám và dặn dò thai phụ mỗi lần khám thai. Mẫu phiếu này có thể không giống nhau tùy từng địa phương thiết kế in mẫu nhưng nói chung đều có những mục cần thiết để có thể theo dõi, đánh giá quá trình thai nghén.

Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em hay Phiếu khám thai đều có tác dụng ghi lại những dữ kiện đã phát hiện khi khám thai, nhắc nhở thai phụ đến khám lại lần sau đúng hẹn và những lời dặn dò hoặc hướng dẫn về dinh dưỡng, nghỉ ngơi hay dùng thuốc…

3. Bảng quản lý thai sản.

Bảng quản lý thai sản là một bảng lớn treo tường có gắn mẩu bìa nhỏ ghi các thông tin về thai phụ vào tháng dự kiến đẻ của thai phụ đó. Mẩu bìa này thường gọi là "con tôm".

- Bảng có 13 cột dọc, trong đó cột đầu tiên là tên thôn (xóm), 12 cột sau là các tháng ghi từ tháng 1 đến tháng 12.
- Các ô ngang dành cho mỗi thôn (xóm) một ô. Xã có nhiều thôn thì số ô ngang phải nhiều để đủ số thôn trong xã.
- Phần cuối của bảng quản lý thai sản là các ô "Sau đẻ". Sau khi sản phụ đã đẻ thì con tôm ghi các thông tin về sản phụ đó được gỡ ra chuyển xuống đây theo dõi, chăm sóc sau đẻ.

Mỗi "con tôm" được ghi sáu thông tin chính là: họ và tên, tuổi, PARA, số đăng ký thai, ngày kinh cuối cùng, ngày sinh dự kiến. Thường dùng tôm mầu xanh cho trường hợp thai phụ chưa sinh lần nào (thai con so); tôm màu vàng cho thai phụ sẽ sinh lần 2 và tôm mầu đỏ cho thai phụ sẽ sinh từ lần 3 trở lên. Ngoài ra nếu là trường hợp thai nghén có nguy cơ cao thì đánh một dấu hoa thị ở góc mẩu bìa.

- Tôm sẽ được gắn (hay dán) vào một ô nằm trong tháng dự kiến sinh của thai phụ, phù hợp với ô có vị trí thôn (xóm) của thai phụ đang cư trú.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Bảng quản lý thai sản giúp cho cán bộ y tế xã biết được:
  + Số sản phụ dự kiến sẽ sinh mỗi tháng (và cả số có nguy cơ cao trong thai nghén). Trên cơ sở đó chủ động có kế hoạch chuẩn bị chu đáo cho việc sinh đẻ của nhân dân trong xã (nhất là vào những tháng có thể xảy ra thiên tai, bão lụt).
  + Tình hình thực hiện KHHGĐ của toàn xã (thông qua số tôm mầu xanh, vàng, đỏ).
  + Phát hiện kịp thời số sản phụ có thai quá hạn, hoặc đã sinh ở nơi khác… (khi đến hết tháng mà "con tôm" vẫn còn nằm tại chỗ chưa được lột ra chuyển xuống dưới).
  + Nắm chắc số lượng sản phụ đã đẻ để có kế hoạch thăm cả mẹ và con tại nhà.

4. Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn.

- Hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn là công cụ giúp cán bộ y tế xã biết thai phụ có được khám thai định kỳ theo đúng hẹn của trạm hay không.
- Công cụ là một hộp bằng gỗ hay bằng giấy có 12 ngăn, tương đương 12 tháng, đánh số từ 1 đến 12. Không có hộp thì thay bằng túi nilon, bên ngoài túi ghi tên tháng.
- Thai phụ đến khám vào tháng nào thì tìm Phiếu khám thai của thai phụ đó ở trong ngăn (túi) của tháng đó. Sau khi khám xong, hẹn ngày đến khám lần sau vào tháng nào thì để phiếu lưu vào ngăn (túi) của tháng đó.
- Trường hợp đến hết tháng mà trong ngăn (túi) vẫn còn lại phiếu có nghĩa là người được hẹn theo phiếu đó đã không đến khám và cán bộ y tế phải tìm hiểu nguyên nhân.
- Trường hợp không có Phiếu khám thai thì viết vào phiếu hẹn để vào các ngăn (túi) đó.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ VÀ NGAY SAU ĐẺ

1. Nguyên tắc chung về tư vấn trong chuyển dạ.

- Động viên để sản phụ bớt lo âu.
- Lắng nghe những điều khiến bản thân sản phụ và gia đình lo lắng.
- Thông cảm và tôn trọng những truyền thống văn hóa và tôn giáo của sản phụ.
- Nói cho sản phụ và gia đình biết những điều có thể xảy ra, giúp cho sản phụ hiểu về tình trạng của sản phụ và cách xử trí để làm giảm sự lo âu và giúp họ chuẩn bị trước cho những tình huống có thể xảy ra.
- Giải thích cho sản phụ và gia đình về những tai biến có thể gặp khi chuyển dạ.
- Đối với thai kỳ nguy cơ cao, cần giải thích cho thai phụ và gia đình về tình trạng bệnh, cách xử trí, cũng như hướng xử trí khi có tai biến, biến chứng xảy ra.
- Các nội dung tư vấn cần phải ghi vào phiếu tư vấn và lưu giữ trong hồ sơ bệnh án

2. Tư vấn trước khi sinh.

- Thông tin cho sản phụ về cuộc đẻ bình thường hay đẻ khó.
- Giúp đỡ, động viên sản phụ để giảm bớt lo lắng.
- Hướng dẫn sản phụ biết cách thở đều, thở sâu (khi không có cơn co), thở nhanh, mạnh kết hợp xoa vùng xương cùng-cụt (khi đau do cơn co), cách nín hơi, rặn đẻ và cách thở ra khi không được rặn nữa...
- Ở nơi có thể, khuyến khích người thân hoặc bạn bè chăm sóc sản phụ, đặc biệt về tinh thần.
- Tư vấn làm xét nghiệm HIV khi chuyển dạ nếu sản phụ chưa xét nghiệm HIV trong thời kỳ mang thai.

3. Tư vấn ngay sau khi sinh.

- Cung cấp thông tin về cuộc đẻ và tình trạng sơ sinh, hỗ trợ tình cảm cho sản phụ nhất là những trường hợp có vấn đề bất thường. Thực hiện các bước trong chăm sóc thiết yếu
- Tôn trọng lòng tin truyền thống, phong tục tập quán, giúp đỡ những gì sản phụ và gia đình cần. Tuy nhiên cũng cần giải thích cho sản phụ và gia đình hiểu những việc làm không có lợi cho mẹ và con như không cho bé bú ngay sau sinh, vắt bỏ sữa non, cho bé uống mật ong hay nước cam thảo... nếu như sản phụ thực hiện.
- Tư vấn sản phụ vận động sớm sau khi sinh, đặc biệt là vệ sinh thân thể như tắm gội, đánh răng mỗi ngày, nằm phòng thoáng mát, không nằm than, không uống thức uống có cồn, không ăn chế độ ăn nhiều muối.
- Tư vấn cho sản phụ và gia đình về theo dõi và chăm sóc sau sinh cho cả mẹ và con.
- Tư vấn cho con bú ngay sau đẻ và cách nuôi con bằng sữa mẹ (tham khảo bài "*Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ-phần Chăm sóc sơ sinh*")
- Giải thích mọi vấn đề giúp họ giảm nỗi lo âu, băn khoăn.
- Lắng nghe, hiểu cặn kẽ và tôn trọng nỗi xúc động của sản phụ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Tư vấn cho các trường hợp đặc biệt.

4.1. Sản phụ gặp biến chứng nặng

- Mời người nhà: để thông báo đầy đủ chính xác những biến chứng đang gặp phải
- Lãnh đạo, bác sỹ trong ban chủ nhiệm khoa, bác sỹ tham gia trực tiếp, các bộ phận có liên quan phải giải thích cho sản phụ và gia đình biết các diễn biến đã gặp phải.
- Lắng nghe nghiêm túc các ý kiến của gia đình, ghi chép đầy đủ và cẩn thận
- Giải thích tình trạng bệnh chính và bệnh kèm theo nếu có trên bệnh nhân. Giải thích nguyên nhân biến chứng và tai biến.
- Không tranh luận khi có bất đồng với ý kiến của gia đình, hãy ghi lại đầy đủ những bất đồng này và sẽ giải thích sau khi có kết luận của hội đồng chuyên môn. Đặc biệt chú trọng hướng giải quyết vấn đề đang có trên bệnh nhân.
- Bộ phận tư vấn phải luôn luôn bình tĩnh, đúng mực, thông cảm và sẵn sàng chia sẻ những rủi ro với gia đình; không làm tăng thêm những bức xúc hay bất đồng nếu có với gia đình người bệnh.

4.2. Sản phụ trong tình trạng nguy kịch.

- Phải bình tĩnh, điều trị tích cực ở mọi thời điểm.
- Nếu cái chết không thể tránh được, cần an ủi và chia sẻ với gia đình. Giải thích cho gia đình biết lý do chết và trả lời những câu hỏi thắc mắc.
- Tạo điều kiện cho gia đình chôn cất nếu có thể.

4.3. Trẻ sơ sinh chết.

- Nếu chết trong tử cung: phải giải thích cho sản phụ và gia đình biết nguyên nhân có thể dẫn đến cái chết của trẻ.
- An ủi sản phụ và gia đình để họ chấp nhận sự mất mát.
- Cho phép bà mẹ và gia đình ở cạnh bé đã chết để họ nhận đứa con nếu họ yêu cầu.
- Không nên để bà mẹ có con vừa chết nằm chung phòng với bà mẹ có con khỏe mạnh.
- Nếu phải tiến hành các thủ thuật trên đứa trẻ (như trong trường hợp chọc sọ), không để người mẹ nhìn thấy (nếu bà mẹ và gia đình vẫn muốn nhìn mặt con thì cần dùng chăn bọc, che các phần tổn thương, lau sạch máu, dịch bám trên da rồi mới đưa ra).
- Trao đổi giữa bố mẹ bé và cán bộ y tế nhằm tìm kiếm các biện pháp dự phòng trong tương lai.

4.4. Trẻ sơ sinh dị dạng.

- Chỉ cho bố mẹ thấy các dị dạng của cháu nếu có yêu cầu.
- Trong trường hợp cháu bé bị dị dạng quá nhiều thì quấn cháu trong chăn để cho mẹ nhìn thấy cháu trước và sau đó mới nói rõ dị dạng.
- Không bắt bà mẹ kiểm tra dị dạng.
- Thảo luận với bố mẹ về trường hợp dị dạng và trả lời các câu hỏi.
- Khuyến khích gia đình tiếp xúc và chăm sóc bé. Nếu bà mẹ chưa muốn thì không ép buộc, nên tư vấn thuyết phục đến khi họ chấp nhận.

4.5. Suy sụp tâm lý sau đẻ.

- Cần động viên và giúp đỡ về tâm lý, đặc biệt khi con chết hoặc dị dạng, giới tính của con không phù hợp với nguyện vọng.
- Lắng nghe tâm tư của sản phụ mà không phán xét và cần giúp sản phụ tự tin hơn với vai trò làm mẹ. Động viên người chồng giúp đỡ vợ. Khuyến khích họ nói chuyện với các sản phụ khác để được hỗ trợ thêm.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nếu tổn thương tâm lý nặng cần cho thuốc an thần, giảm đau hoặc chuyển tuyến trên.

4.6. Sản phụ có kết quả sàng lọc HIV(+) khi chuyển dạ hoặc sản phụ nhiễm HIV

- Tư vấn cho sản phụ kết quả xét nghiệm sàng lọc HIV, cần làm xét nghiệm khẳng định HIV.
- Sử dụng thuốc theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CUỘC ĐẺ

Tất cả những người cung cấp dịch vụ về sản khoa từ tuyến xã trở lên phải xác định đủ các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ thông qua quá trình hỏi bệnh, thăm khám, theo dõi và chăm sóc sản phụ.

1. Đánh giá nhanh một sản phụ vào khoa sinh-phòng đẻ

Có 3 vấn đề cần đánh giá nhanh, cần xác định có hay không, nếu có phải chuyển tuyến hoặc xử trí ngay phù hợp điều kiện thực tế:

1.1. Toàn trạng xấu:

- Hôn mê, ngất, rối loạn trí giác, co giật
- Da xanh, tím tái, vã mồ hôi, niêm mạc nhợt, mạch >100l/phút, huyết áp tâm thu<90mmHg
- Khó thở, ngưng thở

1.2. Bệnh kèm theo thai kỳ:

- Bệnh ảnh hưởng tới hình thể, vóc dáng: di chứng bại liệt, chấn thương cụt tay/chân, gù vẹo cột sống…
- Bệnh nội khoa đã biết và đang điều trị: bệnh tim có suy tim, bệnh phổi có suy hô hấp, bệnh mãn tính gây rối loạn chức năng các cơ quan, viêm gan diễn tiến, suy thận, rối loạn đông máu, tiểu cầu thấp, đái tháo đường thai kỳ …
- Các bệnh mới lây nhiễm cần cách ly thì phải chuyển đến cơ sở có phòng/ khoa cách ly.

1.3. Bất thường khẩn cấp của cuộc chuyển dạ:

- Cơn co cường tính, bụng co cứng như gỗ, đau bụng nhiều.
- Có cơn co nhiều, gây đau trên sản phụ có vết mổ cũ.
- Không nghe được tim thai hoặc < 100 nhịp/phút, hoặc > 160 nhịp/phút.
- Ra máu âm đạo đỏ tươi hoặc ra máu nhiều.
- Ra nước ối nhiều, có sa dây rốn.
- Đầu thập thò âm hộ-nguy cơ đẻ rơi.

Việc quyết định xử trí tại cơ sở y tế hay chuyển tuyến tùy theo danh mục kỹ thuật của cơ sở được cấp có thẩm quyền cấp và tình trạng của sản phụ.

2. Các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ.

2.1. Cơn co tử cung và độ xóa mở cổ tử cung.

2.1.1. Cơn co tử cung.

- Là động lực chính của cuộc chuyển dạ. Đặc tính của cơn co tử cung: tự nhiên, tăng dần về tần số và cường độ, có thể tăng giảm bằng thuốc, không thể chấm dứt được.
- Nếu cơn co tử cung nhịp nhàng, đều đặn và phù hợp với độ xóa, mở của cổ tử cung là tiên lượng tốt:
  + Giai đoạn tiềm tàng: 2-3 cơn /10 phút
  + Cổ tử cung 5-6cm: 3-5 cơn/10 phút.
  + Cổ tử cung mở hết và rặn đẻ: 4-6 cơn/10 phút.
- Nếu cơn co không đồng bộ, cường tính về tần số (trên mức trung bình nêu trên, hoặc >6 cơn co/10 phút bất kể độ mở cổ tử cung) hoặc quá mạnh sẽ dễ gây suy thai hoặc rau bong non, vỡ tử cung. Trường hợp này cần được xử trí ngay.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Cơn co quá yếu cũng là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ vì chuyển dạ kéo dài dễ gây thai suy, chảy máu sau đẻ do đờ tử cung, nhiễm trùng hậu sản.

2.1.2. Độ xóa mở cổ tử cung.

- Hướng cổ tử cung: hướng trung gian, trùng trục với âm đạo là thuận lợi; chúc sau là không thuận lợi.
- Mật độ cổ tử cung: mềm là thuận lợi, nề chắc sẽ khó xóa mở cổ tử cung
- Mức độ xóa cổ tử cung: là sự hòa nhập của cổ tử cung vào đoạn dưới, càng xóa thì càng thuận lợi cho cuộc đẻ.

2.2. Tình trạng thai nhi và tiến triển ngôi thai.

- Số lượng thai: đa thai là yếu tố nguy cơ của chuyển dạ kéo dài, chảy máu sau đẻ, sang chấn cho thai và mẹ khi làm thủ thuật.
- Ngôi thai: ngôi chỏm, ngôi mông thai nhỏ, ngôi mặt cằm trước có thể theo dõi sinh đường âm đạo. Kiểu thế ngang, sau có nguy cơ chuyển dạ kéo dài, có thể gây chảy máu sau đẻ, nhiều khả năng phải hỗ trợ đẻ bằng dụng cụ.
- Cân nặng thai: thai to >3500g là nguy cơ của đẻ khó (chuyển dạ kéo dài, cơn co cường tính, thai suy, dọa vỡ tử cung, rau bong non, phải hỗ trợ sinh bằng dụng cụ và chảy máu sau đẻ).
- Tim thai: nhịp tim thai đều, dao động bình thường có tiên lượng tốt. Theo dõi nhịp tim thai bằng máy (monitor sản khoa). Các biến đổi nhịp tim thai theo cơn co tử cung như nhịp phẳng, DIP I; DIP II; DIP III/biến đổi đều là các dấu hiệu cần theo dõi chặt chẽ trong cuộc chuyển dạ để phát hiện thai suy.

2.3. Sự tương xứng giữa thai nhi và khung chậu

2.3.1. Đánh giá khung chậu trên lâm sàng:

- Eo trên: nếu đụng mỏm nhô là khung chậu hẹp/giới hạn trên lâm sàng.
- Eo giữa: nếu 2 gai hông nhọn, gần nhau và vách chậu hội tụ là giới hạn trên lâm sàng.
- Eo dưới: góc vòm vệ nhọn là khung chậu giới hạn eo dưới.

2.3.2. Các phương pháp chẩn đoán độ lọt có giá trị ứng dụng trên lâm sàng:

- Khám ngoài: phương pháp tính số khoát ngón tay giữa xương vệ và mỏm vai (hay ôm được đầu thai) được minh họa trong bài *Biểu đồ chuyển dạ*.
- Khám trong:
  + Phương pháp Farabeuf: 2 ngón tay khám tì dưới xương vệ hướng về phía xương cùng S2, nếu chạm phần xương thấp nhất của đầu thai là đầu đã lọt.
  + Phần thấp nhất của xương đầu thai đi qua thấp hơn 2 gai hông là đầu đã lọt.
  + Xác định đầu lọt thấp-phương pháp thước thợ: 2 ngón tay khám tì dưới xương vệ, hướng vuông góc với xương vệ, về phía ngôi thai, nếu chạm xương đầu thai thì đầu lọt thấp.

2.3.3. Các dấu hiệu bất tương xứng đầu-chậu: được sắp xếp theo thứ tự giá trị tăng dần

- Đầu chưa lọt
- Bướu huyết thanh: càng to càng bất tương xứng
- Lọt không cân xứng: chỉ sờ được 1 trong 2 bướu đỉnh, đường liên thóp không ở giữa ống đẻ mà lệch 1 bên (khi dùng tay rà trên da đầu thai theo đường liên thóp)
- Chồng xương sọ, nếu không thể đẩy phần xương chồng lên về vị trí bình thường giữa 2 xương đỉnh thì dấu hiệu bất tương xứng đầu-chậu rõ.
- Các dấu hiệu bất tương xứng đầu-chậu chỉ được xác định khi có cơn co đủ theo độ mở cổ tử cung.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Tất cả các yếu tố trên đều được ghi nhận trên Biểu đồ chuyển dạ (BĐCD), nên việc biết vẽ và diễn giải tốt một BĐCD là hết sức quan trọng.

Khi không có các dấu hiệu khẩn cấp, không có bất tương xứng đầu-chậu thì có thể theo dõi sinh đường âm đạo tại mọi tuyến y tế cơ sở.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHẨN ĐOÁN CHUYỂN DẠ

Chuyển dạ là một loạt hiện tượng diễn ra ở người có thai trong giai đoạn cuối làm cho thai và bánh rau được đưa ra khỏi buồng tử cung qua đường âm đạo. Chẩn đoán chuyển dạ không chính xác có thể dẫn đến sự lo lắng hoặc can thiệp không cần thiết.

1. Triệu chứng chuyển dạ.

- Đau bụng từng cơn do co bóp tử cung tăng dần, tần số đạt 3 cơn trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài trên 20 giây.
- Sản phụ thấy ra dịch nhầy có máu ở âm đạo.
- Cổ tử cung xóa hết hoặc gần hết và đã mở từ 2 cm trở lên.
- Thành lập đầu ối.

2. Khám chẩn đoán chuyển dạ.

2.1. Hỏi.

- Tiền sử: cá nhân, gia đình, tiền sử sản phụ khoa.
- Tình hình kỳ thai này:
  + Kinh cuối cùng.
  + Diễn biến quá trình thai nghén. Kết quả các lần khám thai.
- Dấu hiệu chuyển dạ: tính chất của đau bụng, ra nhầy hồng...

2.2. Khám toàn thân.

- Đo chiều cao, cân nặng,đếm mạch, đo huyết áp, đo thân nhiệt, nghe tim phổi, khám phù, da-niêm mạc, quan sát toàn bộ (thể trạng, cao, lùn, thọt...). Đặc biệt chú ý người đẻ con so hay đẻ con rạ nhưng lần đẻ trước con bé, đẻ khó…

2.2.3. Khám sản khoa.

- Quan sát bụng to hay nhỏ, tư thế tử cung.
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.
- Sờ nắn bụng xem ngôi thế.
- Nghe tim thai.
- Đo cơn co tử cung.
- Đo và đánh giá khung chậu ngoài
- Thăm âm đạo đánh giá tình trạng:
  + Ngôi, thế, kiểu thế và mức độ tiến triển của ngôi thai.
  + Tình trạng đầu ối (đã thành lập chưa, phồng hay dẹt).

Phân biệt chuyển dạ thật và chuyển dạ giả

	Chuyển dạ thật	**Chuyển dạ giả**
Cơn co tử cung	Tiến triển tăng dần theo quá trình chuyển dạ: đều đặn, mỗi lúc một mạnh lên, dài ra và mau hơn. Cơn co gây đau.	Cơn co tử cung thất thường, không đều, không tăng lên rõ rệt về tần số và cường độ. Cơn co không gây đau.
Xóa mở cổ tử cung	Cổ tử cung biến đổi, mở rộng dần theo quá trình chuyển dạ.	Cổ tử cung hầu như không tiến triển sau một thời gian theo dõi.
Đầu ối	Đã thành lập.	Chưa thành lập

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Xử trí.

- Nếu đã chuyển dạ: cho sản phụ nhập viện, theo dõi chuyển dạ cho đến khi đẻ (xem bài "*Theo dõi chuyển dạ đẻ thường*").
- Nếu chưa rõ chuyển dạ:
  + Cho về nhà nếu thai nghén bình thường.
  + Chuyển tuyến trên nếu thai nghén có nguy cơ cao.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẺ THƯỜNG

1. Các nguyên tắc chăm sóc trong khi chuyển dạ.

- Tốt nhất sản phụ phải được theo dõi chuyển dạ tại cơ sở y tế. Trong trường hợp đẻ tại nhà thì cần sự trợ giúp của người được đào tạo về kỹ năng đỡ đẻ.
- Cuộc chuyển dạ phải được theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ, ghi và phân tích biểu đồ, phát hiện các yếu tố bất thường để kịp thời xử trí (thuốc, thủ thuật, phẫu thuật hay chuyển tuyến), đảm bảo an toàn cho mẹ và con.
- Nếu sản phụ được quyết định đẻ tại cơ sở y tế xã, người hộ sinh cần phải chuẩn bị những dụng cụ tối thiểu cần thiết và đảm bảo vô khuẩn. Nếu sản phụ đẻ tại nhà phải chuẩn bị nước sạch và sử dụng bộ dụng cụ đã được hấp vô khuẩn trong túi đỡ đẻ cấp cứu (hoặc gói đỡ đẻ sạch).
- Khi đỡ đẻ, đỡ rau, kiểm tra rau, chăm sóc rốn sơ sinh phải thao tác đúng qui trình. Một số trường hợp phải bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung, khâu tầng sinh môn cũng phải thao tác đúng qui trình và đảm bảo vô khuẩn.
- Trong khi theo dõi quá trình chuyển dạ, cán bộ y tế cần động viên, hỗ trợ về tinh thần cho sản phụ.

2. Theo dõi trong quá trình chuyển dạ.

2.1. Với cuộc chuyển dạ đẻ bình thường.

2.1.1. Theo dõi toàn thân.

- Mạch
  - + Trong chuyển dạ bắt mạch 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đếm mạch, ghi lại trong hồ sơ rồi sau đó cứ 15 phút/lần trong giờ đầu, 30 phút/lần trong giờ thứ hai và 1 giờ/lần trong 4 giờ tiếp theo.
  - + Bình thường mạch 70-80 lần/phút, mạch nhanh ≥100 lần/phút hoặc chậm ≤60 lần/phút, tuyến xã phải hồi sức rồi chuyển tuyến gần nhất. Các tuyến trên phải khám, tìm nguyên nhân để xử trí.
- Huyết áp
  - + Đo huyết áp: trong chuyển dạ 4 giờ/lần, ngay sau đẻ phải đo huyết áp để ghi lại trong hồ sơ, sau đó 1 giờ/lần trong 2 giờ đầu; phải đo huyết áp thường xuyên khi có chảy máu hoặc mạch nhanh.
  - + Ở trạm y tế xã, phải chuyển tuyến khi:
    - Huyết áp tâm thu trên 140 mmHg hoặc huyết áp tối thiểu trên 90 mmHg hoặc cả hai. Cho thuốc hạ áp trước khi chuyển (tham khảo phần xử trí trong bài"*Tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật*").
    - Huyết áp tụt thấp dưới 90/60 mmHg phải hồi sức và chuyển tuyến, nếu tụt quá thấp phải hồi sức và gọi tuyến trên xuống hỗ trợ (xem bài"*Sốc trong sản khoa*").
  - + Bệnh viện huyện/phòng khám đa khoa khu cực trở lên phải có xử trí kịp thời khi huyết áp cao hoặc sốc.
- Thân nhiệt
  - + Đo thân nhiệt 4 giờ/lần.
  - + Bình thường ≤ 37^{o}C. Khi nhiệt độ ≥ 38^{o}C, nếu ở tuyến xã, giảm nhiệt độ bằng các phương tiện đơn giản (ví dụ chườm mát...), chuyển tuyến khi xử trí không kết quả.
  - + Cho sản phụ uống đủ nước.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Quan sát diễn biến toàn trạng: nếu bà mẹ mệt lả, kiệt sức, vật vã, khó thở cần có xử trí thích hợp và chuyển tuyến (đối với tuyến xã) và xử trí tích cực tùy theo nguyên nhân (đối với các tuyến trên).

2.1.2. Theo dõi cơn co tử cung.

- Theo dõi độ dài một cơn co và khoảng cách giữa 2 cơn co.
- Trong pha tiềm tàng đo 1 giờ/lần trong 10 phút, pha tích cực 30 phút/lần trong 10 phút.
- Với trạm y tế xã, cơn co tử cung quá ngắn (< 20 giây), quá dài (> 60 giây) hoặc rối loạn (tần số < 2 hoặc > 4) đều phải chuyển tuyến. Với các tuyến trên, phải tìm nguyên nhân gây rối loạn cơn co để có thái độ xử trí thích hợp.

2.1.3. Theo dõi nhịp tim thai.

- Nghe tim thai ít nhất 1 giờ/lần ở pha tiềm tàng, 30 phút/lần ở pha tích cực. Nghe tim thai trước và sau vỡ ối hay khi bấm ối.
- Thời điểm nghe tim thai là sau khi hết cơn co tử cung. Đến giai đoạn rặn đẻ nghe tim thai sau mỗi cơn rặn.
- Đếm nhịp tim thai trong 1 phút, nhận xét nhịp tim thai có đều hay không.
- Nhịp tim thai trung bình từ 120-160 lần/phút. Nếu nhịp tim thai trên 160 lần/phút hoặc dưới 120 lần/phút hoặc không đều, ở tuyến xã phải hồi sức và chuyển tuyến (xem bài"*suy thai cấp"*). Tại các tuyến trên phải tìm nguyên nhân để xử trí.

2.1.4. Theo dõi tình trạng ối.

- Nhận xét tình trạng ối mỗi lần thăm âm đạo (4 giờ/lần) và khi ối vỡ.
- Bình thường đầu ối dẹt, nước ối có thể trong hay trắng đục.
- Nếu nước ối mầu xanh, mầu đỏ hoặc nâu đen, hôi, đa ối, thiểu ối ở xã đều phải chuyển tuyến. Ở tuyến trên tìm nguyên nhân để xử trí thích hợp.
- Nếu ối vỡ non, ối vỡ sớm trên 6 giờ chưa đẻ, ở xã cho kháng sinh rồi chuyển tuyến. Ở các tuyến trên cần tìm nguyên nhân để xử trí.

2.1.5. Theo dõi mức độ xóa mở cổ tử cung.

- Thăm âm đạo 4 giờ/lần, khi ối vỡ và khi quyết định cho sản phụ rặn. Trường hợp cuộc chuyển dạ tiến triển nhanh, có thể thăm âm đạo để đánh giá cổ tử cung, độ lọt của ngôi. Cần hạn chế thăm âm đạo để tránh nhiễm khuẩn.
- Pha tiềm tàng kéo dài 8 giờ (từ khi cổ tử cung xóa đến mở 3 cm).
- Pha tích cực kéo dài tối đa 7 giờ (từ khi cổ tử cung mở 3 cm đến 10 cm).
- Bình thường cổ tử cung mềm, mỏng, không phù nề. Đường biểu diễn cổ tử cung trên biểu đồ chuyển dạ luôn ở bên trái đường báo động.
- Nếu cổ tử cung không tiến triển, phù nề, đường biểu diễn cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động hoặc cổ tử cung mở hết mà đầu không lọt, tuyến xã phải chuyển ngay lên tuyến trên, nơi có điều kiện phẫu thuật.

2.1.6. Theo dõi mức độ tiến triển của ngôi thai

- Phải đánh giá mức độ tiến triển của đầu thai nhi bằng cách nắn ngoài thành bụng và thăm âm đạo. Có 4 mức: đầu cao lỏng, đầu chúc, đầu chặt và đầu lọt. Khi đầu đã lọt, có 3 mức: lọt cao, lọt trung bình và lọt thấp.
- Ghi độ lọt vào biểu đồ chuyển dạ. Phát hiện sớm chuyển dạ đình trệ.
- Nếu ngôi thai không tiến triển, tuyến xã phải chuyển tuyến có điều kiện phẫu thuật.

2.1.7. Theo dõi khi thai sổ và sổ rau

(xem bài "*Đỡ đẻ thường ngôi chỏm*")

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Tóm tắt các yếu tố cần theo dõi

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực
Các chỉ số sinh tồn (mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở)	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Tim thai	1 giờ/lần	30 phút/lần
Cơn co tử cung	1 giờ/lần	30 phút/lần
Tình trạng ối	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ lọt của ngôi	1 giờ/lần	30 phút/lần
Độ mở cổ tử cung	4 giờ/lần	2 giờ/lần

2.2. Cuộc chuyển dạ có dấu hiệu bất thường.

- Trong quá trình theo dõi chuyển dạ, khi phát hiện có dấu hiệu bất thường cần chuyển tuyến có khả năng điều trị phù hợp.
- Khi theo dõi, trong và sau mỗi lần thăm khám, người hộ sinh phải thông báo cho sản phụ biết tình hình cuộc chuyển dạ lúc đó để họ yên tâm.

2.3 Với cuộc chuyển dạ ở sản phụ nhiễm HIV

- Cân nhắc các yếu tố tiên lượng cuộc chuyển dạ, quyết định phương cách đẻ. Hạn chế tối đa các thủ thuật Forceps, giác kéo, lấy máu da đầu trẻ.
- Giữ đầu ối đến cùng, chỉ cắt tầng sinh môn khi đầu lọt thấp.
- Can thiệp thuốc kháng virut HIV cho sản phụ và trẻ sơ sinh theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế.

3. Chỉ định chuyển tuyến (đối với xã, phường và huyện không có phẫu thuật).

- Mạch: trên 100 lần/phút, dưới 60 lần/phút.
- Huyết áp: huyết áp tâm thu trên 140 mmHg hoặc dưới 90 mmHg. Huyết áp tâm trương trên 90 mmHg hoặc dưới 60 mmHg.
- Nhiệt độ: 38^{o}C trở lên.
- Toàn trạng: rất mệt mỏi, khó thở, da xanh, niêm mạc nhợt.
- Có dấu hiệu suy thai: nước ối có lẫn phân su hoặc máu, nhịp tim thai nhanh (trên 160 lần/phút), chậm (dưới 120 lần/phút) hoặc không đều (lúc nhanh lúc chậm).
- Các dấu hiệu nhiễm khuẩn ối.
- Có cơn co bất thường: quá dài (trên 1 phút), quá ngắn (dưới 20 giây), quá mau (trên 5 cơn trong 10 phút), có liên quan đến tiến triển chậm của cổ tử cung.
- Bất tương xứng giữa khung chậu và đầu thai nhi: đầu không lọt, có hiện tượng chồng khớp sọ từ độ 2 trở lên.
- Chuyển dạ tiến triển chậm: pha tiềm tàng kéo dài (trên 8 giờ); pha tích cực trì trệ (mở dưới 1cm/giờ).
- Các bệnh toàn thân nặng.
- Sản giật, tiền sản giật.
- Chảy máu trong khi chuyển dạ.
- Ngôi thai bất thường, nhiều thai, đa ối, thiểu ối và thai quá ngày sinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THEO DÕI LIÊN TỤC CƠN CO TỬ CUNG VÀ NHỊP TIM THAI

1. Mục đích.

- Phát hiện thai suy trong quá trình có thai và trong chuyển dạ.
- Phát hiện cơn co tử cung bất thường và sự đáp ứng của tim thai với cơn co tử cung.

2. Theo dõi liên tục nhịp tim thai trước chuyển dạ.

- Nhằm mục đích đánh giá tình trạng thiếu oxygen gây suy thai, còn gọi là các thử nghiệm theo dõi thai.
- Có hai loại thử nghiệm chính:
  + Test không đả kích: theo dõi nhịp tim thai đơn thuần, không cần tạo nên cơn co tử cung.
  + Test đả kích: theo dõi nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung hay là thử nghiệm chịu đựng của thai đối với cơn co tử cung tạo nên do oxytocin (test oxytocin) hoặc do kích thích núm vú.

2.1. Theo dõi liên tục nhịp tim thai không đả kích.

2.1.1. Chỉ định.

- Tất cả phụ nữ có thai, đặc biệt là thai nghén nguy cơ cao.

2.1.2. Thời gian thử nghiệm.

- Trong khoảng từ 20 đến 30 phút nếu xuất hiện 3-4 lần nhịp tim thai đáp ứng rõ, tương ứng với thai vận động có thể kết luận là thai bình thường.

2.1.3. Phân tích kết quả.

- Thử nghiệm có đáp ứng: tim thai tăng lên khoảng 15 nhịp/phút trong thời điểm thai cử động. Đường tim thai cơ bản dao động bình thường.
- Thử nghiệm không đáp ứng: nhịp tim thai không thay đổi hoặc tăng dưới 15 nhịp trong thời điểm thai cử động hoặc nhịp tim thai cơ bản và dao động của tim thai không bình thường (< 5nhịp/phút). Nếu thử nghiệm không đáp ứng thì thai nhi có thể bị đe dọa, khi đó cần có những đánh giá tiếp theo (test đả kích hoặc các chỉ số sinh học của thai nhi hoặc can thiệp để lấy thai ra).

Kết quả thử nghiệm được cho là bệnh lý khi nhịp tim thai chậm kèm theo đường nhịp tim thai cơ bản bất thường.

2.2. Theo dõi liên tục nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.

2.2.1. Chỉ định.

- Chỉ áp dụng ở những cơ sở có điều kiện, phương tiện.
- Thai nghén có nguy cơ cao cần đánh giá tình trạng thai khi test không đả kích không đáp ứng.

2.2.2. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Tử cung có sẹo mổ cũ, rau tiền đạo, rỉ ối.

2.2.3. Chống chỉ định tương đối.

- Đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

2.2.4. Thời điểm làm thử nghiệm.

- Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.2.5. Các bước tiến hành.

- Chuẩn bị người thực hiện, dụng cụ và thai phụ, các bước tiến hành như theo dõi liên tục nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung trong chuyển dạ.
- Theo dõi nhịp tim thai có sử dụng oxytocin.
- Pha 5 đv oxytocin trong dung dịch glucose 5% truyền nhỏ giọt tĩnh mạch liều ban đầu 5 giọt/phút, sau 10-15 phút tăng dần liều cho đến khi đạt được 3 cơn co tử cung trong 10 phút, ghi lại nhịp tim thai và cơn co tử cung trong thời gian từ 30-40 phút.

2.2.6. Đánh giá kết quả

- Kết quả âm tính khi nhịp tim thai không thay đổi về tần số và cường độ.
- Kết quả dương tính khi xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn thường xuyên.
- Kết quả nghi ngờ khi thỉnh thoảng mới xuất hiện nhịp tim thai chậm muộn, phải làm lại thử nghiệm trong vòng 24 giờ.
- Tăng kích thích: nhịp tim thai chậm muộn xảy ra do cơn co quá mau, mỗi cơn co cách nhau dưới 2 phút hoặc cơn co kéo dài trên 60 giây, trương lực cơ bản của tử cung tăng.
- Không đạt yêu cầu khi đường biểu diễn nhịp tim thai không rõ ràng, khó phân tích.

2.3. Thử nghiệm kích thích đầu vú:

Giống như thử nghiệm dùng oxytocin nhưng oxytocin được thay thế bằng kích thích hai núm vú.

3. Theo dõi liên tục nhịp tim thai trong chuyển dạ.

3.1. Chỉ định.

- Nếu có điều kiện nên áp dụng cho tất cả sản phụ.
- Áp dụng cho các trường hợp thai nghén có nguy cơ cao như:
  + Sản phụ bị bệnh lý ảnh hưởng đến thai.
  + Sản phụ có tiền sử sản khoa nặng nề.
  + Sản phụ lớn tuổi.
  + Có dấu hiệu nghi ngờ thai suy hoặc thai kém phát triển trong tử cung.
  + Chuyển dạ: ối vỡ non, ối vỡ sớm, rối loạn cơn co tử cung, chuyển dạ kéo dài, tử cung có sẹo mổ cũ.

3.2. Chuẩn bị.

- Phương tiện: monitor sản khoa ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.
- Sản phụ: được giải thích về mục đích theo dõi thai bằng máy và cách thức tiến hành.

3.3. Các bước tiến hành.

- Đặt đầu dò ghi cơn co tử cung và nhịp tim thai.
- Ghi biểu đồ nhịp tim thai và cơn co tử cung.
- Ghi những thông tin cần thiết về sản phụ trên băng giấy ghi của máy.

3.4. Phân tích kết quả.

- Nhịp tim thai: tần số, đường tim thai cơ bản, độ dao động.
- Sự thay đổi của tim thai khi có cơn co tử cung.
- Cơn co tử cung: tần số, biên độ của cơn co và trương lực cơ bản của tử cung.

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

4.1 Theo dõi:

- Thai phụ không cử động nhiều vì có thể làm thay đổi vị trí của đầu dò gây nhiễu trên giấy ghi.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nếu thấy nhịp tim thai bị nhiễu, cần kiểm tra lại vị trí đặt đầu dò và băng chun cố định đầu dò để có kết quả rõ ràng.
- Xem kết quả ghi trên giấy 10 phút/lần, nếu xuất hiện nhịp tim thai hay cơn co tử cung bất thường cần khám lại ngay để có thái độ xử trí kịp thời.

4.2 Xử trí.

Do tư thế nằm ngửa, thai phụ có thể bị choáng (mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, mệt mỏi) và thai có thể bị suy do tư thế nằm ngửa của mẹ biểu hiện bằng nhịp tim thai chậm, kéo dài có khi tới vài phút. Cần phải thay đổi ngay tư thế nằm của sản phụ (nghiêng trái) và cho mẹ thở oxygen, nếu nhịp tim thai không được cải thiện phải tìm cách lấy thai ra nhanh nhất.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

B

CHĂM SÓC TRONG VÀ SAU ĐẺ

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

1. Chỉ định.

- Tất cả các trường hợp chuyển dạ có tiên lượng đẻ được đường âm đạo (kể cả trường hợp có sẹo mổ cũ ở tử cung hoặc ngôi mông được chỉ định cho đẻ đường âm đạo) đều được theo dõi chuyển dạ trên biểu đồ.

2. Loại trừ.

- Phẫu thuật lấy thai chủ động.
- Những trường hợp cấp cứu sản khoa cần xử trí ngay (do bệnh lý mẹ hoặc thai) hoặc cần kết thúc ngay cuộc chuyển dạ (dọa vỡ tử cung, chảy máu, thai suy cấp...).
- Những trường hợp đến cơ sở y tế cổ tử cung đã mở hết, tiên lượng cuộc đẻ sẽ diễn ra trong ít phút.

3. Thời điểm bắt đầu ghi biểu đồ chuyển dạ.

- Khi cổ tử cung mở dưới 3cm, ghi diễn biến cuộc chuyển dạ vào phiếu theo dõi trong bệnh án sản khoa, khi cổ tử cung từ 3-4 cm trở lên,bắt đầu ghi vào biểu đồ chuyển dạ, trừ các diễn biến đặc biệt không có chỗ ghi trong biểu đồ mới phải ghi trong bệnh án. Ví dụ sản phụ đột nhiên ra máu ồ ạt, ngất xỉu, co giật...và để chỉ định điều trị hoặc mời hội chẩn.
- Thời điểm bắt đầu ghi đó trên phần thủ tục của biểu đồ phải ghi đúng theo giờ và phút trong ngày nhưng khi theo dõi trên biểu đồ thì giờ đầu tiên theo dõi được làm "tròn số".

4. Nội dung cần ghi trên biểu đồ chuyển dạ.

4.1. Tiến độ của chuyển dạ.

- Độ mở cổ tử cung.
- Độ xuống và lọt của ngôi thai.
- Cơn co tử cung.

4.2. Tình trạng của thai.

- Nhịp tim thai (đếm trong 1 phút).
- Nước ối: mầu sắc, số lượng.
- Sự chồng khớp (uốn khuôn) của đầu thai nhi.

4.3. Tình trạng của sản phụ.

- Mạch, huyết áp.
- Nhiệt độ.
- Nước tiểu: protein.
- Các thuốc đã được sử dụng.
- Lượng dịch đã được bổ sung cho mẹ.

5. Cách ghi các ký hiệu trên biểu đồ chuyển dạ.

5.1. Các ký hiệu dùng để ghi trên biểu đồ chuyển dạ.

- Ký hiệu ghi độ mở cổ tử cung được ghi bằng dấu X, nối các điểm ghi trong các lần thăm khám sau đó bằng một đường liền vạch.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Ký hiệu ghi độ lọt của ngôi thai được ghi bằng dấu O, nối các điểm với nhau bằng đường chấm (không liền vạch).
- Các ký hiệu về nhịp tim thai, mạch, huyết áp của sản phụ giống như cách ghi thông thường (chấm để ghi nhịp tim thai, mạch mẹ và mũi tên hai đầu nhọn ghi 2 số đo huyết áp).
- Các ký hiệu khác như tình trạng ối, độ chồng khớp, cơn co tử cung... theo hướng dẫn của tài liệu đào tạo hoặc trên biểu đồ.

5.2. Pha tiềm tàng.

- Cổ tử cung dưới 3 cm và xóa chưa hết.
- Khi cổ tử cung mở > 3 cm thì phải chuyển ký hiệu ghi độ mở lúc đó ở pha tích cực, nằm trên đường báo động, tương ứng với mức chỉ độ mở của cổ tử cung lúc đó.

5.3. Pha tích cực.

- Cổ tử cung mở từ 3-10 cm và xóa hoàn toàn.
- Cổ tử cung đã mở từ 3-4 cm thì phải bắt đầu ghi độ mở cổ tử cung ở pha tích cực, trên đường báo động và ghi giờ bắt đầu ghi biểu đồ vào ô thời gian tương ứng. Các ký hiệu khác của cuộc chuyển dạ cũng ghi theo vị trí ghi về độ mở cổ tử cung đã ghi lúc ban đầu.

6. Đọc và xử trí.

6.1. Tại tuyến xã, phường

- Pha tiềm tàng: không ghi trên Biểu đồ chuyển dạ, nhưng được ghi lại trên phiếu theo dõi trong bệnh án sản khoa, thông thường không kéo dài quá 8 giờ. Nếu kéo dài trên 8 giờ, cần chuyển tuyến trên để đánh giá và xử trí.
- Pha tích cực: đường mở cổ tử cung luôn phải ở bên trái của đường báo động (mở trên 1 cm/giờ). Nếu đường mở cổ tử cung chuyển sang bên phải đường báo động (mở dưới 1cm/giờ) thì tuyến xã phải chuyển lên tuyến trên.

6.2. Tại các tuyến trên.

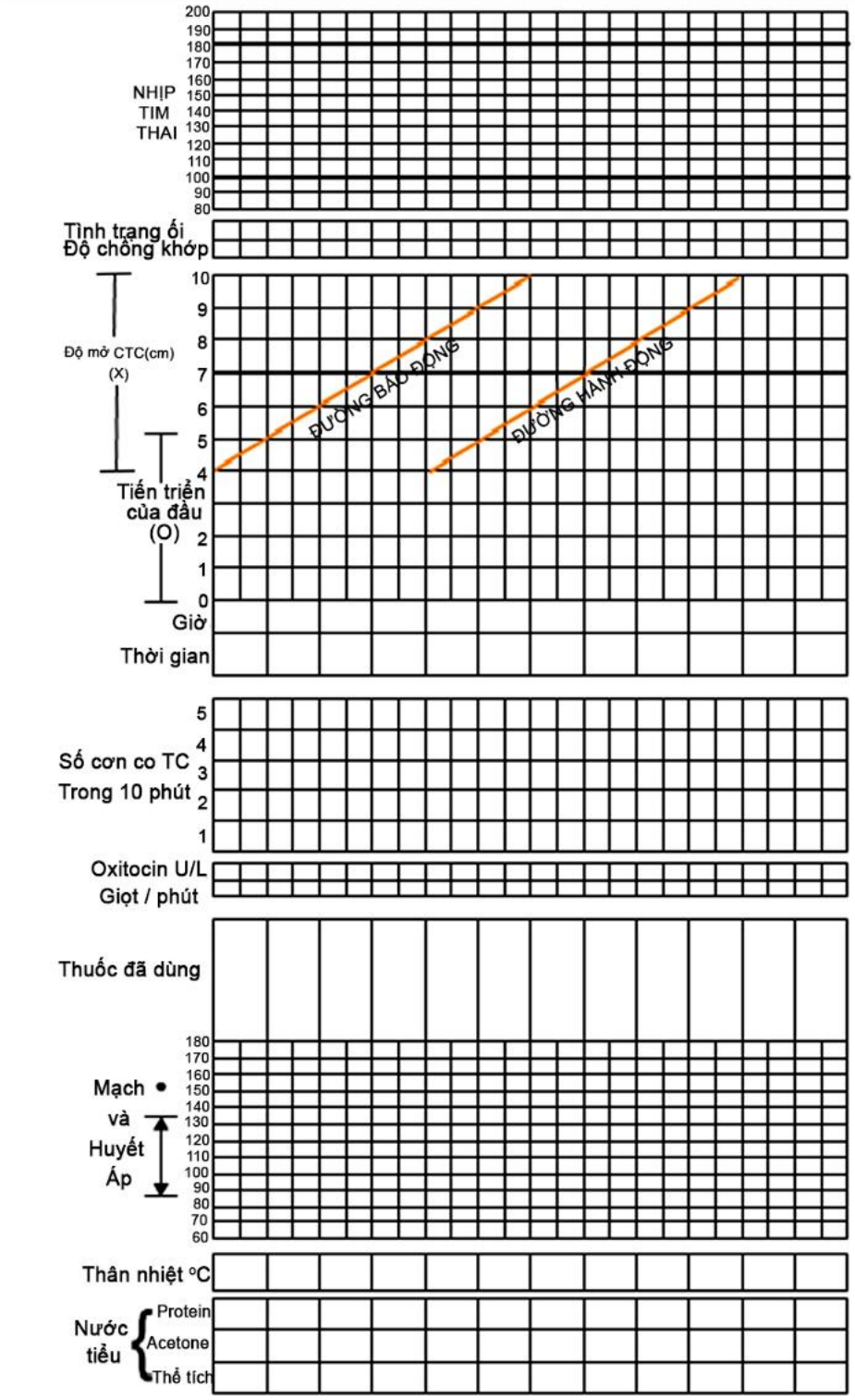
- Phải tìm nguyên nhân đẻ khó để xử trí.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Tên:.....Para.....Số nhập viện.....

Ngày/giờ vào viện.....Ngày ghi biểu đồ.....Ối đã vỡ.....giờ



LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

ĐỠ ĐẺ THƯỜNG NGÔI CHỎM

1. Định nghĩa.

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì sổ thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn).

2. Chỉ định.

Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.

3. Chống chỉ định.

- Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới.
- Ngôi chỏm chưa lọt.

4. Chuẩn bị.

4.1. Phương tiện.

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu, kẹp rốn vô khuẩn.
- Thuốc oxyocin 10 đơn vị lấy sẵn trong bơm tiêm.
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống hút, bóng và mặt nạ sơ sinh).
- Thông đái.

4.2. Sản 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 phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi.
- Trải 1 khăn vô khuẩn lên bụng sản phụ để đón bé.

4.3. Tư thế sản phụ.

- Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

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 có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không được đẩy bụng sản phụ.
- Ở thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai, độ xóa mở cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.
- Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con rạ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng forceps hoặc bằng giác kéo.
- Trong thời gian sản phụ rặn đẻ vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.2. Người đỡ để chỉ bắt đầu đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

- Cổ tử cung mở hết.
- Ối đã vỡ (chưa vỡ thì bấm ối).
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.
- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.

5.3. Các thao tác đỡ đẻ gồm có:

5.3.1. Đỡ đầu

Sổ kiểu chẩm vệ.

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chẩm trong mỗi cơn co tử cung.
- Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng.
- Khi hạ chẩm tì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

Sổ kiểu chẩm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chỏm sổ kiểu chẩm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.
- Khi hạ chẩm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.
- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

5.3.2. Đỡ vai.

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chẩm quay về bên đó (chẩm trái-ngang hoặc chẩm phải-ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).
- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn-cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhấc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

5.3.3. Đỡ thân, mông và chi.

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân,

5.4. Tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ.

Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.

- Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, mông…) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.
- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ
- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngựcáp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Đội mũ cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.
- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.

Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.5.Tiêm Oxytocin.

- Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.
- Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

5.6. Kẹp dây rốn muộn, một thì.

- Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.
- Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

5.7. Kéo dây rốn có kiểm soát.

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.
- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung.
- Khi bánh rau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh rau kéo màng rau bong ra theo. Nếu màng rau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh rau xoay theo 1 chiều để màng rau sổ ra ngoài.
- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.
- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.
- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.

5.8. Xoa đáy tử cung

- Sau khi rau sổ ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại.
- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).
- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

Chú ý

- Kiểm tra rau để tránh sót rau.Nếu sót rau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau đẻ để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.
- Nếu sau 30 phút mà bánh rau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc rau nhân tạo ngay.

5.9. Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn.

- Quan sát các dấu hiệu đòi bú của trẻ: trẻ mở miệng, chảy dãi, mút ngón tay, trườn tìm vú mẹ.
- Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm ngay trên bụng mẹ, cho em bé nằm trên bụng mẹ 60-90 phút nếu tình trạng của mẹ và bé cho phép.
- Sau khi trẻ bú xong bữa bú đầu tiên mới tiến hành chăm sóc thường quy như cân, đo chiều cao, vòng đầu, tiêm vacxin, vitamin K_1 theo quy định.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KIỂM TRA RAU

1. Định nghĩa.

Kiểm tra rau là thao tác quan sát các mặt múi, mặt màng của bánh rau, các màng rau, dây rốn có bình thường không và có sót rau, sót màng không.

2. Chỉ định.

Kiểm tra rau để đề phòng sót rau, sót màng phải được thực hiện cho tất cả các cuộc đẻ đường dưới.

3. Chuẩn bị.

- Một khay to, phẳng hoặc một chậu đựng rau khi rau ra.
- Găng cao su cho người kiểm tra rau, bông, gạc cần cho việc lau thấm máu khi kiểm tra.

4. Các bước tiến hành.

4.1. Kiểm tra màng rau.

- Quan sát màng rau và đánh giá xem đủ hay thiếu.
- Quan sát vị trí lỗ rách ối.
- Với bánh rau sinh đôi cần bóc tách phần màng để đánh giá 1 hay 2 bánh rau.
- Quan sát vị trí bám của dây rốn: bám trung tâm, bám cạnh hay bám màng.
- Quan sát các mạch máu từ chân dây rốn đi ra đến tận bờ mép bánh rau để phát hiện múi rau phụ.

4.2. Kiểm tra bánh rau: lần lượt kiểm tra các phần sau.

- Quan sát kĩ các múi rau từ trung tâm ra xung quanh xem có múi nào bị khuyết không
- Đánh giá chất lượng bánh rau: có các ổ nhồi máu, các ổ lắng đọng calci, tình trạng rau có bị xơ hóa hay không.

4.3. Kiểm tra dây rốn.

- Tìm xem có bị thắt nút (nút thật).
- Quan sát mặt cắt của dây rốn, kiểm tra các mạch máu rốn.
- Đo độ dài dây rốn, đo 2 phía (phía bám vào bánh rau và phía bám vào rốn sơ sinh).
- Kết thúc phần kiểm tra, thông báo kết quả cho sản phụ biết và giải thích những điều cần thiết nếu có những bất thường cần phải xử trí tiếp.
- Giúp sản phụ đóng khăn vệ sinh và mặc váy, áo.

5. Theo dõi và xử trí tai biến.

5.1. Theo dõi.

- Ngay khi kiểm tra rau, phải đếm mạch và đo huyết áp, ghi hồ sơ.
- Trước khi chuyển sản phụ về buồng hậu sản cũng phải theo dõi và ghi lại trong hồ sơ tình trạng mạch, huyết áp, mức độ chảy máu, co hồi tử cung và toàn trạng.

5.2. Xử trí:

5.2.1. Trường hợp sau khi rau ra bị băng huyết.

- Kiểm soát tử cung rồi cho thuốc co tử cung và kháng sinh và hồi sức (nếu cần) tại tất cả các tuyến.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.2.2. Trường hợp sót rau hoặc sót nhiều màng rau (trên 1/3 màng bị sót).

- Nếu không băng huyết:
  + Tại tuyến xã, phường: chuyển sản phụ lên tuyến trên.
  + Tại các tuyến trên: kiểm soát tử cung lấy rau và màng bị sót rồi tiêm thuốc co tử cung và kháng sinh.
- Nếu có băng huyết: tiến hành hồi sức, cầm máu cơ học, kiểm soát tử cung, tiêm thuốc co tử cung và dùng kháng sinh dự phòng nhiễm khuẩn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

ĐỠ ĐẺ TẠI NHÀ VÀ XỬ TRÍ ĐẺ RƠI

1. Đỡ đẻ tại nhà.

Đỡ đẻ tại nhà là điều không khuyến khích ở nước ta. Tuy nhiên, ở một số vùng, miền núi xa xôi hẻo lánh, đồng bào vẫn còn tập quán sinh đẻ tại nhà, tự đẻ tự đỡ hoặc mời cô đỡ thôn bản đến nhà đỡ. Trong trường hợp đó nếu sản phụ được người đã được đào tạo về đỡ đẻ chăm sóc thì có thể giảm nhiều tai biến nguy hiểm cho sản phụ.

1.1. Chuẩn bị.

- Nơi đẻ: phải sạch sẽ, an toàn, không bị lạnh, cần đảm bảo tính riêng tư, kín đáo.
- Có sẵn gói đỡ đẻ sạch hoặc túi đỡ đẻ lưu động của trạm y tế xã.
- Có các đồ dùng cần thiết để rửa tay, đựng bánh rau, hứng nước ối và máu, quần áo, tã lót cho sơ sinh, khăn sạch để lau bé…

1.2. Công việc cần làm trước khi bắt tay vào đỡ đẻ.

- Nếu sản phụ chưa đẻ ngay: khuyên sản phụ đi đại tiện, tiểu tiện. Nếu có thể thì tắm nhanh. Thân mật trò chuyện, động viên an ủi sản phụ khi chăm sóc.
- Giúp sản phụ nằm trên giường đúng tư thế đẻ.
- Rửa sạch vùng sinh dục và bẹn, đùi, hậu môn.
- Trải tấm nilon sạch dưới lưng và mông.
- Người đỡ đẻ cắt ngắn móng tay và rửa tay sạch với xà phòng (có người nhà sản phụgiúp dùng gáo dội).
- Trải 1 khăn khô sạch lên bụng sản phụ để lau khô cho trẻ
- Đi găng vô khuẩn (trong túi đỡ đẻ sạch).

1.3. Các điều kiện cần và đủ để bắt tay vào đỡ đẻ.

- Đầu thai đã thập thò bên ngoài âm hộ.
- Ối đã vỡ (hoặc nếu màng ối còn trùm phía trước đầu thai thì phải bấm ối).
- Khi có cơn co tử cung sản phụ mót rặn và khi rặn, tầng sinh môn giãn dài, lỗ hậu môn loe rộng, mất gần hết vết nhăn chung quanh.

1.4. Các bước thực hiện đỡ thai ra như sau.

- Động viên sản phụ rặn khỏe, dài hơi, đúng kỹ thuật.
- Thời gian nghỉ (ngoài cơn co), người đỡ đẻ nghe lại nhịp tim thai, khuyên sản phụ hít sâu, thở ra từ từ, đều đặn. Giúp sản phụ lau mồ hôi, cho uống nước, chuyện trò với họ trong lúc chờ cơn rặn tiếp.
- Trong mỗi cơn rặn đó, giữ tầng sinh môn vít nhẹ cho đầu cúi tốt hơn.
- Khi chỏm ra nhiều hơn thì làm thao tác ngửa đầu dần lên để sổ mặt và đầu. Giữ tầng sinh môn tránh bị rách.
- Để đầu thai tự quay sang thế chẩm ngang (trái hoặc phải).
- Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ không. Nếu có khi đỡ phần vai phải gỡ dây rốn quấn cổ đó.
- Làm thao tác kéo thai xuống phía chân để đỡ vai trước.
- Làm thao tác nâng, kéo thai lên phía trên để sổ vai sau. Giữ tầng sinh môn để không bị rách.
- Đỡ thân và chi dưới của thai khi thai sổ hẳn ra ngoài.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

1.5. Chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ.

1.5.1. Lau khô trẻ và tiếp xúc da kề da

- Đặt trẻ lên bụng mẹ và nhanh chóng lau khô trẻ.
- Lau khô trẻ theo trình tự mặt, đầu, cổ, ngực, tay, chân sau đó lau sang phần lưng, cơ quan sinh dục, hậu môn. Bỏ khăn ướt.
- Nếu trẻ khóc tốt đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nghiêng một bên giữa 2 bầu ngực. Phủ 1 khăn khô, sạch lên để ủ ấm cho trẻ. Đội mũ cho trẻ.

1.5.2. Kẹp và cắt rốn bằng dụng cụ có trong gói đỡ đẻ sạch

- Chờ dây rốn ngừng đập mới tiến hành kẹp cắt dây rốn.
- Cặp kẹp thứ nhất vào dây rốn cách chân rốn khoảng 2 cm.
- Vuốt dây rốn từ vị trí kẹp thứ nhất về phía người mẹ rồi cặp kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 3 cm.
- Dùng kéo cắt dây rốn ở giữa 2 kẹp đó.

1.6. Đỡ rau và kiểm tra rau.

1.6.1. Nếu có thuốc oxytocin: tiêm vào bắp đùi 10 đv ngay khi đỡ thai ra ngoài thì có thể đỡ rau như sau (theo cách xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ):

Đầu tiên đặt tay lên bụng sản phụ xem tử cung đã co lại tốt chưa. Nếu co chưa tốt thì phải xoa bóp bên ngoài cho đến khi tử cung co chặt thành "quả cầu an toàn" mới làm bước tiếp theo.

- Một tay xòe ra đặt trên bụng dưới sản phụ để ngón cái ở một bên, 4 ngón còn lại ở bên đối diện, hơi đẩy tử cung lên phía rốn và chẹn giữ nó tại chỗ trong khi tay còn lại cầm giữ dây rau kéo từ từ với lực tăng dần theo hướng lúc đầu xuống phía dưới, sau kéo ngang và cuối cùng hướng lên trên cho bánh rau ra từ từ.
- Khi bánh rau sắp ra ngoài thì hạ thấp dây rốn xuống cho bánh rau rơi, kéo theo màng rau ra luôn.
- Trường hợp màng rau không tuột ra thì hai bàn tay cầm bánh rau xoắn lại nhiều vòng để màng sẽ ra dần.
- Trước khi kiểm tra rau cần nắn bụng dưới đánh giá co hồi tử cung và quan sát âm hộ xem có bị chảy máu không.

1.6.2. Trường hợp không có oxytocin: muốn đỡ rau phải làm "nghiệm pháp bong rau" để biết rau đã bong mới được đỡ bằng cách:

Đặt tay lên bụng dưới sản phụ, ấn nhẹ xuống vùng trên xương mu để đẩy vào đoạn dưới tử cung (thân tử cung sẽ bị đẩy lên trên).

- Nếu thấy dây rốn không bị kéo theo lên trên (có khi còn dài thêm ra ngoài âm hộ) thì chứng tỏ rau đã bong và có thể thực hiện việc đỡ rau. Nếu dây rốn còn bị kéo theo lên khi ấn trên xương mu thì phải chờ tới khi nào rau bong mới được đỡ.
- Cách đỡ như sau: một tay cầm dây rốn nâng lên cao, tay kia đặt lên bụng, phía đáy tử cung, đẩy theo hướng rốn-mu với lực tăng dần để đẩy bánh rau ra.
- Cách đỡ màng rau cũng làm như phần trên đã mô tả.

1.6.3. Kiểm tra rau.

- Đặt bánh rau trên một cái khay hay chậu.
- Cầm dây rốn nâng bánh rau lên, vuốt nhẹ màng rau xuống.
- Quan sát lỗ rách của màng: nếu lỗ rách tròn, đều thì màng đủ, nếu lỗ rách nham nhở thì có thể sót một ít màng.
- Quan sát các mạch máu trên mặt màng của bánh rau để phát hiện bánh hoặc múi rau phụ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đặt bánh rau xuống khay cho mặt múi của nó ngửa lên, gạt máu cục ra ngoài để quan sát các múi rau. Mặt múi rau nhẵn, mịn, mầu đỏ thẫm. Nếu trên mặt múi có vùng nào bị khuyết thì phần rau ở nơi khuyết đó đang còn sót lại trong tử cung.

1.7. Xoa đáy tử cung 15 phút một lần trong hai giờ đầu sau đẻ đảm bảo tử cung co chắc tạo thành khối an toàn cầm máu sau đẻ

Có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc người nhà hỗ trợ xoa đáy tử cung

1.8. Chăm sóc sản phụ sau khi đỡ đẻ.

- Kiểm tra xem tử cung có co tốt không, có vết rách nào ở đường sinh dục không. Hỏi cảm giác sản phụ, quan sát da, niêm mạc và bắt mạch đánh giá tình trạng toàn thân sau sinh.
- Rửa lại vùng sinh dục, lau khô và giúp đóng khố (khăn vệ sinh), mặc áo quần cho sản phụ.
- Thu dọn dụng cụ đỡ đẻ, vệ sinh nơi đỡ đẻ.
- Cho sản phụ ăn nhẹ, nóng hợp khẩu vị (cháo, sữa, phở, mỳ…).
- Trong vòng hai giờ sau đẻ, cứ 15 phút lại bắt mạch và nắn bụng đánh giá co hồi tử cung, quan sát khăn vệ sinh đánh giá lượng máu. Nếu tử cung mềm thì phải xoa nắn cho co lại và mời cán bộ y tế xã đến xử trí tiếp.

1.9. Quan sát trẻ nếu có dấu hiệu đòi bú (chảy dãi, lè lưỡi liếm, mút ngón tay, trườn bò…) thì hỗ trợ sản phụ cho trẻ bú ngay trên bụng mẹ

2. Xử trí đẻ rơi.

- Đẻ rơi là tình trạng đẻ không được dự kiến trước, xảy ra ngoài ý muốn của mọi người ở những nơi không phù hợp với việc sinh đẻ như: tại nơi đang làm việc (công sở, nhà máy, cánh đồng…) hoặc trên đường, trên tàu xe… (đi làm hay đi đến cơ sở y tế).
- Xử trí đẻ rơi được thực hiện khẩn cấp, ngay tại chỗ và tùy theo tình huống cụ thể của sản phụ lúc đó
- Trước hết phải nhanh chóng giải phóng thai nhi khỏi quần hoặc váy áo của sản phụ, sau đó:

2.1. Nếu có sẵn túi đỡ đẻ sạch.

Xé ngay bao gói để sử dụng các vật liệu đã có sẵn trong đó:

- Trải tấm nilon ngay nơi bà mẹ đẻ rơi, đặt cháu bé nằm vào đó, ủ ấm bé bằng bất cứ thứ gì có thể có được ở bà mẹ và người xử trí (khăn, áo, giấy báo…).
- Lấy các sợi chỉ buộc rốn trong gói này buộc chặt dây rốn ở vị trí càng xa da bụng bé càng tốt.
- Không được cắt dây rốn.
- Chuyển bé cho mẹ ôm sát vào người để hạn chế bị nhiễm lạnh.
- Tìm mọi cách chuyển hai mẹ con về trạm y tế gần nhất để được chăm sóc tiếp.
- Tại cơ sở điều trị, mẹ sẽ được lấy rau, theo dõi và xử trí chảy máu, nhiễm khuẩn; con sẽ được làm rốn lại, cả hai sẽ được tiêm huyết thanh chống uốn ván.

2.2. Nếu không có sẵn gói đỡ đẻ sạch.

- Ngay lập tức ủ ấm cháu bé bằng mọi đồ vải có sẵn tại chỗ.
- Tìm một sợi dây nhỏ, mềm, bất cứ là dây gì (dây rút, dây xé từ vạt áo hay khăn mùi xoa, dây buộc đồ…) để buộc chặt dây rốn, càng xa nơi bám của nó ở bụng bé càng tốt.
- Không được cắt dây rốn.
- Trao bé cho mẹ ôm ấp và tìm mọi cách chuyển ngay về cơ sở y tế gần nhất để xử trí cho mẹ, cho con như phần trên.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH NGÀY ĐẦU SAU ĐẺ

1. Theo dõi-chăm sóc trong 2 giờ đầu.

Cho mẹ	Cho con
- Sản phụ vẫn nằm ở phòng đẻ. - Nếu mẹ và con đều bình thường, vẫn để cho con nằm tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ và hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú.	- Giữ ấm: nhiệt độ phòng từ 26^{o}C-28^{o}C, không có gió lùa. Nếu trẻ tự thở tốt, đặt trẻ tiếp xúc da kề da trên ngực mẹ, đội mũ, phủ khăn cho 2 mẹ con. - Quan sát trẻ nếu có dấu hiệu đòi bú như mở miệng, chảy dãi, mút tay, trườn bò thì hướng dẫn sản phụ cho trẻ bú ngay trên bụng mẹ, không cho bất cứ thức ăn, nước uống nào khác. - Sau khi trẻ hoàn thành bữa bú đầu tiên mới tiến hành thực hiện chăm sóc thường qui: khám toàn thân, chăm sóc rốn, mắt, tiêm vitamin K_1, tiêm vacxin viêm gan B và BCG.
Theo dõi: Thể trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, ra máu tại các thời điểm 15 phút một lần trong 2 giờ đầu	**Theo dõi:** - Tình trạng thở, trương lực cơ, màu sắc da, nhịp tim - Toàn trạng: thân nhiệt, tiêu hóa: 15-20 phút trong 2 giờ đầu.

Lưu ý: khi theo dõi/chăm sóc mẹ và con phải đảm bảo vệ sinh ở mức tối đa:

- Rửa tay nước sạch và xà phòng trước và sau mỗi lần chăm sóc.
- Dụng cụ chăm sóc phải vô khuẩn, không dùng chung cho các sản phụ hoặc trẻ sơ sinh khác.
- Tã, áo, khăn, đồ dùng cho mẹ và con phải khô, sạch.

Một số tình huống bất thường có thể xảy ra và cách xử trí

Cho mẹ	
Phát hiện	*Xử trí*
Mạch nhanh trên 90 lần/phút.	Kiểm tra ngay HA, cầu an toàn, ra máu.
HA hạ (tối đa < 90 mmHg).	Xử trí sốc sản khoa.
Tăng HA (tối đa > 140, hoặc tăng 30 mmHg; tối thiểu > 90 hoặc tăng 15 mmHg so với trước.	Xử trí tiền sản giật.
Tử cung mềm, cao trên rốn.	Xử trí đờ tử cung.
Chảy máu trên 500 ml và vẫn tiếp tục ra.	Xử trí băng huyết sau đẻ.
Rách âm đạo, tầng sinh môn.	Sắp xếp để khâu lại.
Khối máu tụ.	Theo dõi để quyết định xử trí hoặc chuyển tuyến (nếu ở xã).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Cho con	
Phát hiện	*Xử trí*
Khó thở, ngừng thở, tím tái, cơ mềm nhẽo.	Hồi sức thở-hồi sức tim-chuyển tuyến.
Trẻ bị lạnh hoặc phòng lạnh.	Ủ ấm, cho trẻ nằm tiếp xúc da kề da với mẹ, sưởi ấm với phương tiện sẵn có.
Chảy máu rốn.	Làm rốn lại.

2. Theo dõi từ giờ thứ ba đến hết ngày đầu.

Cho mẹ	***Cho con***
- Đưa mẹ và con về phòng, theo dõi các nội dung như trên 1 giờ/lần. - Mẹ có băng vệ sinh sạch, đủ thấm. - Giúp mẹ ăn uống và ngủ yên. - Cho mẹ vận động sớm sau đẻ 6 giờ. - Hướng dẫn mẹ cho con bú sớm và đúng cách. - Hướng dẫn mẹ cách chăm sóc con, theo dõi chảy máu rốn. - Hướng dẫn mẹ và gia đình (bố) biết chăm sóc và phát hiện các dấu hiệu bất thường. - Yêu cầu gọi ngay nhân viên y tế khi mẹ chảy máu nhiều, đau bụng tăng, nhức đầu, chóng mặt, hoa mắt. ***Theo dõi từ giờ thứ 7:*** Toàn trạng, co hồi tử cung (rắn-tròn), băng vệ sinh (kiểm tra lượng máu mất)	Theo dõi trẻ 1 giờ/1 lần: - Luôn để con nằm cạnh mẹ, chú ý giữ ấm cho trẻ - Cho bú mẹ hoàn toàn - Hướng dẫn bà mẹ nhận biết các dấu hiệu bất thường cần gọi ngay nhân viên y tế: trẻ bỏ bú, không thở, tím tái, chảy máu rốn. ***Theo dõi từ giờ thứ 7:*** Theo dõi trẻ 6 giờ/lần Toàn trạng: thở (có khó thở?), màu sắc da (có tím tái? có vàng không? sờ có lạnh không?), rốn (có chảy máu?), tiêu hóa, bú mẹ: có bú mẹ được không? đã ỉa phân su chưa?).

Một số tình huống bất thường có thể xảy ra và cách xử trí

Cho mẹ	
Phát hiện	*Xử trí*
- Tử cung mềm, cao quá rốn. - Băng vệ sinh thấm ướt máu sau 1 giờ.	- Xoa bóp tử cung, ấn đáy lấy máu cục. - Tiêm thuốc co tử cung (10 đv oxytocin). - Kiểm tra, xử trí theo bài "*Chảy máu sau đẻ*".

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Cho con	
Phát hiện	*Xử trí*
Chưa bú mẹ hoặc khó khăn khi cho con bú.	Hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú
Trẻ lạnh hoặc phòng lạnh.	- Ủ ấm cho trẻ: cho trẻ nằm tiếp xúc da kề da với mẹ, mặc thêm áo, đắp thêm chăn… - Làm ấm phòng.
Khó thở, tím tái	Xử trí cấp cứu
Chảy máu rốn.	Làm lại rốn. Nếu vẫn chảy máu, không tìm được nguyên nhân, mời hội chẩn hoặc chuyển tuyến trên
Không có phân su.	Kiểm tra hậu môn: nếu phát hiện "không hậu môn", mời hội chẩn ngoại khoa hoặc chuyển tuyến
Không đái	Kiểm tra xem trẻ có được bú đủ không? Nếu không tìm thấy nguyên nhân, mời hội chẩn hoặc chuyển tuyến
Vàng da	Điều trị ngay hoặc chuyển tuyến

3. Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh từ bà mẹ nhiễm HIV

3.1. Đối với trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV

- Trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (trẻ phơi nhiễm HIV): chỉ chọn một trong hai cách nuôi trẻ: bằng sữa mẹ hoàn toàn hoặc bằng sữa thay thế hoàn toàn.
- Nếu nuôi con bằng sữa mẹ: chỉ cho bú mẹ hoàn toàn, không cho ăn, uống bất cứ thức ăn đồ uống nào kể cả nước trắng, trừ trường hợp phải uống bổ sung vitamin, khoáng chất hoặc thuốc. Tư vấn các nguy cơ cho trẻ khi nuôi dưỡng bằng sữa mẹ.
- Nuôi trẻ bằng sữa thay thế là quá trình nuôi trẻ không bằng sữa mẹ, hoàn toàn thay bằng chế độ ăn cung cấp đủ năng lượng và chất dinh dưỡng, đáp ứng nhu cầu của trẻ cho đến khi trẻ có thể ăn các thức ăn cùng gia đình. Tư vấn các bất lợi khi nuôi dưỡng trẻ bằng sữa thay thế.
- Trẻ được chuyển tiếp lên phòng khám ngoại trú nhi để theo dõi thể chất, tinh thần, vận động của trẻ, điều trị theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế và làm xét nghiệm PCR sớm cho trẻ phơi nhiễm.

3.2. Đối với bà mẹ nhiễm HIV

- Sau đẻ bà mẹ nhiễm HIV được tư vấn, chuyển tiếp tới cơ sở chăm sóc điều trị HIV/AIDS.
- Tư vấn bà mẹ tiếp tục sử dụng thuốc kháng virut theo phác đồ hiện hành của Bộ Y tế.
- Tư vấn các biện pháp tránh thai cho bà mẹ nhiễm HIV, biện pháp tốt nhất là dùng bao cao su.
- Khuyến khích các bà mẹ bộc lộ tình trạng nhiễm HIV với bạn tình và khuyến khích các bà mẹ đưa bạn tình làm xét nghiệm HIV.
- Tư vấn cho bà mẹ tham gia vào các nhóm tổ chức xã hội: nhóm đồng đẳng...

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH TUẦN ĐẦU SAU ĐẺ

(khi thăm bà mẹ và sơ sinh tại hộ gia đình hoặc tại trạm y tế xã)

1. Hỏi.

Về mẹ	Về con
- Sức khỏe chung, giấc ngủ, ăn uống. - Sốt. - Đại, tiểu tiện. Có rỉ nước tiểu hoặc són phân. - Đau bụng, sản dịch. - Tình trạng vú: cương, đau, tiết sữa, có đủ sữa cho con. - Trạng thái tinh thần của bà mẹ. - Nhức đầu hoa mắt. - Đau tầng sinh môn. - Uống thuốc: viên sắt, vitamin A. - Các vấn đề khác (trong phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà).	- Bú mẹ? - Toàn trạng - Ngủ. - Đại tiểu tiện.

2. Khám.

Cho mẹ	Cho con
- Quan sát tình trạng tinh thần: vui vẻ, phấn khởi, buồn bã, trầm cảm. - Các chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp, thân nhiệt, da xanh, phù nề. - Nắn bụng kiểm tra tử cung: co hồi, đau, mật độ (mềm, rắn). - Kiểm tra tầng sinh môn: khô, liền hay sưng, đau, nhiễm khuẩn. - Kiểm tra vú: bầu vú, núm vú, sự tiết sữa, lượng sữa.	- Toàn trạng. - Thở. - Thân nhiệt. - Da: có vàng không, có sẩn, mụn không? - Rốn: có ướt/sưng/có mủ? - Bú mẹ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Hướng dẫn chăm sóc.

Cho mẹ	*Cho con*
- Vệ sinh hàng ngày: rửa vùng sinh dục ít nhất 3 lần/ngày; lau người thay đồ sạch, sau đẻ 2-3 ngày tắm nhanh bằng nước ấm. - Chăm sóc vú: cho con bú hoàn toàn sữa mẹ, không cho bất cứ thức ăn, nước uống khác; nếu tắc tia sữa cần xử lý sớm (day, vắt, hút, đi khám) để phòng ngừa viêm vú, áp xe vú. - Xử trí đau do co bóp tử cung: nếu đau nhẹ: không cần xử trí. Nếu đau nhiều: chườm nóng, cho uống paracetamol. - Vết khâu tầng sinh môn (nếu có): rửa sạch âm hộ sau đại, tiểu tiện và thấm khô. Cắt chỉ nếu đã 5 ngày sau đẻ. - Chế độ ăn uống và sinh hoạt: ăn đủ lượng, đủ chất, không kiêng vô lý. Ngủ 8 giờ/ngày, tôn trọng giấc ngủ trưa. Mặc đồ sạch sẽ, rộng rãi. - Chế độ vận động: sau đẻ 6 giờ đã có thể ngồi dậy, ngày hôm sau đi lại, vận động nhẹ nhàng. - Tư vấn và giúp giải quyết vấn đề tâm lý (nếu có). - Tư vấn về KHHGĐ, về nuôi con bằng sữa mẹ. - Hẹn đến thăm hoặc hẹn sản phụ đến khám tại trạm vào 6 tuần sau đẻ.	- Hàng ngày: nằm chung với mẹ trong phòng ấm. Ngủ màn. Không đặt trẻ nằm sấp, trên nền lạnh, cứng. Không cho tiếp xúc với người đang có bệnh, không cho gần súc vật, không để trong môi trường khói, bụi, khói thuốc. - Nuôi con bằng sữa mẹ: cho bú mẹ hoàn toàn, bú cả ngày/đêm, ít nhất 8 lần/ngày. Nếu mẹ có khó khăn khi cho bú, hướng dẫn cách cho con bú đúng. - Chăm sóc mắt: rửa tay sạch bằng xà phòng trước/sau khi chăm sóc. Dùng khăn sạch, ẩm lau mắt hàng ngày. Không nhỏ bất cứ thuốc gì vào mắt trẻ. - Chăm sóc rốn: để rốn khô và sạch. Không băng kín hoặc đắp bất cứ thứ gì lên rốn. Hạn chế sờ vào rốn và vùng quanh rốn. - Vệ sinh thân thể và chăm sóc da: lau rửa hàng ngày, không nhất thiết phải tắm hàng ngày. Tắm bằng nước ấm,sạch trong phòng ấm, kín gió. Thay đồ vải như mũ, áo, tã lót hàng ngày và mỗi khi trẻ bài tiết. - Hẹn ngày tiêm phòng và ghi nhận xét vào phiếu. - Hẹn đến thăm bé.

4. Một số tình huống bất thường có thể xảy ra và cách xử trí.

Cho mẹ		*Cho con*	
Phát hiện	Xử trí	Phát hiện	Xử trí
Tử cung: co chậm, mềm, ấn đau, có thể kèm theo sốt, sản dịch hôi.	Xử trí "Nhiễm trùng hậu sản".	Màu sắc da: xanh tái, vàng da đậm tăng dần.	Chuyển tuyến có khả năng điều trị.
Sản dịch: có mủ, mùi hôi.	Xử trí "Nhiễm trùng hậu sản".	Thở bất thường: nhịp thở nhanh hoặc chậm (≥ 60 hoặc < 40 lần/phút), co rút lồng ngực nặng.	

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Cho mẹ		*Cho con*	
Phát hiện	Xử trí	Phát hiện	Xử trí
Rò, rỉ nước tiểu, són phân.	Gửi tuyến trên khám và điều trị.	Thân nhiệt: sốt cao (≥ 38,5^{o}C) hoặc hạ thân nhiệt (< 36,5^{o}C).	Chuyển tuyến có khả năng điều trị.
Tầng sinh môn: sưng, phù nề, đau, đỏ, rỉ nước vàng…	Kháng sinh, chăm sóc vệ sinh hàng ngày, cắt chỉ (khi cần), rửa vết thương. Nếu tổn thương rộng chuyển tuyến.	Tiêu hóa: - Bú kém, bỏ bú. - Nôn liên tục. - Chướng bụng. - Không ỉa/không đái sau đẻ 24 giờ.	
Vú: Núm vú lõm, nứt, sưng, đau hoặc có khó khăn khi cho con bú.	Vắt sữa ra cho trẻ ăn bằng thìa. (tham khảo bài "Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ")		Chuyển tuyến có khả năng điều trị.
Các dấu hiệu nguy hiểm: - Sốt cao. - Mạch nhanh. - Tăng HA. - Da rất xanh. - Phù nề. - Co giật…	Chuyển khám, điều trị ở tuyến trên sau khi sơ cứu (tùy trường hợp: truyền dịch, kháng sinh, tiêm thuốc co tử cung, thuốc chống co giật…).	Các dấu hiệu nguy hiểm khác: - Ngủ li bì khó đánh thức. - Co giật. - Mắt tấy đỏ, có mủ. - Viêm tấy lan rộng quanh rốn hoặc rốn có mủ. - Chảy máu bất cứ nơi nào trên cơ thể.	

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHĂM SÓC BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH 6 TUẦN ĐẦU SAU ĐẺ

1. Hỏi.

Về mẹ	*Về con*
Tình hình chung: - Ăn uống, ngủ, nghỉ ngơi, lao động. - Tiêu hóa, tiết niệu. - Dịch âm đạo - Cho con bú: có đủ sữa không, số lần bú/ngày. - Uống viên sắt, vitamin A. - Có kinh trở lại chưa. - Các nhu cầu về KHHGĐ - Những nỗi lo lắng, thắc mắc liên quan đến sức khỏe mẹ và con. Những bất thường: - Sốt. - Đau bụng dưới. - Tìm hiểu và hỗ trợ những vấn đề bà mẹ lo lắng.	- Bú mẹ. - Toàn trạng. - Ngủ. - Đại tiểu tiện. - Đã tiêm phòng các loại vaccin nào. - Tìm hiểu và hỗ trợ các vấn đề bà mẹ lo lắng.

2. Khám.

Cho mẹ	*Cho con*
- Quan sát toàn thân và trạng thái tinh thần. - Đo mạch, huyết áp, thân nhiệt, cân nặng. - Khám vú và tìm hiểu các vấn đề liên quan đến cho con bú. - Khám nắn bụng. - Kiểm tra tầng sinh môn. - Đặt mỏ vịt kiểm tra nếu nghi có viêm sinh dục.	- Cân trẻ. - Khám toàn thân: tim, phổi, bụng. - Khám mắt. - Khám tai, mũi, họng. - Khám da. - Khám rốn.

3. Hướng dẫn bà mẹ tự chăm sóc mình và chăm sóc con

Cho mẹ	*Cho con*
- Sau mỗi lần đại, tiểu tiện phải rửa và lau khô âm hộ. - Có thể tắm hàng ngày bằng nước sạch và ấm.	Giống như phần chăm sóc trẻ trong vòng 1 tuần sau đẻ: - Chăm sóc chung hàng ngày. - Cho con bú mẹ hoàn toàn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Cho mẹ	*Cho con*
- Mặc đồ sạch sẽ và rộng rãi. - Ăn uống no, đủ chất để có sức khỏe và đủ sữa nuôi con. - Cho con bú mẹ hoàn toàn. - Sau đẻ 1 tuần có thể làm việc nhẹ, tránh lao động nặng, kéo dài. - Nên tập thể dục giúp cơ thể chóng phục hồi, tránh táo bón, giúp ăn ngon miệng. - Nên tránh quan hệ tình dục trong vòng 6 tuần vì dễ sang chấn, nhiễm khuẩn.	- Chăm sóc mắt. - Chăm sóc rốn: rốn rụng từ khoảng 7 đến 10 ngày sau đẻ, liền sẹo khoảng 15 ngày. - Vệ sinh thân thể và chăm sóc da cho trẻ. - Hướng dẫn bà mẹ những dấu hiệu nguy hiểm cần đưa trẻ đi khám. Đánh giá sự phát triển của trẻ: - Kiểm tra cân nặng và theo dõi tăng cân trên biểu đồ tăng trưởng. - Phát hiện sớm các vấn đề về thính giác, thị giác. - Nếu trẻ đẻ non/nhẹ cân, có các vấn đề về dinh dưỡng, bệnh tật, sinh ra từ bà mẹ có HIV(+) cần được hướng dẫn theo dõi, chăm sóc đặc biệt. Xử trí và hướng dẫn bà mẹ xử trí một số vấn đề thông thường: - Nhiễm khuẩn tại chỗ. - Có khó khăn khi cho con bú. - Nhắc nhở bà mẹ lịch tiêm vaccin phòng bệnh cho trẻ.

4. Một số tình huống có thể xảy ra và cách xử trí.

Cho mẹ		*Cho con*	
Phát hiện	Xử trí	Phát hiện	Xử trí
Tất cả đều bình thường.	- Thảo luận thực hiện KHHGĐ. - Ghi phiếu theo dõi.	Tất cả đều bình thường	- Hướng dẫn vệ sinh, cho bú, giấc ngủ, theo dõi tăng trưởng, tiêm chủng. - Ghi phiếu theo dõi.
Thiếu máu.	Điều trị thiếu máu.	Trẻ không tăng cân.	- Đánh giá bữa bú. - Chuyển tuyến trên để khám.
Nhiễm khuẩn.	Điều trị nhiễm khuẩn.	Nếu có bất thường. (xem "*Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh trong vòng 1 tuần sau đẻ*")	Chuyển tuyến.
Cương vú, nứt núm vú.	Đánh giá bữa bú, cho lời khuyên phù hợp.		
Bệnh lý nặng.	Chuyển tuyến.		

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

C
CÁC BẤT THƯỜNG TRONG THAI NGHÉN, CHUYỂN DẠ VÀ SINH ĐẺ

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO

Thai nghén có nguy cơ cao là tình trạng thai nghén không có lợi cho mẹ, thai nhi và sơ sinh.

1. Phát hiện các yếu tố nguy cơ.

Có thể phân chia các yếu tố nguy cơ thành 5 nhóm chính sau đây:

1.1. Nhóm nguy cơ có liên quan tới thai phụ.

- Tuổi của thai phụ:
  - + Dưới 16 tuổi: dễ bị đẻ khó, đẻ non, tỷ lệ tử vong chu sinh cao.
  - + Trên 35 tuổi: dễ bị đẻ khó, nguy cơ rối loạn nhiễm sắc thể, sơ sinh dị dạng, tử vong chu sinh cao.
- Thể trạng của thai phụ: quá béo (trên 70 kg) hoặc quá gầy (dưới 40 kg) cũng là một trong những yếu tố nguy cơ cho mẹ trong cuộc chuyển dạ.
- Những bất thường về giải phẫu đường sinh dục như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung… dễ gây đẻ non, vách ngăn âm đạo cản trở thai xuống.

1.2. Nhóm nguy cơ liên quan tới bệnh tật của mẹ có từ trước.

- Tăng huyết áp: nguy cơ tử vong mẹ và thai (tiền sản giật và sản giật).
- Bệnh thận: nguy cơ tăng huyết áp mạn tính dẫn tới tiền sản giật, sản giật.
- Bệnh tim: đặc biệt là bệnh tim có biến chứng gây tử vong cao.
- Bệnh nội tiết: Basedow, đái tháo đường dễ gây biến chứng cho mẹ và cho thai nhi (gây thai to, thai suy dinh dưỡng, thai chết lưu).
- Rối loạn hệ miễn dịch, bệnh tạo keo.
- Bệnh ác tính của mẹ: ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng…
- Bệnh thiếu máu: suy tuỷ, hồng cầu lưỡi liềm.
- Bệnh nhiễm khuẩn cấp hoặc mạn tính: lao phổi,…
- Bệnh LTQĐTD: chlamydia trachomatis, herpes sinh dục, HPV, lậu, giang mai, HIV.
- Bệnh do virus: viêm gan virus, rubella.
- Bệnh do ký sinh trùng: sốt rét, trichomonas âm đạo.
- Bệnh não: viêm não, động kinh, tâm thần...
- Nhiễm khuẩn niệu-sinh dục: tụ cầu, E.coli, Proteus.
- Bệnh di truyền có tính chất gia đình như: thalasemie, thiếu yếu tố đông máu (VII, VIII)…
- Bệnh ngoại khoa: gãy xương chậu, bệnh trĩ, tạo hình bàng quang do chấn thương…

1.3. Nhóm có tiền sử thai sản nặng nề:

- Sẩy thai liên tiếp: thường do bất thường di truyền của hai vợ chồng, thiểu năng nội tiết, bất thường ở tử cung.
- Thai chết lưu: cần phát hiện nguyên nhân. Ví dụ: u xơ tử cung, bệnh toàn thân như tăng huyết áp, bệnh thận…..
- Bất đồng nhóm máu ABO, Rh gây nguy cơ cho thai.
- Tiền sử sản giật, mổ lấy thai, đẻ forcep, giác kéo, đình chỉ thai nghén.
- Tiền sử đẻ non, con dưới 2500g.
- Trẻ dị dạng bẩm sinh, bất thường nhiễm sắc thể thì dễ bị dị dạng ở các lần sau.
- Các lần đẻ quá gần hoặc quá xa nhau.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

1.4. Nhóm nguy cơ cao có liên quan tới yếu tố xã hội.

Liên quan tới nhóm này, phải kể đến các yếu tố như nghèo đói, trình độ văn hóa thấp, ở xa cơ sở y tế, giao thông không thuận tiện. Tất cả những yếu tố trên đều là những nguy cơ cao cho thai kỳ.

1.5. Các yếu tố bất thường phát sinh trong kỳ thai này.

1.5.1. Về phía mẹ:

Bệnh sốt rét, bệnh thiếu máu, tiền sản giật, giảm tiểu cầu tự miễn trong thời kỳ mang thai, bệnh thận thai nghén, tăng HA thai nghén, đái tháo đường thai nghén, sốt do bệnh lý toàn thân, nhiễm trùng tiết niệu.

1.5.2. Về phía thai:

Ngôi bất thường, thai to, thai bất thường, thai suy dinh dưỡng, thai chết lưu, song thai, đa thai.

1.5.3. Về phần phụ:

Rau tiền đạo, rau cài răng lược, rau bong non, sa dây rau, u bánh rau, phù rau thai, rỉ ối, vỡ ối non, đa ối, thiểu ối

2. Khám thực thể để phát hiện thai nghén có nguy cơ cao.

2.1.Khám toàn trạng.

- Quan sát thể trạng: vẹo, gù.
- Chiều cao sản phụ dưới 145cm thì đẻ khó.
- Cân nặng: tăng khoảng 20% trọng lượng khi có thai là bình thường.
- Huyết áp.
- Da, niêm mạc, khám vú, khám tim mạch, khám phổi, khám mắt.

2.2. Khám chuyên khoa.

Khung chậu, tử cung (chiều cao tử cung, tư thế, u xơ), âm đạo (sa sinh dục), cổ tử cung (rách, viêm, tư thế..), tầng sinh môn (ngắn, dài, sẹo cũ..), phần phụ (u..).

2.3. Chăm sóc và đánh giá trongquá trình thai nghén.

2.3.1. Khám thai định kỳ.

Làm đủ các bước ở 3.1 và 3.2 và các xét nghiệm để thảo luận cùng sản phụ có nên tiếp tục thai nghén hay không.

2.3.2. Những vấn đề cần đánh giá để duy trì thai nghén.

- Tình trạng sức khỏe của mẹ tốt, đảm bảo cho một quá trình thai nghén.
- Những thay đổi sinh lý phù hợp, không ảnh hưởng tới sức khỏe người mẹ về tim, mạch, huyết áp…
- Chiều cao tử cung phù hợp tuổi thai.
- Không có thai nghén bất thường: chửa trứng, thai ngoài tử cung...
- Thai máy ở nửa sau của thai kỳ, tim thai nghe đều rõ.
- Nếu có rau tiền đạo: không ra máu hoặc ra máu ít.
- Tiền sản giật: không nặng lên, có thể duy trì nếu đáp ứng với điều trị.
- Nếu có nhiễm khuẩn: điều trị tích cực cho thai phụ khỏi trước khi chuyển dạ và không để lại nguy cơ cho mẹ và con.
- Dự kiến ngày đẻ chính xác, tránh thai già tháng.

2.3.3. Những yếu tố có thể gây biến chứng trong chuyển dạ.

Chuyển dạ dù đủ tháng, non hay già tháng biến chứng đều có thể xảy ra khi:

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Bệnh của mẹ: tăng huyết áp, bệnh tim, gan, lao phổi, hen phế quản, Basedow có khả năng gây sản giật, suy tim, phù phổi cấp, hôn mê gan
- Rối loạn cơn co tử cung: cường tính, không đều...
- Cổ tử cung không tiến triển.
- Mẹ rặn yếu, chuyển dạ kéo dài.
- Chỉ định sản khoa không đúng về forceps, về sử dụng oxytocin.
- Ngôi thai bất thường: ngôi trán, ngôi vai…
- Suy thai.
- Thai non tháng, nhẹ cân
- Bất thường về dây rốn: ngắn, quấn cổ, sa dây rốn...
- Đa ối, thiểu ối, ối vỡ non, vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối…

3. Các xét nghiệm thăm dò cận lâm sàng.

3.1. Xét nghiệm thường qui: nhóm máu, công thức máu, nước tiểu…

3.2. Từ các dấu hiệu lâm sàng sẽ có quyết định xét nghiệm cận lâm sàng để đánh giá nguy cơ:

- Siêu âm: thai sống, chết, dị dạng, số lượng thai, lượng nước ối…
- Xét nghiệm các bệnh lây truyền từ mẹ sang con như HIV, giang mai, viêm gan B.
- Làm các xét nghiệm sàng lọc chẩn đoán trước sinh (double test, triple test hoặc chọc ối nếu có chỉ định).
- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe tim thai, monitor sản khoa).
- Test gây cơn co tử cung để xác định tim thai bình thường hay bất thường.
- Đánh giá chỉ số Bishop để chọn cách đẻ cho phù hợp.
- Theo dõi những hoạt động sinh học của thai qua siêu âm (thai thở, cử động..)
- Chẩn đoán X quang: ít dùng.

4. Đánh giá thai trong chuyển dạ.

Cần đánh giá nguy cơ thai nhi trong chuyển dạ dựa vào các điểm sau:

- Nhịp tim thai.
- Tim thai và cơn co tử cung trên monitoring (DIP I, DIP II, DIP biến đổi...).
- Phân su, ối.

5. Chăm sóc thai nghén có nguy cơ cao.

Về nguyên tắc, tuyến xã khi phát hiện thai nghén có nguy cơ cao thì phải chuyển lên tuyến huyện. Tuyến huyện tùy từng trường hợp và tùy theo khả năng chuyên môn và trang thiết bị của mình mà quyết định giữ thai phụ để điều trị hoặc gửi lên tuyến tỉnh. Cần tôn trọng nguyên tắc sau:

- Không để xảy ra tai biến rồi mới đình chỉ thai nghén.
- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ khi cần thiết.
- Điều trị thai suy kịp thời và tích cực điều trị sơ sinh ngạt.

5.1. Biện pháp chung.

- Quản lý thai nghén để sớm xác định các yếu tố nguy cơ.
- Đình chỉ thai nghén nếu có chỉ định bằng biện pháp sản khoa phù hợp.
- Thực hiện chăm sóc và đánh giá mức độ thai nghén nguy cơ với phương châm cứu mẹ là chính, cố gắng bảo tồn thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.2. Biện pháp riêng.

- Điều trị nội khoa các bệnh nội khoa của sản phụ: tim, phổi, nội tiết…
- Điều trị ngoại khoa: cắt bỏ u xơ, khâu vòng cổ tử cung...
- Cai nghiện thuốc lá, ma túy...
- Nghỉ ngơi tại giường.
- Thuốc giảm co, corticoid giúp cho phổi thai trưởng thành sớm.
- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU THAI KỲ

1. Bệnh cảnh thường gặp.

- Dọa sẩy thai, sẩy thai.
- Thai ngoài tử cung.
- Chửa trứng.

2. Xử trí chung.

- Đánh giá nhanh thể trạng chung, các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở. Nghe tim phổi.
- Nếu có dấu hiệu sốc hoặc chảy máu nhiều phải xử trí ngay.
- Tư vấn, giải thích rõ cách xử trí tùy theo tình huống cụ thể.

3. Xử trí cụ thể.

3.1. Dọa sẩy thai, sẩy thai.

- Sẩy thai là trường hợp thai và rau bị tống ra khỏi buồng tử cung trước 22 tuần (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối).

3.1.1. Dọa sẩy thai.

Triệu chứng

- Chậm kinh và các dấu hiệu của có thai.
- Ra máu âm đạo đỏ tươi.
- Tức bụng dưới hoặc đau âm ỉ vùng hạ vị.
- Cổ tử cung còn dài, đóng kín.
- Kích thước thân tử cung to tương ứng với tuổi thai.
- Xét nghiệm hCG bằng que thử nhanh dương tính.
- Siêu âm thấy hình ảnh túi ối, âm vang thai và hoạt động tim thai ở trong buồng tử cung.

Xử trí

Tuyến xã:

- Nằm nghỉ, ăn nhẹ, chống táo bón.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những diễn biến có thể xảy ra.
- Nếu sau khi nghỉ ngơi, các triệu chứng không đỡ phải chuyển lên tuyến trên.
- Thuốc giảm co: spasmaverin 40 mg uống 02 viên x 2 lần/ngày.

Tuyến huyện:

- Điều trị như tuyến xã.
- Cố gắng tìm nguyên nhân để điều trị, nếu sẩy thai liên tiếp chuyển tuyến tỉnh.
- Nếu không muốn giữ thai thì chấm dứt thai nghén.

3.1.2. Đang sẩy thai.

Triệu chứng

- Đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị.
- Máu ra ngày càng nhiều, có khi sốc.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Thăm âm đạo: cổ tử cung đã xóa, mở, có thể thấy rau, thai hoặc cổ tử cung hình con quay vì lỗ trong và phần trên cổ tử cung đã giãn rộng phình to do khối thai đã xuống đoạn dưới.

Xử trí

Tuyến xã:

- Nếu rau và thai đã thập thò ở cổ tử cung thì dùng 2 ngón tay hoặc kẹp hình tim lấy thai ra rồi chuyển tuyến trên. Cho oxytocin 5 đv x 1 ống tiêm bắp trước khi chuyển và một ống ergometrin 0,2 mg tiêm bắp nếu băng huyết nặng.
- Nếu có sốc: truyền dịch trong khi chuyển tuyến hoặc chờ tuyến trên xuống xử trí.

Tuyến huyện

- Hút thai bằng ống hút mềm (xem phần hút thai bằng bơm hút chân không).
- Nếu có sốc: truyền dung dịch mặn đẳng trương 0,9% hoặc Ringer lactat
- Cho oxytocin 5 đv x 2 ống hoặc/và ergometrin 0,2 mg tiêm bắp trước khi hút. Có thể cho thêm oxytocin nếu còn chảy máu.
- Cho kháng sinh.

3.1.3. Sẩy thai hoàn toàn.

Triệu chứng

- Thường gặp khi sẩy thai trong 6 tuần đầu.
- Sau khi đau bụng, ra máu, thai ra cả bọc sau đó máu ra ít dần.
- Khám cổ tử cung đóng, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.

Xử trí

Tuyến xã

- Cho uống kháng sinh (nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn).
- Nếu người bệnh đến khám lại vì những triệu chứng bất thường như: đau bụng, ra máu, sốt thì chuyển tuyến.

Tuyến huyện:

- Siêu âm: nếu buồng tử cung đã sạch không cần hút.

3.1.4. Sẩy thai không hoàn toàn: sót rau.

Triệu chứng

- Sau khi thai sẩy, ra máu kéo dài.
- Còn đau bụng.
- Cổ tử cung mở và tử cung còn to.

Xử trí

Tuyến xã

- Tư vấn, cho kháng sinh và chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện

- Cho kháng sinh.
- Nếu siêu âm thấy trong buồng tử cung còn nhiều âm vang bất thường thì cần cho misoprostol (cứ 3-4 giờ cho ngậm dưới lưỡi 200 mcg, tối đa chỉ cho 3 lần).
- Ngày hôm sau siêu âm lại nếu không cải thiện thì hút buồng tử cung.
- Cho oxytocin 5 đv x 1 ống tiêm bắp trước khi hút.
- Nếu không có siêu âm, tiến hành hút sạch buồng tử cung đối với tất cả các trường hợp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.1.5. Sẩy thai nhiễm khuẩn.

Triệu chứng

- Thường xảy ra sau phá thai không an toàn (không bảo đảm vô khuẩn) hoặc sẩy thai sót rau.
- Tử cung mềm, ấn đau.
- Cổ tử cung mở.
- Sốt, mệt mỏi khó chịu, tim đập nhanh.
- Ra máu kéo dài và hôi, có khi có mủ.

Xử trí

Tuyến xã

- Tư vấn.
- Cho kháng sinh gentamycin 80 mg x 01 ống (tiêm bắp) hoặc amoxillin 500 mg x 2 viên (uống) và chuyển tuyến trên ngay.

Tuyến huyện

- Cho kháng sinh liều cao, phối hợp như tuyến xã và metronidazol 500 mg tĩnh mạch.
- Nếu máu chảy nhiều, tiến hành hồi sức và hút thai ngay. Nếu máu ra ít, dùng kháng sinh 4-6 giờ sau đó hút rau còn sót lại trong tử cung. Cho oxytocin 5 đv x 1 ống tiêm bắp trước khi hút.
- Trong trường hợp chảy máu và nhiễm khuẩn nặng thì phải chuyển tuyến tỉnh ngay vì có thể có chỉ định cắt tử cung.
- Tư vấn cho người bệnh và gia đình những biến chứng và tai biến nguy hiểm có thể xảy ra cho người bệnh. Vì vậy, phải tuân thủ những chỉ định điều trị của y, bác sĩ.

3.1.6. Sẩy thai đã chết.

Sẩy thai đã chết là tình trạng thai chết ở tuổi thai dưới 22 tuần thường lưu lại trong tử cung. Trong những tháng đầu các triệu chứng giống như trường hợp sẩy thai.

Triệu chứng

- Có triệu chứng có thai sau đó ra máu âm đạo, hết nghén, vú có thể tiết sữa non, không thấy thai máy, không thấy hoạt động tim thai.
- Cổ tử cung đóng kín, có máu đen, tử cung nhỏ hơn tuổi thai.
- Xét nghiệm hCG âm tính (nếu thai đã chết lâu). Siêu âm bờ túi ối méo mó, không có hoạt động tim thai.

Xử trí

Tuyến xã

- Tư vấn và chuyển tuyến trên vì xử trí có thể chảy máu và nhiễm khuẩn nặng.

Tuyến huyện

- Siêu âm xác định chẩn đoán.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu và sinh sợi huyết.
- Thai dưới 12 tuần
  + Cho misoprostol 200 mcg x 1 viên, 4 giờ/lần.
  + Hút thai.
  + Kháng sinh sau thủ thuật.
  + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, chảy máu.
- Nếu kích thước tử cung tương đương thai trên 12 tuần chuyển tuyến tỉnh xử trí.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Tuyến tỉnh

- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, các yếu tố đông máu.
- Điều chỉnh lại tình trạng rối loạn đông máu nếu có.
- Thai trên 12 tuần: ngậm dưới lưỡi misoprostol tối đa 200 mcg mỗi lần, cứ 6 giờ/lần, tối đa 4 lần. Nếu không có kết quả sử dụng lại thuốc với cùng liều lượng sau 48 tiếng. Nếu vẫn không có kết quả, chuyển tuyến trung ương.
- Kiểm soát buồng tử cung sau khi thai ra nếu cần.
- Cần chú ý theo dõi chảy máu sau khi thai ra.

Chú ý:

- Người bệnh có sẹo mổcũ ở tử cung: chống chỉ định dùng misoprostol. Có thể truyền oxytocin tĩnh mạch gây sẩy thai.

3.2. Thai ngoài tử cung.

Triệu chứng

- Chậm kinh hoặc rối loạn kinh nguyệt, có thể có triệu chứng nghén.
- Đau âm ỉ ở vùng bụng dưới và đau về bên vòi tử cung có phôi làm tổ, thỉnh thoảng có cơn đau nhói.
- Rong huyết: máu ra ít một kéo dài ở âm đạo với đặc điểm máu đen, lợn cợn (như bã càphê) và rả rích ra trong nhiều ngày.
- Thân tử cung hơi to hơn bình thường, cạnh tử cung có khối nề, ranh giới không rõ, ấn đau, cổ tử cung đóng kín. Khi chạm ngón tay vào cổ tử cung thì đau tăng lên.
- Xét nghiệm hCG dương tính. Nếu làm siêu âm sẽ không thấy hình ảnh túi ối hoặc âm vang thai trong buồng tử cung mà có thể thấy những âm vang bất thường ở một bên cạnh tử cung.
- Nếu thai ngoài tử cung đã vỡ: người bệnh có cơn đau dữ dội, đột ngột, có sốc do mất máu, bụng chướng nhẹ, phản ứng thành bụng và cảm ứng phúc mạc, gõ đục vùng thấp. Cổ tử cung đóng có ít máu theo tay, các túi cùng đầy, đặc biệt túi cùng sau phồng và ấn ngón tay vào người bệnh rất đau, tử cung di động như bơi trong nước.

Xử trí

Tuyến xã

- Khi nghi ngờ thai ngoài tử cung phải tư vấn và gửi ngay lên tuyến trên.
- Thể ngập máu ổ bụng phải hồi sức chống sốc và chuyển đi bằng phương tiện nhanh nhất đến nơi có khả năng phẫu thuật gần nhất, hoặc mời kíp phẫu thuật và hồi sức tuyến trên xuống xử trí. Nếu di chuyển phải có cán bộ y tế đi hộ tống và có thuốc hồi sức đem theo.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh

- Chẩn đoán xác định thai ngoài tử cung thể chưa vỡ:
  + Phẫu thuật (phẫu thuật mở bụng hay nội soi): cắt hay bảo tồn vòi tử cung.
  + Điều trị nội khoa nếu có chỉ định và có điều kiện theo dõi.
- Thai ngoài tử cung thể đã vỡ:
  + Hồi sức chống sốc.
  + Phẫu thuật cắt vòi tử cung, lấy hết máu loãng và cục máu trong ổ bụng.
  + Có thể truyền máu hoàn hồi nếu có đủ điều kiện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.3. Chửa trứng.

Chửa trứng là bệnh của rau trong đó gai rau thoái hóa thành các túi mọng nước.

Triệu chứng

- Mất kinh như những thai nghén khác.
- Tình trạng nghén nặng hơn bình thường.
- Ra máu âm đạo ít một, máu đen, dai dẳng nhiều ngày, ban đêm máu thường ra nhiều hơn.
- Tử cung to nhanh hơn tuổi thai, mềm, không nắn thấy các phần thai nhi, không nghe thấy tim thai.
- Có thể có phù, huyết áp cao, protein niệu.
- Thử hCG tăng cao.
- Siêu âm có hình ảnh ruột bánh mỳ.

Xử trí

Tuyến xã:

- Tư vấn và chuyển ngay lên tuyến trên ngay cả khi đang chảy máu.
- Cần phải nhắc nhở người bệnh đi thăm khám đầy đủ, đúng định kỳ ở tuyến trên và không nên có thai trong vòng 1 năm.

Tuyến huyện:

- Xác định chẩn đoán, chuyển tuyến tỉnh ngay để được xử trí sớm.
- Chỉ nạo hút trứng khi đang sẩy và sau đó chuyển người bệnh và bệnh phẩm lên tuyến tỉnh.

Tuyến tỉnh:

- Hút thai trứng (2 lần cách nhau 2 đến 3 ngày, nếu cần).
- Theo dõi biến chứng ung thư nguyên bào nuôi và chuyển tuyến nếu không có khả năng điều trị.
- Cắt tử cung cả khối nếu là chửa trứng, lớn tuổi và đủ con.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI THAI KỲ VÀ TRONG CHUYỂN DẠ

1. Rau tiền đạo.

Là rau bám ở đoạn dưới tử cung lan tới hoặc che lấp lỗ trong cổ tử cung.

1.1. Triệu chứng.

- Chảy máu đột ngột, không kèm đau bụng, máu ra đỏ tươi lẫn máu cục, kết thúc đột ngột cũng như khi xuất hiện, khoảng cách giữa các đợt ngắn lại, lượng máu ra càng về sau càng nhiều hơn. Khi chuyển dạ chảy máu nguy hiểm đến tính mạng.
- Toàn thân: thiếu máu, có thể sốc.
- Khám: ngôi cao hoặc ngôi bất thường.
- Tim thai: bình thường, có thể suy thai nếu mẹ bị sốc.
- Cần phân biệt chảy máu do tổn thương ở cổ tử cung như polip, viêm cổ tử cung, sùi mào gà ở âm đạo và cổ tử cung, giãn tĩnh mạch âm hộ, ung thư cổ tử cung cần phải đặt van hoặc mỏ vịt để quan sát (chỉ định làm ở phòng phẫu thuật).
- Không thăm khám âm đạo bằng tay.

1.2. Xử trí.

Tuyến xã

- Khi nghi ngờ rau tiền đạo: chuyển tuyến.
- Nếu chuyển dạ: cho thuốc giảm co nifedipin 10 mg ngậm dưới lưỡi và tiêm bắp 10 mg morphin để giảm đau, rồi chuyển tuyến trên ngay.
  + Máu ra nhiều kèm theo sốc, cần sơ bộ chống sốc bằng truyền dịch (nước muối sinh lý hoặc Ringer lactat) cho thuốc giảm co tử cung rồi chuyển lên tuyến có khả năng phẫu thuật ngay hoặc mời tuyến trên xuống hỗ trợ.
  + Khi chuyển tuyến có nhân viên y tế đi cùng.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh

- Chẩn đoán xác định bằng siêu âm. Quan sát kỹ để xác định có nguy cơ rau cài răng lược không nhất là có sẹo mổ cũ. Nếu có rau cài răng lược phải chuyển tuyến tỉnh xử trí.
- Khi chưa chuyển dạ:
  + Nếu thai đã được 36 tuần trở lên và rau tiền đạo trung tâm thì phẫu thuật chủ động.
  + Nếu thai còn quá non tháng và chảy máu ít hay ngừng chảy máu thì điều trị chờ đợi tại bệnh viện cho thai lớn hơn.
  + Nếu chảy máu nhiều thì phẫu thuật lấy thai ngay bất kể tuổi thai, kết hợp với hồi sức.
- Khi đã chuyển dạ:
  + Nếu là rau tiền đạo trung tâm hoặc bán trung tâm phải phẫu thuật lấy thai ngay kết hợp với hồi sức (truyền dịch, truyền máu).
  + Nếu là rau bám thấp, rau bám mép, ra máu nhiều thì có chỉ định phẫu thuật lấy thai. Nếu chảy máu ít thì bấm ối, xé rộng màng ối và theo dõi đẻ đường âm đạo.
- Trong khi phẫu thuật lấy thai:
  + Nếu rau bám mặt trước: rạch da đường giữa dưới rốn, sờ đoạn dưới tử cung xác định vùng không có rau bám để rạch lấy thai.
  + Nếu không tìm được vùng không có rau bám: rạch ngang đoạn dưới qua bánh rau để lấy thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Nếu rau bám mặt sau: rạch da đường ngang, rạch đoạn dưới tử cung lấy thai.
+ Nếu có rau cài răng lược cân nhắc có thể rạch dọc thân tử cung lấy thai, không bóc rau cắt tử cung ngay.
+ Nếu sau khi lấy rau có chảy máu ở vị trí rau bám:
  - Khâu các mũi chữ X cầm máu.
  - Pha loãng 5 đv oxytocin x 04 ống trong 1 lít dịch (nước muối sinh lý hay dung dịch Ringer lactat) truyền tĩnh mạch 60 giọt/phút.
+ Nếu vẫn chảy máu:
  - Đủ con: cắt tử cung hết phần bị chảy máu
  - Trường hợp cần bảo tồn tử cung: thắt động mạch tử cung, thắt động mạch hạ vị, thắt động mạch dây chằng tử cung buồng trứng. Nếu vẫn chảy máu: cắt tử cung hết phần bị chảy máu.
+ Kết hợp với hồi sức chống sốc.

2. Rau bong non.

Là rau bong sớm trước khi sổ thai do bệnh lý hoặc chấn thương.

2.1. Triệu chứng.

Thể nhẹ:

- Toàn trạng bình thường, chảy máu ít.
- Có hoặc không có suy thai.
- Thường chỉ chẩn đoán được khi làm siêu âm

Thể trung bình:

- Có hội chứng tiền sản giật.
- Tử cung co cứng nhiều.
- Tim thai nhanh hay chậm.
- Ra máu âm đạo lượng vừa, loãng.
- Có thể có sốc nhẹ.

Thể nặng:

- Sản phụ đau dữ dội, không nghe thấy tim thai.
- Có hội chứng tiền sản giật nặng.
- Tình trạng sốc nặng.
- Ra máu âm đạo đen, loãng không đông.
- Trương lực cơ tử cung tăng, tử cung cứng như gỗ.
- Cổ tử cung cứng, ối căng phồng, nước ối có thể có máu.

2.2. Xử trí.

Tuyến xã.

- Tư vấn và chuyển tuyến có điều kiện phẫu thuật và hồi sức,có nhân viên y tế cùng đi.
- Nếu có sốc phải hồi sức trước và trong khi chuyển tuyến.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Hồi sức chống sốc (nên truyền máu tươi) và phẫu thuật lấy thai.
- Nếu tình trạng nặng (mất máu nặng rõ ràng hay tiềm ẩn) phải chuyển lên tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh đến hỗ trợ hồi sức và phẫu thuật lấy thai càng sớm càng tốt.
- Đề phòng rối loạn đông máu bằng cách bù đủ thể tích máu lưu thông bằng truyền dịch.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Dọa vỡ tử cung.

3.1. Triệu chứng.

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mạnh và mau.
- Vòng Bandl kéo lên cao, tử cung có hình quả bầu nậm.
- Thai suy: tim thai nhanh, chậm hoặc không đều.
- Thăm âm đạo: ngôi bất thường, ngôi cao hoặc chưa lọt.

3.2. Xử trí.

Tuyến xã.

- Thông tiểu.
- Truyền dịch với nước muối sinh lý hoặc Ringer lactat.
- Cho thuốc giảm co tử cung: nifedipin 10 mg x 1 viên ngậm dưới lưỡi.
- Tư vấn, gửi đi tuyến trên ngay và có nhân viên y tế đi kèm.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Cho thuốc giảm co tử cung: nifedipin 10 mg x 1 viên ngậm dưới lưỡi.
- Nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới thì làm forceps.
- Nếu chưa đủ điều kiện thì phẫu thuật lấy thai.

4. Vỡ tử cung.

4.1. Triệu chứng.

- Trước khi vỡ tử cung có dấu hiệu dọa vỡ tử cung trừ trường hợp có sẹo phẫu thuật cũ ở tử cung. Thai phụ đang đau dữ dội, sau một cơn đau chói đột ngột thì hết đau và có thể sốc.
- Cơn co tử cung không còn.
- Tim thai mất.
- Bụng méo mó và không còn dấu hiệu dọa vỡ.
- Bụng chướng, nắn đau.
- Sờ thấy phần thai ngay dưới da bụng.
- Có thể ra máu âm đạo.
- Thăm âm đạo không xác định ngôi thai.
- Thường có dấu hiệu sốc.

4.2. Xử trí.

Tuyến xã.

- Hồi sức chống sốc, tư vấn và chuyển ngay đến tuyến có khả năng phẫu thuật, có nhân viên y tế đi kèm.
- Nếu tình trạng nặng phải mời tuyến trên đến hỗ trợ.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Hồi sức chốngsốc và phẫu thuật cấp cứu, xử trí vết rách tử cung (bảo tồn, cắt tử cung bán phần hoặc toàn phần).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHẢY MÁU SAU ĐẺ

Chảy máu âm đạo quá 500 ml sau đẻ được gọi là chảy máu sau đẻ. Chảy máu sau đẻ là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân tử vong mẹ hàng đầu.

1. Bệnh cảnh thường gặp.

- Đờ tử cung.
- Chấn thương đường sinh dục (đặc biệt là vỡ tử cung).
- Bất thường về bong rau, sổ rau.
- Rối loạn đông máu.

2. Xử trí chung.

- Huy động tất cả mọi người để cấp cứu.
- Khẩn trương đánh giá thể trạng chung của sản phụ (các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ).
- Nếu nghi ngờ có sốc hoặc bắt đầu có sốc phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí sốc.
- Đánh giá tình trạng mất máu bằng túi đo lượng máu mất.
- Thông tiểu.
- Xoa bóp tử cung và thực hiện các biện pháp cầm máu cơ học khác để cầm máu.
- Tiêm bắp 10 đv oxytocin.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, cho dịch chảy với tốc độ nhanh.
- Xin hỗ trợ của tuyến trên hoặc chuyển tuyến nếu thể trạng cho phép.

3. Triệu chứng và xử trí.

3.1. Đờ tử cung.

3.1.1. Triệu chứng.

- Chảy máu ngay sau khi sổ rau là triệu chứng phổ biến nhất.
- Tử cung giãn to, mềm nhão, co hồi kém hoặc không co hồi, không có khối an toàn.
- Có thể dẫn đến sốc nếu không xử trí kịp thời.

3.1.2 Xử trí.

Tuyến xã

- Dùng các biện pháp cơ học để cầm máu: xoa bóp tử cung, chẹn động mạch chủ bụng, chẹn tử cung qua thành bụng, ép ngoài tử cung bằng hai tay hoặc ép trong và ngoài tử cung.
- Thông tiểu.
- Kiểm soát tử cung lấy hết rau sót và máu cục rồi tiêm bắp oxytocin 5-10 đv, có thể tiêm nhắc lại 2 lần. Nếu tử cung không co, tiêm ergometrin 0,2 mg x 1 ống vào bắp hoặc misoprostol 200 mcg x 1-4 viên ngậm dưới lưỡi.
- Truyền dịch chống sốc.
- Cho kháng sinh toàn thân.
- Nếu không cầm được máu thì tư vấn và nhanh chóng chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển nhất thiết phải có nhân viên y tế đi kèm để theo dõi và hồi sức đồng thời xoa bóp tử cung liên tục.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Tuyến huyện và tuyến tỉnh

- Xử trí như tuyến xã. Trong trường hợp nguy cơ chảy máu sau đẻ hoặc đã có chảy máu sau đẻ, sử dụng carbetocin 100mcg, 1 ống tiêm bắp hoặc prostodin.Phải xử trí kịp thời để tránh tình trạng chảy máu kéo dài dẫn tới rối loạn đông máu.
- Nếu xử trí như trên nhưng không có kết quả thì phải phẫu thuật cắt tử cung bán phần (nếu đã đủ con) hoặc nếu có điều kiện và kinh nghiệm thì sử dụng mũi khâu B-Lynch hoặc thắt động mạch hạ vị, động mạch tử cung trước khi cắt tử cung.
- Kết hợp vừa phẫu thuật vừa hồi sức, truyền máu.
- Cho kháng sinh toàn thân.

3.2. Chấn thương đường sinh dục (rách âm hộ, âm đạo, rách tầng sinh môn, rách cổ tử cung, vỡ tử cung và máu tụ đường sinh dục).

3.2.1. Triệu chứng.

- Tử cung co hồi tốt nhưng máu vẫn chảy ra ngoài âm hộ, máu đỏ tươi chảy rỉ rả hay thành dòng liên tục.
- Khám thấy vết rách và máu tụ đường sinh dục.

3.2.2. Xử trí.

Tuyến xã.

- Xử trí theo nguyên tắc tiến hành song song cầm máu và hồi sức.
- Khâu lại tầng sinh môn nếu rách độ 1, 2.
- Nếu rách tầng sinh môn độ 3, rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vẫn tiếp tục chảy máu, hoặc máu tụ phải chuyển tuyến trên hoặc mời tuyến trên xuống xử trí. Khi chuyển tuyến phải cầm máu tạm thời bằng cặp mạch nơi chảy máu hoặc chèn chặt trong âm đạo.
- Cho kháng sinh.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Cầm máu, hồi sức chống sốc.
- Khâu phục hồi các vết rách bằng chỉ tự tiêu mũi rời (ở cổ tử cung, túi cùng, âm hộ, âm đạo) và khâu nhiều lớp ở vị trí rách tầng sinh môn.
- Với vỡ tử cung: xem bài *"Chảy máu trong nửa cuối thời kỳ thai nghén và trong khi chuyển dạ"*.
- Tùy theo vị trí, kích thước và sự tiến triển của khối máu tụ để có thái độ xử trí thích hợp.

3.3. Bất thường về bong rau và sổ rau.

3.3.1. Sót rau, sót màng

Triệu chứng

- Chảy máu thường xuất hiện sau khi sổ rau.
- Tử cung có thể co hồi kém.
- Ra máu rỉ rả, lượng máu ra có thể ít hoặc nhiều, máu đỏ tươi lẫn máu cục.
- Có thể phát hiện sớm sót rau bằng cách kiểm tra rau và màng rau.
- Nếu phát hiện muộn, không kịp thời, mất máu nhiều có dấu hiệu sốc.

Xử trí.

Tuyến xã.

- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- Cho thuốc giảm đau (morphin10 mg x 1ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung.
- Tiêm bắp 5-10 đv oxytocin hoặc/và ergometrin 0,2 mg.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu có sốc phải hồi sức, tư vấn rồi chuyển lên tuyến trên hoặc mời tuyến trên hỗ trợ. Khi chuyển tuyến phải có nhân viên y tế đi kèm.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Hồi sức truyền máu nếu thiếu máu cấp.
- Tiếp tục theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu còn ra máu cho thêm thuốc oxytocin tiêm bắp hoặc truyền tĩnh mạch (hoặc tiêm bắp 1 ống carbetocin 100mcg hoặc prostodin)
- Kiểm soát tử cung lại nếu cần.

3.3.2 Rau không bong.

Triệu chứng.

- Rau không bong trong vòng 30 phút sau khi sổ thai hoặc dùng biện pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ không kết quả.
- Rau bám chặt và không chảy máu.
- Rau cài răng lược bán phần thì sau khi thai đã sổ 30 phút rau không bong hoàn toàn, chảy máu nhiều hay ít tùy theo diện rau bong rộng hay hẹp.
- Rau cài răng lược toàn phần: ít gặp, không chảy máu.

Chú ý: Thường được phát hiện trong quá trình bóc rau nhân tạo**.**

Xử trí.

Tuyến xã.

- Nếu chảy máu, tiến hành bóc rau và kiểm soát tử cung, tiêm bắp oxytocin 10 đv, xoa bóp tử cung, hồi sức chống sốc, cho kháng sinh. Nếu không bóc được hoặc vẫn chảy máu thì phải chuyển tuyến trên ngay hoặc mời tuyến trên hỗ trợ.
- Nếu rau không bong thì không được bóc rau, chuyển lên tuyến trên ngay.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung. Tiêm thuốc co bóp tử cung.
- Rau cài răng lược bán phần chảy máu hoặc rau cài răng lược toàn phần phải cắt tử cung.
- Nếu chảy máu nhiều cần phải hồi sức chống sốc, truyền máu và phẫu thuật.
- Cho kháng sinh.

3.4. Rối loạn đông máu.

Có thể tiên phát do các bệnh về máu nhưng thường là thứ phát do chảy máu nhiều, mất sinh sợi huyết (đông máu nội quản rải rác). Đông máu nội quản rải rác có thể kết hợp với tiền sản giật nặng, thai chết trong tử cung và rau bong non thể ẩn. Tất cả các tình trạng bệnh lý này có thể dẫn đến tiêu sinh sợi huyết.

Tuyến xã.

- Tư vấn và chuyển bệnh viện huyện.

Bệnh viện huyện trở lên.

- Điều trị nội khoa bằng máu tươi là chính và điều trị nguyên nhân.
- Nếu tình trạng nặng bệnh việnhuyện chuyển bệnh việntỉnh hoặc mời bệnh việntỉnh đến hỗ trợ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Dự phòng.

- Đảm bảo công tác quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao để chuyển lên đẻ ở tuyến trên.
- Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Không để xảy ra chuyển dạ kéo dài.
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng để tránh gây chấn thương đường sinh dục. Khi có tổn thương đường sinh dục cần phát hiện sớm và xử trí kịp thời.
- Theo dõi sát sản phụ 6 giờ đầu sau đẻ, đặc biệt là trong 2 giờ đầu để phát hiện sớm các trường hợp chảy máu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SỐC TRONG SẢN KHOA

Trong thực hành lâm sàng, sốc sản khoa là một tình trạng cấp cứu có thể ảnh hưởng đến tính mạng của sản phụ cần được phát hiện sớm và xử trí kịp thời.

1. Định nghĩa.

Sốc là một tình trạng suy sụp tuần hoàn do nhiều nguyên nhân khác nhau, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxy đến nuôi dưỡng các cơ quan đặc biệt là các cơ quan quan trọng như tim, phổi, não. Đây là tình trạng nguy hiểm đòi hỏi nhân viên y tế phải có thái độ xử trí kịp thời và tích cực mới có khả năng cứu sống người bệnh.

Trong sản khoa sốc thường gặp là sốc do mất máu (băng huyết sau đẻ, sẩy thai băng huyết, chửa ngoài tử cung vỡ...) hoặc do nhiễm khuẩn (nhiễm khuẩn hậu sản, phá thai nhiễm khuẩn...).

2. Biểu hiện lâm sàng.

- Mạch nhanh nhỏ (mạch thường nhanh > 110 lần/phút), có khi không đều, mạch ngoại biên không bắt được.
- Huyết áp tụt < 90/60 mmHg.
- Da xanh tái (quanh môi, mi mắt và lòng bàn tay).
- Vã mồ hôi.
- Tay chân lạnh do co mạch ngoại vi.
- Nhịp thở nhanh nông (nhịp thở thường trên 30 lần/phút).
- Lơ mơ, vật vã hoặc hôn mê.
- Thiểu niệu hoặc vô niệu.
- Tùy từng nguyên nhân gây sốc mà có biểu hiện lâm sàng khác nhau.

3. Xử trí.

3.1 Xử trí ban đầu.

Trước một trường hợp sốc, xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu người bệnh qua cơn nguy kịch.

- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ, cùng cấp cứu người bệnh.
- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn: mạch huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở bằng cách cho người bệnh nằm tư thế đầu ngửa thấp (hoặc quay về một bên nếu người bệnh nôn).
- Hút đờm dãi nếu người bệnh tiết nhiều đờm dãi và cho người bệnh thở oxy qua mũi với tốc độ 6-8 lít/phút. Tại tuyến xã nếu không có bình oxy có thể cho người bệnh thở oxy qua túi đựng oxy, tốt nhất nên cho oxy đi qua một bình chứa nước để đảm bảo đủ độ ẩm.
- Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh dung dịch đẳng trương (Ringer lactat), không nên dùng các dung dịch đường để bồi phụ lại khối lượng tuần hoàn. Trong trường hợp nguy cấp cần lập nhiều đường truyền cùng một lúc. Tốc độ truyền có thể tới 1 lít dịch trong 15-20 phút, trong giờ đầu tiên phải truyền được 2 lít dịch. Cố gắng bồi phụ dịch với tốc độ nhanh trong trường hợp sốc do chảy máu, khối lượng dịch bù vào cần gấp 2-3 lần khối lượng máu đã mất.
- Trong trường hợp băng huyết phải bằng mọi cách cầm máu ngay lập tức và cân nhắc truyền máu cho người bệnh. Việc quyết định truyền máu hay không chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm hemoglobin < 50g/lít. Nên tiến hành thử máu tại giường bệnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn 15 phút/lần.
- Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, các yếu tố đông máu...
- Trong trường hợp sốc do nhiễm khuẩn cần cấy máu, cấy sản dịch tìm nguyên nhân gây bệnh sau đó dùng ngay kháng sinh phổ rộng và kết hợp kháng sinh, khi đã có kháng sinh đồ thì dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

3.2. Xử trí theo nguyên nhân gây sốc.

Sau khi điều trị ban đầu người bệnh đã ổn định thì tiến hành xác định nguyên nhân gây sốc.

3.2.1. Sốc do mất máu.

- Xác định nguyên nhân chảy máu và xử trí cầm máu ngay lập tức: có thể chảy máu do sẩy thai, sẩy thai trứng hoặc do thai ngoài tử cung vỡ. Cũng có thể chảy máu trong những tháng cuối thời kỳ thai nghén hay trong chuyển dạ như rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung, sang chấn đường sinh dục sau đẻ hay đờ tử cung gây băng huyết. Trong các trường hợp này phải nhanh chóng hoặc bằng thuốc hoặc bằng thủ thuật hay phẫu thuật để cầm máu.
- Truyền máu càng sớm càng tốt bù đắp lại khối lượng tuần hoàn đã mất.

Tuyến xã.

- Gọi tuyến trên để được giúp đỡ, huy động tất cả nhân viên sẵn có tập trung chống sốc cho người bệnh.
- Tư vấn cho gia đình và chuyển tuyến trên, có nhân viên y tế đi kèm.
- Truyền dịch, thông tiểu trong khi chờ tuyến trên và trên đường chuyển tuyến.

Tuyến huyện trở lên.

- Bồi phụ đủ thể tích máu đã mất bằng truyền máu (nếu có điều kiện) hoặc dịch thay thế như Ringer lactat, huyết thanh mặn 0,9%.
- Cho thở oxy.
- Trợ tim mạch: dopamin truyền tĩnh mạch (ống 50mg, liều khởi đầu là <5mcg/kg/phút, tăng dần liều lượng có thể tới 20mcg/kg/phút).
- Chống rối loạn đông máu bằng dùng các thuốc chống tiêu fibrine và các chế phẩm máu.
- Điều trị nguyên nhân gây chảy máu.
- Đối với tuyến huyện nếu trong quá trình xử trí tình trạng bệnh nhân nặng thì cầnchuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh hỗ trợ.

3.2.2. Sốc do nhiễm khuẩn và nhiễm độc.

Tuyến xã.

Tiêm bắp kháng sinh phối hợp liều cao (có thể ampicilin 1g và gentamycin 160 mg), hồi sức tích cực ban đầu và chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện trở lên.

- Thở oxy, truyền dịch.
- Trợ tim.
- Kháng sinh liều cao phối hợp và theo kháng sinh đồ.
- Corticoid.
- Xử trí nguyên nhân nhiễm khuẩn: dẫn lưu ổ mủ, loại bỏ ổ nhiễm khuẩn (cắt tử cung).
- Đối tuyến huyện, nếu tình trạng bệnh nhân nặng cần chuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh hỗ trợ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.3. Đánh giá lại.

Sau khi đã điều trị tích cực trong khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem người bệnh có đáp ứng với điều trị không:

- Mạch, huyết áp có ổn định không (mạch dần chậm lại, huyết áp tăng lên).
- Tình trạng tri giác của người bệnh cải thiện lên (người bệnh tỉnh táo lại hoặc bớt lú lẫn).
- Lượng nước tiểu cải thiện (lượng nước tiểu >30ml/giờ). Theo dõi lượng dịch vào và dịch ra.
- Nếu tình trạng người bệnh cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, nâng huyết áp và cân bằng lượng nước vào và ra, đồng thời điều trị nguyên nhân gây sốc.
- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, tiếp tục truyền dịch.
- Tiếp tục theo dõi truyền dịch.
- Làm các xét nghiệm cần thiết để tiên lượng và chẩn đoán nguyên nhân.
- Tiến hành xử trí theo nguyên nhân: xem xét cắt tử cung trong trường hợp sốc do nhiễm khuẩn hậu sản, thắt động mạch tử cung, động mạch hạ vị hoặc cắt tử cung trong sốc do chảy máu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XỬ TRÍ TẮC MẠCHỐI

1. Định nghĩa.

Tắc mạch ối là tình trạng dịch ối xâm nhập vào hệ thống tuần hoàn của người mẹ, hậu quả gây tình trạng tắc mạch và hoạt hóa hệ thống đông máu của cơ thể. Đây là một biến chứng ít gặp nhưng gây tỉ lệ tử vong cao cho mẹ và thai nhi.

2. Biểu hiện lâm sàng và chẩnđoán

- Tắc mạch ối thường gặp trong chuyển dạ, trong khi đẻ hoặc ngay sau đẻ.
- Xảy ra đột ngột sau khi vỡ ối, bấm ối, khi rạch cơ tử cung trong mổ lấy thai
- Sản phụ đột ngột khó thở, da xanh tái, tím môi, đầu chi
- Tinh thần hốt hoảng hoặc hôn mê, toàn trạng nặng.
- Mạch nhanh, huyết áp tụt, thở nhanh hoặc khó thở
- Co giật, kích động
- Suy thai.
- Nếu đã đẻ, tử cung co hồi kém, chảy máu loãng, không đông, biểu hiện tình trạng đông máu rải rác trong lòng mạch.
- Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào hồi cứu trên giải phẫu khi tìm thấy các tế bào nước ối trong máu mẹ (tế bào biểu mô, lông tơ).
- Cần phân biệt với các trường hợp tắc mạch phổi, nhồi máu cơ tim, sốc phản vệ và sốc do nhiễm khuẩn.

3. Xử trí.

3.1. Xử trí ban đầu

Trước một trường hợp tắc mạch ối, xử trí tích cực ngay từ ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu người bệnh qua cơn nguy kịch

- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ, cùng cấp cứu người bệnh.
- Kiểm tra và theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nghe tim phổi.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở bằng cách cho nằm đầu cao.
- Hút đờm rãi làm thông đường hô hấp, thở oxy, duy trì thể tích tuần hoàn.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch.
- Tư vấn cho gia đình biết tình trạng nặng của bệnh, nguy cơ cho mẹ và cho con.
- Tuyến xã phải chuyển lên tuyến huyện ngay, có nhân viên y tế đi kèm, cho người bệnh thở oxy (nếu có), tư thế đầu cao khi chuyển.

3.2. Xử trí theo nguyên nhân.

Tuyến xã

- Gọi tuyến trên để được giúp đỡ, huy động tất cả nhân viên sẵn có tập trung cấp cứu người bệnh.
- Xử trí như cấp cứu ban đầu.
- Giải thích, tư vấn cho gia đình và chuyển tuyến trên, có nhân viên y tế đi kèm.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Tuyến huyện trở lên

- Đặt nội khí quản hô hấp hỗ trợ.
- Truyền máu và các chế phẩm máu.
- Khoảng 65% các trường hợp tắc mạch ối xảy ra trước khi đẻ, do vậy cần nhanh chóng lấy thai ra càng nhanh càng tốt. Có thể forceps nếu đủ điều kiện hoặc mổ lấy thai. Mặc dù được xử trí tích cực, tỷ lệ tử vong mẹ cũng rất cao.
- Phẫu thuật cắt tử cung cầm máu nếu sản phụ đã đẻ và chảy máu sau đẻ, khi tình trạng bệnh nhân cho phép.
- Giải thích, tư vấn cho gia đình và chuyển tuyến trên.

3.3. Đánh giá lại.

- Sau khi đã điều trị tích cực trong khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem người bệnh có đáp ứng với điều trị không.
- Nếu tình trạng người bệnh cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, đồng thời điều trị nguyên nhân.
- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, hội chẩn liên chuyên khoa và mời tuyến trên giúpđỡ hoặc chuyển tuyến.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TĂNG HUYẾT ÁP, TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT

Định nghĩa tăng huyết áp

- Khi huyết áp tâm trương trên 90mmHg hoặc huyết áp tâm thu trên 140mmHg (đối với người không biết số đo huyết áp bình thường của mình: khi huyết áp tâm trương tăng 15mmHg hoặc huyết áp tâm thu tăng trên 30mmHg so với huyết áp bình thường trước khi có thai.
- Cần đo sau nghỉ ngơi 10 phút.

Các thể bệnh tăng huyết áp trong thời gian mang thai

- Tăng huyết áp không kèm theo protein niệu hoặc phù (Tăng huyết áp thai kì).
- Tiền sản giật nhẹ.
- Tiền sản giật nặng.
- Tiền sản giật trên người có tăng huyết áp mạn tính.
- Sản giật.
- Tăng huyết áp mạn tính.

1. Triệu chứng và chẩn đoán

Triệu chứng	Chẩn đoán
- Huyết áp tâm trương 90mmHg hoặc cao hơn, trước 20 tuần tuổi thai. - Hoặc huyết áp ≥140/90mmHg trước khi mang thai hoặc được chẩn đoán trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ. - Hoặc tăng huyết áp được chẩn đoán sau tuần lễ thứ 20 và kéo dài sau sinh trên 12 tuần.	Tăng huyết áp mạn tính trước khi có thai.
- Huyết áp tâm trương 90-110mmHg, đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. - Không có protein niệu.	Tăng huyết áp thai kì (Thai nghén gây tăng huyết áp)
- Huyết áp tâm trương 90-110mmHg, đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai. - Protein niệu có thể tới ++. - Không có triệu chứng khác.	Tiền sản giật nhẹ.
- Huyết áp tâm trương 110mmHg trở lênhay huyết áp tâm thu 160mmHg trở lên sau 20 tuần tuổi thai và protein niệu +++ hoặc hơn. Ngoài ra có thể có các dấu hiệu sau: - Tăng phản xạ. - Đau đầu tăng, chóng mặt. - Nhìn mờ, hoa mắt. - Thiểu niệu (dưới 400ml/24 giờ). - Đau vùng thượng vị. - Phù phổi.	- Tiền sản giật nặng (chẩn đoán khi có tăng huyết áp và ít nhất một trong các dấu hiệu liệt kê ở cột bên). - Nghi ngờ hội chứng Hellp khi có tan máu vi thể (biểu hiện bằng bilirubin tăng), các enzym của gan tăng (SGOT và SGPT tăng cao từ 70đv/l trở lên) và số lượng tiểu cầu giảm dưới 100.000/mm^3 máu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Triệu chứng	Chẩn đoán
- Xét nghiệm hóa sinh: ure, SGOT, SGPT, acid uric, bilirubin là các chất tăng cao trong máu, trong khi tiểu cầu và protid huyết thanh toàn phần lại giảm	
- Có cơn giật với 4 giai đoạn điển hình: xâm nhiễm, giật cứng, giật giãn cách và hôn mê. - Kèm theo một số dấu hiệu tiền sản giật nặng.	Sản giật.
- Protein-niệu mới xuất hiện ≥ 300mg/24 giờ trên thai phụ đã có sẵn tăng huyết áp nhưng không có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ. - Hoặc huyết áp và protein-niệu tăng đột ngột hay tiểu cầu < 100.000/mm^3 máu trên một phụ nữ tăng huyết áp và có protein-niệu trước tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.	Tiền sản giật trên người có tăng huyết áp mạn tính

Chẩn đoán phân biệt tăng huyết áp mạn tính trước khi có thai và tăng huyết áp do thai nghén

Các dấu hiệu	Tăng huyết áp mạn tính trước khi có thai	Tăng huyết áp do thai
Thời gian xuất hiện	Trước 20 tuần của thai kỳ	Từ tuần thứ 20 của thai kỳ
Acid uric	Có thể tăng	Chỉ tăng cao trong tiền sản giật
Protein niệu	Có thể xuất hiện	Xuất hiện sau 20 tuần thai kỳ

2. Xử trí.

2.1. Thai nghén gây tăng huyết áp (tăng huyết áp thai kỳ).

2.1.1. Tuyến xã.

- Tư vấn cho thai phụ và gia đình về chế độ ăn uống, sinh hoạt, nghỉ ngơi.
- Theo dõi huyết áp, protein niệu, tình trạng thai hàng tuần. Nếu không giảm, chuyển tuyến trên và giải thích cho người nhà biết nguy cơ tiền sản giật, sản giật có thể xảy ra.

2.1.2. Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Nếu huyết áp giảm tới mức bình thường thì cho nằm nghỉ ngơi tại giường, cho phép về nhà và hẹn khám lại.
- Nếu huyết áp ổn định theo dõi tiếp cho đến khi chuyển dạ.
- Nếu huyết áp ngày càng tăng cao, điều trị như tiền sản giật.

2.2. Tiền sản giật, sản giật.

2.2.1. Tuyến xã.

Chuyển tuyến trên.

- Trường hợp tiền sản giật nặng: trước khi chuyển sử dụng 4g magnesi sulfat 15% tiêm bắp chậm hay tiêm tĩnh mạch chậm trong dung dịch glucose(nếu có), thông tiểu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Trường hợp sản giật: trước khi chuyển tiêm diazepam 10mg x 1 ống để kiểm soát cơn giật, sau đó tiêm bắp 4g magnesi sulfat 15% hay tiêm tĩnh mạch chậm trong dung dịch glucose (nếu có). Phòng cắn lưỡi, hít phải đờm dãi. Ủ ấm, hút đờm dãi, thở oxy (nếu có).

2.2.2. Tuyến huyện trở lên.

Tiền sản giật nhẹ:

- Nếu các dấu hiệu không nặng lên hoặc trở lại bình thường: theo dõi mỗi tuần 2 lần (huyết áp, số lượng nước tiểu, protein niệu, tình trạng thai) đến khi đủ tháng.
- Nếu huyết áp tâm trương trên 100mmHg, uống aldomet 250mg x 2 viên x 2 lần/ngày. Những ngày sau 250mg/lần x 4 lần.
- Tư vấn cho sản phụ và gia đình về sự nguy hiểm của tiền sản giật nặng và sản giật, về chế độ ăn.
- Nếu cổ tử cung mở thì bấm ối cho đẻ, chú ý là cần dựa vào con số huyết áp mà cho đẻ thường hay đẻ bằng forceps nếu đủ điều kiện. Chỉ phẫu thuật lấy thai nếu kèm theo các lý do sản khoa khác như: ngôi bất thường, rau tiền đạo…
- Nếu cổ tử cung chưa xóa thì tiếp tục theo dõi thai nghén.

Tiền sản giật nặng:

- Để người bệnh nằm nghiêng trái, ủ ấm.
- Cho thuốc chống co giật: magnesi sulfat 15% liều khởi đầu 2-4g tiêm tĩnh mạch thật chậm với tốc độ 1 gam/phút hoặc pha loãng trong dung dịch glucose truyền tĩnh mạchtiêm chậm trong 20 phút. Sau đó cứ 1 giờ tiêm bắp sâu 1g/lầnhay duy trì tĩnh mạch 1g/giờ. Phải theo dõi phản xạ gân xương hàng ngày, đề phòng dùng quá liều magnesi sulfat (phản xạ gân xương giảm).
- Cho hydralazin 5 mg tiêm tĩnh mạch chậm cho đến khi huyết áp giảm xuống còn 100mmHg, có thể tiêm bắp nhắc lại nếu cần thiết. Nếu không có hydralazin thì dùng nifedipin 10 mg ngậm dưới lưỡi.
- Trong trường hợp tiền sản giật nặng đã điều trị nội khoa nhưng không kết quả: cần chấm dứt thai kỳ để bảo đảm sức khỏe cho mẹ và cứu thai nhi nếu có thể.
- Trong trường hợp không đủ điều kiện hoặc đã điều trị tích cực trong 24 giờ mà tình trạng không thuyên giảm hoặc nặng lên: chuyển tuyến tỉnh.

* Lưu ý:

- Dấu hiệu ngộ độc magnesi sulfat:

  9,6-12mg/dl (4,0-5,0mmol/l): mất phản xạ gân xương.

  12-18mg/dl (5,0-7,5mmol/l): liệt cơ hô hấp.

  24-30mg/dl (10-12,5mmol/l): ngưng tim
- Xử trí ngộ độc magnesi sulfat
  + Ngừng magnesi sulfat.
  + Thuốc đối kháng: calcium gluconate, tiêm tĩnh mạch 1g.
  + Đặt nội khí quản và thông khí nếu có suy hô hấp, ngừng thở.

Sản giật:

Tuyến xã và huyện: sau khi sơ cứu ban đầu, chuyển sản phụ lên tuyến tỉnh.

Tuyến tỉnh:

- Đặt sản phụ nằm nghiêng, ngáng miệng đề phòng cắn phải lưỡi, hít phải đờm dãi, cho người bệnh thở oxy.
- Cho thuốc chống co giật duy trì 24 giờ hoặc sau cơn giật cuối cùng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tiếp tục cho thuốc hạ huyết áp cho đến khi huyết áp tâm trương giảm.
- Theo dõi lượng nước tiểu.
- Nếu chuyển dạ: đẻ forceps khi đủ điều kiện, nếu không đủ điều kiện thì phẫu thuật lấy thai.
- Nếu chưa chuyển dạ:
  + Nếu sản phụ ổn định:
    • Ở tuổi thai 28-34 tuần, điều trị corticoid (cho betamethason 12mg/lần, tiêm bắp 2 lần cách nhau 24 giờ; hoặc cho dexamethason 6mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ), tiếp tục theo dõi trong 24 giờ rồi đình chỉ thai nghén. Nếu thai nhi không có khả năng sống thì đình chỉ thai nghén càng sớm càng tốt ngay khi tình trạng sản phụ cho phép.
    • Tuổi thai trên 34 tuần đình chỉ thai nghén càng sớm càng tốt.
  + Nếu sản phụ không ổn định: phẫu thuật lấy thai sau khi cắt cơn giật

2.3. Tăng huyết áp mạn tính trong khi có thai.

Tuyến xã.

- Chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện trở lên.

- Động viên sản phụ nghỉ ngơi, theo dõi lượng nước tiểu hàng ngày.
- Nếu huyết áp tâm trương 100 mmHg hoặc hơn, huyết áp tâm thu 160 mmHg hoặc hơn cho thuốc hạ huyết áp rồi chuyển tuyến trên nếu tại tuyến huyện hoặc tỉnh không có khả năng điều trị.
- Nếu không có biến chứng theo dõi chờ đẻ.
- Có dấu hiệu suy thai (tim thai dưới 120 hoặc trên 160 lần/phút): xử trí suy thai.

3. Tiến triển và tiên lượng

- Tình trạng tăng huyết áp tồn tại càng lâu sau khi sinh, nguy cơ chuyển thành tăng huyết áp mạn tính càng cao.
- Tình trạng tiền sản giật biểu hiện và được chẩn đoán càng sớm, khả năng bị tiền sản giật ở các lần có thai tới càng cao.
- Những phụ nữ có tiền sử tiền sản giật hoặc tăng huyết áp có nhiều nguy cơ bị tiền sản giật ở lần có thai tới. Phụ nữ sinh nhiều lần, bị tiền sản giật sẽ có nguy cơ tiền sản giật ở lần có thai sau cao hơn sản phụ mới bị tiền sản giật lần đầu.
- Những phụ nữ bị sản giật, nguy cơ phát triển thành tăng huyết áp mãn tính cao gấp 3 lần ở phụ nữ đã sinh nhiều lần so với phụ nữ mới sinh lần đầu.

4. Dự phòng và tư vấn

- Theo dõi tình trạng huyết áp ở thai kỳ sau là một biện pháp tầm soát nguy cơ tăng huyết áp mãn tính ở những bệnh nhân bị tiền sản giật.
- Phụ nữ có tăng huyết áp trong thai kỳ cần được theo dõi nhiều tháng sau sinh và tư vấn về nguy cơ bệnh tim mạch trong tương lai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XỬ TRÍ ĐA THAI

1. Chẩn đoán.

- Tử cung to hơn so với tuổi thai.
- Nắn thấy nhiều cực thai.
- Nghe thấy nhiềutừ2 ổ tim thai ở các vị trí khác nhau với tần số khác nhau.
- Thăm âm đạo có thể xác định được ngôi thế của thai thứ nhất.
- Tỷ lệ đa thai tăng lên do các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
- Chẩn đoán dễ khi thai còn nhỏ bằng siêu âm. Cần xác định loại đa thai cùng noãn hoặc khác noãn, chung bánh rau hay khác bánh rau, chung buồng ối hoặc khác buồng ối.
- Chẩn đoán phân biệt với: thai to, đa ối, có thai và khối u trong ổ bụng.

2. Xử trí.

2.1. Tuyến xã.

- Khi phát hiệnđa thai cần tư vấn chothai phụ và chuyển tuyến trên theo dõi.

2.2. Tuyến huyện trở lên.

Theo dõi trong thời kỳ mang thai

- Trong thời kỳ mang thai cần theo dõi sát phát hiện các bất thường có thể xảy ra: dọa sảy, dọa đẻ non, tiền sản giật, đái tháo đường thai nghén, đa ối, hội chứng truyền máu.
- Sử dụng corticoid trưởng thành phổi trong trường hợp có nguy cơ dọa đẻ non.
- Nếu có chỉ định giảm thiểu thai chọn lọc cần phải chuyển đến cơ sở chuyên khoa có khả năng thực hiện được thủ thuật này.

Đẻ đường âm đạo các trường hợp song thai.

- Chuẩn bị sẵn sàng phương tiện hồi sức, nhóm bác sỹ, nữ hộ sinh sản, bác sỹ sơ sinh.
- Có thể giảm đau trong đẻ sẵn sàng nội xoay thai thứ hai.
- Lập đường truyền tĩnh mạch, có thể truyền oxytocin vì cơn co tử cung thưa. Truyền oxytocin tĩnh mạch 5 đv trong 500 ml dung dịch glucose 5%.
- Đỡ đẻ thai thứ nhất giống như đỡ đẻ cho một thai. Có thể phải forceps/giác hút vì mẹ rặn yếu.
- Nguy cơ có thể xảy ra cho thai thứ hai sau khi đẻ thai thứ nhất: tử cung co lại gây ngôi bất thường, rau bong sớm trước khi đẻ thai thứ 2.
- Ngay sau khi đẻ thai thứ nhất cần kiểm tra ngôi của thai thứ hai: nếu là ngôi đầu thì bấm ối cố định ngôi. Nếu là ngôi vai thì cho tay vào buồng tử cung tìm chân thai nhi kéo xuống biến ngôi vai thành ngôi mông và đỡ đẻ như trường hợp ngôi mông.
- Sau khi đẻ thai thứ 2 tiến hành xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ.
- Chú ý đề phòng chảy máu vì sau đẻ dễ bị đờ tử cung.

Mổ lấy thai trong trường hợp

- Mổ lấy thai chủ động các trường hợp từ 3 thai trở lên
- Song thai chung buồng ối, song thai mà thai thứ nhất ngôi bất thường
- Song thai kèm theo yếu tố đẻ khó (vỡ ối sớm, mổ cũ).
- Trường hợpđẻ thai thứ nhất xong thai thứ 2 thành ngôi bất thường hoặc suy thai không đủđiều kiệnđể tiếp tục theo dõiđẻđường dưới (sa dây rau, bong rau...)

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NGÔI BẤT THƯỜNG

1. Ngôi mặt.

- Là ngôi đầu ngửa tối đa, mặt thai nhi trình diện trước eo trên.
- Ngôi mặt được chẩn đoán xác định trong quá trình theo dõi chuyển dạ đẻ bằng thăm âm đạo.

1.1. Chẩn đoán.

- Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát rìu nếu là kiểu cằm sau, nếu là kiểu cằm trước sờ thấy cằm có hình móng ngựa. Không bao giờ thấy thóp sau hoặc thóp trước khi thăm trong.
- Chẩn đoán xác định bằng thăm âm đạo, tìm được mốc của ngôi là mỏm cằm, việc chẩn đoán xác định sẽ dễ hơn khi cổ tử cung đã mở, nhưng phải cẩn thận khi thăm khám để không làm vỡ ối.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi trán, ngôi mông.

1.2. Xử trí.

Tuyến xã

Tư vấn, chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện

- Chỉ có ngôi mặt cằm trước có thể đẻ đường âm đạo. Nếu đẻ đường âm đạo có thể có hỗ trợ bằng forceps, tuyệt đối không được dùng giác kéo
- Ngôi mặt cằm sau tự quay được về cằm trước cũng có thể đẻ đường âm đạo.
- Cuộc đẻ ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn đẻ ngôi chỏm.
- Chỉ định phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cằm sau hoặc cằm trước có kết hợp thêm các yếu tố đẻ khó khác.

2. Ngôi trán và ngôi thóp trước.

Là ngôi trung gian giữa ngôi mặt và chỏm, đầu không cúi hẳn mà cũng không ngửa hẳn, trán hoặc thóp trước của thai trình diện trước eo trên.

2.1. Chẩn đoán.

- Lúc bắt đầu chuyển dạ là một ngôi đầu cao lỏng.
- Chẩn đoán xác định dựa vào việc thăm âm đạo khi cổ tử cung mở được từ 3 cm trở lên, ối đã vỡ và ngôi đã cố định chặt.
- Sờ thấy gốc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiểu khung (ngôi thóp trước).
- Không bao giờ sờ thấy thóp sau và mỏm cằm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

2.2. Xử trí.

Tuyến xã.

Theo dõi sát các cuộc chuyển dạ để phát hiện sớm, nếu nghi ngờ ngôi trán hoặc thóp trước cần tư vấn và chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện trở lên.

Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Ngôi mông.

- Là một loại ngôi dọc, đầu thai nằm ở phía đáy tử cung, mông trình diện trước eo trên.
- Là một ngôi đẻ khó do đầu là phần quan trọng nhất, to nhất và rắn nhất lại đẻ ra sau cùng, nguy cơ mắc đầu hậu có thể làm cho thai chết hoặc sang chấn do lấy đầu hậu khó khăn.

3.1. Chẩn đoán.

- Ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung.
- Thăm âm đạo sờ thấy xương cùng, lỗ hậu môn và hai mông thai nhi, một hoặc hai bàn chân cùng với mông.
- Chẩn đoán phân biệt với: ngôi mặt, ngôi vai, ngôi đầu sa chi.

3.2. Xử trí.

Tuyến xã.

- Tư vấn, thai từ 36 tuần chuyển tuyến trên theo dõi và xử trí.
- Nếu có chuyển dạ phải chuyển ngay lên tuyến trên sau khi cho thuốc giảm co.

Tuyến huyện trở lên.

Cần xem xét các yếu tố để tiên lượng cho cuộc đẻ ngôi mông (xem bài"*Các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ*").

- Phẫu thuật lấy thai cho những ngôi mông khi có kết hợp với bất kỳ một yếu tố nguy cơ nào.
- Đỡ đẻ đường dưới khi có những điều kiện thuận lợi.

4. Ngôi vai.

- Trong ngôi vai thai không nằm theo trục của tử cung mà nằm ngang hoặc chếch, trục của thai không trùng với trục của tử cung.
- Mốc của ngôi là mỏm vai, ngôi vai không có cơ chế đẻ nên hầu hết các trường hợp đều phải phẫu thuật lấy thai. Chỉ làm nội xoay thai cho thai thứ 2 trong song thai.

4.1. Chẩn đoán

- Tử cung bè ngang, nắn thấy đầu ở mạng sườn hoặc hố chậu, chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai, thăm âm đạo thấy tiểu khung rỗng, ối rất phồng. Khi có chuyển dạ nếu ối vỡ, cổ tử cung mở có thể sờ thấy mỏm vai hoặc tay thai nhi ở trong âm đạo.
- Có thể dùng siêu âm để chẩn đoán.
- Chẩn đoán phân biệt với ngôi mông.

4.2. Xử trí.

Tuyến xã.

- Tư vấn, thai từ 36 tuần chuyển tuyến trên theo dõi và xử trí.
- Nếu có chuyển dạ phải chuyển ngay lên tuyến trên sau khi cho thuốc giảm co.

Tuyến huyện trở lên.

- Phẫu thuật lấy thai khi có chuyển dạ đẻ.
- Nội xoay thai cho thai thứ hai ngôi vai trong trường hợp sinh đôi, đủ điều kiện nội xoay.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

DỌA ĐẺ NON VÀ ĐẺ NON

Đẻ non là khi trẻ sơ sinh được sinh ra còn sống từ khi đủ 22 tuần đến trước khi đủ 37 tuần thai kỳ. Dựa vào tuổi thai, đẻ non được chia nhóm như sau:

+ Cực non: tuổi thai dưới 28 tuần.
+ Rất non: tuổi thai từ 28-32 tuần.
+ Non trung bình: tuổi thai từ 32 đến dưới 37 tuần.

1. Dọa đẻ non.

1.1. Các yếu tố nguy cơ đẻ non.

- Từ mẹ:
  + Hở eo tử cung, cổ tử cung ngắn, tiền sử có khoét chóp cổ tử cung.
  + Tình trạng viêm nhiễm: viêm nhiễm âm đạo, viêm đường tiết niệu không triệu chứng, viêm nha chu.
  + Những bất thường tử cung: u xơ tử cung, dị dạng tử cung bẩm sinh.
  + Có tiền sử sinh non. Yếu tố di truyền (bản thân mẹ trước đây đã bị sinh non…)
- Từ con và phần phụ:
  + Đa thai
  + Thai sau thụ tinh trong ống nghiệm.
  + Nhiễm khuẩn ối, ối vỡ non.
  + Thai chậm tăng trưởng, thai có khuyết tật.
  + Rau tiền đạo, rau bong non.
  + Đa ối.

1.2. Chẩn đoán.

- Tuổi thai từ hết 22 đến hết 37 tuần.
- Có cơn co tử cung gây đau (ít nhất 2 cơn trong 1 tiếng).
- Có sự biến đổi cổ tử cung.
- Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng.

1.3. Xử trí.

1.3.1.Tuyến xã.

- Nằm nghỉ tuyệt đối
- Tư vấn.
- Chuyển tuyến trên.
- Trong thời gian chờ đợi, dùng nifedipin tác dụng chậm 20mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ một lần hoặc salbutamol viên 2mg, ngậm chia 2 cách nhau 4-6 tiếng.

1.3.2. Tuyến huyện, tuyến tỉnh.

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Tư vấn.
- **Dùng corticoid: c**hỉ định: 24-34 tuần. Nếu chưa sinh sau 7 ngày, nhắc lại 1 đợt nếu còn nguy cơ sinh non trong 7 ngày tới.

  Liều sử dụng: Betamethasone 12mg tiêm bắp 2 lần, cách 24 giờ, hoặc
  Dexamethasone 6mg tiêm bắp 4 lần cách 12 giờ

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Thuốc giảm co tử cung:
  + *Nifedipine* (thuốc ức chế calci): liều tấn công 20mg uống mỗi 4-8 giờ cho đến khi hết co hoặc đủ 48 giờ. Điều chỉnh liều theo tần suất và cường độ các cơn co tử cung trong 48 giờ.
  + *Salbutamol* truyền tĩnh mạch: pha 5mg vào 500ml dung dịch glucose 5%. Không truyền salbutamol khi có chống chỉ định. Thuốc có rất nhiều tác dụng phụ cho mẹ và thai, cần cân nhắc kỹ khi sử dụng.
  + *Atosiban* (Tractocile): cho liều tấn công 6,75mg, tiêm tĩnh mạch chậm trong một phút, sau đó cho liều duy trì 18mg/giờ trong 3 giờ rồi duy trì 6mg/giờ trong 45 giờ. Tổng liều tối đa là 330mg.
  + *Magnesi sulfat:*
    • Magnesi sulfat ($MgSO_4$) giúp bảo vệ thần kinh đối với bào thai, trẻ sinh non, làm giảm tần suất bại não và tử vong do bại não.
    • Chỉ định:
      . Sử dụng MgSO4 cho sản phụ có nguy cơ sinh non trước 32 tuần tuổi để phòng ngừa bại não.
      . Áp dụng cho cả đơn thai và đa thai.
      . Chỉ nên cho nếu dự đoán sinh trong vòng 24 giờ
    • Liều dùng: có 3 công thức
      . Tiêm tĩnh mạch 4g trong 20 phút, sau đó duy trì 1g/giờ đến khi sinh hoặc đủ 24 giờ (tùy cái nào đến trước);
      . Tiêm tĩnh mạch 4g trong 30 phút hoặc 4g bolus tĩnh mạch như liều duy nhất;
      . Tiêm tĩnh mạch 6g trong 20-30 phút, sau đó duy trì 2g/giờ tĩnh mạch.
    • Cần chú ý thử phản xạ gân xương (ở đầu gối hay ở cơ nhị đầu), xem lượng nước tiểu (ít nhất là 30ml/giờ), nhịp thở (16 lần trở lên) trước khi tiêm thuốc lần sau.
  + *Progesteron*: uống Dydrogesterone viên 10mg x 2 viên mỗi ngày hoặc đặt âm đạo Progesterone dạng mịn, liều 200mg mỗi ngày khi không có viêm nhiễm âm đạo hoặc ra máu âm đạo.
  + *Kháng sinh*: KHÔNG sử dụng kháng sinh thường quy trong dọa sinh non nếu chưa rỉ ối và không có dấu hiệu nhiễm trùng.

  Chống chỉ định sử dụng thuốc giảm co tử cung:
  + Nhiễm trùng ối, nhiễm trùng huyết.
  + Chảy máu âm đạo lượng nhiều.
  + Rau bong non.
  + Tiền sản giật nặng, sản giật.
  + Dị ứng với thuốc giảm co tử cung.
- **Lưu ý:**Không điều trị doạ đẻ non cho thai từ 36 tuần trở lên.

1.4. Dự phòng

- Hướng dẫn thai phụ khám thai định kỳ theo lịch hẹn.
- Phát hiện, xử trí sớm các yếu tố nguy cơ từ mẹ:
  + Điều trị sớm tình trạng viêm nhiễm, hoặc từ trước khi mang thai nếu có thể;
  + Tìm nguyên nhân và điều trị nếu có tiền sử đẻ non;
  + Điều trị những bất thường trong tử cung: đo chiều dài cổ tử cung bằng siêu âm đường âm đạo vào thời điểm 16 tuần và 23 tuần tuổi thai, khi không có cơn co tử cung. Nếu cổ tử cung ngắn hơn 25mm: uống Dydrogesterone (Duphaston) 10mg 1 viên x 2 viên mỗi ngày đến khi thai được 36 tuần; hoặc đặt âm đạo Progesterone dạng mịn 100mg

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

1 viên x 2 lần mỗi ngày khi không có ra máu ra nước âm đạo và không có viêm nhiễm âm đạo. Nếu cổ tử cung ngắn hơn 20mm: khâu cổ tử cung.

+ Theo dõi các yếu tố di truyền (bản thân mẹ trước đây đã bị đẻ non…).
+ Cải thiện tình trạng dinh dưỡng, sinh hoạt, nghỉ ngơi.
+ Theo dõi, xử trí tốt chảy máu âm đạo trong thai kỳ.

- Phát hiện, theo dõi, xử trí sớm các yếu tố nguy cơ từ con, nếu được.

2. Đẻ non.

2.1. Chẩn đoán.

- Tuổi thai từ đủ 22 tuần đến trước khi đủ 37 tuần.
- Cơn co tử cung đều đặn, gây đau, sờ thấy được, kéo dài hơn 30 giây và xảy ra tối thiểu 4 lần mỗi 30 phút.
- Có sự thay đổi về vị trí, mật độ, chiều dài và/hoặc sự mở của cổ tử cung.

2.2. Xử trí.

Cần đảm bảo cho trẻ ít bị chấn thương nhất trong đẻ.

Tuyến xã:

- Tư vấn, chuyển tuyến trên càng sớm càng tốt. Chỉ thực hiện đỡ đẻ khi không thể chuyển đi được.
- Trường hợp đã đẻ ở xã:
  + Chăm sóc trẻ: xem phác đồ chăm sóc trẻ non tháng, nhẹ cân.
  + Chăm sóc mẹ: theo dõi chảy máu, kiểm soát tử cung nếu rau thiếu, tư vấn, chuyển tuyến nếu cần.

Tuyến huyện trở lên:

- Thông báo cho bác sĩ nhi khoa.
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XỬ TRÍ THAI QUÁ NGÀY SINH

1. Chẩn đoán và đánh giá.

- Thai quá ngày sinh là thai ở trong bụng mẹ quá 294 ngày (quá 42 tuần) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.
- Phải theo dõi sát các thai nghén từ sau 41 tuần (287 ngày) trở lên để phát hiện sớm suy thai.
- Vì bánh rau thoái hóa nên thai dễ bị suy, ngạt, tử vong do thiếu dinh dưỡng.
- Thai quá ngày sinh thường to nên dễ gây tai biến khi đẻ.

2. Xử trí.

2.1. Tuyến xã.

- Các trường hợp thai quá 41 tuần (thai trên 287 ngày) cần chuyển tuyến ngay sau khi tư vấn.

2.2. Tuyến huyện trở lên.

2.2.1. Chẩn đoán.

- Dựa vào tuổi thai (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối, có giá trị nếu chu kỳ kinh đều, 28-30 ngày).
- Dựa vào siêu âm trong 3 tháng đầu để xác định tuổi thai nếu không nhớ chính xácngày đầu kỳ kinh cuối hoặc chu kỳ kinh không đều.

2.2.2. Xử trí.

- Theo dõi.
  + Theo dõi chỉ số nước ối bằng siêu âm (thiểu ối là dấu hiệu của suy tuần hoàn rau-thai và thai thiếu oxy). Siêu âm cách nhau 48 giờ vì nước ối thay đổi sau mỗi 48 giờ.
  + Soi ối (nước ối lẫn phân su thường gặp ở thai quá ngày sinh).
  + Monitoring: test không đả kích (non stress test) 2-3 ngày/lần. Nếu test không đáp ứng thì phải làm test có đả kích (stress tess) (test núm vú). Nếu không có dấu hiệu suy thai thì tiến hànhgây chuyển dạ (xem "*Các phương pháp gây chuyển dạ*"). Nếu test đả kích có biểu hiện dấu hiệu suy thai thì cần mổ lấy thai.
  + Đánh giá chỉ số Bishop để tiên lượng gây chuyển dạ thành công.
  + Gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền oxytocin tĩnh mạch.
- Mổ lấy thai trong các trường hợp:
  + Suy thai
  + Các trường hợp kèm theo nguyên nhân đẻ khó khác (mổ lấy thai cũ, ngôi mông, mẹ lớn tuổi, điều trị vô sinh)
- Theo dõi trẻ sau đẻ
  + Trẻ quá ngày sinh cần được chăm sóc: ủ ấm, thông đường hô hấp, cho vitamin K_1 và theo dõi sự phát triển của trẻ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VỠ ỐI NON

Vỡ ối non là vỡ ối khi chưa có chuyển dạ.

1. Chẩn đoán.

- Chưa có dấu hiệu chuyển dạ.
- Nước ối ra tự nhiên.

2. Xử trí.

2.1. Tuyến xã

- Tư vấn.
- Kháng sinh.
- Chuyển tuyến trên.

2.2. Tuyến huyện

- Theo dõi thân nhiệt.
- Đóng khố sạch, theo dõi lượng nước ối ra.
- Đánh giá tuổi thai để có thái độ xử trí.
- Siêu âm đánh giá tình trạng thai, nước ối, vị trí bánh rau.
- Cho kháng sinh, corticoid và chuyển tuyến trên nếu thai non tháng (dưới 34 tuần tuổi). Nếu có cơn co thì cho thuốc giảm co trước khi chuyển
- Nếu tuổi thai 35 tuần trở lên và tiếp tục ra nước ối sau 24 giờ thì gây chuyển dạ (xem "*Các phương pháp gây chuyển dạ*").
- Nếu nước ối không ra nữa, không sốt: siêu âm lại để xác định chỉ số nước ối là bình thường. Tiếp tục cho kháng sinh dự phòng đủ 7 ngày và cho phép sản phụ về nhà, hẹn khám lại sau 1 tuần

2.3. Tuyến tỉnh.

- Tuổi thai trên 34 tuần: điều trị giống tuyến huyện.
- Tuổi thai từ 34 tuần trở xuống: điều trị giữ thai bằng kháng sinh dự phòng và các thuốc giảm co và cho corticoid.
- Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn ối, đình chỉ thai ở bất kỳ tuổi thai nào.
- Sau 34 tuần, gây chuyển dạ nếu tiếp tục ra nước ối.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SA DÂY RỐN

1. Chẩn đoán.

- Sa dây rốn trong bọc ối: khám âm đạo thấy dây rốn nằm ở bên hoặc dưới ngôi thai nhưng vẫn trong bọc ối.
- Nếu ối đã vỡ thì thấy dây rốn sa trong âm đạo, có khi ra ngoài âm hộ.
- Hay gặp ngôi bất thường.

2. Xử trí chung.

2.1. Sa dây rốn trong bọc ối.

Tuyến xã.

- Tư vấn cho sản phụ không rặn.
- Đặt sản phụ nằm theo tư thế đầu gối-ngực.
- Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipin 10mg uống, hoặc salbutamol viên 2mg x 2 viên.
- Chuyển tuyến trên (tư thế sản phụ mông cao).

Tuyến huyện.

- Phẫu thuật lấy thai.
- Nếu thai chết, có đủ điều kiện: lấy thai đường dưới.

2.2. Sa dây rốn khi đã vỡ ối.

Tuyến xã.

- Xác định xem dây rốn còn đập không (kẹp dây rốn giữa 2 ngón tay) và nghe tim thai.
- Nếu thai còn sống:
  + Cho sản phụ nằm tư thế đầu thấp và đánh giá tiến triển của cuộc chuyển dạ và tình trạng thai nhi.
  + Nếu đủ điều kiện đẻ đường dưới: cho đẻ.
  + Nếu không đủ điều kiện đẻ đường dưới: chuyển tuyến.
  + Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipin 10mg uống hoặc salbutamol viên 2mg x 2 viên trước khi chuyển tuyến.
  + Cho 2 ngón tay vào trong âm đạo đẩy ngôi thai lên cao, tránh chèn ép vào dây rốn hoặc bơm 500ml huyết thanh vào bàng quang, kẹp ống thông.
  + Tư vấn về việc không nên rặn và những diễn biến xấu có thể xảy ra đối với thai.
  + Nếu dây rốn sa ra ngoài âm hộ, bọc dây rốn nhẹ nhàng bằng khăn ẩm, ấm.
- Nếu thai chết: giải thích cho thai phụ và thân nhân rồi chuyển tuyến trên. Chỉ giữ lại ở cơ sở nếu là ngôi đầu và cuộc đẻ sắp kết thúc.

Tuyến huyện.

- Xác định xem dây rốn còn đập không, nghe tim thai. Nếu có siêu âm thì dùng siêu âm để chẩn đoán xác định tim thai (nếu cần).
- Nếu thai còn sống:
  + Đẻ đường dưới nếu đủ điều kiện.
  + Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện đẻ đường dưới.
- Nếu thai đã chết, không còn tính chất cấp cứu, theo dõi đẻ đường dưới nếu không có các nguyên nhân đẻ khó khác.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Thai chết trong tử cung là thai chết và lưu lại trong buồng tử cung của người mẹ, có thể xảy ra ở bất kỳ tuổi thai nào khi chưa có chuyển dạ.

1. Chẩn đoán.

- Tử cung có thể nhỏ hơn tuổi thai.
- Không nghe thấy tim thai.
- Siêu âm: không thấy hoạt động tim thai, có thể thấy dấu hiệu chồng xương sọ, thai không cử động.

2. Xử trí.

2.1. Tuyến xã.

- Tư vấn, chuyển tuyến.

2.2. Tuyến huyện và tỉnh.

- Xét nghiệm các yếu tố đông máu: Nếu sinh sợi huyết < 2g/l: dự trù máu tươi cùng nhóm; Transamine 500mg x 2 ống/ngày.
- Kháng sinh: Dùng kháng sinh uống trong 7 ngày. Khi có nguy cơ nhiễm khuẩn: dùng kháng sinh tiêm từ 5 đến 7 ngày
- Thai chết trong tử cung, tuổi thai đến 12 tuần: Hút thai. Kết hợp dùng thuốc: trước khi hút phải giảm đau cho bệnh nhân, dùng thuốc co tử cung sau thủ thuật.
- Thai chết trong tử cung, tuổi thai trên 12 tuần:
  + Gây chuyển dạ bằng misoprostol 100 mcg, cứ 4-6 giờ/lần, ngậm dưới lưỡi hoặc đặt âm đạo.
  + PGE2 dinoprostone (prospess, cerviprime) gây chuyển dạ thuận lợi và an toàn hơn
  + Kiểm tra lại buồng tử cung nếu còn sót rau. Nếu cần dùng thêm oxytocin.
  + Hỗ trợ tinh thần cho sản phụ.

Thai chết trong tử cung có sẹo mổ cũ: nếu có thể đẻ được đường âm đạo, truyền oxytocin

- Pha 5 đv oxytocin vào 500 ml dung dịch glucose 5%, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm, liều lượng lúc đầu 5-8 giọt/phút cho đến khi xuất hiện cơn co tử cung phù hợp.
- Theo dõi và điều chỉnh số giọt để đạt được số cơn co phù hợp với sự tiến triển của cuộc chuyển dạ.
- Ngoài ra, tùy tình hình của cuộc đẻ chỉ huy nếu cơn co mau cho oxytocin chảy chậm hoặc có thể phối hợp với những thuốc giảm co có tác dụng làm mềm cổ tử cung.

Mổ lấy thai với thai chết trong tử cung ở 3 tháng cuối:

Trong một số trường hợp thai chết trong tử cung không thể áp dụng các phương pháp lấy thai qua đường âm đạo, vì các nguy cơ vỡ tử cung, chấn thương đường sinh dục... vì vậy có chỉ định mổ lấy thai cho các trường hợp sau:

- Các trường hợp gây chuyển dạ không có kết quả,
- Các trường hợp có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối: các trường hợp này có thể diễn biến phức tạp, phải được hội chẩn, theo dõi chặt chẽ.
  + Mổ lấy thai cũ ≥ 2 lần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Mổ lấy thai cũ < 24 tháng
+ Mổ bảo tồn tử cung trong trường hợp vỡ tử cung.
+ Vết mổ ở tử cung do nhân xơ lớn, sẹo mổ của phẫu thuật Strasmann…
+ Các trường hợp rau tiền đạo.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHÙ PHỔI CẤP TRONG CHUYỂN DẠ

1. Đại cương

Phù phổi cấp trong chuyển dạ là một cấp cứu trong sản khoa, thường xảy ra ở các bệnh nhân mắc bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật/sản giật hoặc các bệnh nhiễm trùng trong lúc mang thai. Cũng có khi do truyền dịch quá nhiều với tốc độ nhanh.

2. Biểu hiện lâm sàng

- Phù phổi cấp có thể xuất hiện trong thai kỳ, trong chuyển dạhoặc sau đẻ
- Khó thởđột ngột, nhịp thở nhanh, ho nhiều, môi và đầu chi tím, tinh thần hốt hoảng, tức ngực, vã mồ hôi lạnh chân tay.
- Ran ẩm nhỏ hạt ở đáy phổi dâng lên nhanh, gõ đục đáy phổi
- Từ ho khan chuyển sang khạc ra đờm bọt hồng ngày càng nhiều.
- Nhịp tim nhanh > 100 lần/ phút, kèm theo các tiếng tim bệnh lý. Đôi khi có tiếng ngựa phi.
- Huyết áp tăng cao hoặc kẹt.
- Áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) cao, tĩnh mạch cổ nổi.
- Xquang: phổi mờ
- Cần phân biệt với: cơn hen phế quản (phổi nhiều ran rít và ran ngáy, gõ vang, lồng ngực căng) và cơn hen tim (có khó thở thì thở ra, ran rít).

3. Xử trí.

3.1. Xử trí ban đầu

- Trước một trường hợp phù phổi cấp, xử trí tích cực ban đầu là rất quan trọng nhằm cứu người bệnh qua cơn nguy kịch.
- Kêu gọi mọi người đến giúp đỡ, cùng cấp cứu người bệnh.
- Kiểm tra và theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nghe tim phổi.
- Đảm bảo thông thoáng đường thở bằng cách cho nằm đầu cao.
- Hút đờm rãi làm thông đường hô hấp, cho thở oxy.
- Lập đường truyền tĩnh mạch.
- Tư vấn cho gia đình biết tình trạng nặng của bệnh, nguy cơ cho mẹ và cho con.
- Tuyến xã phải tiêm dưới da 10mg morphin và chuyển lên tuyến huyện ngay, có nhân viên y tế đi kèm, cho người bệnh thở oxy (nếu có), tư thế đầu cao khi chuyển.

3.2. Xử trí theo nguyên nhân.

Tuyến xã

- Gọi tuyến trên để được giúp đỡ, huy động tất cả nhân viên sẵn có tập trung cấp cứungười bệnh.
- Thực hiện xử trí ban đầu như trên.
- Tư vấn cho gia đình và chuyển tuyến trên, có nhân viên y tế đi kèm.

Tuyến huyện trở lên

Phù phổi cấp huyết động.

- Cho thai phụ ngồi thẳng, chân thõng.
- Garo ba chi luân chuyển.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đặt nội khí quản hút đờm rãi, thở oxy 60% với dung lượng 8-12 lít/phút.
- Tiêm tĩnh mạch:
  + Thuốc lợi tiểu (thuốc được lựa chọn thường là lasix 20mg x 4 ống). Khi cần thiết có thể tăng liều, tùy thuộc vào lượng nước tiểu và tình trạng khó thở của người bệnh.
  + Trợ tim: như cedilanit 0,4mg x 1-2 ống.
  + Tiêm dưới da 10mg morphin.
  + Nếu cần thì phải trích máu tĩnh mạch. Khuyến cáo nên trích 300ml máu.
- Xử trí sản khoa:
  + Phẫu thuật lấy thai khi tình trạng bệnh nhân cho phép hoặcforceps nếu đủ điều kiện

Phù phổi cấp do tổn thương.

- Đặt nội khí quản thở máy, hô hấp hỗ trợ, thở oxy
- Dopamin truyền tĩnh mạch.
- Truyền huyết tương.
- Kháng sinh liều cao.
- Methyl prednisolon: 30mg tiêm tĩnh mạch, cách 4 giờ/lần
- Phẫu thuật lấy thai khi tình trạng bệnh nhân cho phép hoặcforceps nếu đủ điều kiện.

3.3. Đánh giá lại.

- Sau khi đã điều trị tích cực trong khoảng 30 phút cần đánh giá lại xem người bệnh có đáp ứng với điều trị không:
- Tình trạng khó thở của bệnh nhân có cải thiện không.
- Nếu tình trạng người bệnh cải thiện thì tiếp tục điều trị duy trì, đồng thời điều trị nguyên nhân.
- Nếu tình trạng người bệnh không cải thiện thì phải tiếp tục điều trị tích cực, hội chẩn liên chuyên khoa và mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển tuyến.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Chuyển dạ đình trệ bao gồm chuyển dạ kéo dài và chuyển dạ tắc nghẽn.

1. Các dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ.

- Pha tiềm tàng kéo dài quá 8 giờ, pha tích cực kéo dài quá 7 giờ.
- Khám thấy độ lọt của ngôi không tiến triển.
- Xuất hiện các dấu hiệu chồng khớp sọ, bướu huyết thanh.
- Đường mở cổ tử cung cắt sang bên phải đường báo động trên biểu đồ chuyển dạ.
- Cổ tử cung ngừng tiến triển luôn là dấu hiệu của chuyển dạ đình trệ.
- Suy thai, cơn co tử cung mau (trên 5 cơn trong 10 phút), có vòng Bandl.

Chú ý: Không phải trường hợp chuyển dạ đình trệ nào cũng có đủ các dấu hiệu trên.

2. Nguyên nhân gây chuyển dạ đình trệ.

- Do mẹ:
  + Bất tương xứng đầu-chậu, tiền sử mẹ mắc bệnh gây biến dạng khung chậu (bại liệt, lao xương, chấn thương vỡ xương chậu).
  + Rối loạn cơn co tử cung: cơn co thưa yếu, cơn co mau mạnh, cơn co không đồng bộ.
  + Có khối u ở tiểu khung (u xơ tử cung, u nang buồng trứng và các u tiểu khung khác).
- Do thai:
  + Các ngôi bất thường (trán, mặt, mông, vai).
  + Thai to (ước từ 3500 g trở lên).
  + Thai bất thường (não úng thuỷ, bụng cóc).
- Nguyên nhân khác.
  + Dây rốn ngắn.

3. Xử trí.

- Tuyến xã: chuyển tuyến trên.
- Tuyến huyện trở lên: xử trí theo nguyên nhân.
  + Đẻ đường âm đạo (forceps hoặc giác kéo) khi đủ điều kiện.
  + Dùng thuốc điều chỉnh cơn co yếu khi chuyển dạ kéo dài.
  + Phẫu thuật lấy thai khi có chỉ định.
  + Huỷ thai nếu có chỉ định.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THEO DÕI CUỘC CHUYỂN DẠ VỚI SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ Ở TỬ CUNG

Các loại sẹo mổ bóc u xơ, cơ tử cung, mổthân tử cung lấy thai trước đây, hoặc sẹo vỡ tử cung cũ và sẹo ghép tử cung đôi thì phải chỉ định phẫu thuật lấy thai chủ động từ tuần thứ 38 để tránh vỡ tử cung do nứt sẹo cũ.

Những sản phụ có sẹo mổ ở tử cung, lần này nếu muốn đẻ đường dưới phải được bác sĩ có kinh nghiệm theo dõi và tư vấn ở cơ sở có phẫu thuật. Sản phụ sẽ được tư vấn về khả năng đẻ được hay phải phẫu thuật vì nguy cơ cao cho cả mẹ và con.

1. Các sẹo ở tử cung.

Bao gồm sẹo phẫu thuật lấy thai cũ, phẫu thuật bóc nhân xơ, phẫu thuật cắt góc tử cung do thai ngoài tử cung, phẫu thuật khâu các chấn thương cũ ở tử cung do vỡ, tai nạn, thủng tử cung và phẫu thuật ghép tử cung đôi.

2. Tuyến xã và cơ sở tương đương.

Có nhiệm vụ quản lý thai, tư vấn về nguy cơ ban đầu và chuyển sản phụ lên tuyến trên để theo dõi, quản lý thai trước ba tháng cuối của thai kỳ.

3. Tuyến huyện.

- Với ngôi chỏm theo dõi và tư vấn về nguy cơ, tiên lượng.
- Không được gây đẻ bằng thuốc.
- Nếu chuyển dạ tiến triển thuận lợi: cho đẻ bằng forceps và kiểm soát tử cung sau đẻ.
- Nếu cuộc chuyển dạ tiến triển bất thường thì phẫu thuật lấy thai.

4. Tuyến tỉnh.

- Nếu chuyển dạ tiến triển thuận lợi: tùy theo kinh nghiệm và khả năng của thầy thuốc có thể cho đẻ đường âm đạo có thể không cần kiểm soát tử cung sau đẻ.
- Nếu cuộc chuyển dạ tiến triển bất thường thì phẫu thuật lấy thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SUY THAI CẤP

1. Các dấu hiệu của thai suy.

1.1. Nhịp tim thai.

- Nhịp tim thai không đều, hoặc nhanh trên 160 lần/phút hoặc chậm dưới 120 lần/phút (đếm bằng ống nghe tim thai, đếm cả 1 phút, đếm trước và ngay sau cơn co tử cung) khi nghe tim thai ở các lần khác nhau.
- Xuất hiện nhịp tim thai bất thường trên monitor sản khoa: nhịp phẳng, DIP I, DIP II, DIP biến đổi (xem bài "*Theo dõi cơn co tử cung*").

1.2. Nước ối.

- Có lẫn phân su (khi vỡ ối thấy màu nước ối xanh hoặc vàng bẩn, cặn phân su).
- Thiểu ối (trên siêu âm hoặc khi bấm ối)

1.3. Định lượng pH máu thai nhi:

- Nếu pH dưới 7,25: suy thai nặng

2. Xử trí.

2.1. Tuyến xã.

Khi thấy suy thai cấp và cơn co mau thì cho thuốc giảm co tử cung, thở oxy qua sonde mũi, giải thích cho gia đình và chuyển tuyến ngay đến cơ sở phẫu thuật gần nhất.

2.2. Tuyến huyện trở lên (có khả năng phẫu thuật).

- Hồi sức thai:
  + Cho thở oxygen 6 lít/phút.
  + Nằm nghiêng trái.
  + Giảm cơn co nếu có chỉ định.
  + Nếu đang truyền oxytocin thì ngừng truyền.
  + Khám đánh giá lại toàn trạng mẹ và thai nhi, tìm và phát hiện nguyên nhân gây suy thai.

Chú ý: Không dùng salbutamol nếu có chảy máu âm đạo.

- Đánh giá lại tình trạng thai nhi, nếu tình trạng suy thai không cải thiện:
  + Đủ điều kiện thì lấy thai bằng forceps.
  + Không đủ điều kiện thì phẫu thuật lấy thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SỬ DỤNG OXYTOCIN

Thuốc oxytocin là thuốc gây co cơ tử cung cả về tần số và cường độ.

1. Chỉ định.

- Xử trí tích cực giai đoạn ba trong chuyển dạ, sau khi sổ thai để đề phòng chảy máu sau đẻ.
- Điều trị chảy máu sau đẻ.
- Sử dụng oxytocin để gây cơn co tử cung trong trường hợp gây chuyển dạ hoặc đã chuyển dạ nhưng cơn co thưa, yếu. Chỉ định này áp dụng ở nơi có phẫu thuật với chỉ định rõ ràng của bác sĩ.

2. Chống chỉ định.

- Bất tương xứng đầu-chậu.
- Ngôi không có chỉ định đẻ đường âm đạo.
- Rau tiền đạo.
- Rau bong non.
- Suy thai cấp và mạn tính.
- Không có phòng phẫu thuật, bác sĩ và phương tiện phẫu thuật.

3. Cách dùng.

- Để xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ (xem bài *"Đỡ đẻ thường ngôi chỏm"*).
- Để phòng và điều trị băng huyết do đờ tử cung (xem bài *"Chảy máu sau đẻ"*).
- Trong trường hợp chuyển dạ nếu cơn co tử cung thưa và yếu hoặc do ối vỡ sớm mà cơn co không đủ cho cuộc chuyển dạ tích cực,cách thực hiện như sau:
  + Dung dịch glucose 5% x 500ml pha với oxytocin 5đv (1 ống), nhỏ giọt tĩnh mạch với tốc độ sau:
    - Ban đầu là 5 giọt/phút, sau đó theo dõi cơn co tử cung (cường độ, khoảng cách các cơn co) mà điều chỉnh tốc độ giọt hợp lý (10, 20, 30, 40 giọt) sao cho đạt được 3 cơn co trong 10 phút. Nếu cơn co tử cung quá mạnh (có trên 5 cơn co trong 10 phút và mỗi cơn co kéo dài trên 1 phút), ngừng truyền oxytocin và xin chỉ định của bác sĩ trước khi bắt đầu giảm liều.
    - Bơm tiêm điện có điều khiển tốc độ truyền là cách sử dụng tốt nhất.
  + Theo dõi:
    - Bác sĩ phải trực tiếp chăm sóc sản phụ liên tục không được rời xa để theo dõi toàn trạng và cơn co tử cung.
    - Phải ghi trên biểu đồ chuyển dạ. Chỉ tăng thêm oxytocin nếu chuyển dạ tiến triển chậm.
    - Khám ngoài: cứ 15 phút/lần đều đặn theo dõi cơn co tử cung, nhịp tim thai, độ lọt của ngôi.
    - Nếu có dấu hiệu suy thai phải ngừng truyền oxytocin. Sau khi ngừng truyền oxytocin 15 phút không có kết quả, phải phẫu thuật lấy thai ngay hoặc forceps nếu đủ điều kiện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN

- Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn xảy ra ở sản phụ sau đẻ xuất phát từ đường sinh dục (âm đạo, cổ tử cung, tử cung) trong 6 tuần đầu sau đẻ.
- Một số vi khuẩn gây bệnh thường gặp: tụ cầu, liên cầu, E. coli, các vi khuẩn kỵ khí như Clostridium, Bacteroides…
- Đường lan truyền: từ âm đạo qua cổ tử cung, qua vòi tử cung vào phúc mạc. Vi khuẩn có thể qua diện rau bám vào máu gây nhiễm khuẩn máu.
- Yếu tố thuận lợi: dinh dưỡng kém, thiếu máu, nhiễm độc thai nghén, ối vỡ non, ối vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài, bế sản dịch, các thủ thuật như bóc rau, kiểm soát tử cung...

Các hình thái nhiễm khuẩn hậu sản chính bao gồm:

1. Nhiễm khuẩn tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo

1.1. Nguyên nhân: vết khâu tầng sinh môn không vô trùng, khâu phục hồi tầng sinh môn không đúng kỹ thuật hoặc không khâu, sót gạc trong âm đạo.

1.2. Triệu chứng

- Sốt không cao.
- Tại chỗ vết thương: Sưng, đỏ, đau, mưng mủ.
- Sản dịch không hôi.

1.3. Điều trị

Chăm sóc tại chỗ: rửa bằng thuốc sát khuẩn; cắt chỉ khi có mưng mủ, đóng khố vệ sinh, gạc vô khuẩn.

2. Viêm niêm mạc tử cung

2.1. Nguyên nhân: sót rau, sót màng, nhiễm khuẩn ối, thủ thuật kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo không vô khuẩn.

2.2. Triệu chứng

- Sốt 38-38,5^{o}C (sau đẻ vài ba ngày), mệt mỏi, khó chịu.
- Sản dịch ra nhiều, hôi, lẫn máu mủ...
- Cổ tử cung hé mở, tử cung co hồi chậm, ấn tử cung đau.
- Cấy sản dịch tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.
- Hình thái nặng hơn của viêm niêm mạc tử cung là viêm tử cung toàn bộ. Quá trình viêm lan tới lớp cơ tử cung, có những ổ áp xe nhỏ. Các triệu chứng lâm sàng nặng nề hơn viêm niêm mạc tử cung, dễ gây viêm phúc mạc hoặc nhiễm khuẩn máu.

2.3. Điều trị

- Dùng kháng sinh toàn thân: Ampixilin, Gentamixin.
- Thuốc tăng co tử cung: Oxytocin, Ergometrine.
- Nếu sót rau phải đợi nhiệt độ giảm hoặc hết sốt mới nong nạo buồng tử cung.
- Nếu viêm tử cung toàn bộ phải cắt tử cung toàn phần và cấy máu để phát hiện sớm nhiễm khuẩn máu.

3. Viêm tử cung và viêm quanh tử cung

3.1. Triệu chứng

- Sốt sau đẻ 8-10 ngày.
- Nắn tiểu khung thấy một khối mềm, đau, bờ không rõ, di động hạn chế.
- Sản dịch ra nhiều, hôi, cổ tử cung chậm đóng; tử cung co hồi chậm.
- Tiến triển: có thể khỏi nếu điều trị tích cực hoặc trở thành viêm phúc mạc tiểu khung.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. Điều trị

- Nằm nghỉ.
- Chườm đá và kháng sinh.
- Nếu tạo thành túi mủ thì chọc dẫn lưu qua túi cùng âm đạo.
- Nếu không đáp ứng phải cắt tử cung và kháng sinh truyền liều cao

4. Viêm phúc mạc tiểu khung

Quá trình viêm không khu trú ở niêm mạc tử cung mà phát triển vào tiểu khung và hình thành các giả mạc ở các tạng trong tiểu khung và gây dính với nhau. Phản ứng của phúc mạc sẽ sinh ra các túi dịch lẫn máu và mủ.

4.1. Triệu chứng

- Rầm rộ hơn viêm niêm mạc tử cung. Trung bình từ 7-15 ngày.
- Nhiệt độ tăng dần 39-40^{o}C, rét run, mệt mỏi, lưỡi bẩn.
- Có phản ứng thành bụng ở tiểu khung, bụng chướng nhẹ, phần trên của tiểu khung, bụng mềm.
- Thăm âm đạo: cổ tử cung bé, tử cung to, di động đau.
- Các túi cùng âm đạo: nề, đau.
- Thăm âm đạo kết hợp với nắn bụng: vùng tiểu khung có khối rắn, không di động, đau.
- Xét nghiệm bạch cầu tăng, cấy sản dịch để tìm vi khuẩn gây bệnh.

4.2. Tiến triển:

- Có thể khỏi nếu điều trị tích cực nhưng cũng có thể phát triển thành viêm phúc mạc toàn bộ.

4.3. Điều trị

- Nghỉ, chườm đá, kháng sinh liều cao.
- Nếu áp xe Douglas thì trích và dẫn lưu qua túi cùng âm đạo.
- Nếu không đáp ứng phải cắt tử cung và kháng sinh truyền liều cao

5. Viêm phúc mạc toàn bộ

5.1. Nguyên nhân

- Sau mổ lấy thai không vô khuẩn.
- Sau viêm niêm mạc tử cung, viêm tử cung toàn bộ không được điều trị tốt.
- Sau các thủ thuật bóc rau, kiểm soát tử cung.
- Có thể vi khuẩn lan tràn từ ứ mủ vòi trứng gây viêm phúc mạc.

5.2. Triệu chứng

- Sau đẻ 7-10 ngày, hoặc sau mổ đẻ 3-4 ngày.
- Triệu chứng toàn thân: môi khô, lưỡi bẩn, mắt trũng, dấu hiệu nhiễm độc, nhiễm trùng.
- Đại tiện có khi phân lỏng, khắm.
- Bụng có phản ứng thành bụng hoặc cảm ứng phúc mạc (nhiều khi không rõ)
- X quang bụng không chuẩn bị: bụng có các quai ruột giãn, có mức nước, mức hơi.
- Điện giải đồ: Các thành phần Ca++, Cl- giảm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với viêm phúc mạc tiểu khung, liệt ruột cơ năng.

5.3. Điều trị

- Kháng sinh toàn thân.
- Bồi phụ nước, điện giải.
- Cắt tử cung bán phần.
- Rửa và dẫn lưu ổ bụng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6. Nhiễm khuẩn huyết

Là hình thái nặng nhất của nhiễm khuẩn hậu sản.

6.1. Triệu chứng

- Toàn thân: Sốt cao liên tục, nhiệt độ dao động, kèm theo sốt cao có rét run, toàn thân mệt mỏi, dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc: môi khô, lưỡi bẩn, khó thở, da vàng, nước tiểu sẫm màu.
- Nghe phổi: có thể có ran.
- Có thể thấy các biểu hiện của các ổ nhiễm khuẩn thứ phát: áp xe cơ, áp xe gan, áp xe não.
- Sản khoa: cổ tử cung hé mở, tử cung to, co hồi chậm; ấn tử cung đau; sản dịch hôi, bẩn lẫn máu mủ.
- Cấy máu, cấy sản dịch: nếu dương tính là chắc chắn, nếu âm tính cũng không loại trừ, chủ yếu vẫn dựa vào lâm sàng.
- Các xét nghiệm khác: hồng cầu giảm, bạch cầu tăng, chủ yếu là tăng bạch cầu đa nhân trung tính, Hematocrit giảm.
- Biến chứng: có thể suy thận cơ năng, viêm thận kẽ, áp xe phổi, viêm nội tâm mạc, áp xe não, viêm màng não...
- Tiên lượng: tuỳ thuộc vào ổ nhiễm khuẩn thứ phát và việc điều trị có đúng và kịp thời hay không.

6.2. Điều trị

- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ. Khi chưa có kháng sinh đồ, nên dùng loại kháng sinh phổ rộng: nhóm cephalosporin; metronidazol, quinolon...
- Kết hợp truyền máu, trợ tim...
- Khi nhiệt độ trở lại bình thường hoặc giảm xuống: cắt tử cung bán phần để loại trừ ổ nhiễm khuẩn tiên phát.

7. Viêm tắc tĩnh mạch

7.1. Nguyên nhân: hay gặp ở người con rạ, chuyển dạ kéo dài, lưu thông mạch máu (hệ tĩnh mạch) bị cản trở, tăng sinh sợi huyết.

7.2. Triệu chứng

- Xuất hiện muộn sau đẻ 12-15 ngày.
- Sốt nhẹ, rét run, mạch nhanh.
- Nếu viêm tắc tĩnh mạch chi dưới thì chân phù, màu trắng, ấn đau, gót chân không nhấc được khỏi giường.
- Nếu điều trị không kịp thời, có thể gây viêm tắc động mạch phổi, thận và có thể tử vong.

7.3. Điều trị

- Xét nghiệm: máu chảy, máu đông, tiểu cầu, thời gian Quick và tỷ lệ Prothrombin để theo dõi tiến triển bệnh và đáp ứng điều trị.
- Bất động chi bị viêm tắc tĩnh mạch ít nhất 3 tuần sau khi hết sốt.
- Kháng sinh toàn thân kết hợp corticoid sau vài ngày dùng kháng sinh
- Thuốc chống đông: Heparin 25.000 UI/kg cân nặng/24 giờ tiêm tĩnh mạch hoặc nhỏ giọt tĩnh mạch hoặc Dicoumarol 2-10 mg/24 giờ (kháng vitamin K, tác dụng chậm). Theo dõi kết quả điều trị bằng xét nghiệm thời gian Howell, Quick.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Phòng các bệnh nhiễm khuẩn hậu sản

- Điều trị các ổ viêm trong khi có thai: viêm đường tiết niệu, sinh dục...
- Đề phòng nhiễm khuẩn ối và chuyển dạ kéo dài.
- Cuộc đẻ: không để sót rau, tuân thủ đúng các chỉ định kiểm soát tử cung, chế độ vô khuẩn, vệ sinh
- Sau đẻ: tránh bế sản dịch, vệ sinh, chăm sóc tầng sinh môn đúng quy trình.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHÁT HIỆN CÁC DẤU HIỆU NGUY HIỂM, XỬ TRÍ VÀ CHUYỂN TUYẾN CÁC CẤP CỨU SẢN KHOA

Chuyển tuyến các cấp cứu sản khoa là công việc phải thực hiện của các tuyến cơ sở (xã và huyện) và cũng còn là việc của tuyến trên khi cần chi viện, chuyên chở người bệnh từ các tuyến dưới về bệnh viện.

Các tình huống cấp cứu sản khoa có thể gặp trước, trong và sau sinh gồm:

- Sốc sản khoa,
- Khó thở, suy hô hấp
- Trụy tim mạch, suy tim
- Chảy máu âm đạo
- Co giật
- Hôn mê
- Sốt cao
- Đau bụng dữ dội

Việc đánh giá nhanh, phân loại và chẩn đoán hợp lý nguyên nhân của các cấp cứu trên là quan trọng nhất giúp có phương án xử trí hợp lý và kịp thời, góp phần cứu sống sản phụ.

1. Sốc sản khoa

1.1. Xác định sốc:

- Xanh tái, mệt mỏi, vã mồ hôi ở môi, trán, có vẻ thờ ơ, chân tay lạnh, đôi khi có vật vã giãy giụa (co rút cơ do thiếu oxy tổ chức).
- Thở nhanh, nông (hổn hển).
- Mạch nhanh, nhỏ, khó bắt hoặc không có mạch quay nếu mất máu nặng (từ 1000ml trở lên).
- Huyết áp hạ thấp, có khi không đo được (nếu mất máu nặng hoặc sang chấn nặng, hoặc sốc về thần kinh và tinh thần nặng nề...).

Đây là những dấu hiệu lâm sàng ở tuyến nào cũng có thể thấy và cần có thái độ xử trí kịp thời, tích cực, đúng kỹ thuật.

1.2. Xác định nguyên nhân ban đầu

- Do mất máu nhiều trong: chấn thương gây chảy máu (rách phần mềm âm hộ âm đạo, rách cổ tử cung, vỡ tử cung, thủng tử cung chảy máu và thường kèm theo đau đớn làm tình trạng sốc trầm trọng thêm), rau tiền đạo, rau bong non, rau bong dở dang, rau cài răng lược, đờ tử cung sau đẻ, sau phá thai, nhất là thai lưu.
- Do nhiễm trùng, nhiễm độc (độc tố của vi trùng gây ra): viêm nhiễm đường sinh dục, nhiễm trùng ối (trong đó đặc biệt nguy hiểm là trường hợp sốc do vi khuẩn gram(-) gây rối loạn chuyển hoá và giảm khả năng sử dụng oxy của tế bào).
- Bị đau đớn nhiều: Do sang chấn đẻ khó, can thiệp thủ thuật không được gây tê, gây mê và hồi sức hỗ trợ đầy đủ. Có biểu hiện tâm thần không bình thường.

1.3. Xử trí ban đầu: tùy theo nhóm nguyên nhân

Sốc mất máu

- Bồi phụ đủ thể tích máu đã mất (hoặc dịch thay thế máu).
- Cung cấp oxy cho tế bào.
- Tuyến dưới trước khi chuyển đi: loại bỏ hoặc hạn chế tối đa nguyên nhân chảy máu

Sốc nhiễm trùng

- Cải thiện rối loạn huyết động học bằng truyền các dung dịch để hồi phục thể tích máu (kể cả máu nếu có thiếu máu nặng thể hiện ở số lượng hồng cầu, huyết sắc tố thấp...).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Cung cấp đầy đủ oxy.
- Cải thiện những rối loạn chức năng của tim, gan, thận, hô hấp.
- Loại trừ tác nhân vi khuẩn gây bệnh.

2. Khó thở, suy hô hấp

2.1. Xác định suy hô hấp

- Tím tái.
- Khó thở.
- Bệnh cảnh thường gặp: thiếu máu nặng, suy tim, hen, viêm phổi, phù phổi cấp.

2.2. Xác định nguyên nhân suy hô hấp

- Theo cách xuất hiện: đột ngột (dị vật, nang, tràn khí màng phổi); nhanh (phù phổi cấp, hen phế quản, viêm phổi...); từ từ (u phổi, tràn dịch màng phổi, suy tim mất bù...)
- Đau ngực: tràn khí màng phổi, nhồi máu phổi, viêm màng phổi, nhồi máu cơ tim
- Sốt (nhiễm trùng): viêm phổi, viêm phế quản...

2.3. Thăm khám: cần khám kỹ về hô hấp (ran ẩm, ran rít, hội chứng 3 giảm), tim mạch (dấu hiệu suy tim), thần kinh (ý thức, triệu chứng liệt cơ hô hấp...)

2.4. Xử trí suy hô hấp ban đầu:

- Nguyên tắc xử trí cấp cứu: phát hiện ngay tình trạng suy hô hấp nguy kịch để can thiệp thủ thuật theo trình tự của dây truyền cấp cứu ABCD, dùng thuốc điều trị, theo dõi và kiểm soát tốt chức năng sống của bệnh nhân
- Khai thông đường thở:
  + Cổ ưỡn (dẫn lưu tư thế).
  + Canule Grudel hoặc Mayo chống tụt lưỡi.
  + Hút đờm dãi, hút rửa phế quản.
  + Tư thế nằm nghiêng an toàn nếu có nguy cơ sặc.
  + Nghiệm pháp Heimlich nếu có dị vật đường thở.
  + Đặt nội khí quản (hoặc mở khí quản) để khai thông đường thở.
- Kiểm soát thông khí: các trường hợp cần hỗ trợ thông khí bao gồm
  + Giảm thông khí:
    - Toan hô hấp với pH < 7,25.
    - Có nguy cơ giảm thông khí hoặc giảm thông khí sẽ tiến triển nặng thêm: PaCO2 tăng dần; thở nhanh và có cảm giác thiếu khí; liệt hoặc mệt cơ hoành (thở bụng nghịch thường, dung tích sống < 15ml/kg, áp lực hít vào tối đa ≥-30 cmH_2O).
  + Thiếu oxy máu nặng, kém đáp ứng với thở oxy.
- Chỉ định đặt nội khí quản:
  + Tắc nghẽn đường hô hấp trên.
  + Mất phản xạ bảo vệ đường thở.
  + Khả năng khạc đờm giảm nhiều hoặc mất.
  + Thiếu oxy máu nặng không đáp ứng thở oxy.
  + Cần thông khí nhân tạo xâm nhập.

3. Trụy tim mạch, suy tim

3.1. Xác định trụy tim mạch, suy tim:

- Da lạnh, ẩm ướt.
- Mạch nhanh, nhỏ.
- Huyết áp tụt thấp hay tăng cao.
- Bệnh cảnh thường gặp: sốc (chảy máu, nhiễm khuẩn), tăng huyết áp, tiền sản giật nặng...

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. Xác định nguyên nhân

- Hai nguyên nhân thường gặp: trụy tim mạch toàn thân do mất một lượng máu lớn gây rối loạn hệ thống tuần hoàn; suy do từng bộ phận riêng biệt-tắc mạch do cục máu đông.
- Trụy mạch do tim: trụy mạch ảnh hưởng đến các mạch máu của tim và thường gây tử vong-gọi là suy tuần hoàn "cấp".
- Trụy mạch ngoại vi: ảnh hưởng tới các động-tĩnh mạch gây hoại tử, suy cơ quan hay những biến chứng nặng khác. Còn gọi là sốc hay suy tuần hoàn ngoại vi.
- Các nguyên nhân hay gặp:
  + Mất máu cấp.
  + Huyết khối do rối loạn tăng đông.
  + Sốt xuất huyết.
  + Sốc.
  + Bệnh tim.
  + Thuốc ảnh hưởng tới huyết áp.
  + Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên *(Superior mesenteric artery syndrome).*

3.3. Xử trí ban đầu

- Đánh giá sản phụ có hay không:
  + A (Airways): có đường thở thông.
  + B (Breathing): có thông khí phế nang thích đáng.
  + C (Circulation): có tuần hoàn não tối thiểu để bảo đảm oxy máu đủ và vận tải oxy và glucose lên não.
- Vì vậy thứ tự các chức năng sống cần được ưu tiên đánh giá khi tiếp nhận một bệnh nhân cấp cứu là:
  (1) Chức năng hô hấp.
  (2) Chức năng tuần hoàn.
  (3) Chức năng thần kinh.
  (4) Cân bằng nước-điện giải, toan-kiềm.
  (5) Chức năng cầm máu, đông máu.
- Hội chẩn, phối hợp các chuyên khoa nếu loại trừ các nguyên nhân sản khoa.

4. Chảy máu âm đạo

4.1. Xác định chảy máu âm đạo:

- Chảy máu từ âm hộ, âm đạo và tử cung.
- Tình trạng tử cung.
- Các vết rách, máu tụ.
- Tình trạng bàng quang.

4.2. Xác định nguyên nhân

Bệnh cảnh thường gặp:

- Sẩy thai, thai trứng, thai ngoài tử cung.
- Rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung.
- Đờ tử cung, rách (chấn thương) đường sinh dục, máu tụ đường sinh dục.
- Sót rau, lộn tử cung, rối loạn đông máu.

4.3. Xử trí ban đầu

- Hồi sức chống sốc do giảm thể tích máu.
- Xử trí theo nguyên nhân (theo từng bài tương ứng trong tài liệu).
- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Hôn mê và co giật

5.1. Xác định co giật:

- Tiền triệu: thường là lo âu, sợ, một mùi hay vị kỳ quặc, hay một vài hiện tượng vận động nhỏ (như giật cơ) trước lúc xảy ra co giật.
- Đau đầu.
- Thay đổi ý thức (từ lú lẫn đến không đáp ứng).
- Hành động vô thức: bặm môi, nhai, đi không mục đích.
- Co thắt cơ, tăng trương lực gây nghiến răng và cứng trong tư thế duỗi (giai đoạn tăng trương lực) theo sau là giật cơ theo nhịp (giai đoạn co giật).
- Mất kiểm soát tư thế, cắn lưỡi, tiểu không tự chủ.
- Các triệu chứng thần kinh thực vật như nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, giãn đồng tử.
- Sau cơn co giật: giai đoạn lú lẫn hay không đáp ứng, kéo dài từ vài phút đến vài giờ.

5.2. Xác định nguyên nhân

- Bệnh cảnh thường gặp: sản giật, sốt rét, động kinh, uốn ván, viêm não-màng não.

5.3. Xử trí ban đầu

- Sản giật: điều trị chống co giật với Magnesium sulfate và an thần (xem bài Tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật).
- Các nguyên nhân khác: Hội chẩn xác định bệnh rồi chuyển điều trị ở khoa thích hợp.
- Tuyến xã có thể tiêm bắp 10mg diazepam rồi chuyển tuyến.

6. Sốt cao

6.1. Xác định sốt cao:

- Sốt là hiện tượng nhiệt độ cơ thể cao (> 37,8°C ở miệng hoặc > 38,2°C ở trực tràng) hoặc là sự tăng cao hơn nhiệt độ cơ thể bình thường.
- Sốt cao là sốt ≥ 40°C.

6.2. Xác định nguyên nhân

- Bệnh cảnh thường gặp: sẩy thai nhiễm khuẩn, sót rau, nhiễm khuẩn ối, nhiễm khuẩn hậu sản, các nhiễm khuẩn toàn thân khác: viêm não-màng não, thương hàn, viêm phổi, sốt rét, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn vú.
- Các nguyên nhân khác của sốt: ỉa chảy, viêm gan, nhiễm Rickettsia, tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, viêm họng.

6.3. Xử trí ban đầu

- Xử trí theo nguyên nhân (theo bài nhiễm khuẩn hậu sản).
- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép.

7. Đau bụng dữ dội

7.1. Xác định nguyên nhân

- Bệnh cảnh thường gặp: thai ngoài tử cung vỡ, dọa sẩy và sẩy, dọa vỡ tử cung, chuyển dạ đẻ, nhiễm khuẩn ối, rau bong non, u buồng trứng xoắn. Cần phân biệt với viêm ruột thừa, sỏi tiết niệu, viêm thận-bể thận, các bệnh ngoại khoa khác ở bụng.

7.2. Xử trí ban đầu

- Xử trí theo nguyên nhân (theo từng bài tương ứng trong tài liệu)
- Chuyển tuyến khi vượt khả năng chuyên môn cho phép

Những lưu ý để chuyển tuyến an toàn:

Nhân lực

- Mọi cơ sở y tế phải có người thường trực cấp cứu liên tục.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Phân công cụ thể người trực thường trú tại nhà để có thể gọi chi viện vào giờ nghỉ, ban đêm.
- Tại xã, nên lập đội cấp cứu dựa vào cộng đồng.
- Khi chuyển tuyến có nhân viên y tế hộ tống với túi thuốc cấp cứu, bình hoặc bóng oxygen, dụng cụ đỡ đẻ sạch đi kèm.

Phương tiện vận chuyển

- Mỗi cơ sở y tế phải luôn có sẵn túi cấp cứu và các phương tiện vận chuyển.
- Tại xã, hợp đồng cụ thể với những người lái xe ôm, chủ xe ô tô, chủ thuyền bè ở gần cơ sở y tế để có thể huy động bất cứ lúc nào cần chuyển người bệnh cấp cứu.
- Xe ô tô cấp cứu của bệnh viện huyện và tỉnh luôn ở tư thế sẵn sàng cấp cứu. Không được dùng xe cấp cứu vào việc khác. Lái xe có chế độ trực liên tục như nhân viên y tế.

Phương tiện thông tin liên lạc

Tất cả các cơ sở y tế từ xã trở lên cần có điện thoại và danh bạ của cơ sở y tế tuyến trên để liên lạc xin chi viện, xin ý kiến chỉ đạo điều trị.

Chăm sóc người bệnh khi vận chuyển

- Giữ ấm người bệnh.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp:
  + Nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler) cho các ca khó thở, bệnh tim.
  + Đầu thấp, chân cao, nghiêng một bên cho các ca có sốc (nếu thai nhi còn trong bụng mẹ thì nên cho nằm nghiêng trái).
  + Đầu thấp, kê cao mông (tư thế đầu gối-ngực) cho những trường hợp sa dây rốn.
  + Nếu sản phụ bị băng huyết do đờ tử cung, còn ra máu thì người hộ tống ngồi bên cạnh liên tục xoa bóp tử cung; khi cần, ép tử cung bằng hai tay qua thành bụng, hoặc buộc chặt bụng dưới bằng một băng vải thun.
- Khi cần thiết vẫn phải tiếp tục truyền dịch, cho thở oxygen, tiêm thuốc hồi sức, thuốc co tử cung... trên đường di chuyển.

Hồ sơ người bệnh mang theo khi chuyển tuyến

Cần ghi các thông tin tối thiểu sau đây:

- Tên, tuổi, địa chỉ.
- Lý do chuyển tuyến.
- Tiền sử sản khoa.
- Thời gian đến cơ sở cấp cứu đầu tiên.
- Tình trạng ban đầu của người bệnh: các triệu chứng chủ yếu nổi bật nhất khi đến cơ sở cấp cứu.
- Các biện pháp đã xử trí và thuốc đã dùng trước khi chuyển tuyến và trong khi vận chuyển.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Đái tháo đường thai kỳ là tình trạng rối loạn dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được phát hiện lần đầu tiên trong lúc mang thai, thuật ngữ này được áp dụng cho cả những thai phụ chỉ cần điều chỉnh chế độ ăn mà không cần dùng insulin.

1. Các yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường thai kỳ

- Thừa cân, béo phì.
- Tiền sử gia đình: có người bị đái tháo đường, đặc biệt là người đái tháo đường thế hệ thứ nhất.
- Tiền sử đẻ con ≥ 4000g.
- Tiền sử bất thường về dung nạp glucose, glucose niệu dương tính.
- Tuổi càng cao thì nguy cơ càng tăng, ≥ 35 tuổi là yếu tố nguy cơ cao của đái tháo đường thai kỳ.
- Tiền sử sản khoa bất thường: thai chết lưu, sẩy thai liên tiếp không rõ nguyên nhân.

2. Hậu quả của đái tháo đường thai kỳ

- Nguy cơ đối với mẹ:
  + Trong thời gian mang thai: có thể gây biến chứng tiền sản giật, sản giật, nhiễm khuẩn tiết niệu, đẻ non, đa ối.
  + Trong cuộc đẻ: có nguy cơ đẻ khó do thai to toàn bộ hoặc từng phần, tỷ lệ mổ đẻ cao
  + Sau đẻ: có nguy cơ chảy máu sau đẻ, nhiễm khuẩn sau đẻ.
- Nguy cơ đối với thai và trẻ sơ sinh:
  + Thai to gây đẻ khó và tăng nguy cơ sang chấn, tổn thương sau đẻ như liệt đám rối thần kinh cánh tay, gãy xương đòn, tăng nguy cơ phải mổ đẻ.
  + Dị tật bẩm sinh, chậm phát triển trong tử cung, phì đại cơ tim...
  + Hạ glucose máu sơ sinh, hạ calci máu sơ sinh, đa hồng cầu, tăng bilirubin máu, hội chứng suy hô hấp cấp chu sinh, nhiễm khuẩn sơ sinh, tăng tỷ lệ tử vong chu sinh.

3. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ

- Sàng lọc:
  + Đối với người có nguy cơ thấp: Thai 24 tuần cần làm xét nghiệm tăng đường huyết (XNTĐH). Nếu XNTĐH dương tính cần khám chuyên ngành nội khoa kết hợp với thăm khám thai định kỳ
  + Đối với người có nguy cơ cao (bố hoặc mẹ có bệnh tiểu đường, thai phụ béo phì…): trong 3 tháng đầu cần xét nghiệm đường huyết, HbA1C và làm nghiệm pháp tăng đường huyết. Xét nghiệm lại lần 2 khi thai 24 tuần (hoặc 3 tháng giữa) và lần 3 vào 3 tháng cuối của thai kỳ. Nếu XNTĐH dương tinh cần khám chuyên ngành nội khoa kết hợp với thăm khám thai định kỳ
- Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ:

Theo hướng dẫn mới của ADA (2011) và tiêu chuẩn của nhóm nghiên cứu Hiệp hội Đái tháo đường và thai nghén quốc tế IADPSG, chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ khi có 1 trong 3 giá trị đường huyết bằng hoặc vượt ngưỡng sau đây:

Thời điểm	Giá trị đường huyết: mmol/l (mg/dl)
Lúc đói	5,1 (92)
1 giờ	10,0 (180)
2 giờ	8,5 (153)

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Điều trị đái tháo đường thai kỳ

4.1. Tuyến xã: chuyển tuyến trên

4.2. Tuyến huyện trở lên:

- Kết hợp điều trị giữa bác sĩ nội khoa và sản khoa trong thời gian mang thai.
- Kiểm soát nồng độ đường huyết bằng chế độ ăn hoặc bằng thuốc insulin nhằm giảm các biến chứng cho mẹ và thai.
- Có thể theo dõi chuyển dạ tự nhiên, chỉ định mổ khi thai to hoặc suy thai.
- Trong cuộc chuyển dạ: cần kiểm soát chặt chẽ glucose máu mẹ trong suốt cuộc đẻ (tốt nhất dao động từ 3.3-5.6 mmol/l).
- Trong cuộc đẻ, theo dõi tim thai để phát hiện và xử trí kịp thời suy thai. Việc dùng insulin phải cân nhắc thận trọng vì sau khi lấy hết bánh rau, mất hiện tượng kháng insulin có thể gây hạ glucose máu. Theo dõi chặt chẽ nồng độ đường máu để điều chỉnh thuốc cho phù hợp.
- Theo dõi chặt chẽ trẻ sơ sinh 3 ngày đầu sau đẻ để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BỆNH BASEDOW VÀ THAI NGHÉN

1. Đại cương

Khoảng 1-2% số phụ nữ có thai biểu hiện rối loạn chức năng tuyến giáp, do 2 nguyên nhân:

- Thiếu iodine do thai nghén.
- Sự thay đổi về miễn dịch do thai nghén dẫn đến rối loạn chức năng của tuyến giáp.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

- Thai phụ có tiền sử gia đình, tiền sử hoặc hiện tại thai phụ có bướu giáp.
- Biểu hiện lâm sàng:
  + Mắt lồi.
  + Tim nhanh >100 lần /phút.
  + Run tay.
  + Giảm cân (hoặc không tăng cân) và nôn nặng kéo dài.
  + Tuyến giáp to tùy giai đoạn bệnh.

2.2. Cận lâm sàng

- Nồng độ TSH có thể thấp vào giai đoạn đầu của thai kỳ.
- Định lượng T4 tự do: nồng độ T4 tăng nhiều trong trường hợp cường giáp.
- Trong trường hợp không tương thích cần bổ sung xét nghiệm T3 tự do.
- Xét nghiệm về tim mạch: điện tâm đồ, siêu âm tim…
- Chụp tuyến giáp (lưu ý có thai) và siêu âm tuyến giáp.
- Lấy máu thai nhi có thể được chỉ định trong những trường hợp nghi ngờ có rối loạn chức năng tuyến giáp vào tuổi thai 25-27 tuần.

3. Tiến triển

- Quản lý thai nghén tốt kết hợp với theo dõi chặt chẽ, điều trị đúng có thể kiểm soát được tiến triển bệnh.
- Nhìn chung bệnh Basedow có xu thế được cải thiện tốt dần trong quá trình có thai vào giai đoạn sau 20 tuần do sự ổn định về miễn dịch.
- Trong một số trường hợp, các biến chứng của mẹ và của thai có thể nặng, đặc biệt là nửa sau của thai kỳ.

4. Biến chứng

- Các biến chứng về phía mẹ:
  + Có thể gặp suy tim, cơn cường giáp khi chuyển dạ.
  + Tiền sản giật.
  + Thiếu máu hay nhiễm trùng.
- Ảnh hưởng đến thai và trẻ sơ sinh:
  + Thai chết lưu, chết ở trẻ sơ sinh.
  + Thai chậm phát triển, đẻ non.
  + Bất thường của xương như hẹp sọ, một số dị dạng khác như thai vô sọ, khe hở môi, màn hầu, không có hậu môn, suy tim.
  + Cường giáp thai nhi.
  + Bướu giáp ở trẻ sơ sinh, suy giáp bẩm sinh, cường giáp ở trẻ sơ sinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Điều trị

5.1. Tuyến xã hoặc huyện chưa có đủ điều kiện: chuyển tuyến trên.

5.2. Tuyến huyện trở lên:

- Sử dụng các thuốc kháng giáp tổng hợp ở liều tối thiểu để đạt được mức độ bình giáp.
- Sử dụng các chế phẩm của Theo-Uracil (PTU, Basdène) vì khả năng qua rau thai thấp và nguy cơ gây ra bất thường thai cũng rất thấp.
- Cắt bỏ tuyến giáp thường không được chỉ định trong khi có thai.
- Việc sử dụng phương pháp điều trị bằng iodine phóng xạ là chống chỉ định tuyệt đối trong suốt thời gian có thai.
- ***Cường giáp ở thai nhi:***
  + Cường giáp thai nhi rất hiếm gặp với một tỷ lệ 1/4000-1/40000.
  + Có thể xét nghiệm máu thai nhi để phát hiện rối loạn chức năng tuyến giáp vào tuổi thai 25-27 tuần, tuy nhiên hết sức thận trọng vì làm tăng nguy cơ đẻ non.
  + Sử dụng những thuốc chống cường giáp có thể cải thiện một cách nhanh chóng tiến triển của cường giáp ở thai. Sử dụng PTU (propyl-theo-uracil) tốt hơn là methimazole.
- ***Cường giáp ở trẻ sơ sinh:***
  + Cường giáp ở trẻ sơ sinh gặp ở 1% trẻ mà người mẹ mang kháng thể.
  + Cường giáp trẻ sơ sinh được phát hiện thông qua dấu hiệu tăng động của trẻ sơ sinh, ăn nhiều nhưng tăng cân ít, nôn nhiều, ỉa chảy, sốt, tim nhịp nhanh, tăng tiết mồ hôi và ban đỏ. Bướu giáp chỉ có thể gặp ở một nửa số trường hợp suy tim ở trẻ sơ sinh. Do đó cần phải chẩn đoán và điều trị sớm tránh nguy sơ suy tim ở trẻ sơ sinh.
  + Điều trị một cách kinh điển là PTU 5-10mg/kg kết hợp với các thuốc Betabloquant.

6. Theo dõi

- Ở người mẹ: theo dõi nồng độ T4 trong suốt quá trình mang thai.
- Ở thai nhi cần theo dõi siêu âm để phát hiện bướu giáp của thai, theo dõi tiến triển của nó trong suốt quá trình điều trị người mẹ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SUY GIÁP VÀ THAI NGHÉN

Tuyến giáp là tuyến nội tiết quan trọng, điều tiết quá trình chuyển hóa của cơ thể. Khi mang thai, tuyến giáp tăng sự quy nạp iodine để bảo đảm mức độ bình thường của sản xuất hormon tuyến giáp, vì vậy ở những vùng lượng iodine trong thức ăn hằng ngày không đủ, tuyến giáp có thể to lên trong khi có thai. Có khoảng 1% phụ nữ mang thai bị thiểu năng tuyến giáp.

1. Nguyên nhân gây suy giáp trong thời kỳ mang thai và yếu tố nguy cơ

- Nguyên nhân phổ biến nhất là do viêm tuyến giáp mạn tính có tính chất tự miễn (bệnh Hashimoto). Bệnh có thể có từ trước khi mang thai hoặc cũng có thể xuất hiện lần đầu tiên khi có thai.
- Các nguyên nhân gây suy giáp khác có thể là do đã bị cắt tuyến giáp hoặc điều trị iodine phóng xạ (I 131) hoặc do đang điều trị Basedow bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp liều quá cao.
- Các trường hợp có tiền sử gia đình nhiều người bị bệnh tuyến giáp, người có bướu cổ to, người đã bị viêm tuyến giáp hoặc suy giáp trong lần có thai trước, thai phụ trong vùng bị thiếu iodine cần được theo dõi và thăm dò.

2. Ảnh hưởng của suy giáp đến thai phụ

- Nếu không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ thì người mẹ có thể bị tất cả các biến chứng cổ điển của suy giáp như: thiếu máu, đau yếu cơ, suy tim, chậm chạp, táo bón...
- Ngoài ra họ còn có nguy cơ bị các biến chứng liên quan đến sản khoa như tiền sản giật, đẻ con nhẹ cân và chảy máu sau đẻ…
- Những biến chứng này có xu hướng phổ biến ở các phụ nữ bị suy giáp nặng, còn đa số các trường hợp suy giáp nhẹ có thể không có triệu chứng gì.

3. Ảnh hưởng của bệnh suy giáp đến thai nhi

- Tuyến giáp của thai nhi chỉ được hình thành và bắt đầu hoạt động ở tuần thứ 10-12 của thai kỳ. Trong 12 tuần đầu thai nhi phụ thuộc hoàn toàn vào nguồn hormon tuyến giáp từ người mẹ. Nếu mẹ bị suy giáp thì con cũng sẽ bị suy giáp. Ngoài ra, thai nhi còn phụ thuộc vào lượng iodine do người mẹ cung cấp.
- Hormon tuyến giáp có vai trò cực kỳ quan trọng đối với sự phân chia, hình thành các cơ quan cũng như sự phát triển bộ não của trẻ. Nếu không được điều trị thích hợp thì dễ bị sảy thai, thai chết lưu và có khuyết tật bẩm sinh, kể cả chứng đần độn.
- Những đứa trẻ bị suy giáp bẩm sinh có thể có những bất thường trầm trọng cả về sự phát triển trí tuệ và thể chất nếu không phát hiện và điều trị kịp thời.

4. Điều trị

4.1. Tuyến xã hoặc huyện chưa có đủ điều kiện:chuyển tuyến trên

4.2. Tuyến huyện trở lên:

- Cần phối hợp bác sĩ nội khoa và sản khoa để theo dõi thai nghén và điều trị bệnh.
- Cách thức điều trị suy giáp ở những phụ nữ mang thai cũng giống như những người không mang thai, bằng cách bổ sung dạng hormon tuyến giáp tổng hợp.
- Tốt nhất và an toàn nhất là các phụ nữ có thai được điều chỉnh liều tối ưu, đạt bình giáp từ trước khi có thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Cần xét nghiệm chức năng tuyến giáp (FT4 và TSH) mỗi 4-6 tuần (mỗi lần khi đi khám thai). Nếu phải thay đổi liều Levothyroxin thì nên kiểm tra lại sau 4 tuần. Mục tiêu là đảm bảo nồng độ FT4 và TSH trong giới hạn bình thường.
- Với những người đã có suy giáp và đang điều trị bằng hormon tuyến giáp (Levothyroxin): cần làm xét nghiệm FT4 và TSH ngay khi biết có thai và hàng tháng trong suốt thời gian mang thai vì nhu cầu hormon tuyến giáp tăng lên trong thời kỳ mang thai, đòi hỏi phải tăng liều thuốc điều trị.
- Ngay sau khi đẻ, người bệnh nên quay trở lại liều như trước khi có thai. Các vitamin có chứa sắt dùng trước khi sinh có thể làm giảm sự hấp thu hormon tuyến giáp ở đường tiêu hoá. Vì thế 2 thuốc này nên được dùng cách nhau ít nhất 2-3 giờ.
- Nếu người chưa mắc bệnh tuyến giáp và xét nghiệm TSH lần đầu sau có thai là bình thường thì hầu như không cần kiểm tra lại tình trạng tuyến giáp.

5. Phòng bệnh

- Nguyên nhân gây suy giáp chưa được rõ, nhưng người ta biết rằng khi có thai sẽ tăng sự dung nạp iodine để bảo đảm mức độ bình thường của sản xuất hormon tuyến giáp. Ở nước ta, nhất là vùng núi, các thức ăn thường thiếu iodine nên bệnh bướu cổ khá phổ biến, vì vậy cách đề phòng tốt nhất là thực hiện tốt chương trình phòng chống bướu cổ của Bộ Y tế là dùng muối có iodine thay cho muối thường trong bữa ăn hằng ngày. Người mang thai cần lựa chọn những thực phẩm giàu iodine như các loại cá biển, trứng, sữa, rau có màu xanh đậm, quả chín có màu vàng...
- Từ tuổi vị thành niên, nếu phát hiện bướu cổ phải điều trị sớm dù là bướu cổ đơn thuần.
- Cần sàng lọc cho các bà mẹ ở trong 3 tháng đầu thai kỳ và tốt nhất là cho phụ nữ muốn có thai. Đặc biệt ở những phụ nữ có nguy cơ.
- Phụ nữ bị bệnh tuyến giáp nếu muốn có thai: tốt nhất là đợi đến khi điều trị ổn định bệnh. Trong khi đang điều trị bệnh, nếu có thai ngoài ý muốn mà muốn giữ thai, cần đi khám ngay chuyên khoa nội tiết để có được lời khuyên tốt nhất.
- Sàng lọc sơ sinh ngay sau sinh để phát hiện sớm các trường hợp mắc suy giáp bẩm sinh để có thể điều trị sớm cho trẻ, tránh các hậu quả lâu dài.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BỆNH TIM VÀ THAI NGHÉN

1. Đại cương:

Bệnh tim ở phụ nữ mang thai thường đưa đến những nguy cơ cho cả mẹ và con. Tần suất mắc bệnh khoảng 1-2%, trong đó 90% do hậu quả của thấp khớp.

2. Các trường hợp tim bệnh lý trong thai kỳ

2.1. Các bệnh van tim

- Hẹp van hai lá: bệnh lý thường gặp nhất (66%), có nhiều biến chứng tim-sản. Gần như tất cả các bệnh nhân hẹp van hai lá đều mắc thấp tim.
- Hở van hai lá: cũng thường do bệnh thấp, chiếm 34% trong bệnh lý van 2 lá. Thai phụ bị hở van hai lá chịu đựng thai kỳ tốt hơn hẹp van 2 lá.
- Các bệnh hở van tim khác: như hở van 3 lá, hở van động mạch phổi, hở van động mạch chủ thường kết hợp với bệnh lý van 2 lá.
- Hẹp van động mạch chủ: Những bệnh nhân bi bệnh này không có khả năng duy trì cung lượng tim bình thường.

2.2. Các bệnh tim bẩm sinh

- Thông liên nhĩ: Đây là dạng thường gặp.
- Thông liên thất: ít gặp hơn. Thông liên thất nhẹ và trung bình vẫn có khả năng mang thai bình thường. Tuy nhiên, những trường hợp có tổn thương thông liên thất nặng có thể tạo ra shunt phải-trái khi tăng áp động mạch phổi. Sự đảo shunt này được gọi là hội chứng Einsenmenger, tỷ lệ tử vong mẹ cao (30-50%).
- Còn ống động mạch: Ít gặp, trường hợp ống thông nhỏ vẫn có thể đáp ứng tốt thai kỳ.
- Tứ chứng Fallot: là bệnh tim có tím hay gặp ở tuổi trưởng thành. Bệnh nhân này kém chịu đựng các thay đổi huyết động đột ngột do chuyển dạ và thay đổi tư thế. Thai nhi thường bị nhẹ cân, sinh non nhưng lại có trưởng thành phổi sớm so với tuổi thai do đáp ứng tình trạng thiếu oxy mãn.

2.3. Các bệnh tim khác

- Viêm cơ tim, suy tim do thiếu vitamin B1.
- Bệnh lý cơ tim (cardiomyopathy): có thể do nghiện rượu, cường cathécholamin, nghiện cocain, xơ cứng bì...
- Bệnh cơ tim chu sinh (peripartum cardiomyopathy): Là các suy tim xảy ra ở những tháng cuối thai kỳ hay trong vòng 6 tháng sau đẻ mà không phát hiện được nguyên nhân hay bệnh tim trước đó. Người ta nhận thấy thai nghén dễ làm bệnh lý cơ tim xuất hiện nhưng cơ chế chưa rõ. Bệnh này hay gặp sau đẻ, tỷ lệ 1/1300-1/4000 cuộc đẻ.

3. Biến chứng

3.1. Ảnh hưởng của bệnh tim đối với thai nghén

Những người mẹ mắc bệnh tim có thể có hiện tượng thiếu oxy và dinh dưỡng ở tổ chức. Tuỳ theo thời điểm và mức độ mà có các ảnh hưởng khác nhau như:

- Thai chậm phát triển trong tử cung, thai suy mạn tính.
- Nhẹ cân so với tuổi thai.
- Dọa sẩy thai, sẩy thai.
- Dọa đẻ non, đẻ non.
- Thai chết trong tử cung, thai chết trong chuyển dạ.
- Thai có thể bị dị dạng ở những thai phụ bị bệnh tim bẩm sinh có tím.

Tuy vậy, thai nghén vẫn có thể phát triển ở những thai phụ bị bệnh tim khi chưa mất bù.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. Ảnh hưởng của thai nghén lên bệnh tim

Thai nghén ảnh hưởng nhiều đến tim ở nửa sau của thai kỳ, các biến chứng thường gặp:

- Suy tim cấp.
- Phù phổi cấp.
- Thuyên tắc mạch phổi.
- Rối loạn nhịp tim.
- Thiếu máu trong thai kỳ: tình trạng thiếu máu sẽ làm tăng lưu lượng tim, tim phải làm việc nhiều dễ đưa đến suy tim kể cả suy tim độ I và II.
- Tắc mạch do huyết khối: Tai biến viêm tắc mạch trong lúc mang thai là một trong các nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ. Tỷ lệ biến chứng này từ 3-5%, trong đó 25% xảy ra trong thai kỳ, 75% trong thời kỳ hậu sản. Trên lâm sàng thường gặp viêm tắc tĩnh mạch chi dưới, ngoài ra cũng có thể gặp huyết khối ở mạch vành, não, phổi và mạc treo ruột.

4. Triệu chứng và chẩn đoán

Rất nhiều thay đổi sinh lý của thời kỳ thai nghén có xu hướng làm cho việc chẩn đoán bệnh tim trở nên khó khăn hơn.

4.1. Các triệu chứng và dấu hiệu

- Khó thở, khó thở khi nằm, có thể xuất hiện sớm từ tháng thứ 5 của thai kỳ, nặng dần lên theo tuổi thai.
- Ho ra máu.
- Cảm giác tức ngực, mệt ngực, ngất khi gắng sức do tim bị chèn ép, thay đổi trục.
- Tím tái, ngón tay dùi trống, khum mặt kính đồng hồ.
- Nhịp tim thường nhanh, có thể có ngoại tâm thu hoặc các loạn nhịp khác.
- Nghe tim phát hiện được các tiếng bệnh lý: Rung tâm trương, thổi tâm thu trên 3/6, tiếng thứ hai tách đôi…
- Nghe phổi có thể nghe được ran ẩm, hoặc các dấu hiệu tiền triệu của phù phổi cấp và phù phổi cấp.
- Nếu có suy tim có thể phát hiện các dấu hiệu: mệt mỏi, khó thở, mạch nhanh ≥110 lần/phút; đau tức ngực hoặc cơn đau thắt ngực thoáng qua; gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan-tĩnh mạch cổ dương tính (suy tim phải).
- Trong một số trường hợp có thể phát hiện dấu hiệu viêm tắc tĩnh mạch chi dưới: sốt; có biểu hiện thừng tĩnh mạch nông, đau và viêm; đau ở bắp chân, chân bị viêm tắc sưng to, đau tăng lên khi sờ vào tĩnh mạch đùi ở vùng tam giác đùi; siêu âm Doppler chi dưới thấy hình ảnh giãn tĩnh mạch và giảm lưu lượng máu.
- Cận lâm sàng: Xquang có bóng tim to, bè ngang và cơ hoành bị đẩy cao lên. Điện tim có biểu hiện suy tim (dày thất phải, dày thất trái) hoặc loạn nhịp.

4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim

Năm 1958 Burwell và Mercalfe đã đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Có tiếng rung tâm trương, tiếng thổi tâm thu liên tục hoặc thổi tiền tâm thu.
- Tiếng thổi tâm thu (≥3/6), đặc biệt có kèm theo rung miu.
- Các triệu chứng bệnh tim rõ ràng.
- Loạn nhịp tim nặng, block.

Nếu thai phụ có một trong bốn triệu chứng trên là có bệnh tim.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.3. Phân độ suy tim theo chức năng (Hội Tim học NewYork)

Độ 1: Hoạt động thể lực không bị hạn chế (chưa suy tim) Độ 2: Hoạt động thể lực giảm nhẹ Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức	Tiên lượng còn tốt
Độ 3: Hoạt động thể lực giảm. Triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức nhẹ. Độ 4: Triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi nghỉ ngơi	Tiên lượng dè dặt

4.4. Chẩn đoán phân biệt

- Thiếu máu: Thiếu máu trong khi có thai có nhiều triệu chứng: khó thở, mệt, mạch nhanh, hồi hộp, tim có tiếng thổi tâm thu. Thiếu máu nặng có nhiều dấu hiệu giống suy tim.
- Rối loạn nước, điện giải: aldosteron được tiết ra nhiều hơn trong khi có thai và đạt đỉnh cao khi chuyển dạ. Aldosteron gây ra tình trạng giữ nước và natri nên thai phụ dễ bị suy tim cấp. Cần lưu ý aldosteron tiết ra nhiều khi có tiền sản giật, suy tim.

5. Xử trí

5.1. Trong thời kỳ mang thai

- Không để tăng cân quá mức: nên ăn kiêng với chế độ ăn ít muối (≤ 2g/ngày).
- Tránh hoạt động thể lực, nghỉ ngơi nằm nghiêng trái ít nhất 1 giờ/ngày.
- Tránh thiếu máu.
- Quản lý thai nghén chặt chẽ với sự phối hợp giữa chuyên khoa sản và tim mạch.

5.2. Xử trí nội khoa

Chủ yếu là dự phòng và điều trị các tai biến.

- Theo dõi sát ngay từ khi có thai, phát hiện các biến chứng để điều trị kịp thời.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, ăn uống hợp lý.
- Tư vấn cho bệnh nhân các dấu hiệu nguy hiểm.
- Điều trị nội khoa bao gồm: Trợ tim, lợi tiểu, an thần, chống huyết khối và dự phòng nhiễm trùng.

5.3. Xử trí sản khoa

5.3.1. Trong khi có thai

- Chưa suy tim:
  + Con so: có thể giữ thai để đẻ nếu thai phụ được theo dõi và chăm sóc nội khoa kỹ. Nên cho thai phụ vào viện trước đẻ 1 tháng
  + Con rạ: nên đình chỉ thai nghén. Nếu thai đã gần đủ tháng, sức khỏe của mẹ cho phép thì giữ thai đến đủ tháng hoặc gần đủ tháng, cho đẻ có hỗ trợ thủ thuật hoặc mổ lấy thai nếu có chỉ định
- Đã có suy tim:
  + Con so: cần cân nhắc kỹ và thống nhất giữa sản khoa tim mạch.
  + Suy tim độ I, II: Thai nhỏ dưới 6 tháng nên đình chỉ thai nghén; nếu thai trên 6 tháng, thai phụ có yêu cầu và có khả năng điều trị thì nên chiều cố nguyện vọng của họ. Trong quá trình điều trị phải đánh giá kết quả điều trị. Khi không đáp ứng điều trị phải đình chỉ thai nghén.
  + Suy tim độ III, IV: Phải đình chỉ thai nghén dù ở tuổi thai nào. Tuy nhiên phải lựa chọn phương pháp, thời điểm thích hợp nhất. Cần có sự hỗ trợ của bác sĩ tim mạch

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Con rạ: nên đình chỉ thai nghén bằng các biện pháp an toàn và triệt để. Nếu thai gần đủ tháng cũng có thể điều trị thêm một thời gian ngắn đến gần đủ tháng rồi mổ lấy thai chủ động.

- Trong khi tiến hành các biện pháp trên cần lưu ý:
  + Giảm đau tốt để đề phòng ngừng tim do đau hoặc do phản xạ.
  + Ngăn ngừa thuyên tắc mạch do huyết khối xảy ra sau thủ thuật, sau mổ.
  + Đảm bảo vô khuẩn và sử dụng kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng trong và sau đình chỉ thai nghén.
  + Hạn chế chảy máu đến mức thấp nhất để giảm lượng dịch truyền khi hồi sức, đề phòng quá tải dễ đưa đến suy tim và phù phổi cấp.

5.3.2. Khi chuyển dạ

Ở người có bệnh tim việc đẻ đường dưới có lợi do hạn chế được các nguy cơ của mẹ liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu. Trong chuyển dạ có nguy cơ xảy ra mất bù đột ngột, nên cuộc đẻ phải diễn ra ở nơi có các bác sĩ tim mạch, gây mê, sản khoa, nhi khoa phối hợp.

- Khi đang chuyển dạ: Sản phụ nên được dùng thuốc trợ tim, an thần, thở oxy, nằm nghiêng trái. Nếu phải điều chỉnh cơn co bằng oxytocin nên dùng oxytocin 10 đơn vị pha trong 500ml glucoza 5% để tránh quá tải cho tim.
- Khi sổ thai: Lấy thai bằng Forcep nếu đủ điều kiện để tránh gắng sức cho sản phụ. Cần chú ý chống rối loạn huyết động sau khi sổ thai bằng cách chèn túi cát lên bụng bệnh nhân và hạ thấp 2 chân ngay sau đẻ.
- Nếu phải mổ lấy thai nên mổ lấy thai chủ động tốt hơn khi đã chuyển dạ để tránh các thay đổi huyết động tăng lên khi gây mê và chuyển dạ.
- Thời kỳ sổ rau: Tôn trọng sinh lý sổ rau, chỉ can thiệp khi cần thiết, cần kiểm tra kỹ bánh rau để phát hiện sót rau.

5.3.3. Thời kỳ hậu sản

Thời kỳ này còn tồn tại các thay đổi huyết động, nguy cơ nhiễm khuẩn và tắc mạch.

- Điều trị kháng sinh có hệ thống, tối thiểu là 1 tuần.
- Chú ý dự phòng huyết khối: hướng dẫn sản phụ ngồi dậy và vận động sớm. Chỉ định heparin trọng lượng phân tử thấp trong 15 ngày cho những người có nguy cơ cao.
- Cho con bú: có thể cho con bú nếu sản phụ chưa có suy tim mất bù, vẫn theo dõi các tai biến tim sản, nếu xuất hiện các dấu hiệu bất thường phải ngưng cho con bú.
- Nếu phải cắt sữa nên dùng Parlodel (Bromocriptine).

6. Tư vấn

- Trao đổi với sản phụ và gia đình về tầm quan trọng của việc theo dõi sát quá trình thai nghén và phải sinh trong bệnh viện chuyên khoa
- Nêu các dấu hiệu nguy hiểm, biến chứng trong thai kỳ và khi chuyển dạ
- Sau sinh cần tư vấn các biện pháp tránh thai:
  + Thắt vòi tử cung nên được đặt ra trong các trường hợp:
    - Tiếp tục mang thai sẽ làm bệnh tim nặng thêm,
    - Bệnh tim nặng không thể cải thiện bằng điều trị nội khoa, ngoại khoa
    - Chống chỉ định có thai lại (suy tim độ III, IV).
    - Cần thảo luận kỹ với sản phụ, gia đình và bác sĩ tim mạch. Nếu phải thắt vòi tử cung nên làm xa cuộc đẻ để tránh các nguy cơ viêm tắc tĩnh mạch.
  + Có thể đặt vấn đề thắt ống dẫn tinh cho người chồng để tránh nguy cơ của phẫu thuật cho người vợ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VIÊM GAN VÀ THAI NGHÉN

1. Đại cương

- Có nhiều loại virus gây viêm gan: A, B, C, D, E, G... Trong thực tế, chỉ có 60% bệnh nhân vàng da trong thời kỳ có thai là do viêm gan nên triệu chứng vàng da của viêm gan ở các thai phụ cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác như:
  + Hội chứng Hellp trong tiền sản giật,
  + Vàng da do ngộ độc các thuốc: thuốc điều trị lao...
  + Sỏi mật,
  + Vàng da ở phụ nữ có thai,
- *Ảnh hưởng của viêm gan virus đối với thai nghén*: có thể gây sảy thai, thai chết trong tử cung, tăng nguy cơ đẻ non, tăng nguy cơ chết thai, nguy cơ chảy máu lúc sổ thai do rối loạn đông máu ở các sản phụ bị viêm gan có suy giảm chức năng gan. Tỷ lệ teo gan cấp có thể xảy ra ở 20% các trường hợp thai nghén mắc viêm gan B cấp dẫn tới hôn mê, tử vong. Viêm gan E làm tăng nguy cơ tử vong mẹ và con.
- Viêm gan B lây truyền qua đường máu, đường sinh dục và lây truyền từ mẹ sang con. Lây truyền của virus viêm gan B từ mẹ sang con có thể xảy ra trong thời kỳ mang thai (tỷ lệ thấp), trong cuộc đẻ hoặc trong thời kỳ hậu sản thông qua việc trẻ bú mẹ. Hậu quả là, gần 85% số trẻ này trở thành người mang HBV mãn tính và là nguồn lây quan trọng trong cộng đồng.

2. Triệu chứng

- Biểu hiện lâm sàng giai đoạn tiền vàng da: có các triệu chứng ngoài gan như mệt mỏi rã rời, hội chứng giả cúm (nhức đầu, sốt nhẹ, đau cơ đau khớp), rối loạn tiêu hóa (chán ăn, đau vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải). Xét nghiệm ở giai đoạn này thấy men gan tăng cao gấp từ 5-10 lần bình thường.
- Thời kỳ vàng da: kéo dài từ 2 đến 8 tuần. Các triệu chứng ngoài gan giảm dần, bệnh nhân hết sốt, thay vào đó là triệu chứng ứ mật: da và củng mạc mắt vàng đậm dần, nước tiểu ít và vàng sẫm, 50% trường hợp có ngứa, phân bạc màu. Bệnh nhân thường đau tức hạ sườn phải do bao gan Glison bị căng, gan to mềm và ấn tức.

3. Chẩn đoán

- Để chẩn đoán xác định viêm gan B tiến triển,phải dựa vào phản ứng huyết thanh học để tìm các dấu ấn của virus gây viêm gan: HBsAg (+) và
  + HBeAg (+) nồng độ vius trên 10^5, hoặc
  + HBeAg (-) nồng độ vius trên 10^4
- Với sản phụ có HbsAg(+), cần xét nghiệm chức năng gan để phát hiện thể viêm gan không có triệu chứng.

4. Xử trí

- Những trường hợp đã có chẩn đoán xác định viêm gan tiến triển: tuyến xã và tuyến huyện chuyển tuyến trên ngay. Bệnh nhân phải được theo dõi tại tuyến tỉnh trở lên. Cần phối hợp với các chuyên khoa liên quan như hồi sức, truyền nhiễm.
- Điều trị các rối loạn đông máu có thể sử dụng vitamin K, huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu.
- Theo dõi monitor nhịp tim mẹ và thai

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Mổ lấy thai ngay không phải là giải pháp cho rối loạn đông máu. Dựa trên tuổi thai, tình trạng thai, hoặc nếu tình trạng bệnh tồi đi sau khi đã điều chỉnh rối loạn đông máu hợp lý có thể mổ lấy thai.
- Gây mê toàn thân được khuyến cáo trong mổ lấy thai. Nên tránh gây tê ngoài màng cứng, nên tránh vì nguy cơ chảy máu dẫn đến rối loạn đông máu.
- Tính lượng dịch vào-ra.
- Kiểm tra chảy máu âm đạo.
- Truyền máu, tiểu cầu, huyết tương tươi để điều trị chảy máu và rối loạn đông máu trong lòng mạch.
- Theo dõi hạ huyết áp, điều trị kịp thời tránh tổn thương gan, thận.

5. Dự phòng lây truyền mẹ con

- Phụ nữ mang thai phải được xét nghiệm phát hiện viêm gan B.
- Con của các sản phụ có HBsAg (+) phải được tiêm đồng thời 0,5 ml huyết thanh có chứa kháng thể miễn dịch chống viêm gan và vắc xin trong vòng 12 giờ đầu sau đẻ ở 2 vị trí khác nhau. Tiêm chủng nhắc lại sau đó 1 tháng, 2 tháng và 1 năm.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

D
CÁC THỦ THUẬT VÀ PHẪU THUẬT

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY CHUYỂN DẠ

Gây chuyển dạ hoặc khởi phát chuyển dạ là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc Gây chuyển dạ hoặc khởi phát chuyển dạ là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc chuyển dạ bắt đầu để chấm dứt thai kỳ.

1. Chỉ định.

- Ối đã vỡ nhưng chưa chuyển dạ, màng ối vỡ nhưng chưa có cơn co tử cung hoặc cơn co yếu, cạn ối.
- Thai quá ngày sinh.
- Bệnh lý của mẹ như: tăng huyết áp, tiền sản giật, ung thư cần đình chỉ thai nghén, bệnh tim nhưng chưa suy tim mà ối bị vỡ non, bệnh tự miễn cần phải đình chỉ thai nghén.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Thai có dị tật bẩm sinh nặng có chỉ định đình chỉ thai nghén.
- Thai chết trong tử cung.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.

2. Chống chỉ định.

- Test không đả kích và/hoặc test đả kích có biểu hiện bệnh lý.
- Bất tương xứng thai-khung chậu.
- Ngôi bất thường không có chỉ định đẻ đường dưới.
- Rau tiền đạo.
- Sẹo mổ cũ trên tử cung không có chỉ định đẻ đường dưới.
- Sa dây rốn (thai còn sống).
- Các bệnh lây truyền qua đường tình dục có chỉ định đẻ đường dưới (herpes sinh dục, sùi mào gà).
- Các bệnh lý mạn tính nặng của mẹ như suy tim, tiền sản giật nặng, sản giật… (có thể chỉ định phẫu thuật lấy thai).

3. Đánh giá trước khi gây chuyển dạ.

3.1. Về phía mẹ.

- Đánh giá kích thước khung chậu.
- Đánh giá cổ tử cung (qua chỉ số Bishop).
- Xem lại các nguy cơ cũng như các lợi ích của gây chuyển dạ.

3.2. Về phía thai.

- Xác định tuổi thai.
- Ước lượng cân nặng thai nhi.
- Xác định ngôi thai.

Bảng chỉ số Bishop

Điểm / Đánh giá	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Độ mở cổ tử cung (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Độ xóa cổ tử cung (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Độ lọt của thai	-3	-2	-1-0	+1-+2
Mật độ cổ tử cung	Cứng	Vừa	Mềm	
Hướng cổ tử cung	Sau	Trung gian	trước	

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Bảng chỉ số Bishop có giá trị tiên lượng khả năng thành công khi gây chuyển dạ. Nếu chỉ số Bishop > 5 điểm thì khả năng gây chuyển dạ thành công cao, nếu chỉ số Bishop < 3 điểm thì khả năng thất bại cao.

4. Các phương pháp gây chuyển dạ.

4.1. Tách màng ối.

- Khám âm đạo, đưa ngón tay vào giữa màng ối và cổ tử cung, đầu ngón tay phải áp sát cổ tử cung để tách màng ối ra khỏi thành cổ tử cung và đoạn dưới tử cung.

4.2. Bấm ối.

- Bấm ối chỉ thực hiện được khi cổ tử cung đã mở, bằng cách dùng 1 kim chọc dò dài hoặc 1 cành Kocher để gây thủng màng ối, sau đó dùng ngón tay xé rộng màng ối. Có thể bấm ối đơn thuần hoặc kết hợp với truyền oxytocin.
- Đánh giá số lượng và màu sắc dịch ối.
- Theo dõi nhịp tim thai trước và ngay sau khi bấm ối.

4.3. Gây chuyển dạ bằng bóng chuyên dụng.

4.4. Gây chuyển dạ bằng Prostaglandin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật)

- PG E1 (biệt dược thông dụng là Misoprostol): Không chỉ định gây chuyển dạ trên thai phụ đủ tháng và có thể sống được vì nguy cơ vỡ tử cung và suy thai. Những trường hợp khác phải theo dõi rất chặt chẽ.
- PG E2 (Dinoprostone, biệt dược Prospess, Cerviprime): gây chuyển dạ thuận lợi và an toàn hơn. Chỉ định với những trường hợp có thể đẻ được đường âm đạo, không có sẹo mổ cũ.

4.5. Bấm ối kết hợp với truyền oxytocin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật)

4.5.1. Các bước tiến hành.

- Pha 5 đv oxytocin vào 500 ml dung dịch glucose 5%, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch chậm, liều lượng lúc đầu 5-8 giọt/phút cho đến khi xuất hiện cơn co tử cung.
- Bấm ối, xé rộng màng ối.
- Theo dõi và điều chỉnh số giọt để đạt được số cơn co phù hợp với sự tiến triển của cuộc chuyển dạ.
- Ngoài ra, tùy tình hình của cuộc đẻ chỉ huy nếu cơn co mau cho oxytocin chảy chậm hoặc có thể phối hợp với những thuốc giảm co có tác dụng làm mềm cổ tử cung.
- Cuộc đẻ chỉ huy được coi là có kết quả khi cơn co đều đặn, nhịp tim thai tốt, ngôi lọt và cổ tử cung mở hết, có thể cho đẻ đường dưới và thai nhi khỏe mạnh.

Lưu ý: Đối với những thuốc có thể kìm hãm trung tâm hô hấp của thai nhi, chỉ nên dùng khi cổ tử cung đã mở ít nhất từ 5-6 cm trở lên, thai có khả năng lọt và sổ trong một thời gian ngắn.

4.5.2. Theo dõi và xử trí tai biến.

Theo dõi: nhịp tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi để có thái độ xử trí kịp thời.

- Nếu thai suy, phải ngừng đẻ chỉ huy, phẫu thuật để cứu thai.
- Nếu cơn co tử cung quá thưa, nhẹ, tăng số giọt truyền. Nếu quá mạnh, mau thì giảm lưu lượng truyền và có thể sử dụng giảm co tử cung.
- Nếu cuộc đẻ chỉ huy kéo dài quá 6 giờ mà không tiến triển tốt thì phải phẫu thuật lấy thai.
- Tai biến có thể gặp là thai suy hoặc tử vong do theo dõi không tốt, can thiệp muộn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Có thể dọa vỡ, vỡ tử cung do truyền oxytocin gây cơn co mau, mạnh: phải phẫu thuật để cứu mẹ và con.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KỸ THUẬT BẤM ỐI

Bấm ối là một thủ thuật được làm trong quá trình chuyển dạ đẻ, khi cổ tử cung đã xóa mở, mục đích làm vỡ màng ối chủ động để nước ối thoát ra ngoài.

1. Chỉ định.

- Màng ối dầy, cổ tử cung không tiến triển.
- Gây đẻ chỉ huy hay làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm hoặc đẻ thai thứ hai trong đẻ sinh đôi.
- Rau bám bên, bám mép chảy máu.
- Bấm ối cho nước ối chảy ra từ từ trong trường hợp đa ối.
- Bấm ối khi cổ tử cung mở hết.
- Một số bệnh lý của người mẹ cần bấm ối để rút ngắn chuyển dạ, như bệnh tim, tiền sản giật nặng khi cổ tử cung đã mở từ 4cm trở lên.

2. Chống chỉ định.

- Chưa chuyển dạ thực sự.
- Sa dây rốn trong bọc ối.
- Cổ tử cung chưa mở hết trong ngôi mông, ngôi mặt, ngôi vai.

3. Chuẩn bị.

- Phương tiện: một kim dài 15-20cm đầu tù có nòng hoặc 1 cành của kẹp Kocher có răng.
- Sản phụ: nằm trên bàn đẻ, tư thế sản khoa, thở đều, không rặn.

4. Các bước tiến hành.

- Rửa sạch âm hộ bằng nước vô khuẩn.
- Đeo găng vô khuẩn.
- Trước khi bấm ối, kiểm tra lại xem có sa dây rốn trong bọc ối không.
- Trong ngôi đầu, đầu ối dẹt thì nên bấm trong cơn co tử cung, đầu ối phồng bấm ngoài cơn co.
- Đối với ngôi mông, nên bấm ối ngoài cơn co tử cung chỉ khi cổ tử cung mở hết, cho nước ối chảy ra từ từ rồi mới xé rộng màng ối.
- Đối với ngôi vai (thai thứ 2) khi có chỉ định và đủ điều kiện để nội xoay thai thì chọc đầu ối, đưa được cả bàn tay vào buồng tử cung và nắm lấy chân thai nhi làm nội xoay. Vì vậy, sau khi chọc ối và xé màng ối, phải đưa ngay cả bàn tay vào buồng tử cung, vừa tìm chân thai nhi vừa ngăn không cho nước ối chảy ồ ạt ra ngoài.
- Nếu bấm ối trong rau tiền đạo bám thấp, bám mép, sau khi chọc đầu ối, xé rộng màng ối song song với bờ bánh rau, tránh xé vào bánh rau gây chảy máu.
- Nếu bấm ối trong đa ối cần để sản phụ nằm đầu thấp, mông hơi cao. Dùng phương pháp tia ối, nghĩa là dùng kim chọc một lỗ nhỏ, chọc ngoài cơn co tử cung, để cho nước ối chảy từ từ, khi nước ối chảy gần hết mới xé rộng màng ối. Trong trường hợp này nếu để nước ối chảy ào ra ngoài, dễ gây bong rau và sa dây rốn hoặc ngôi có thể trở thành bất thường.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Theo dõi và xử lý tai biến.

- Sau khi bấm ối phải kiểm tra lại xem có sa dây rốn hay không và ngôi thai có thay đổi gì không để có hướng xử lý kịp thời. Sau cùng nghe lại tim thai, rồi nhận định màu sắc và lượng nước ối.
- Nếu sau khi bấm ối bị sa dây rốn, phải cho sản phụ nằm tư thế đầu gối-ngực (đầu thấp, mông cao), dùng 2 ngón tay đẩy ngôi thai lên tránh đè vào dây rốn (xem bài "*Sa dây rốn*") và phẫu thuật lấy thai ngay. Nếu chảy máu sau bấm ối hay nước ối bất thường (có máu hoặc lẫn phân su) phải tìm nguyên nhân để xử lý kịp thời.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NGHIỆM PHÁP LỌT NGÔI CHỎM

Nghiệm pháp lọt ngôi chỏm là phương pháp đánh giá cuộc đẻ khi khung chậu giới hạn, trọng lượng thai nhi bình thường hoặc khi khung chậu bình thường nhưng thai nhi lại khá to, nhằm đưa đến quyết định là thai nhi có thể đẻ được qua đường âm đạo hay phải phẫu thuật lấy thai.

1. Chỉ định.

- Khung chậu giới hạn, thai bình thường.
- Khung chậu bình thường, thai to.
- Khung chậu hẹp, thai nhỏ.

2. Điều kiện.

- Phải là ngôi chỏm.
- Có chuyển dạ thật sự.
  + Cổ tử cung xóa hết và mở 3 cm trở lên.
  + Cơn co tử cung tốt. Nếu cơn co không tốt phải tăng co bằng oxytocin, nhỏ giọt tĩnh mạch.
- Phải theo dõi cẩn thận để phát hiện kịp thời những biến chứng xảy ra trong khi làm nghiệm pháp lọt như sa dây rốn, thai suy, cơn co tử cung dồn dập, dọa vỡ tử cung.

3. Chống chỉ định.

- Khung chậu hẹp hoàn toàn hoặc hẹp eo giữa và eo dưới.
- Thai suy.
- Các ngôi không phải là ngôi chỏm.
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.

4. Chuẩn bị.

- Một kim dài 15cm hoặc một cành của kìm Kocher để bấm ối.
- Thuốc tăng và giảm cơn co tử cung, dịch truyền.
- Biểu đồ chuyển dạ, nếu có điều kiện theo dõi thêm bằng monitor sản khoa.

5. Các bước tiến hành.

Bước 1: Sản phụ nằm ở tư thế sản khoa.

Bước 2: Khám sản khoa, tình trạng tim thai, cơn co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

Bước 3: Dùng kim bấm ối khi có cơn co tử cung và xé rộng màng ối để cho ngôi tì vào cổ tử cung. Nếu ngôi thai còn cao phải đề phòng sa dây rốn.

Bước 4: Ghi rõ giờ bắt đầu bấm ối và diễn biến của cơn co.

Bước 5: Theo dõi cơn co tử cung, tim thai. Tình trạng cổ tử cung, ngôi thai được khám lại sau một giờ và sau hai giờ làm nghiệm pháp lọt để đánh giá sự tiến triển

Bước 6: Nếu cơn co tử cung tăng nhiều (trên 3 cơn co trên 10 phút), giảm số giọt oxytocin. Nếu trương lực tăng phải ngừng truyền oxytocin, nếu tử cung vẫn tăng trương lực thì dùng các thuốc giảm co.

Chú ý: Thời gian chờ đợi tối đa là 6 giờ.

Trong thời gian làm nghiệm pháp, nên cho kháng sinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6. Theo dõi và xử lý tai biến.

6.1. Phẫu thuật cấp cứu lấy thai ngay trong các trường hợp.

- Cơn co tử cung dồn dập, liên tục dù đã ngừng oxytocin và cho thuốc giảm co.
- Thai suy.
- Sa dây rốn.
- Sau 2 giờ làm nghiệm pháp, cổ tử cung không mở thêm hoặc rắn hơn hoặc phù nề; ngôi thai vẫn cao, không lọt và bắt đầu có bướu huyết thanh.

6.2. Theo dõi thêm chuyển dạ.

Nếu sau 2 giờ làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm mà cổ tử cung mở thêm từ 2cm trở lên, tim thai vẫn đều đặn, ngôi thai xuống sâu hơn trong tiểu khung, có thể quyết định cho theo dõi thêm; khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp, có thể cho sản phụ đẻ thường hay lấy thai bằng forceps, giác kéo.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

ĐỠ ĐẦU TRONG NGÔI MÔNG

Đỡ đầu hậu trong ngôi mông là thủ thuật can thiệp để giúp đầu thai nhi cúi tốt hơn và sổ dễ dàng.

1. Chỉ định.

Tất cả các trường hợp đẻ ngôi mông đều phải can thiệp giúp đỡ đầu sổ.

2. Chuẩn bị.

- Phương tiện.
  + Bộ cặp cắt rốn sơ sinh.
  + Bộ hồi sức cấp cứu.
- Sản phụ:được hướng dẫn thở đều, không kêu, không rặn.

3. Các bước tiến hành.

Bất kỳ ngôi mông nào khi chuyển dạ cũng cần được tạo lập một đường truyền tĩnh mạch với glucose5%.

Có 3 thủ thuật để lấy đầu trong đẻ ngôi mông.

3.1. Ấn đầu cúi qua thành bụng.

- Dùng trong tất cả các trường hợp đỡ đầu trong ngôi mông.
- Người phụ dùng một bàn tay úp sấp lên thành bụng ở trên khớp mu của người mẹ, ấn cho đầu cúi tốt trước và trong khi người đỡ chính làm thủ thuật. Thủ thuật này hỗ trợ với thủ thuật Bracht.

3.2. Thủ thuật Bracht

- Dùng trong trường hợp đẻ con rạ, tầng sinh môn mềm, đầu thai nhỏ.
- Quay thai cho đầu ở đúng tư thế chẩm vệ.
- Dùng hai ngón tay đặt vào cổ thai nhi, kéo cho đầu xuống thấp hơn để hạ chẩm tì vào bờ dưới khớp vệ.
- Bàn tay kia nắm lấy hai chân thai nhi nhấc lên cao và lật nhẹ lên phía trên, cho lưng thai nhi ngả vào bụng mẹ.
- Động tác đó làm đầu thai nhi cúi tốt và cằm, mồm, mũi, mắt và trán sẽ qua tầng sinh môn sổ ra ngoài.
- Khi đó bỏ tay đặt ở cổ ra để đỡ lấy tầng sinh môn.
- Trong thủ thuật này, hai tay của phẫu thuật viên phải nắm vào 2 đùi của thai để làm thao tác cho đầu ngửa và sổ khi phẫu thuật viên hướng cho lưng thai về phía bụng mẹ. Đến khi đầu thai sắp sổ thì dùng một bàn tay nắm giữ 2 bàn chân của thai còn tay kia kéo nhẹ vào dây rốn để bớt bị căng và giúp 2 tay của thai sổ dễ dàng.

3.3. Thủ thuật Mauriceau.

- Dùng trong trường hợp con so, tầng sinh môn rắn, đầu thai to hoặc đầu không to nhưng bị ngửa, quay cho đầu thai nhi ở tư thế chẩm vệ.
- Phối hợp hai tay: để thai nhi cưỡi lên cánh tay phải, hai chân duỗi hai bên cánh tay, luồn ngón trỏ và ngón giữa của tay phải vào mồm thai nhi và ấn vào cuống lưỡi rồi kéo vào hàm dưới để giúp đầu cúi thêm. Cùng lúc đó dùng ngón trỏ và ngón giữa của bàn tay trái ấn vào vùng chẩm rồi đặt hai ngón tay đó vào gáy thai nhi kéo cho đầu cúi xuống.
- Hai tay phối hợp để cho đầu thai nhi vừa cúi thêm vừa xuống thấp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Khi hạ chẩm đến bờ dưới khớp vệ thì hai tay phối hợp hướng thân thai nhi ra trước để lật ngửa lên bụng mẹ.
- Cằm, mồm, mũi, trán sẽ dần dần sổ ra ngoài âm hộ.
  Ngoài ra có thể dùng forceps lấy đầu hậu nếu thầy thuốc có kinh nghiệm

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

- Nếu đầu bị ngửa hay không quay về chẩm vệ thì thời gian kéo đầu thai nhi quá lâu làm thai nhi bị ngạt hay bị sang chấn sọ não.
- Tầng sinh môn có thể bị rách rộng khi đầu thai sổ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sổ dễ dàng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SINH ĐÔI

Trong thai sinh đôi sau khi thai thứ nhất sổ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Có thể làm thai thứ hai quay trong tử cung, cơn co tử cung lại thưa, mẹ lại mệt mỏi vì đã gắng sức đẻ thai thứ nhất. Vì thế, cần phải biết xử lý để bảo đảm an toàn cho mẹ và cho thai.

1. Chuẩn bị.

1.1. Cán bộ chuyên khoa: người đỡ để xong thai thứ nhất thì giao sơ sinh cho người phụ để chuẩn bị đỡ cho thai thứ hai.

1.2. Phương tiện.

- Hai hộp đỡ đẻ.
- Hai bộ dụng cụ hồi sức sơ sinh.
- Đủ khăn và găng vô khuẩn.
- Thuốc co hồi tử cung: oxytocin, ergometrin.

2. Các bước tiến hành.

- Đỡ thai thứ nhất như bình thường cặp chặt dây rốn ở cả 2 đầu phía con và phía mẹ, giao trẻ cho người phụ chăm sóc.
- Nếu sản phụ đang được truyền dịch oxytocin tĩnh mạch (trường hợp đẻ chỉ huy) thì cho dịch chảy nhanh hơn.
- Cho tay vào âm đạo kiểm tra ngay ngôi, thế, kiểu thế của thai thứ hai. Nếu ngôi đầu thì chờ đợi có cơn co tử cung rồi bấm ối và đỡ đẻ như thường lệ.
- Ngôi bất thường (ngôi vai, ngôi trán, thai nhỏ) thì phải bấm ối ngay và nội xoay thai thành ngôi mông. Sau đó đỡ đẻ ngôi mông như thường hoặc đại kéo thai ngay.
- Tiêm bắp 10đv oxytocin rồi xử trí tích cực giai đoạn 3 để lấy rau, nếu chảy máu bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.
- Kiểm tra bánh rau để biết xem có sót rau không và để xác định sinh đôi một noãn hay hai noãn.

3. Theo dõi và xử trí tai biến.

3.1. Theo dõi.

- Ngay sau khi đẻ thai thứ nhất đề phòng thai thứ hai là ngôi bất thường.
- Chảy máu sau đẻ do đờ tử cung.

3.2. Xử trí.

- Nếu buồng ối thứ hai bị vỡ đột ngột, thai trở thành ngôi vai, tử cung bóp chặt vào thai: phải phẫu thuật lấy thai.
- Sau đẻ bị đờ tử cung chảy máu: phẫu thuật cắt tử cung cấp cứu nếu các phương pháp cầm máu thông thường không kết quả.
- Nếu nghi ngờ sót rau: phải kiểm soát tử cung ngay.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

FORCEPS

Làm forceps là thủ thuật dùng kìm kẹp cặp vào đầu thai nhi để kéo ra ngoài âm hộ.

1. Chỉ định.

1.1. Về phía mẹ.

- Mẹ mệt, rặn không sổ.
- Mẹ có chống chỉ định cho rặn: bệnh lý nội khoa (tim, phổi, thận, thần kinh), tử cung có sẹo mổ cũ, tiền sản giật nặng, sản giật...
- Tầng sinh môn rắn, không giãn nở.

1.2. Về phía thai.

- Thai suy.
- Forceps đầu hậu trong ngôi mông.

2. Điều kiện.

- Đầu lọt thấp.
- Cổ tử cung mở hết.
- Ối đã vỡ hoặc phải bấm ối trước khi làm.

3. Chuẩn bị.

3.1. Cán bộ chuyên khoa: y sĩ, bác sĩ chuyên khoa phụ sản

- Khám lại toàn thân, tư vấn cho người mẹ và gia đình.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo găng đã được tiệt khuẩn như làm phẫu thuật.

3.2. Phương tiện.

- Bộ forceps, bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khâu tầng sinh môn, bộ kiểm tra cổ tử cung.
- Các phương tiện để hồi sức sơ sinh.

3.3. Sản phụ.

- Đặt sản phụ ở tư thế sản khoa, mở rộng hai đùi.
- Động viên sản phụ nằm yên, thở đều, không rặn.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Thông đái.
- Trải khăn vô khuẩn như phẫu thuật đường dưới.
- Nếu mẹ được chỉ định forceps vì bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật… thì phải điều trị nội khoa thích hợp trước khi làm thủ thuật.
- Nên giảm đau bằng gây tê tại chỗ hoặc gây tê ngoài màng cứng hoặc gây tê tủy sống.
- Chỉ rặn khi hai bướu đỉnh đã ra khỏi âm hộ nếu không phải trường hợp chỉ định vì không được cho sản phụ rặn.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu.

4. Các bước tiến hành.

Xác định ngôi, thế, kiểu thế, độ lọt và điều kiện làm forceps.

Thì 1: Đặt hai cành forceps.

- Cành đặt trước là cành dưới. Thường đó là cành trái, sau khi đặt giao cho người phụ giữ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đặt tiếp cành thứ hai, đối xứng để khớp với cành thứ nhất. Nếu cành thứ hai không khớp được với cành thứ nhất cần đặt lại.

Thì 2: Khớp cành và kéo.

- Khớp hai cành với nhau.
- Kéo từ từ theo cơ chế đẻ bằng sức của cẳng tay, tốt nhất trong cơn co phối hợp với sức rặn của người mẹ, trừ trường hợp có chống chỉ định rặn.
- Cắt tầng sinh môn giữa hai cành forceps.

Thì 3: Tháo cành forceps.

- Khi đường kính lớn nhất của đầu thai nhi (lưỡng đỉnh) qua âm hộ thì ngừng kéo để tháo cành. Cành đặt sau lấy ra trước, cành đặt trước lấy ra sau.
- Đỡ thai nhi như đỡ đẻ thường.
- Đỡ rau như thường lệ bằng phương pháp xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Kiểm tra tổn thương cổ tử cung âm đạo và tầng sinh môn.
- Khâu tầng sinh môn và các vết rách.

5. Xử trí tai biến.

- Rách âm hộ, âm đạo, cổ tử cung: khâu lại.
- Nếu nghi ngờ có tổn thương ở tử cung và ở đoạn dưới: kiểm soát tử cung để xác định và phẫu thuật ngay.
- Nếu forceps do tử cung có sẹo mổ cũ: nên kiểm soát tử cung.
- Khám sơ sinh ngay để phát hiện và xử trí các tai biến có thể có (liệt dây thần kinh, sang chấn não, chảy máu màng não...).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

GIÁC KÉO

Giác kéo sản khoa là một thủ thuật sản khoa dùng dụng cụ tạo lực hút chân không tác động lên đầu thai (ngôi chỏm) để kéo thai ra ngoài.

1. Chỉ định.

- Giai đoạn hai kéo dài.
- Nghi ngờ suy thai (nước ối có phân su).
- Tử cung có sẹo mổ cũ (từ tuyến tỉnh trở lên).

2. Điều kiện.

- Thai sống.
- Ngôi chỏm.
- Cổ tử cung mở hết.
- Đầu lọt thấp.
- Ối đã vỡ hay đã bấm ối.

3. Chống chỉ định.

- Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng forceps).
- Các ngôi không phải ngôi chỏm.
- Thai non tháng.
- Đầu có bướu huyết thanh to.
- Đầu chưa lọt thấp.
- Suy thai.

4. Chuẩn bị.

4.1. Phương tiện.

- Máy hút bơm điện hay bơm tay, các chụp giác kéo cỡ to nhỏ khác nhau, một tay cầm để kéo, dây xích và các ống cao su.
- Bộ đỡ đẻ và cắt khâu tầng sinh môn.
- Khăn vô khuẩn.

4.2. Sản phụ.

- Tư vấn cho sản phụ và gia đình.

5. Các bước tiến hành.

- Người làm thủ thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Thông đái.
- Kiểm tra lại kiểu thế và độ lọt của ngôi.
- Chụp giác kéo thích hợp với độ mở của cổ tử cung. Thường khi cổ tử cung mở hết, dùng chụp số 5-6.
- Cầm nghiêng chụp cho vào âm đạo, đặt vào ngôi thai. Đặt chụp vào vùng chẩm không chùm lên thóp sau.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tạo áp lực âm bằng cách bơm tới 0,2kg/cm^2, kiểm tra lại chụp giác kéo tại nơi bám.
- Nếu hút phải phần mềm hoặc chụp bị kênh thì tháo hơi và đặt lại.
    + Tăng áp lực hút đến 0,7-0,8kg/cm^2 thì bắt đầu kéo khi có cơn co tử cung và phối hợp với sức rặn của sản phụ. Dây kéo luôn luôn thẳng góc với diện chụp, kéo bằng sức của cẳng tay. Cắt tầng sinh môn nếu cần.
    + Khi hạ chẩm tì vào khớp vệ thì kéo lên cho đầu sổ. Sau đó tháo hơi từ từ, bỏ chụp ra ngoài, cho sản phụ rặn tiếp một hơi, đầu thai nhi sẽ sổ ra âm hộ, đỡ đẻ như bình thường.

Chú ý.

+ Thời gian bơm hút hơi cũng như lúc xả hơi phải kéo dài 1-2 phút.
+ Theo dõi tiến triển của ngôi sau mỗi cơn co. Tầng sinh môn phải giãn sau lần kéo thứ 2.
+ Không được kéo lâu quá 10 phút hoặc quá 4 cơn co.
+ Nếu trong lúc đang kéo, giác kéo bị trượt, chỉ đặt lại chụp một lần nữa và không quá 1 lần.

6. Theo dõi và xử trí tai biến.

- Rách thành âm đạo, cổ tử cung: khâu cầm máu.
- Khám kỹ thai nhi để phát hiện các sang chấn để xử trí.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BÓC RAU NHÂN TẠO

Bóc rau nhân tạo là thủ thuật đưa tay vào buồng tử cung để lấy rau ra sau khi thai đã sổ.

1. Chỉ định.

- Nếu xử trí giai đoạn 3 của chuyển dạ thất bại thì phải bóc rau (từ tuyến huyện trở lên)
- Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn trong tử cung (được thực hiện ở xã trở lên).
- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của buồng tử cung sau khi sổ thai.

Chú ý: Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.

2. Chuẩn bị.

2.1. Cán bộ chuyên khoa.

Thủ thuật viên rửa tay đến khuỷu, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

2.2. Phương tiện.

- Thuốc giảm đau sử dụng một trong các loại sau đây:
  + Dolosal 0,10g, hoặc
  + Fentanyl 1%, tiêm tĩnh mạch chậm 50mcg (nơi có bác sĩ), hoặc
  + Diazepam 5mg/ml, tiêm tĩnh mạch chậm (nơi có bác sĩ).
- Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

2.3. Sản phụ.

- Được tư vấn trước khi làm thủ thuật.
- Thông đái, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.
- Giảm đau.

3. Các bước tiến hành.

- Kháng sinh dự phòng uống hoặc tiêm.
- Đưa tay vào tử cung lần theo dây rốn tới vùng rau bám, dùng bờ trong của bàn tay tách bánh rau khỏi thành tử cung. Nếu bàn tay không đưa được vào buồng tử cung, thủ thuật viên nên chờ một lát, cho thuốc giảm co (2mg glycerol trinitrat dưới lưỡi) rồi dùng tay nong từ từ để vào buồng tử cung.
- Tay trên bụng cố định đáy tử cung.
- Khi rau bong hết thì tay trong tử cung đẩy bánh rau ra ngoài.
- Sau khi bóc rau nhân tạo phải kiểm soát buồng tử cung ngay.
- Thuốc co tử cung: oxytocin 5đv, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc/và
  + Ergometrin 0,2mg, tiêm bắp hoặc.
  + Misoprostol 200mcg ngậm dưới lưỡi 1-2 viên hoặc đặt hậu môn 3-4 viên.
- Nếu không bóc được bánh rau vì rau bám chặt hoặc rau cài răng lược thì không đượccố sức bóc, phải chuyển phẫu thuật cắt tử cung.

4. Theo dõi và xử lý tai biến.

4.1. Theo dõi.

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.
- Co hồi tử cung và lượng máu chảy từ tử cung ra.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2. Xử trí.

- Choángdo đau hoặc do mất máu (tham khảo bài "*Choáng sản khoa*").
- Giữ cho tử cung co tốt (tham khảo bài "*Chảy máu sau đẻ*")
- Nếu tử cung vẫn không co dù đã dùng thuốc co tử cung cần kiểm soát tử cung lại để lấy hết máu cục và rau sót.
- Nếu máu tiếp tục chảy trong khi tử cung co tốt phải kiểm tra tổn thương ở cổ tử cung và âm đạo.
- Cần cho kháng sinh điều trị nếu nghi ngờ có nhiễm khuẩn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

Kiểm soát tử cung là thủ thuật tiến hành sau khi rau đã sổ hoặc ngay sau khi bóc rau nhân tạo để kiểm tra xem có sót rau hoặc sót màng và sự toàn vẹn của tử cung.

1. Chỉ định.

- Chảy máu sau khi sổ rau (được làm ở tuyến xã).
- Sót rau, sót màng.
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Tử cung có sẹo mổ cũ.

Chú ý: Sản phụ đang choáng, phải hồi sức sau đó mới kiểm soát tử cung.

2. Chuẩn bị.

Người làm thủ thuật phải rửa tay phẫu thuật, đội mũ, đeo găng, mặc áo vô khuẩn.

Phương tiện

Tham khảo bài *"Bóc rau nhân tạo"*.

Sản phụ

Tham khảo bài *"Bóc rau nhân tạo"*.

3. Các bước tiến hành.

- Đưa tay vào buồng tử cung tới tận đáy tử cung, rồi kiểm tra lần lượt: đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung bằng các đầu ngón tay. Một tay đặt trên bụng để cố định tử cung. Nếu thấy các mảnh rau và các màng rau thì vét nhẹ nhàng, đồng thời kiểm tra xem tử cung có bị rạn nứt không. Kiểm tra xong mới rút tay ra, tránh đưa tay ra nhiều lần.
- Sau khi kiểm soát nếu tử cung co hồi không tốt thì tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên sát thành bụng, dùng tay bên ngoài xoa bóp tử cung tới khi tử cung co chặt thì mới rút tay ra.
- Thuốc: tham khảo bài *"Bóc rau nhân tạo"*.

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

(Tham khảo bài *"Bóc rau nhân tạo"*).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 3

PHỤ KHOA

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HƯỚNG DẪN CHUNG

Khám phụ khoa, chẩn đoán và điều trị các bệnh phụ khoa, sàng lọc các ung thư sinh dục được thực hiện ở nhiều cơ sở dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tùy theo tính chất, độ nặng, nhẹ của bệnh, việc thực hiện thăm khám và điều trị cần cân nhắc để chuyển tuyến hợp lý.

Nơi thực hiện: Nơi được cấp phép hoạt động khám bệnh, chữa bệnh sản phụ khoa do cơ quan có thẩm quyền cấp

Người thực hiện: bác sĩ, hộ sinh, y sĩ sản nhi có chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh chuyên khoa sản phụ khoa. Ngoài ra, để thực hiện được những kỹ thuật chuyên sâu, người thực hiện phải được đào tạo và có chứng chỉ thực hiện các kỹ thuật đó.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KHÁM PHỤ KHOA

Khám phụ khoa được thực hiện trong nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, đặc biệt là trước khi chẩn đoán, điều trị các bệnh phụ khoa nói chung và NKĐSS/LTQĐTD nói riêng, cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, sàng lọc các ung thư sinh dục. Khám phụ khoa bao gồm khám vú và khám bộ phận sinh dục dưới. Các nội dung khám gồm: khám bụng và bẹn, khám bộ phận sinh dục ngoài, khám âm đạo bằng mỏ vịt và khám âm đạo phối hợp với nắn bụng (khám bằng hai tay), trong đó hai thì cuối cùng chỉ được thực hiện nếu có thể tiếp cận được bằng đường âm đạo, nếu không thì thay thế bằng khám trực tràng phối hợp với nắn bụng.

1. Chuẩn bị

- Tư vấn trước khi khám.
- Chuẩn bị khách hàng:
  + Hướng dẫn khách hàng đi tiểu và vệ sinh bộ phận sinh dục
  + Hướng dẫn và giúp khách hàng lên bàn khám.
- Chuẩn bị dụng cụ: bàn khám hoặc giường, đèn chiếu sáng, mỏ vịt, kìm kẹp bông, bông vô khuẩn, thìa gỗ Ayre, ống nghiệm và tăm bông, lam kính, các dung dịch nước muối sinh lý, axit acetic 3%, Lugol và dầu bôi trơn.
- Chuẩn bị cán bộ y tế: mặc áo choàng, đội mũ. Nếu người khám là nam, cần có mặt của một nhân viên y tế nữ khác.
- Hỏi về tiền sử và lý do đến khám:
  + Lý do đến khám.
  + Hỏi về nghề nghiệp chồng/khách hàng.
  + Tiền sử sản phụ khoa: PARA, kinh nguyệt.
  + Tiền sử bệnh tật chung.
- Rửa tay thường qui.

2. Khám

2.1. Khám vú:xem bài Khám vú

2.2. Khám vùng bụng dưới và vùng bẹn

- Hướng dẫn khách hàng nằm tư thế sản khoa.
- Bộc lộ toàn bộ vùng bụng.
- Nhìn bụng: để phát hiện sẹo phẫu thuật, dịch cổ chướng, tuần hoàn bàng hệ.
- Dùng mặt trong của bàn tay ấn nhẹ nhàng các vùng của bụng, xác định xem có khối u không. Nếu có, cần xác định vị trí, kích thước, mật độ, di động, đau hay không.
- Nếu có đau bụng, cần xác định điểm đau, phản ứng thành bụng.
- Nếu có vết loét vùng bẹn, đi găng mới hay găng được khử khuẩn ở mức độ cao cả hai tay trước khi khám. Sờ nắn cả hai bẹn để xác định hạch, khối u hay sưng.

2.3 Khám bộ phận sinh dục ngoài

- Hướng dẫn khách hàng để gót chân lên giá để gót chân, trải săng.
- Điều chỉnh ánh sáng chiếu thẳng vào vùng bộ phận sinh dục.
- Đi găng sạch vào cả hai tay.
- Chạm tay vào mặt trong đùi người bệnh trước khi chạm vào bất kỳ chỗ nào của bộ phận sinh dục.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Kiểm tra vùng mu, âm vật và vùng tầng sinh môn.
- Khám hai môi lớn, môi nhỏ, âm vật, lỗ niệu đạo, lỗ âm đạo (âm môn) và các tuyến tiết dịch. Nếu nghi có viêm nhiễm thì cho xét nghiệm chất dịch.
- Hướng dẫn người bệnh rặn mạnh trong khi vẫn mở âm môn để kiểm tra xem có sa thành trước hay sau của âm đạo không.
- Nhìn kỹ vùng tầng sinh môn, kiểm tra xem có sẹo, tổn thương, viêm nhiễm hay có trầy trợt trên da không.
- Chú ý phát hiện dấu hiệu nghi ngờ bạo hành

2.4. Khám bằng mỏ vịt

- Giải thích cho khách hàng sẽ dùng mỏ vịt để khám.
- Đưa mỏ vịt vào sâu trong âm đạo, mở mỏ vịt. Quan sát các thành âm đạo.
- Quan sát cổ tử cung, lỗ cổ tử cung để phát hiện tổn thương.
- Lấy bệnh phẩm tế bào cổ tử cung bằng que bẹt Ayre, phết lên lam kính hoặc lấy bệnh phẩm từ âm đạo/cổ tử cung để xét nghiệm sàng lọc phát hiện HPV bằng dụng cụ chuyên dụng (xét nghiệm tại cơ sở nếu có đủ điều kiện hoặc gửi bệnh phẩm lên tuyến trên).
- Nếu cổ tử cung dễ chảy máu hay có nhiều chất nhầy, lấy một mẫu để nhuộm gram và xét nghiệm lậu cầu, Chlamydia (nếu sẵn có xét nghiệm).
- Thực hiện nghiệm pháp quan sát cổ tử cung với axit axetic (VIA) hoặc với Lugol (VILI) để sàng lọc tổn thương cổ tử cung. Nếu (+): xử trí tổn thương bằng đốt điện/áp lạnh. Nếu có tổn thương nghi ngờ: chuyển tuyếncó khả năng xử trí tiếp.
- Tháo mỏ vịt và ngâm vào dung dịch clorin 0,5% để khử nhiễm.

2.5. Khám âm đạo phối hợp nắn bụng*(khám bằng hai tay)*

- Khám cổ tử cung, tử cung và hai phần phụ bằng hai tay để xác định vị trí, mật độ, kích thước, tư thế, hình dạng, các túi cùng âm đạo.
- Nếu có khối u, cần xác định:
  + Vị trí.
  + Hình dạng.
  + Kích thước.
  + Mật độ.
  + Đau.
  + Liên quan với tử cung.

2.6. Khám trực tràng phối hợp nắn bụng

Chỉ thực hiện nếu không tiếp cận được bằng đường âm đạo hoặc bệnh cảnh cụ thể đòi hỏi phải đánh giá thêm bằng khám trực tràng (như khám ung thư phụ khoa).

- Khám độ dài, kích thước, hình dạng của cổ tử cung. Xác định vị trí, mật độ, độ di động của cổ tử cung.
- Khám túi cùng Douglas.
- Xác định, đánh giá mật độ dây chằng ngang cổ tử cung.

2.6. Hoàn thành khám phụ khoa

- Nhúng cả hai tay còn găng vào dung dịch Chlorine 0,5%, tháo bỏ găng bằng cách lộn mặt trong ra ngoài. Rửa sạch tay bằng xà phòng và nước sạch, lau khô bằng khăn sạch hay để khô tự nhiên.
- Thông báo kết quả khám và thảo luận với khách hàng về kết quả khám.
- Nếu nghi ngờ có NTLTQĐTD, HIV: tư vấn xét nghiệm phù hợp

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nếu nghi ngờ có bạo hành, xem bài "Sàng lọc và đáp ứng của nhân viên y tế đối với bạo hành phụ nữ" và "Tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành"
- Nếu phát hiện khối u ở tử cung-phần phụ: chỉ định siêu âm phụ khoa hoặc chuyển tuyến (nếu không đủ điều kiện)
- Ghi chép hồ sơ.
- Hẹn khám lại.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KHÁM VÚ

Khám vú được thực hiện trong nhiều dịch vụ chăm sóc SKSS. Khám vú kết hợp tư vấn hướng dẫn tự khám vú giúp phát hiện các bệnh lý tuyến vú và phát hiện sớm ung thư vú.

Thời điểm khám vú và tự khám vú tốt nhất là khoảng 2-3 ngày sau khi sạch kinh. Phụ nữ trong độ tuổi 20-39 cần đi khám vú 1-3 năm một lần, phụ nữ từ 40 tuổi trở lên cần đi khám vú mỗi năm một lần.

1. Chuẩn bị.

1.1. Khách hàng.

- Tiếp đón.
- Hỏi lý do đến khám.
- Giải thích về các bước khám.
- Khai thác bệnh sử, tiền sử.

1.2. Dụng cụ.

Găng tay sạch.

2. Khám vú.

2.1. Hỏi bệnh

- Ngày có kinh đầu tiên trong chu kỳ kinh gần đây?
- Có thường kiểm tra vú của mình không? Bao lâu một lần?
- Có phát hiện thấy điều gì ở vú của mình không (đau, tiết dịch bất thường, u cục, thay đổi màu sắc da?
- Nếu thấy có u cục ở vú, u cục đó có kích thước cố định hay to lên trước khi có kinh và nhỏ đi sau khi hết kinh?
- Bản thân hoặc gia đình có ai bị các bệnh về vú trước đây không?
- Hướng dẫn khách hàng bỏ áo, ngồi lên bàn khám buông hai tay hai bên.
- Nếu có vết loét và/hoặc vú tiết dịch cần mang găng sạch vào cả hai tay.

2.2. Thực hiện khám

- Nhìn vào hai vú và xác định những điểm khác nhau về: hình dạng, kích thước, núm vú và vết lõm trên da, màu sắc; kiểm tra xem có sưng, nóng, hay đau ở bất kỳ vú nào.
- Nhìn vào núm vú và xác định kích thước, hình dạng và hướng. Kiểm tra ban đỏ, vết loét và sự tiết dịch núm vú.
- Hướng dẫn khách hàng giơ tay lên đầu và nhìn vào vú. Xác định bất kỳ sự khác nhau nào. Hướng dẫn chống tay vào hông và nhìn lại vú chị ấy một lần nữa.
- Hướng dẫn khách hàng rướn người về phía trước để nhìn xem hai vú có cân xứng nhau không.
- Hướng dẫn khách hàng nằm lên bàn khám, đặt một chiếc gối phía dưới vai trái, đặt tay trái qua đầu.
- Nhìn vào vú trái và xác định bất kỳ sự khác nhau nào so với vú phải. Kiểm tra xem có vết nhăn hay lõm da.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Sử dụng mặt trong ba ngón tay giữa, khám toàn bộ vú, bắt đầu từ phần trên ngoài, sử dụng kỹ thuật xoắn ốc. Xác định các bất thường và mô tả nếu có: vị trí (mô tả theo 1/4 trên trong, trên ngoài, dưới trong, dưới ngoài), kích thước (dài, rộng theo cm), hình dạng (tròn, dài, bất thường), mật độ (mềm, rắn, cứng), ranh giới, độ di động (dễ di động, ít di động, không di động); có đau hay không.
- Dùng ngón cái và ngón trỏ nắn nhẹ núm vú để xem có tiết dịch không (trong, như sữa, như máu). Lặp lại các bước này với vú phải.
- Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy và giơ hai tay ngang vai. Khám phần đuôi vú bằng cách ấn nhẹ dọc theo bờ ngoài của cơ ngực và dẫn đưa tay lên đến nách. Kiểm tra xem có sưng hạch hay đau trong nách hoặc ở vùng hố trên xương đòn. Lặp lại bước này với vú phải.
- Sau khi khám xong, để khách hàng mặc áo vào.

3. Hướng dẫn tự khám vú.

- Giải thích với khách hàng tại sao tự khám vú thường kỳ lại rất quan trọng.
- Thời gian khám tốt nhất là ngay sau khi sạch kinh.
- Giải thích các bước của tự khám vú và trình diễn theo các bước sau: nhìn vào gương.
  + Hai tay duỗi thẳng.
  + Hai tay để bên hông và đưa khuỷu tay ra trước.
  + Một tay để trên đầu và tay kia khám bằng ngón tay:
    - Toàn bộ vú.
    - Các hạch trong nách và vùng hố trên xương đòn.
- Đánh giá sự hiểu biết hiện tại của khách hàng về tự khám vú.
- Bổ sung những thông tin mà khách hàng còn thiếu và điều chỉnh những thông tin sai về thời gian, kỹ thuật tự khám vú và những điều cần tìm khi tự khám vú.
- Hướng dẫn khách hàng tự thao diễn thủ thuật và đưa ý kiến phản hồi tích cực.

4. Hoàn thành khám vú.

- Thông báo kết quả khám cho khách hàng và thảo luận với họ về kết quả khám.
- Nếu kết quả khám là bình thường, thông báo cho họ là mọi thứ đều bình thường và hẹn khám lần sau.
- Nếu phát hiện bất thường/khối u ở vú:
  + Chỉ định siêu âm vú/chụp nhũ ảnh/chọc tế bào kim nhỏ hoặc chuyển tuyến (nếu không có siêu âm).
  + Ghi chép hồ sơ và hẹn tái khám.
  + Xử trí tiếp theo tùy vào chẩn đoán dựa trên biểu hiện lâm sàng lâm sàng và kết quả các thăm dò/xét nghiệm.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC TỔN THƯƠNG CỔ TỬ CUNG

1. Đại cương

Các tổn thương cổ tử cung rất hay gặp, chủ yếu là các tổn thương lành tính. Tuy các tổn thương này không phải là ung thư song cần phải điều trị vì:

- Diễn biến có thể kéo dài, gây lo lắng, ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân.
- Có thể làm dễ mắc viêm nhiễm đường sinh dục trên và vô sinh.
- Có thể tiến triển thành ung thư dưới tác động của các yếu tố sinh ung thư nếu không được điều trị.

2. Các tổn thương lành tính ở cổ tử cung

2.1. Các tổn thương không đặc hiệu

2.1.1 Viêm mặt ngoài cổ tử cung:

Liên quan đến viêm âm đạo (xem bài *"Hội chứng tiết dịch âm đạo"*)

2.1.2. Lộ tuyến cổ tử cung

- Là sự hiện diện của biểu mô tuyến ở mặt ngoài cổ tử cung, phần lớn xảy ra sau mang thai và sinh đẻ do lộn tuyến trong thai kỳ không thoái triển hoàn toàn, một số ít trường hợp do bẩm sinh.
- Khám qua mỏ vịt: thấy vùng biểu mô lát không nhẵn bóng mà xù xì màu đỏ, thường có lớp dịch nhầy bao phủ, bôi acid acetic 3% chất nhầy đông lại, soi cổ tử cung thấy hình ảnh chùm nho, bôi Lugol không bắt màu (âm tính).
- Xử trí: nếu gây tiết dịch nhiều hoặc viêm âm đạo tái diễn: diệt tuyến bằng đốt điện hoặc áp lạnh cổ tử cung. Nếu có viêm nhiễm kèm theo thì điều trị chống viêm trước khi xử trí.

2.1.3. Các tái tạo lành tính cổ tử cung

- Nang Naboth: màu vàng nhạt nổi gồ lên, trên mặt có thể có các mạch máu, trong nang chứa dịch nhầy do biểu mô lát phủ lên miệng tuyến nhưng tuyến vẫn chế tiết.
- Cửa tuyến: biểu mô lát có nguồn gốc chuyển sản bao quanh một miệng tuyến.
- Đảo tuyến: biểu mô lát có nguồn gốc chuyển sản bao quanh một vùng biểu mô tuyến rộng.
- Đây là những tái tạo lành tính nhưng trong quá trình tái tạo biểu mô lát vẫn có thể có những tái tạo bất thường nên vẫn cần phải theo dõi.

2.2. Các tổn thương khác

2.2.1. Polyp cổ tử cung

- Là khối mô thường có cuống, mọc lên từ ống cổ tử cung (có thể từ thân hoặc từ đoạn eo tử cung thò ra ngoài).
- Xử trí: xoắn polip nếu có thể được.

2.2.2. Lạc nội mạc cổ tử cung:

- Những nốt màu xanh tím hay đen sẫm, nhỏ, đơn độc, rải rác quanh cổ tử cung
- Xử trí: xem bài *"Lạc nội mạc tử cung"*.

2.2.3. U xơ cổ tử cung:

- Thường là u lồi ra, chắc, đôi khi che lấp cổ tử cung hoặc làm xóa cổ tử cung.
- Xử trí: cắt u xơ cổ tử cung.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.3. Các tổn thương viêm đặc hiệu

- Lao cổ tử cung: ít khi có lao cổ tử cung đơn thuần, thường xảy ra khi có lao phần phụ và lao nội mạc tử cung. Tổn thương dạng loét, sùi dễ chảy máu nên dễ nhầm với ung thư cổ tử cung. Chẩn đoán bằng sinh thiết sẽ thấy các nang lao và tế bào viêm đặc hiệu.
- Săng giang mai: Săng giang mai có thể có ở cổ tử cung, tổn thương là ổ loét cứng, bờ rõ, dễ chảy máu, thường kèm với hạch.
- Xét nghiệm thấy xoắn khuẩn giang mai (T. palidum).

2.4. Phòng bệnh

Các tổn thương lành tính ở cổ tử cung ảnh hưởng nhiều đến sức khoẻ sinh sản của người phụ nữ, nên phòng bệnh có một vai trò quan trọng:

- Tổn thương lành tính thường do nhiễm trùng, sinh đẻ nhiều gây ra vì vậy cần giải thích tầm quan trọng của vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh cá nhân, vệ sinh giao hợp.
- Cần giải thích cho người phụ nữ hiểu các tổn thương lành tính cổ tử cung dễ phát hiện, điều trị đơn giản và có hiệu quả để tạo cho họ có ý thức khám phụ khoa định kỳ mỗi năm một lần nhằm phát hiện sớm các tổn thương, có kế hoạch điều trị, theo dõi.
- Cần sàng lọc nhiễm HPV, xét nghiệm Tế bào âm đạo-cổ tử cung để phát hiện sớm nguy cơ gây ung thư cổ tử cung và các tổn thương tiền ung thư.
- Cán bộ y tế cần đảm bảo tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi làm các thủ thuật.
- Khi có tổn thương ở cổ tử cung dù là lành tính cũng nên điều trị dứt điểm, không để xảy ra các tái tạo bất thường.

3. Tổn thương tiền ung thư cổ tử cung

3.1. Định nghĩa:

- Tân sản nội biểu mô cổ tử cung (CIN) là tổn thương tiền ung thư cổ tử cung, hình thành ở biểu mô lát cổ tử cung do nhiễm ít nhất 1 typ HPV nguy cơ cao, thường gặp nhất trong độ tuổi 30-50 và là tiền đề của ung thư xâm lấn cổ tử cung.
- Tùy thuộc vào số lượng của các tế bào bất thường, người ta chia CIN thành:
  + CIN I: các tế bào biểu mô bất thường chiếm 1/3 dưới chiều dày lớp biểu mô.
  + CIN II: các tế bào biểu mô bất thường chiếm 2/3 dưới chiều dầy lớp biểu mô.
  + CIN III: các tế bào biểu mô bất thường chiếm toàn bộ chiều dầy lớp biểu mô; ung thư trong biểu mô (carcinoma *in situ*) cũng nằm trong CIN III.
- Trong những năm gần đây người ta có xu hướng phân tổn thương tiền ung thư cổ tử cung thành 2 loại: tổn thương trong biểu mô lát độ thấp (LSIL) và tổn thương trong biểu mô lát độ cao (HSIL) để tương đồng với kết quả xét nghiệm tế bào học và thuận tiện trong xử trí.

3.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của tiền ung thư cổ tử cung

- Nguyên nhân: Nhiễm ít nhất 1 typ HPV nguy cơ cao ở đường sinh dục: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 62, 68...
- Các yếu tố nguy cơ:
  + Quan hệ tình dục sớm.
  + Quan hệ tình dục với nhiều người.
  + Sinh nhiều con.
  + Vệ sinh sinh dục không đúng cách.
  + Viêm cổ tử cung mạn tính, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.
  + Điều kiện dinh dưỡng, kinh tế xã hội thấp.
  + Hút thuốc lá, đái tháo đường, suy giảm miễn dịch (nhiễm HIV)…

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.3. Diễn tiến tự nhiên của tiền ung thư cổ tử cung

- Sau lần nhiễm HPV đầu tiên, khoảng 5-10% các trường hợp có thể hình thành các biến đổi do HPV. Trên 90% các tổn thương này tự thoái triển về bình thường sau một thời gian tương đối ngắn hoặc không tiến triển đến dạng nặng hơn. Nếu người phụ nữ nhiễm HPV nguy cơ cao và phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác, tổn thương ban đầu có thể tồn tại và tiến triển trong khoảng 10-20 năm qua các giai đoạn tân sản nội biểu mô để hình thành ung thư cổ tử cung.

3.4. Sàng lọc và chẩn đoán

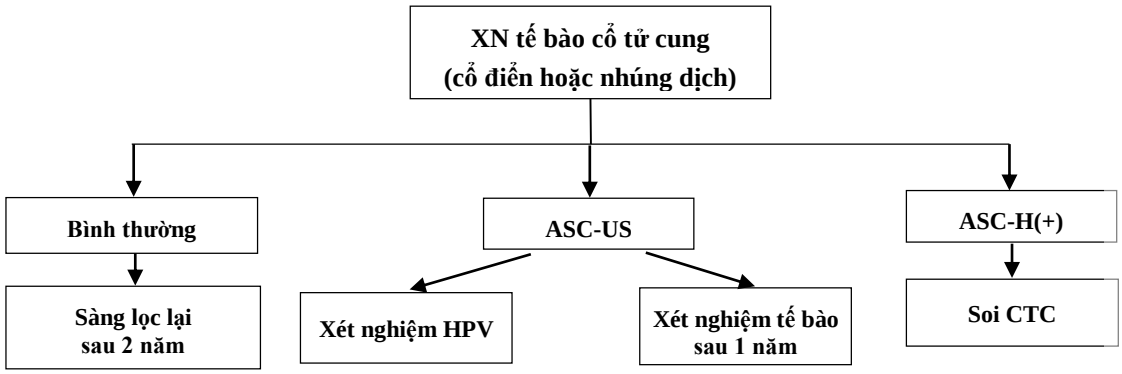
Tổn thương tiền ung thư thường không có triệu chứng lâm sàng, đôi khi người bệnh đến khám vì ra khí hư hoặc vì một lý do khác. Để phát hiện sớm cần thực hiện các test sàng lọc, bao gồm phết tế bào cổ tử cung, quan sát cổ tử cung với axit axetic (VIA) / Lugol (VILI) hoặc xét nghiệm HPV nguy cơ cao. Các trường hợp sàng lọc có kết quả nghi ngờ cần được soi cổ tử cung và sinh thiết để chẩn đoán xác định.

Phác đồ sàng lọc:

Tuỳ điều kiện cơ sở và năng lực, kinh nghiệm chuyên môn để chọn phác đồ cho phù hợp.

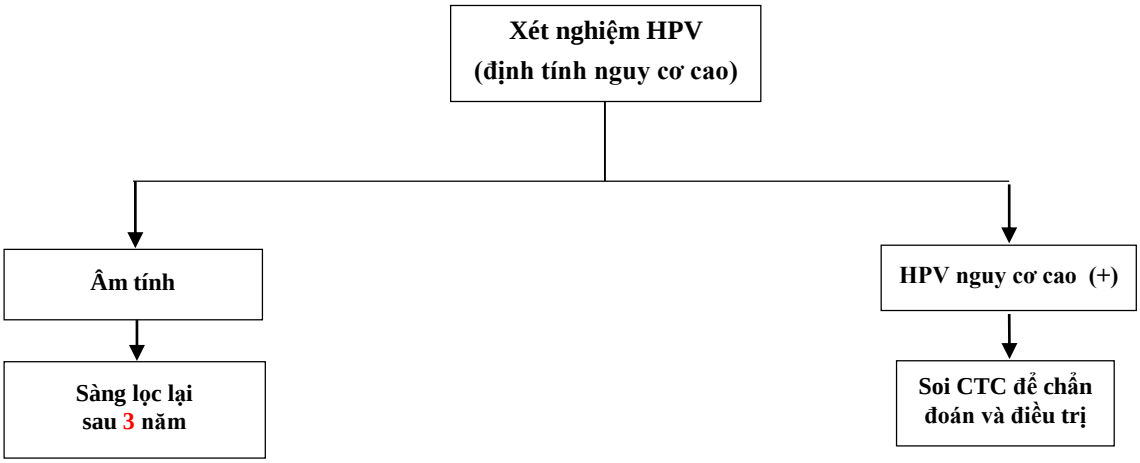
- ***Đối với các cơ sở có điều kiện xét nghiệm HPV và tế bào học:***

Sàng lọc dựa vào xét nghiệm tế bào cổ tử cung

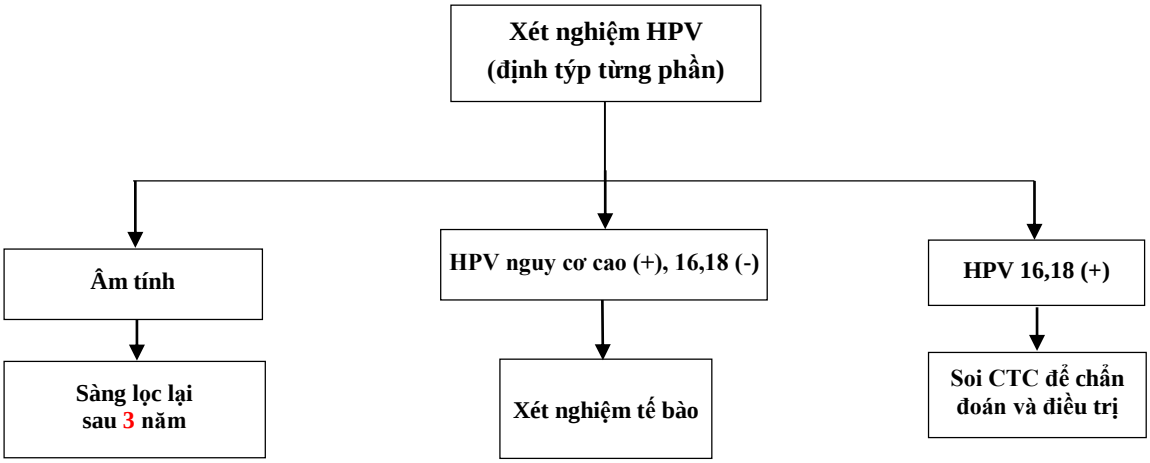


LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Sàng lọc dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần: định tính

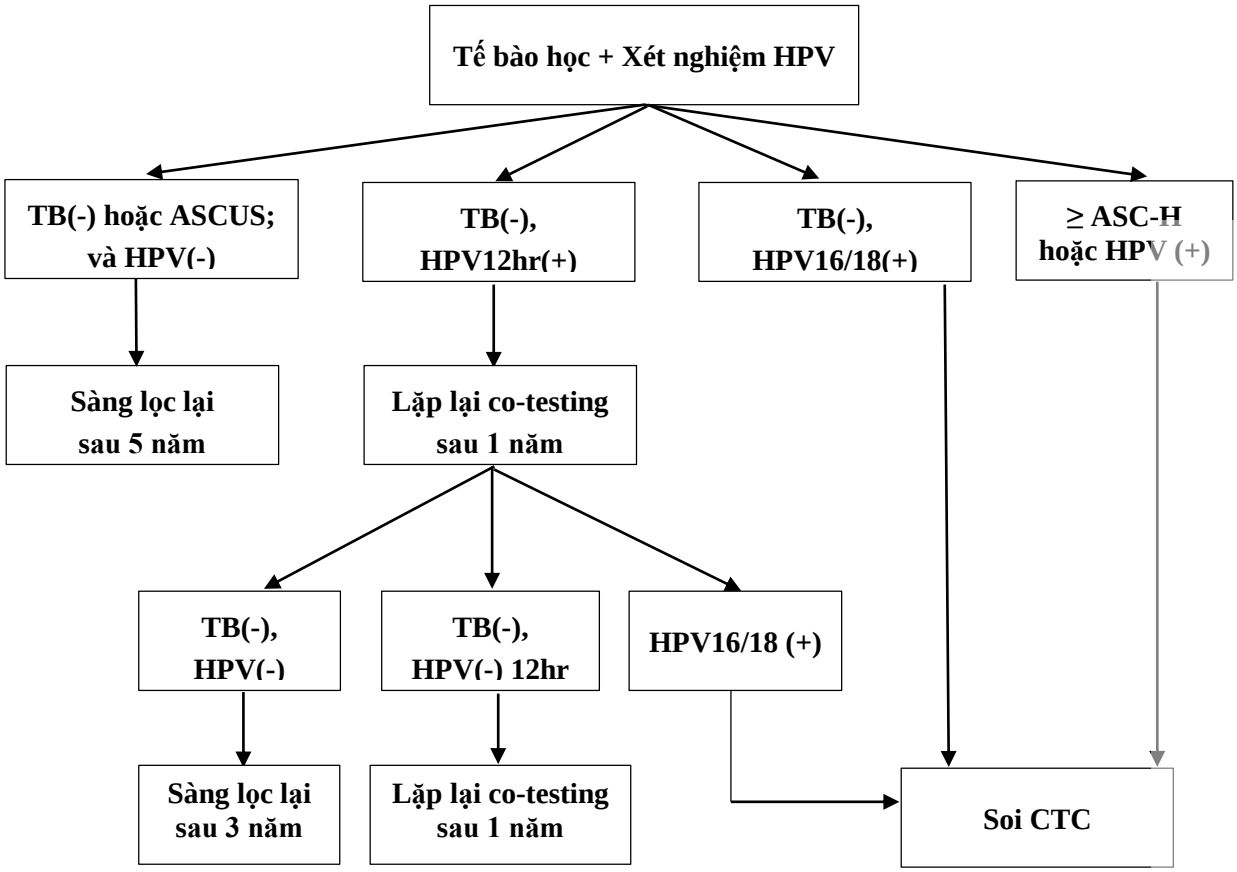


Sàng lọc dựa vào xét nghiệm HPV đơn thuần: định týp từng phần



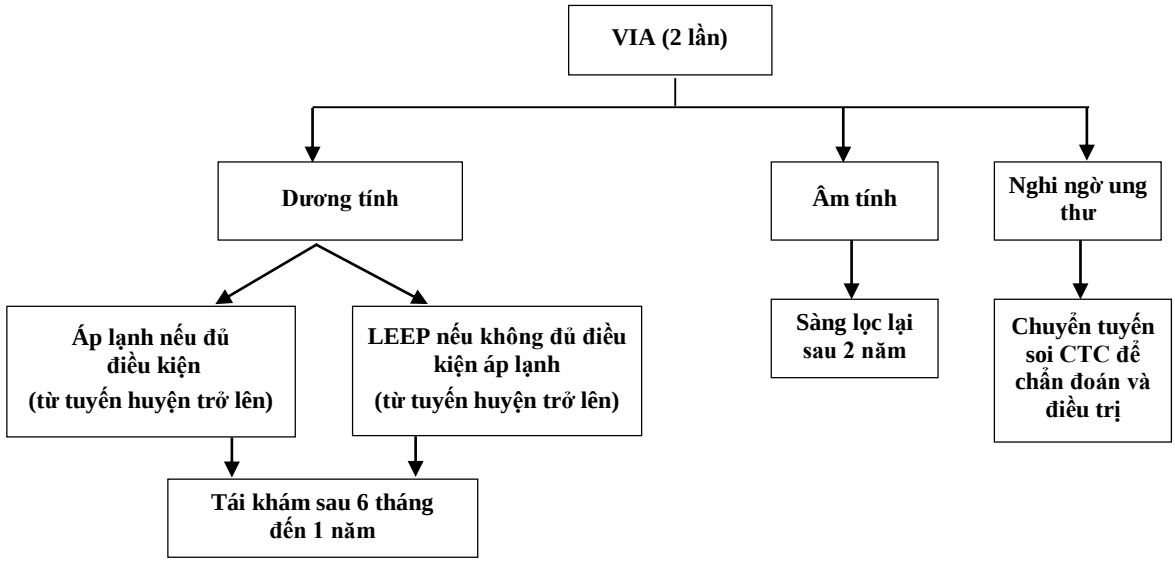
LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Sàng lọc dựa vào bộ đôi xét nghiệm HPV và tế bào học (Co-testing)



- ***Đối với các cơ sở chưa đủ điều kiện xét nghiệm HPV và tế bào học:*** có thể lấy bệnh phẩm tế bào học/HPV và gửi đến nơi có thể xét nghiệm, hoặc sàng lọc dựa vào test quan sát cổ tử cung sau bôi acid acetic (VIA).

Sàng lọc dựa vào nghiệm pháp VIA



LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.5. Điều trị

- Tuyến xã: thấy có tổn thương nghi ngờ thì chuyển bệnh nhân lên tuyến trên
- Tuyến huyện trở lên:
  + Các tổn thương lành tính cổ tử cung cần được điều trị ngay sau khi chẩn đoán.
  + Phương pháp điều trị có thể là áp lạnh (hoặc đốt điện, đốt bằng laser), khoét chóp, khoét chóp bằng laser, cắt cụt cổ tử cung tùy theo chỉ định và sự sẵn có của phương pháp, trong đó ưu tiên các phương pháp cắt bỏ (khoét chóp, khoét chóp bằng laser, cắt cụt cổ tử cung) cho tổn thương CIN II và CIN III.
- Nếu chưa có đủ điều kiện thì chuyển bệnh nhân lên tuyến tỉnh

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BỆNH VÚ LÀNH TÍNH

1. Đại cương

Bệnh vú lành tính là tất cả các bệnh lý của vú, trừ ung thư vú và các bệnh lý nhiễm trùng vú.

Bệnh lý này thường gặp ở biểu mô ống dẫn sữa, hoặc ở mô liên kết và mô mỡ.

2. Bệnh vú lành tính thường gặp

2.1. Xơ nang tuyến vú

- Bệnh lý này có thể có hoặc không có những biểu hiện lâm sàng như đau hoặc khó chịu.
- Xơ nang tuyến vú là một tổn thương lan toả bao gồm nhiều bất thường phối hợp, có các thành tố chính:
  + Các ống: tăng sinh ống và sự hình thành nang.
  + U nang: là do các phần của ống dẫn sữa ít nhiều bị dãn và chế tiết thanh dịch. Số lượng và kích thước của các u nang này thay đổi tuỳ trường hợp.
  + Các phân thuỳ: tăng sinh tuyến (tăng sinh phân thuỳ) và tăng sinh tuyến xơ cứng.
  + Mô đệm: xơ hoá.
- Các thương tổn tăng sinh (tăng sinh các tế bào biểu mô, tăng sinh tuyến xơ cứng, u nhú) làm tăng nguy cơ ung thư vú. Sự tăng sinh kết hợp loạn sản làm tăng nguy cơ này tới 4-5 lần. Những thay đổi không tăng sinh (tăng sinh tuyến, nang, giãn ống dẫn sữa) không làm tăng nguy cơ ung thư vú.

2.1.1. Lâm sàng:

- Tuổi: bệnh thường bắt đầu sau 30 tuổi, hay gặp ở giữa lứa tuổi 40-50. Các triệu chứng mất đi sau mãn kinh.
- Dấu hiệu cơ năng: đau vú theo chu kỳ, thường xuất hiện khoảng 8 ngày trước khi hành kinh, mất đi sau hành kinh, đau tự nhiên, lan ra hai tay.
- Dấu hiệu thực thể:
  + Các u nang đặc trưng: khối u tròn, giới hạn rõ, hơi cứng, thường đau, vị trí thường ở 1/4 trên ngoài, kích thước và số lượng thay đổi.
  + Các mảng cứng: lâm sàng thường thấy những mảng cứng trên vú giới hạn không rõ, vị trí hay gặp là 1/4 trên ngoài, mất đi sau hành kinh.
  + Vú tăng thể tích.

2.1.2. Cận lâm sàng:

- X quang vú (mammography): trên X quang cho thấy.
  + Vú tăng mật độ.
  + Cản quang mờ tương ứng với các vùng bị phù nề.
  + Cản quang tròn tương ứng với u nang.
  + Những vết canxi hoá to, nhỏ rải rác, không tập trung thành nhóm.
- Siêu âm có thể giúp phân biệt giữa các nang và các tổn thương cứng.
- 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. Tuy nhiên, nếu dịch trong, vẩn đục, vàng hoặc xanh, khi đó thường là nang lành tính. Sau chọc hút nang, cần khám lại vú nhằm đảm bảo khối u đã hoàn toàn loại bỏ. Nếu khối u còn sót, cần tiến hành sinh thiết.

2.1.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Đau trong hội chứng tiền kinh: thường đau ít và bắt đầu 2-3 ngày trước khi có kinh, không có tăng thể tích vú rõ rệt, khám thấy vú mềm và đều đặn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đau thần kinh liên sườn: đau thường 1 bên, thoáng qua ở một điểm xác định, không liên qua đến chu kỳ kinh.
- U nang: có thể nhầm với u xơ tuyến. Việc xác định phân biệt giữa nang với khối u rắn qua khám thực thể sẽ không cho kết quả tin cậy. Trong trường hợp này, cần tiến hành siêu âm hoặc chọc hút/sinh thiết.
- Mảng cứng: có thể khó phân biệt với trường hợp ung thư vú. Các mảng cứng này thường biến mất sau hành kinh, cải thiện với điều trị progesterone. Các mảng cứng liên quan tới u xơ nang thường ở cả hai bên, và có cảm giác một mảng dày khác với một khối cứng. Cần lưu ý: Bất kể một khối cứng nào tồn tại trong hơn 2 chu kỳ kinh cần phải sinh thiết.

2.1.4. Điều trị:

Có thể bắt đầu điều trị nếu bệnh nhân cảm thấy khó chịu và mong muốn được điều trị. Cảm giác đau thường biến mất một cách tự nhiên, và trong trường hợp này thường chỉ cần trấn an người bệnh là đủ.

- *Chế độ ăn:* nên tránh các thực phẩm có chứa methylxanthines(cà phê, trà,coca cola, socola). Tuy nhiên, chưa có bằng chứng rõ ràng rằng đây là một biện pháp hiệu quả.
- *Điều trị nội tiết:*
  + Giai đoạn hoàng thể đơn thuần, từ ngày 15 -25 của chu kỳ kinh: 5mg medroxy-progesteron acetate (MPA).
  + Đồng vận Dopamin (ức chế prolactin): bromocriptine 2,5mg, tăng dần liều, khởi đầu với 0,5mg, 1mg, 2,5mg. Các tác dụng phụ gồm buồn nôn, chóng mặt.
  + Kháng estrogen, Danazol 100-200mg/ngày, từ ngày 15-25 chu kỳ kinh. Do các thuốc này có tác dụng androgen nên việc sử dụng hormone này bị hạn chế.
  + Tamoxifen (Nolvadex) với liều 10mg/ngày từ ngày thứ 5 đến thứ 25 của vòng kinh.
- *Thuốc kháng viêm không steroid.*
- *Phẫu thuật cắt bỏ nang* trong các trường hợp: chọc dò dịch có lẫn máu, có u nhú trong nang, xét nghiệm tế bào cho kết quả nghi ngờ. Có thể thực hiện dẫn lưu đơn thuần đối với nang có đau.
- *Sinh thiết giải phẫu bệnh* trong trường hợp tồn tại mảng cứng sau dẫn lưu nang hoặc sau 2 chu kỳ kinh. Nghi ngờ ung thư nếu có các tế bào loạn sản khi sinh thiết.

2.2. U xơ tuyến vú

- Khối u phát triển từ mô liên kết giữa các tiểu thuỳ, có vỏ bọc, có thể gặp ở một hoặc hai bên vú, thường xảy ra trước tuổi 35. Khối u chắc, đều, tròn hoặc hình trứng, di động dưới da, không đau, không liên quan với chu kỳ kinh; kích thước thay đổi khoảng 2-3cm. Thường chỉ có một u, đôi khi có nhiều u và xuất hiện kế tiếp theo thời gian
- Chẩn đoán bằng siêu âm và chọc tế bào kim nhỏ để loại trừ tổn thương ác tính.
- Điều trị:
  + Trước 35 tuổi: theo dõi định kỳ 6 tháng một lần. Phẫu thuật khi khối u to và phát triển nhanh
  + Sau 35 tuổi: phẫu thuật cắt bỏ khối u, làm mô bệnh học.

2.3. U diệp thể:

- Xuất phát từ cấu trúc cơ biểu mô xung quanh tiểu thùy, lớp đệm phát triển nhanh, dễ tái phát, có khoảng 20% là u ác tính.
- Lâm sàng: thường nhiều khối và ở 2 bên, khối u đặc và chắc, tròn, di động, làm thay đổi hình dạng vú, nhiều tĩnh mạch tăng sinh trên bề mặt vú.
- Xử trí:
  + U diệp thể lành tính: do nguy cơ tái phát tại chỗ cao nên cần cắt rộng khối u tại chỗ mà không làm tổn thương u (không cặp u bằng kềm, không sinh thiết lõi vì có thể gây tái phát tại chỗ), nếu tái phát nhiều lần nên cắt vú.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Nếu chẩn đoán sau mổ là u diệp thể ác tính cần cắt rộng các mô lân cận ở cuộc mổ sau.

2.4. Nang tuyến vú

- Thường gặp ở phụ nữ tuổi 35-50, rất hiếm gặp ở phụ nữ trẻ < 25 tuổi.
- Nang thường là những khối riêng rẽ, di động, mật độ căng.
- Chọc hút dịch nang có màu vàng chanh hoặc nâu. Nếu dịch hút ra là máu thì phải sinh thiết sau hút dịch để loại trừ ung thư.
- Sau chọc hút nếu nang tái phát thì phải hút lại và phẫu thuật bóc nang.

2.5. Hoại tử mô mỡ

- Thường gặp sau chấn thương, hoặc tổn thương do sinh thiết, có thể gặp khối cứng, co kéo núm vú. Phải sinh thiết để loại trừ ung thư vú.
- Điều trị: chích lấy khối hoại tử, có thể kết hợp với các thuốc nội tiết như Danazol 200mg x 2 viên/ngày, Tamoxifen 100mg x 2 viên/ngày, mỡ Progestogel bôi vú từ ngày 12 đến ngày 25 của chu kỳ kinh.

2.6. Các bệnh có tiết dịch núm vú.

- Tiết dịch núm vú ngoài thời kỳ nuôi con bú có thể do các nguyên nhân sau:
  + Giãn hoặc xơ nang ống tuyến.
  + Tăng tiết sữa kết hợp với vô kinh, vô sinh.
  + Papilloma ống tuyến.
  + Ung thư vú.
- Khám lâm sàng cần lưu ý: màu sắc dịch tiết (trong, lẫn máu, hoặc có màu khác) có kèm theo khối u, có nhiều tia hay một tia, dịch ra liên tục hay từng đợt, ra tự nhiên hay vắt, dịch ra có liên quan với kỳ kinh, có uống thuốc tránh thai hay uống estrogen.
- Xử trí tùy theo tổn thương

2.7. Viêm tuyến vú và áp xe vú.

- Tham khảo bài "Nhiễm khuẩn hậu sản".

2.8. Vú bất thường:

Có thể gặp những trường hợp vú teo, vú kém phát triển hoặc phì đại tuyến vú, cần phẫu thuật tạo hình.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

U XƠ TỬ CUNG

1. Định nghĩa

U xơ tử cung hay u xơ cơ tử cung là khối u tế bào cơ trơn lành tính của tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 30-50 tuổi.

2. Phân loại

- ***U xơ dưới thanh mạc:*** có thể có cuống hay không, thường phát triển về phía ổ bụng, hố chậu, hoặc giữa hai lá của dây chằng rộng gây chèn ép vào niệu quản, hay nhầm với u buồng trứng.
- ***U xơ kẽ:*** là khối u phát triển từ phần giữa của cơ tử cung, làm biến dạng buồng tử cung.
- ***U xơ dưới niêm mạc:*** là khối u xơ cơ ở dưới niêm mạc. Đôi khi có cuống đẩy lồi vào buồng tử cung gọi là polip xơ.

3. Triệu chứng

Thường phát hiện khi đi khám vì lý do: rối loạn kinh nguyệt, vô sinh, chậm có thai, ra máu âm đạo hoặc tự sờ thấy khối u ở vùng bụng dưới.

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Bệnh nhân có thể thiếu máu nếu có băng kinh hoặc ra máu kéo dài
- Ra máu từ buồng tử cung là triệu chứng chính (nhất là các u xơ dưới niêm mạc), thể hiện dưới dạng cường kinh, rong kinh.
- Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu, đau kiểu nặng bụng, tức bụng.
- Ra khí hư trong, loãng.

3.2. Triệu chứng thực thể

- Nắn bụng: thấy khối u ở vùng hạ vị.
- Đặt mỏ vịt: có thể thấy hình ảnh polip có cuống, chân nằm ở trong buồng tử cung.
- Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng thấy tử cung to, chắc, có khi thấy những khối lồi trên mặt tử cung. Di động cổ tử cung thì khối u di động theo.

3.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm: thấy hình ảnh khối u xơ ở tử cung.
- Công thức máu: phát hiện thiếu máu nếu mất máu nhiều, kéo dài.

4. Chẩn đoán:

4.1. Chẩn đoán xác định:

Dựa vào lâm sàng và siêu âm.

4.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Có thai.
- U buồng trứng.
- Bệnh lý nội mạc trong cơ tử cung (adenomyosis).
- Các khối u ngoài đường sinh dục (u ruột, u mạc treo, …).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Tiến triển và biến chứng

5.1. Tiến triển

U xơ tử cung thường tiến triển chậm, sau một thời gian khối u có thể tăng kích thước gây nên triệu chứng và biến chứng. Chỉ khoảng 0,05% trường hợp u xơ tử cung biến chứng thành sarcoma. Nếu khối u nhỏ không gây triệu chứng hoặc biến chứng gì đáng kể. Thời kỳ mãn kinh, u xơ tử cung có thể ngừng phát triển.

5.2. Biến chứng

5.2.1. U xơ tử cung ở người không có thai

- Xuất huyết tử cung bất thường: thường do u xơ dưới niêm mạc.
- Chèn ép các tạng lân cận: u xơ trong dây chằng rộng chèn ép niệu quản, u to chènvào bàng quang, trực tràng.
- Thoái hoá: một số trường hợp khối u to có thể có biến chứng thoái hoá hoại tử vô khuẩn hoặc thoái hoá kính.
- Xoắn khối u dưới thanh mạc có cuống: đau dữ dội ở vùng hố chậu, kèm dấu hiệu kích thích phúc mạc (nôn, bí trung tiện).

5.2.2. U xơ tử cung và thai nghén: u xơ tử cung có thể gây

- Chậm có thai hoặc vô sinh,
- Sẩy thai, chậm phát triển trong tử cung, đẻ non.
- Rau tiền đạo, rau bám chặt.
- Đẻ khó do cơn co hoặc ngôi thai: khi chuyển dạ thường gây rối loạn cơn co, chuyển dạ kéo dài, ngôi thai bất thường, ngôi cúi không tốt, u xơ trở thành khối u tiền đạo cản trở đường ra của thai.
- Thời kỳ sổ rau thường gây băng huyết, đờ tử cung.
- Thời kỳ hậu sản: u xơ có thể gây bế sản dịch, nhiễm khuẩn hậu sản, hoại tử vô khuẩn, u xơ dưới thanh mạc có cuống có thể bị xoắn.

6. Xử trí

- Nếu khối u nhỏ, chưa có biến chứng: theo dõi, khám định kỳ 3 tháng một lần hoặc điều trị nội khoa.
- Nếu khối u xơ to và/hoặc có biến chứng: phương pháp điều trị được lựa chọn dựa trên tuổi, số con, nhu cầu sinh sản và loại biến chứng:
  + Điều trị trì hoãn (tạm thời): dùng progestin (đường uống, đặt âm đạo hoặc dụng cụ tử cung chứa progestin), kháng progesteron (Mifepristone), viên thuốc tránh thai phối hợp, GnRH đồng vận
  + Ngoại khoa:
    - Bảo tồn tử cung: bóc nhân xơ, thuyên tắc mạch.
    - Cắt tử cung toàn phần.
    - Với u xơ dưới niêm mạc: có thể được chẩn đoán và điều trị bằng soi buồng tử cung và cắt u qua soi buồng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

U BUỒNG TRỨNG

1. Định nghĩa

U buồng trứng là các khối u của buồng trứng gặp ở phụ nữ mọi lứa tuổi, bao gồm u nguyên phát (dạng đặc hoặc dạng nang) và u thứ phát do di căn từ xa đến buồng trứng.

2. Phân loại

2.1. U dạng nang

2.1.1. Nang buồng trứng cơ năng

Thường là những nang nhỏ, đường kính dưới 5-6cm, thường tồn tại trong một vài chu kỳ. Các loại nang cơ năng bao gồm:

- Nang bọc noãn: do nang De Graaf không vỡ vào ngày phóng noãn.
- Nang hoàng tuyến: thường gặp trong chửa trứng, ung thư nguyên bào nuôi hoặc quá kích buồng trứng ở người bệnh vô sinh.
- Nang hoàng thể.

2.1.2. Nang thực thể buồng trứng

Phần lớn nang lành tính, tuy nhiên vẫn có khả năng ác tính.

- U nang thanh dịch (dịch trong): có thể gặp cả 2 bên (30-35%), tỷ lệ ác tính 20-25%. Khám tiểu khung thấy khối u, hoặc siêu âm thấy khối u.
- U nang nhầy: thường có nhiều thuỳ chứa dịch nhầy đặc, kích thước thường to nhất trong các u buồng trứng. Tỷ lệ ác tính dưới 20%.
- U nang bì: còn gọi là u quái (teratoma), chứa các mô như răng, lông tóc, bã đậu. Nang bì thường lành tính nhưng cũng có thể trở thành ác tính, tỷ lệ ác tính 1-5%. Hay được phát hiện ở lứa tuổi 20-30 tuổi, ít khi gặp 2 bên.
- U lạc nội mạc tử cung: thường gây thống kinh, thường khó có thai.

2.2. U đặc và u thứ phát:

Tỷ lệ ác tính cao hơn u dạng nang.U thứ phát tại buồng trứng do di căn từ cơ quan khác đến như u Krukenberg do ung thư dạ dày di căn.

2.3. U hỗn hợp:

U vừa có thành phần nang lẫn đặc.

3. Tiến triển và biến chứng

- Có thể tiến triển rất nhanh nếu là u ác tính.
- Xoắn nang: trên bệnh nhân có u buồng trứng đã được chẩn đoán trước hay chưa được chẩn đoán, đau bụng đột ngột. Hay gặp u bì.
- Chèn ép các tạng trong tiểu khung gây đau bụng, đái khó.
- Vỡ nang: thường xảy ra sau khi khối u buồng trứng bị xoắn không được mổ kịp thời.
- Xuất huyết trong nang.
- Ung thư hóa.
- U buồng trứng và thai kỳ: Được chẩn đoán qua khám thai định kỳ hoặc qua siêu âm. Có thể gặp bất kỳ loại nang nào nhưng hay gặp là nang hoàng thể hay nang bì, ít khi gặp nang ác tính. Nếu xoắn nang phải phẫu thuật cấp cứu, nếu không xoắn thì phẫu thuật vào đầu quý II của thai kỳ hoặc sau sinh. U nang có thể gây sẩy thai, đẻ non, u tiền đạo, ngôi

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

bất thường, xoắn u nang sau sinh (tham khảo thêm bài "Các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ" và "Chuyển dạ đình trệ").

4. Chẩn đoán:

Dựa vào triệu chứng lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm một số chất chỉ điểm khối u, đặc biệt là CA125 và HE4 (nếu có điều kiện).

4.1. Lâm sàng:

- Cơ năng: thấy nặng hoặc đau tức vùng chậu, hoặc thấy bụng to ra; nhiều trường hợp không có triệu chứng cơ năng.
- Thực thể: khám thấy khối u hạ vụ, di động tách biệt với tử cung.

4.2. Cận lâm sàng:

- Siêu âm
- Chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ: hỗ trợ chẩn đoán bản chất và mức độ xâm lấn.
- Các chất chỉ điểm sinh học khối u: CA125, HE4 có nồng độ gia tăng.

5. Xử trí:

- U cơ năng: theo dõi, tái khám sau 3-6 tháng; có thể chỉ định thuốc viên tránh thai phối hợp trong thời kỳ theo dõi.
- U thực thể: tùy theo bản chất khối u, độ tuổi, nhu cầu sinh sản để có phương pháp phẫu thuật tương ứng. U lạc nội mạc tử cung: xem bài "Lạc nội mạc tử cung".
- Nếu nghi ngờ ác tính cần xét nghiệm mô bệnh học (cắt lạnh chẩn đoán tức thì hoặc mô bệnh học cổ điển) để xác định bản chất và lấy máu bệnh nhân định lượng các chất chỉ điểm sinh học khối u.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VÔ SINH

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Vô sinh là tình trạng vợ chồng sau một năm chung sống, có quan hệ tình dục trung bình 2-3 lần/tuần, không sử dụng biện pháp tránh thai mà người vợ vẫn không có thai (nếu người vợ trên > 35 tuổi, thời gian này chỉ tính 6 tháng).

1.2. Phân loại

- Vô sinh nguyên phát là khi người vợ chưa có thai lần nào.
- Vô sinh thứ phát là khi người vợ có ít nhất một lần mang thai trước đây, sau đó tối thiểu 1 năm muốn có con nhưng chưa thụ thai lần nữa.

1.3. Nguyên nhân: do vợ (40%), do chồng (40%), không rõ nguyên nhân (20%).

- Do vợ:
  + Rối loạn phóng noãn.
  + Tắc ống dẫn trứng.
  + Do tử cung: dị dạng bẩm sinh, u xơ tử cung, lạc tuyến trong cơ tử cung, dính buồng tử cung (Hội chứng Asherman), nội mạc tử cung không phát triển (<7 mm).
- Do chồng:
  + Rối loạn chức năng sinh dục: Xuất tinh ngược dòng, bất lực, giảm tình dục.
  + Rối loạn nội tiết: Hội chứng Kaliman (rối loạn chức năng hạ đồi), suy tuyến yên (do bướu, xạ trị hoặc do phẫu thuật), cường Prolactin (do khối u hoặc do thuốc), sử dụng thuốc Androgen, tăng sinh tuyến thượng thận.
  + Bất thường giải phẫu: Bất sản ống dẫn tinh, tắc ống dẫn tinh, bất thường bẩm sinh túi tinh.
  + Bất thường sinh tinh: Bất thường nhiễm sắc thể, viêm tinh hoàn do quai bị, tinh hoàn lạc chỗ, giãn tĩnh mạch thừng tinh.
  + Bất thường di động: Tinh trùng không có đuôi, có kháng thể kháng tinh trùng.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng

2.1.1. Hỏi tiền sử, bệnh sử

- Chu kỳ kinh, các biện pháp tránh thai áp dụng, các lần mang thai, sẩy thai.
- Các phẫu thuật, xét nghiệm đã thực hiện.
- Các thông tin bệnh nội khoa tổng quát.
- Cần lưu ý đến việc sử dụng rượu, thuốc lá, tiếp xúc với các hóa chất, các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Sinh hoạt, lối sống và tần suất giao hợp tự nhiên

2.1.2. Khám lâm sàng

- Khám vợ
  + Quan sát các đặc điểm: rậm lông, hói đầu, mụn trứng cá hay các biểu hiện thừa Androgen.
  + Khám lượng giá tuyến giáp.
  + Khám vú xem có tiết sữa.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Khám âm đạo: bất thường sinh dục (tử cung đôi, bất sản âm đạo, vách ngăn âm đạo), viêm nhiễm đường sinh dục và điều trị thích hợp.

- Khám chồng
  + Khảo sát dáng đi, chiều dài các chi giúp phát hiện trường hợp bất thường nhiễm sắc thể như Hội chứng Klinefelter.
  + Bất thường của lỗ tiểu.
  + Khám bìu, tinh hoàn, mào tinh, ống dẫn tinh.
  + Phát hiện xem có giãn tĩnh mạch thừng tinh, thoát vị bẹn khi ở tư thế đứng.

2.2 Cận lâm sàng

2.2.1. Xét nghiệm thường quy

- Vợ
  + HIV, HBsAg, giang mai, Rubella.
  + Sàng lọc ung thư cổ tử cung theo phác đồ hiện tại.
  + Siêu âm phụ khoa.
- Chồng
  + HIV, HBsAg, giang mai.
  + Tinh dịch đồ.
  + Nếu kết quả tinh dịch đồ bất thường: xét nghiệm FSH và nhiễm sắc thể đồ.

2.2.2 Xét nghiệm chọn lọc

+ FSH, LH, Estradiol, PRL, Progesterone, Testosterone hoặc AMH.
+ Hormone tuyến giáp: T3, T4, TSH.
+ Chụp cản quang tử cung-vòi trứng (HSG).
+ Nội soi buồng tử cung, ổ bụng (nếu có chỉ định).
+ Xét nghiệm chất nhầy cổ tử cung sau khi giao hợp.

3. Điều trị

3.1. Hướng dẫn giao hợp tự nhiên

- Giao hợp tự nhiên với tần suất mỗi 2-3 ngày/tuần xung quanh thời điểm dự đoán phóng noãn cho cơ hội có thai tự nhiên cao nhất.
- Bơm tinh trùng đã lọc rửa vào buồng tử cung đơn thuần chỉ áp dụng cho các trường hợp không thể giao hợp tự nhiên.

3.2. Vô sinh không rõ nguyên nhân

- Giải thích và làm cho cặp vợ chồng yên tâm. Hướng dẫn thời điểm giao hợp có hiệu quả.
- Nếu sau giao hợp 6-12 chu kỳ không hiệu quả có thể can thiệp bằng cách kích thích buồng trứng và bơm tinh trùng vào buồng tử cung.
- Không sử dụng các thuốc gây phóng noãn dạng uống (clomiphene citrate, tamoxiphene, anastrozole, letrozole) trong các trường hợp hiếm muộn không rõ nguyên nhân vì không làm tăng khả năng có thai. Nếu có chỉ định, có thể sử dụng clomiphene citrate.
- Các trường hợp vô sinh không rõ nguyên nhân, do lạc nội mạc tử cung nhẹ hoặc do tinh trùng bất thường nhẹ có thể có các biện pháp sau:
  + Tiếp tục hướng dẫn giao hợp tự nhiên theo dõi nang noãn tối đa 1 năm nữa.
  + Kích thích buồng trứng với gonadotropin kết hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung
  + Có thể cân nhắc thụ tinh trong ống nghiệm nếu đã mong con trên 2 năm, giao hợp tự nhiên theo dõi nang noãn không có kết quả, hoặc đã kích thích buồng trứng kết hợp

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

bơm tinh trùng vào buồng tử cung nhiều chu kỳ, đặc biệt nếu tuổi người vợ đã trên 35 tuổi.

3.3.Vô sinh có nguyên nhân

Giải thích cho cặp vợ chồng hiểu và tư vấn phương pháp điều trị. Có thể sử dụng thuốc hoặc can thiệp phẫu thuật giúp họ đạt mong muốn có con. Đồng thời giải thích rõ các bước sẽ tiến hành, khó khăn có thể gặp phải và thời gian cần thiết để có được kết quả mong muốn.

3.3.1. Do rối loạn phóng noãn

- Rối loạn phóng noãn WHO nhóm I
  + Cần có chế độ dinh dưỡng để tăng BMI lên tối thiểu 19, trong trường hợp quá nhẹ cân.
  + Có thể sử dụng GnRH phóng thích theo nhịp hoặc phác đồ kết hợp FSH và LH để nang noãn phát triển và gây phóng noãn.
- Rối loạn phóng noãn WHO nhóm II
  + Giảm cân nếu phụ nữ có thừa cân hoặc béo phì.
  + Sử dụng clomiphene citrate:
    . Có thể kết hợp clomiphene citrate và metformin khi kích thích phóng noãn.
    . Khi sử dụng clomiphene citrate cần kết hợp siêu âm theo dõi nang noãn.
    . Nếu không thành công sau 3 chu kỳ điều trị có thể xem xét phương pháp khác.
    . Trong mọi trường hợp, không sử dụng clomiphene citrate quá 6 chu kỳ.

Các vấn đề khác trong điều trị vô sinh cho phụ nữ rối loạn phóng noãn WHO nhóm II hoặc hội chứng buồng trứng đa nang: xem bài *"Hội chứng buồng trứng đa nang"*.

3.3.3. Do dính, tắc vòi trứng

- Với các trường hợp tổn thương vòi trứng nhẹ, dính, tắc, phẫu thuật gỡ dính, nối thông, vi phẫu thuật có thể được áp dụng để tăng khả năng có thai tự nhiên. Tuy nhiên, chỉ nên thực hiện ở các đơn vị có đủ điều kiện về thiết bị và nhân sự được đào tạo về phẫu thuật vòi trứng.
- Trước khi thực hiện phẫu thuật vòi trứng cần tham khảo các vấn đề vô sinh nam của chồng và dự trữ buồng trứng của vợ để có tư vấn và hướng điều trị phù hợp.
- Nếu có ứ dịch vòi trứng, nên thực hiện cắt (hoặc kẹp vòi trứng) trước khi thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

3.3.4. Hiếm muộn kèm lạc nội mạc tử cung

Xem bài *"Lạc nội mạc tử cung"*

3.3.5 Vô sinh nam:

- Không sử dụng các thuốc như clomiphene citrate, gonadotropin, androgen cho nam giới bất thường tinh dịch đồ không rõ nguyên nhân vì không có bằng chứng cho thấy có hiệu quả.
- Không khuyến cáo áp dụng mổ thắt giãn tĩnh mạch thừng tinh như là một biện pháp điều trị vô sinh đơn thuần vì không có chứng cứ cho thấy tăng khả năng có thai.
- Trường hợp vô sinh nam không có tinh trùng, nếu có chỉ định làm thủ thuật hút (PESA) hay sinh thiết mô tinh hoàn (TESE) để chẩn đoán khả năng sinh tinh, nên được thực hiện ở cơ sở có điều kiện đông lạnh tinh trùng và mô tinh hoàn.

3.4. Thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON):

- Chỉ được phép thực hiện ở các cơ sở đã được Bộ Y tế cấp phép.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tỉ lệ có thai khi thụ tinh trong ống nghiệm sẽ giảm khi tuổi người vợ tăng, đặc biệt sau 35 tuổi. Chồng hoặc vợ có hút thuốc đều ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của thụ tinh trong ống nghiệm.
- Một lần kích thích buồng trứng và thụ tinh trong ống nghiệm sẽ có thể tạo được nhiều phôi và số phôi tạo ra có thể chia để cấy vào tử cung nhiều lần (chuyển phôi tươi hoặc phôi đông lạnh) để tăng tỉ lệ có thai dồn của 1 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm.
- Phụ nữ có ứ dịch vòi trứng nên làm phẫu thuật cắt bỏ vòi trứng qua nội soi để cải thiện tỉ lệ có thai khi điều trị thụ tinh trong ống nghiệm.
- Ưu tiên sử dụng phác đồ kích thích buồng trứng với GnRH antagonist để tăng thuận tiện, giảm chi phí và giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng. Nếu có nguy cơ quá kích buồng trứng, nên sử dụng GnRH agonist thay thế hCG để kích hoạt trưởng thành noãn.
- Không nên sử dụng liều cao quá 300 đơn vị FSH/ngày khi kích thích buồng trứng. Trong trường hợp đặc biệt, sử dụng tối đa 450 đơn vị FSH/ngày.
- Nên tư vấn đông lạnh phôi toàn bộ và chuyển phôi vào các chu kỳ sau đó, nếu người bệnh có nguy cơ quá kích buồng trứng hoặc nội mạc tử cung không thuận lợi để chuyển phôi trong chu kỳ có kích thích buồng trứng.
- Số phôi (phôi tươi hoặc phôi đông lạnh) cấy vào buồng tử cung trong một lần chuyển phôi:
  + Nếu phụ nữ dưới 37 tuổi: chỉ cấy tối đa 3 phôi một lần vào buồng tử cung. Có thể 2-3 phôi nếu chuyển phôi vào ngày 2 hoặc ngày 3; 1-2 phôi nếu chuyển phôi vào ngày 5.
  + Nếu phụ nữ trên 37 tuổi: chỉ cấy tối đa 4 phôi vào buồng tử cung trong các trường hợp tiên lượng khó.
- Sử dụng progesterone để hỗ trợ giai đoạn hoàng thể sau chuyển phôi tươi. Sử dụng hCG hỗ trợ hoàng thể có thể làm tăng nguy cơ quá kích buồng trứng. Duy trì hỗ trợ hoàng thể tối đa đến 9 tuần tuổi thai.
- Nằm tại chỗ quá 20 phút sau chuyển phôi là không cần thiết và không giúp tăng tỉ lệ có thai.
- Cho đến nay, chưa có bằng chứng liên quan giữa việc kích thích buồng trứng với các nguy cơ trên sức khỏe phụ nữ về lâu dài.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

1. Đại cương:

Hội chứng buồng trứng đa nang là rối loạn nội tiết và chuyển hóa phổ biến, xảy ra trong khoảng 5-10% phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

Người mắc hội chứng buồng trứng đa nang có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau, quan trọng nhất bao gồm rối loạn phóng noãn, các dấu hiệu cường androgen và hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm.

Các biểu hiện thay đổi rất nhiều giữa các cá thể, chủng tộc và vùng miền khác nhau. Trên từng cá thể, biểu hiện của hội chứng buồng trứng đa nang cũng có thể thay đổi tùy theo các giai đoạn khác nhau của cuộc sống.

2. Triệu chứng

2.1.Triệu chứng rối loạn phóng noãn

Rối loạn phóng noãn được chẩn đoán thông qua các biểu hiện của rối loạn kinh nguyệt. Rối loạn kinh nguyệt thường theo kiểu kinh thưa (chu kỳ kinh nguyệt >35 ngày hay có kinh <8 lần/năm) hay vô kinh (không có kinh >6 tháng), hoặc vòng kinh ngắn (khoảng cách giữa 2 lần hành kinh <24 ngày).

2.2. Triệu chứng cường androgen

2.2.1. Lâm sàng

- Rậm lông được xem là một chỉ điểm lâm sàng chính của cường androgen. Đa số các tác giả sử dụng thang điểm Ferriman-Gallway cải tiến để đánh giá tình trạng rậm lông của người bệnh.
- Mụn trứng cá.
- Hói đầu kiểu nam giới.

2.2.2. Cận lâm sàng:

- Xét nghiệm định lượng testosterone trong máu:
  + Định lượng testosterone toàn phần có độ nhạy kém trong chẩn đoán cường androgen.
  + Định lượng testosterone tự do có giá trị dự báo cao hơn, nhưng có nhiều khó khăn trong phương pháp định lượng trực tiếp testosterone tự do. Do đó, hiện nay, chỉ số testosterone tự do (Free Testosterone Index-FTI) được khuyến cáo sử dụng để chẩn đoán cường androgen.
  + Công thức tính FTI như sau:

    FTI = Testosterone toàn phần / SHBG x 100

    (SHBG: Sex Hormone-Binding Globulin)

    FTI >6 được chẩn đoán là cường androgen.
- Siêu âm: tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm dựa trên sự hiện diện của ≥12 nang noãn có kích thước 2-9mm trên một mặt cắt và/hay tăng thể tích buồng trứng (>10ml).

3. Chẩn đoán:

- Hội chứng buồng trứng đa nang là một tập hợp của nhiều triệu chứng, do đó, không có một tiêu chuẩn đơn lẻ nào có đủ giá trị cho chẩn đoán lâm sàng.
- Hội chứng buồng trứng đa nang được chẩn đoán khi người bệnh có 2 trong 3 tiêu chuẩn:

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Rối loạn phóng noãn hay không phóng noãn
+ Cường androgen được chẩn đoán bằng các dấu hiệu lâm sàng và/hay cận lâm sàng
+ Hình ảnh buồng trứng đa nang trên siêu âm

- Các rối loạn hay bệnh lý khác có thể có các triệu chứng giống hội chứng buồng trứng đa nang cần được loại trừ như tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, các loại u chế tiết androgen, hội chứng Cushing...

4. Điều trị: tùy theo triệu chứng than phiền chính và mong muốn có con hay không của người bệnh.

4.1. Người không muốn có thai: chủ yếu điều trị rối loạn kinh nguyệt.

Sử dụng progestogen hay viên tránh thai phối hợp mà thành phần progestin có tính kháng androgen như ciproterone hay drospirenone. Gây bong niêm mạc tử cung bằng viên tránh thai phối hợp nên thực hiện mỗi 3-4 tháng/lần, không thực hiện liên tục và kéo dài.

4.2. Điều trị vô sinh: mục tiêu là gây phóng đơn noãn để hạn chế biến chứng hội chứng quá kích buồng trứng và đa thai.

Có 3 mức lựa chọn điều trị vô sinh cho phụ nữ có hội chứng buồng trứng đa nang:

- *Lựa chọn 1:* sử dụng clomiphene citrate đường uống, số chu kỳ sử dụng tối đa là 6 chu kỳ, liều tối đa là 150mg/ngày.
- *Lựa chọn 2:* khi người bệnh đề kháng clomiphene citrate hay thất bại sau 3-6 chu kỳ sử dụng clomiphene citrate, có thể lựa chọn một trong 2 phương án:
  + Gây phóng noãn bằng gonadotropin: sử dụng phác đồ liều thấp tăng dần với liều đầu được khuyến cáo từ 25-75 IU/ngày và liều điều chỉnh tăng liều chậm, nếu cần.
  + Nội soi đốt điểm buồng trứng đa nang: đốt 4 điểm, độ sâu 4mm, dòng điện 40W và thời gian đốt 4 giây. Thời gian theo dõi sau đốt điểm buồng trứng đa nang là 3-6 tháng. Chỉ thực hiện đốt điểm buồng trứng đa nang với trường hợp HCBTĐN kháng clomiphene citrate. Không khuyến cáo lặp lại đốt điểm buồng trứng đa nang nếu lần đầu không hiệu quả. Không đốt quá nhiều gây suy giảm chức năng buồng trứng.
  + Cắt góc buồng trứng.
- *Lựa chọn 3:* thụ tinh trong ống nghiệm hay trưởng thành noãn trong ống nghiệm
  + Phác đồ GnRH antagonist được khuyến cáo sử dụng nhằm giảm nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng. Có thể khởi động trưởng thành noãn bằng GnRH agonist, thay thế hCG và đông lạnh phôi toàn bộ để loại trừ nguy cơ hội chứng quá kích buồng trứng sớm và muộn.
  + Trưởng thành noãn trong ống nghiệm: tránh hội chứng quá kích buồng trứng ở người bị hội chứng buồng trứng đa nang có chỉ định thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

Lưu ý:

- Lựa chọn 1 và lựa chọn 2 chỉ nên áp dụng cho các trường hợp vô sinh do rối loạn phóng noãn đơn thuần hoặc có thể có các nguyên nhân vô sinh khác mức độ nhẹ. Nếu bị HCBTĐN kèm các nguyên nhân gây vô sinh khác mức độ vừa đến nặng, nên áp dụng lựa chọn 3.
- Metformin không được khuyến cáo sử dụng thường quy cho người bệnh HCBTĐN với mục đích gây phóng noãn. Đối với người bệnh HCBTĐN thực hiện kích thích buồng trứng hay thụ tinh trong ống nghiệm, điều trị metformin (1000-1500mg/ngày, từ 2- 8 tuần) trước kích thích buồng trứng giúp giảm nguy cơ quá kích buồng trứng và cải thiện đáp ứng của buồng trứng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG

1. Đại cương

Lạc nội mạc tử cung (LNMTC) là một bệnh lý phụ khoa thường gặp, gặp từ 5%-10% ở phụ nữ trong tuổi sinh sản, và thường làm giảm chất lượng cuộc sống của người phụ nữ vì bệnh thường gây đau vùng hạ vị, đau khi có kinh, gây ra vô sinh.

1.1. Định nghĩa:là tình trạng bệnh lý khi có sự hiện diện của nội mạc tử cung gồm tuyến và mô đệm ở một vị trí khác ngoài lòng tử cung.

Lạc nội mạc tử cung là một bệnh lý phức tạp mà sinh bệnh học vẫn chưa được hiểu rõ.

1.2. Phân loại:Lạc nội mạc tử cung biểu hiện dưới 4 dạng chính: (ICD-10 phiên bản 2010)

- Bệnh tuyến cơ tử cung (Adenomyosis) (N80.0)
- Nang lạc nội mạc tử cung ở buồng trứng (Ovarian endometriomas) (N80.1)
- Lạc nội mạc tử cung ở phúc mạc (Pelvic peritoneal Endometriosis) (N80.3)
- Lạc nội mạc tử cung sâu (Deeply infiltrating endometriosis)
  + Ở vách âm đạo trực tràng (N80.4)
  + Ở tạng đường tiêu hóa (N80.5)

2. Chẩn đoán

2.1. Triệu chứng cơ năng:

Người bệnh thường đi khám vì đau hoặc vô sinh. Tuy nhiên, cũng có nhiều trường hợp không có triệu chứng cơ năng ngay cả khi có nang LNMTC ở buồng trứng khá to.

- Đau bao gồm đau bụng kinh, giao hợp đau và đau bụng vùng chậu mạn tính.
- Triệu chứng ít gặp hơn, như đi ngoài, đi tiểu khó, đi tiểu ra máu, chảy máu trực tràng và đau vai.
- Rối loạn kinh nguyệt, bao gồm rong kinh và rong huyết.
- Khó có thai bao gồm các tình trạng suy giảm khả năng có thai hay vô sinh, kết cục thai sản có chiều hướng bất lợi.

2.2. Triệu chứng lâm sàng:

Khám bệnh nhân trong lúc có kinh sẽ giúp nhận định tổn thương dễ dàng hơn. Tùy vị trí tổn thương, khi khám có thể ghi nhận:

- Âm hộ, tầng sinh môn: vết cắt tầng sinh môn là vị trí thường gặp của nốt LNMTC.
- Cổ tử cung: có nốt màu xanh tím gây đau, to ra khi có kinh.
- Tử cung: kích thước bình thường hoặc lớn hơn bình thường trong trường hợp lạc tuyến vào cơ tử cung.
- Khám có thể thấy nốt ở vách âm đạo-trực tràng hay thấy được các nốt ở thành âm đạo hoặc khối u ở phần phụ.

2.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm đường âm đạo
- Chụp cộng hưởng từ (MRI): là kỹ thuật được chọn lựa để đánh giá những tổn thương LNMTC sâu sau phúc mạc và được sử dụng khi nghi ngờ chẩn đoán hoặc nghi ngờ LNMTC sâu.
- Nội soi ổ bụng: thường được xem là kỹ thuật giúp chẩn đoán xác định lạc nội mạc tử cung. Nội soi còn giúp phân độ LNMTC. Những hình ảnh của tổn thương LNMTC qua

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

nội soi rất đa dạng. Dạng điển hình như những nốt hoặc nang màu đen, nâu đen, xanh sậm, trong chứa dịch giống sô cô la. Dạng không điển hình như tổn thương đỏ rực như phỏng, hoặc những bóng nước, những vết rách phúc mạc. Chính sự đa dạng này nên khi phẫu thuật nội soi cần phải sinh thiết tổn thương để có chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh.

- Mô bệnh học: được xem là tiêu chuẩn quan trọng để chẩn đoán xác định LNMTC. Tuy nhiên, nếu kết quả mô bệnh học âm tính vẫn không loại trừ hoàn toàn chẩn đoán.

Chẩn đoán lạc nội mạc tử cung dựa trên nhiều yếu tố, bao gồm tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng, hình ảnh và qua phẫu thuật, giải phẫu bệnh. Cần loại trừ các bệnh lý ác tính.

3. Điều trị

Điều trị LNMTC dựa trên triệu chứng. Hai nhóm triệu chứng chính của LNMTC bao gồm: đau và vô sinh. Điều trị đau và điều trị vô sinh có thể là hai hướng điều trị khác nhau. Nếu bệnh nhân có đau và vô sinh, phải xem điều trị vô sinh là ưu tiên.

Điều trị LNMTC gồm cả hai phương pháp nội khoa và ngoại khoa. Điều trị nội khoa có thể được sử dụng trước hoặc sau phẫu thuật. Phương thức điều trị LNMTC sâu ngày càng ít can thiệp và chỉ định phẫu thuật phải được đánh giá chính xác để tránh nguy cơ tái phát, biến chứng, và phẫu thuật lại.

3.1. Điều trị đau kèm lạc nội mạc tử cung

3.1.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa được xem là chọn lựa ưu tiên. Việc chọn lựa thuốc dựa vào: ưu điểm, tác dụng phụ, hiệu quả, giá thành và tính sẵn có của từng biện pháp điều trị.

- Thuốc viên tránh thai phối hợp hoặc Progestin đơn thuần được dùng làm điều trị đầu tay hiên nay.
- Nếu sau 3 tháng điều trị bước đầu thất bại (nghĩa là vẫn còn đau), chuyển qua điều trị bước hai với Danazol hoặc Gestinone hoặc dụng cụ tránh thai có Levonorgestrel hoặc GnRH đồng vận kết hợp với liệu pháp bổ trợ từ lúc bắt đầu điều trị.
- Các loại thuốc
  + Thuốc viên tránh thai phối hợp: liều thấp 20-30 µg ethinyl estradiol và một progestagen bất kỳ.
  + Progestagen: Medroxyprogesterone Acetate (MPA) dạng viên, Depot medroxy-progesterone acetate (DMPA), Norethisterone acetate, Cyproterone acetate, Dienogest và Danazol.
  + Kháng progestogen: Gestrinone
  + Dụng cụ tử cung phóng thích chậm Levonorgestrel
  + GnRH đồng vận: Nafarelin, Leuprolide, Buserelin, Goserelin và Triptorelin
  + Khác: chất ức chế men thơm hóa, kháng viêm không steroid và các thuốc giảm đau.

3.1.2. Điều trị ngoại khoa:

- Mục tiêu là lấy đi những tổn thương LNMTC gây đau và dính. Nguy cơ tái phát sau 10 năm là 40% và phải mổ lại sau 2 năm là 20%.
- Điều trị ngoại khoa với nang LNMTC có thể có hiệu quả giảm đau, nhưng cần cân nhắc đến khả năng ảnh hưởng lâu dài và bất lợi cho các điều trị vô sinh sau này vì chức năng buồng trứng giảm đi. Chỉ định bóc nang LNMTC qua nội soi khi nang có kích thước > 3cm.
- Không nên thực hiện điều trị nội tiết trước phẫu thuật vì không có hiệu quả cải thiện đau.
- Điều trị nội tiết hỗ trợ sau phẫu thuật không có hiệu quả cải thiện thêm triệu chứng đau. Tuy nhiên, phối hợp điều trị nội khoa sau phẫu thuật để dự phòng tái phát LNMTC.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. Điều trị vô sinh kèm lạc nội mạc tử cung

- Vai trò của điều trị nội tiết trong vô sinh là hạn chế. Các phác đồ điều trị nội tiết hầu hết đều ngăn cản khả năng có thai của người phụ nữ. Không nên kê đơn điều trị nội tiết nhằm mục đích ức chế chức năng buồng trứng để cải thiện khả năng có thai.
- Phụ nữ vô sinh có kèm theo lạc tuyến nội mạc tử cung thực hiện lấy bỏ thương tổn qua nội soi ổ bụng, bao gồm cả gỡ dính, có thể cải thiện khả năng có thai sau phẫu thuật. Lưu ý không sử dụng dòng điện cao tần đơn cực.
- Phẫu thuật bóc u LNMTC phải tư vấn trước cho người bệnh về nguy cơ suy giảm hay mất chức năng buồng trứng sau phẫu thuật. Quyết định thực hiện phẫu thuật phải được cân nhắc kỹ lưỡng nếu như bệnh nhân đã từng bị phẫu thuật buồng trứng ít nhất một lần trước đó.
- Không kê đơn điều trị với nội tiết hỗ trợ sau phẫu thuật nhằm mục đích cải thiện khả năng có thai tự nhiên. Nên tiến hành điều trị hỗ trợ sinh sản sớm sau phẫu thuật để tăng cơ hội có thai.
- Trường hợp vô sinh có kèm theo LNMTC độ I-II theo AFS/ASRM, các bác sĩ lâm sàng nên thực hiện kích thích buồng trứng kèm theo bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), thay vì theo dõi đơn thuần hay chỉ bơm tinh trùng đơn thuần. Nếu đã can thiệp phẫu thuật, cần thực hiện kích thích buồng trứng kết hợp bơm tinh trùng vào buồng tử cung sớm, trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật.
- Khuyến cáo nên thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm cho vô sinh có liên quan đến LNMTC, đặc biệt khi có giảm dự trữ buồng trứng, chức năng vòi tử cung bị tổn hại hay có sự tham gia của yếu tố nam, và/hoặc các điều trị khác trước đó bị thất bại.
- Có thể cho GnRH đồng vận trong khoảng 3 đến 6 tháng trước khi kích thích buồng trứng (phác đồ cực dài) và thụ tinh trong ống nghiệm để cải thiện tỉ lệ thai lâm sàng ở bệnh nhân vô sinh có kèm theo LNMTC.
- Với bệnh nhân vô sinh có nang LNMTC ở buồng trứng lớn hơn 3 cm, có thể cân nhắc bóc nang trước khi điều trị bằng kỹ thuật sinh sản hỗ trợ để cải thiện triệu chứng đau hay để tiếp cận được nang noãn khi thực hiện chọc hút. Tuy nhiên, phải tư vấn cho bệnh nhân về nguy cơ suy giảm chức năng buồng trứng và dính sau phẫu thuật và nguy cơ có thể suy buồng trứng sau mổ. Quyết định thực hiện phẫu thuật bóc nang LNMTC phải được cân nhắc thật kỹ, nếu bệnh nhân đã từng bị phẫu thuật buồng trứng ít nhất một lần trước đó.
- Với các trường hợp LNMTC sâu, hiện nay, chưa có đủ chứng cứ là phẫu thuật lấy bỏ tổn thương LNMTC sẽ cải thiện khả năng có thai tự nhiên hoặc cải thiện kết quả điều trị bằng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

3.3. Các vấn đề khác

3.3.1 Xử trí lạc nội mạc tử cung không triệu chứng

Không nên thực hiện thường qui lấy bỏ tổn thương cho các tổn thương LNMTC không triệu chứng được phát hiện một cách ngẫu nhiên khi phẫu thuật, do diễn biến tự nhiên của bệnh lý là chưa rõ ràng. Tuy nhiên, cần thông tin đầy đủ cho người bệnh về tình trạng này.

3.3.2 Nguy cơ phát triển ác tính của lạc nội mạc tử cung

- Không có chứng cứ rằng lạc tuyến nội mạc tử cung gây ung thư
- Không có sự tăng về tần suất chung của ung thư ở bệnh nhân có lạc tuyến nội mạc tử cung
- Một số ung thư (buồng trứng và u lympho không Hodgkin) được phát hiện với tần suất cao hơn bình thường ở bệnh nhân có lạc tuyến nội mạc tử cung.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

MÃN KINH

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa:

Mãn kinh là ngừng hành kinh do ngừng các hoạt động cơ bản của buồng trứng. Do không còn nang noãn phát triển nên không sản xuất các nội tiết sinh dục, niêm mạc tử cung không dày, không bong nên không còn hành kinh.

1.2. Tuổi mãn kinh

Tuổi mãn kinh trung bình ở các nước phát triển là 51- 52 tuổi. Ở Việt nam, tuổi mãn kinh trung bình của phụ nữ Việt nam là 48-50.

Một số yếu tố làm thay đổi tuổi mãn kinh:

- Tình trạng kinh tế-xã hội thấp, suy dinh dưỡng và chế độ ăn chay trường hoặc sống trên vùng cao thường đưa đến mãn kinh sớm hơn bình thường.
- Hút thuốc lá làm tuổi mãn kinh sớm hơn 2, 3 năm.
- Chỉ số khối cơ thể cao và sinh nhiều con làm mãn kinh chậm hơn.
- Phụ nữ đã bị cắt tử cung với 2 buồng trứng được bảo tồn thì mãn kinh sớm hơn 3,7 năm so với tuổi mãn kinh trung bình.

1.3. Phân loại

- Mãn kinh tự nhiên (sinh lý).
- Mãn kinh do phẫu thuật cắt bỏ hai buồng trứng, hoặc điều trị hóa chất hay tia xạ vùng chậu.
- Mãn kinh sớm là mãn kinh trước 40 tuổi. Nguyên nhân là do suy buồng trứng sớm, chiếm tỷ lệ khoảng 5% đến 10% số phụ nữ có triệu chứng vô kinh thứ phát. Mãn kinh sớm gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho sức khỏe, như bệnh lý tim mạch, loãng xương và bệnh Alzheimer sớm

  Có nhiều nguyên nhân gây ra mãn kinh sớm:

  + Phẫu thuật cắt bỏ 2 buồng trứng hoặc xạ trị vùng chậu hay hóa trị liệu.
  + Di truyền, bất thường thiếu enzyme như bệnh galactosemia hoặc thiếu men 17α-hydroxylase.
  + Nguyên nhân miễn dịch.
  + Bất thường trục hạ đồi-tuyến yên.
  + Nhiễm virus.

2. Chẩn đoán

2.1. Lâm sàng: là các biểu hiện của sự thiếu hụt estrogen ở phụ nữ mãn kinh.

- Cơn bốc nóng mặt cổ, có thể lên đến 60%-85% số phụ nữ và kéo dài từ vài tháng đến vài năm.
- Vã mồ hôi ban đêm, mất ngủ, mệt mỏi, dễ nóng giận ban ngày, và nặng hơn, có thể suy nhược thần kinh.
- Đau nhức khớp và cơ, khô teo âm đạo, rối loạn tiết niệu-sinh dục.
- Da mỏng, nhăn. Niêm mạc âm đạo teo mỏng, khô làm cho giao hợp đau, rát và dễ bị viêm nhiễm.
- Sa tử cung và són tiểu.
- Giảm mật độ xương có thể đưa đến loãng xương.
- Tăng nguy cơ bệnh tim mạch như cao huyết áp, suy động mạch vành.
- Tăng nguy cơ rối loạn chuyển hóa (bệnh đái tháo đường)
- Rối loạn tri thức (bệnh Alzheimer).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.2. Cận lâm sàng:

- FSH ≥ 40mIU/ml
- Estradiol < 30pg/ml

2.3 Chẩn đoán

- Mãn kinh sinh lý: nếu một phụ nữ, từ trước vẫn luôn có kinh nguyệt đều đặn mỗi tháng, nay ngưng hành kinh 12 tháng liên tiếp. Không cần thiết làm xét nghiệm.
- Mãn kinh sớm hay do phẫu thuật: cần làm xét nghiệm nồng độ huyết thanh cao của FSH, nồng độ thấp của Estradiol, định lượng ít nhất 3 lần trong vòng 4 tuần lễ.

3. Xử trí:

3.1. Điều trị và dự phòng các triệu chứng và bệnh lý tuổi mãn kinh

Sử dụng nội tiết (liệu pháp hormone thay thế) sau khi xét nghiệm máu, tiểu cầu, fibrinogen và D.Dimer bình thường.

- *Estrogens:*
  + Có thể sử dụng đường uống như estradiol valerate (Progynova, Valiera 1 hoặc 2 mg), estrogens liên hợp (Premarin 0,625 mg), hoặc dán da, thoa da, đặt âm đạo. Estrogens thường được kết hợp với progestogens trong mỗi viên thuốc.
  + Tác dụng có lợi của estrogens khi được sử dụng sớm, trước 60 tuổi và mãn kinh dưới 10 năm: điều trị hiệu quả các triêu chứng cơ năng của mãn kinh, giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim, loãng xương, sa sút trí tuệ, cải thiện tình trạng mỡ bụng dày, giữ đường huyết ổn định và giảm đề kháng insulin.
  + Nên sử dụng estrogen dán da cho phụ nữ mãn kinh có tiền sử hoặc nguy cơ cao bị viêm tắc tĩnh mạch như béo phì kèm các bệnh chuyển hóa, có hút thuốc hoặc cao huyết áp hay có rối loạn tình dục, có triglycerides cao sẵn hoặc cao sau khi uống nội tiết.
  + Không chỉ định sử dụng estrogen uống cho các phụ nữ có tiền sử viêm tắc mạch máu, xuất huyết âm đạo bất thường chưa điều trị, viêm gan cấp, nghi ngờ có bệnh ung thư, nghi ngờ có thai.
  + Nguy cơ ung thư vú tăng nhẹ khi sử dụng estrogens trên 5 năm ở phụ nữ trẻ, giảm nguy cơ ung thư đại-trực tràng.
- *Progestogens:*
  + Nếu còn tử cung, thì phải sử dụng progestogen kèm theo estrogen. Progestogen có nhiều dạng như kết hợp với estrogen trong mỗi viên nội tiết (Femoston:17 β- estradiol 1mg/dydrogesterone 5 mg), hoặc viên Dydrogesterone riêng lẻ (Duphaston 10 mg), hoặc progesterone dạng mịn (Utrogestan, Progendo, Cyclogest 200 mg). Một số tác dụng phụ của progestogen là căng đau vú, phù, trầm cảm hoặc nhẹ hơn, buồn bã, cáu gắt, bứt rứt.
  + Một số trường hợp phụ nữ mãn kinh, đã cắt tử cung rồi nhưng vẫn cần sử dụng progestogen kèm với estrogen:
    - Chỉ định cắt tử cung là lạc nội mạc tử cung.
    - Phụ nữ đã cắt tử cung bán phần, có thể một ít nội mạc tử cung còn sót lại có thể sẽ bị tăng sản hoặc ung thư.
    - Phụ nữ vừa bị cắt tử cung và hai phần phụ vì ung thư nội mạc tử cung.
    - Phụ nữ đã được phẫu thuật điều trị u dạng nội mạc tử cung ở buồng trứng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- *Androgens* sử dụng cho phụ nữ có các triệu chứng cơ năng mãn kinh nặng nề dù đã được điều trị bằng estrogen liều cao vẫn không thuyên giảm đau nhức, trầm cảm, nhưng không khuyến cáo sử dụng kéo dài.
- *SERMs* (Selective Estrogen Receptors Modulators): raloxifene, tamoxifene, lasofoxifene, droloxifene, mới nhất là ospemifene …có tác dụng chọn lọc trên thụ thể estrogen, có thể vừa là đồng vận đối với mô xương nhưng đối vận đối với tuyến vú. SERMs cũng có tác dụng phụ tăng viêm tắc tĩnh mạch tương tự như estrogen.
- *Tibolone* 2,5 mg/ngày, vừa có tác dụng như estrogen, progestogen và androgen. Tác dụng này có chọn lọc trên mô, giống như SERMs. Không nên chỉ định tibolone cho phụ nữ có tiền sử ung thư vú.
- *Các loại thực phẩm chức năng* như phytoestrogens có ít hiệu quả điều trị các triệu chứng mãn kinh; Lepidium Meyenii được cho là có tác dụng điều trị mất ngủ, khô teo niêm mạc âm đạo gây giao hợp đau rát trên phụ nữ mãn kinh.
- *Các loại thuốc không nội tiết* có thể được sử dụng như clonidine cho rối loạn vận mạch, vesicare cho đi tiểu són hay đi tiểu đêm nhiều lần…

3.2. Xử trí mãn kinhsớm

- Phụ nữ mãn kinh trước 30 tuổi: xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ và các kháng thể tự miễn.
- Sử dụng nội tiết (có thể uống thuốc viên tránh thai).

Lưu ý: sàng lọc ung thư sinh dục trước khi sử dụng thuốc.

4. Tư vấn

Mãn kinh là khoảng thời gian có nhiều biến đổi trong cơ thể của phụ nữ do rối loạn nội tiết buồng trứng làm xuất hiện nhiều triệu chứng cơ năng rất khó chịu và một số bệnh lý tim mạch, loãng xương, sa sút trí tuệ.

Cần tư vấn cho phụ nữ tuổi mãn kinh:

- Luyện tập thể dục đều mỗi ngày, giữ tinh thần thoải mái, chế độ dinh dưỡng hợp lý.
- Tránh các yếu tố nguy cơ cao như ngã gây tăng gãy xương, uống rượu hay hút thuốc làm giảm mật độ xương, tăng nguy cơ bệnh tim mạch, ung thư sinh dục…
- Sử dụng nội tiết phù hợp, nếu cần thiết, và theo tư vấn của các chuyên gia về mãn kinh. Điều trị nội tiết phải được cân nhắc sử dụng sớm, ở lứa tuổi vừa mãn kinh.
- Sàng lọc các bệnh lý thường gặp tuổi mãn kinh và các loại ung thư sinh dục để phát hiện sớm và điều trị kịp thời, hiệu quả.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 4
CHĂM SÓC SƠ SINH

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

GIAO TIẾP VÀ HỖ TRỢ TINH THẦN ĐỐI VỚI GIA ĐÌNH TRẺ BỆNH

1. Giao tiếp với người nhà trẻ bệnh.

1.1. Nguyên tắc chung.

- Phong cách chững chạc, thái độ quan tâm, thân thiện tạo niềm tin cho gia đình trẻ bệnh.
- Tôn trọng, thông cảm với những nỗi lo lắng của gia đình.
- Lắng nghe và khuyến khích người nhà hỏi hoặc đề đạt ý kiến.
- Chú ý quan tâm đến bà mẹ kể cả khi không có bà mẹ đi theo. Cần hỏi về tình trạng bà mẹ để thu thập thông tin liên quan đến trẻ và biểu lộ sự quan tâm của mình.

1.2. Các việc cần làm khi tiếp xúc với người nhà trẻ bệnh.

- *Tiếp nhận trẻ ngay* và đánh giá nhanh xem trẻ có ở trong tình trạng cấp cứu không. Nếu có, phải xử trí ngay; nếu không, tiến hành xử trí trẻ theo qui trình của bệnh viện.
- *Hỏi bệnh:* luôn có thái độ tôn trọng và cảm thông với người nhà khi hỏi bệnh. Lắng nghe những ý kiến của gia đình, khuyến khích họ hỏi và bày tỏ thái độ quan tâm của mình. Cách hỏi bệnh cần khéo léo, tránh làm tổn thương gia đình.
- *Khám bệnh:* khám bệnh phải toàn diện, tỉ mỉ, chu đáo. Chú ý động tác khám phải nhẹ nhàng.
- *Thông báo về bệnh tật và kế hoạch điều trị cho trẻ:* dùng ngôn từ rõ ràng, chính xác khi thông báo cho gia đình về tình trạng, tiến triển và kế hoạch điều trị cho trẻ.
- *Giải thích về những vấn đề liên quan đến qui chế bệnh viện:* phổ biến các hướng dẫn, nội qui bệnh viện. Bảo đảm quyền dân chủ cho người nhà người bệnh. Đối với những trường hợp cần làm thủ thuật, mổ tử thi... giải thích cho người nhà biết các qui định hiện hành.

2. Hỗ trợ tinh thần cho gia đình trẻ trong các trường hợp bệnh nặng.

Các hướng dẫn sau đây áp dụng ở các cơ sở y tế có điều trị trẻ bị bệnh nặng.

2.1. Đối với tất cả gia đình có trẻ bị bệnh nặng.

- Động viên an ủi gia đình.
  - + Không được trách gia đình người bệnh nếu họ đưa trẻ đến quá muộn hoặc không quan tâm đến tình trạng bệnh của trẻ.
  - + Thông tin đầy đủ tình trạng bệnh của trẻ cho gia đình để cùng chia sẻ, phối hợp với cán bộ y tế trong chăm sóc trẻ.
  - + Biểu hiện sự quan tâm, tôn trọng đối với trẻ và gia đình:
    - Khuyến khích và cho phép bà mẹ ở với trẻ. Nếu bà mẹ không thể ở với trẻ thì khuyến khích bà mẹ đến thăm trẻ càng nhiều càng tốt. Trong điều kiện tình trạng trẻ cho phép, cố gắng có giường nằm cho cả bà mẹ và trẻ.
    - Khuyến khích bà mẹ cộng tác trong việc chăm sóc trẻ.
    - Khuyến khích, động viên, hỗ trợ bà mẹ cho con bú. Trường hợp không thể cho con bú được, hướng dẫn, giúp đỡ bà mẹ vắt sữa và dùng thìa, cốc để cho trẻ ăn.
- Thăm trẻ.
  - + Chỉ những người thân trong gia đình vào thăm và hướng dẫn họ tuân thủ các qui định của bệnh viện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Những người nhà đang bị sốt, có dấu hiệu bị bệnh cấp tính, bệnh truyền nhiễm (như nhiễm khuẩn đường hô hấp, thuỷ đậu..) không được vào thăm trẻ.
+ Khi thăm trẻ cần phải:
  - Rửa sạch tay.
  - Mặc quần áo, đi dép của bệnh viện.
  - Chỉ thăm người nhà của mình, không tiếp xúc với các trẻ khác trong buồng bệnh.

2.2. Gia đình có trẻ bị khuyết tật bẩm sinh.

Cán bộ y tế cần có thái độ thông cảm, tinh tế trong khi giải thích về tình trạng dị tật cho người nhà.

- Nếu **trẻ bị dị dạng nặng** thì cân nhắc việc cho bà mẹ gặp trẻ. Nếu bắt buộc phải cho mẹ gặp trẻ, tìm cách che bớt sao cho bà mẹ không nhìn thấy hết những dị dạng này khi lần đầu gặp trẻ.
- Lần đầu tiếp xúc với trẻ, không nên để bà mẹ một mình mà cần có thêm một người nữa để giảm bớt sự lo sợ cho bà mẹ.
- Hướng dẫn và bảo đảm cha/mẹ trẻ biết cách chăm sóc trẻ.
- Tư vấn về tiên lượng bệnh của trẻ và giới thiệu đến các cơ sở điều trị tiếp tục.

2.3. Gia đình có trẻ đang hấp hối hoặc đã mất.

- Trẻ đang hấp hối:
  + Cho phép người nhà vào thăm trẻ, ngay cả khi đang cố gắng cấp cứu cho trẻ, nếu thấy phù hợp.
  + Giải thích tình trạng bệnh của trẻ.
  + Nếu biết chắc chắn **trẻ không thể qua khỏi** cần an ủi, động viên gia đình người bệnh và thông báo cho gia đình biết là không thể cứu sống trẻ.
- Khi trẻ tử vong:
  + Sau khi trẻ đã mất, mặc quần áo, chia sẻ với gia đình người bệnh và cho phép gia đình gặp mặt, nếu họ muốn.
  + Tôn trọng tín ngưỡng, các tập tục địa phương: giữ vật kỷ niệm, chôn cất... nhưng phải đúng theo qui định địa phương và bảo đảm đúng các qui trình y tế.
  + Hoàn thành mọi thủ tục, giấy tờ theo qui định xác nhận tử vong của trẻ. Ghi chép đầy đủ các thông tin liên quan và lưu hồ sơ trẻ tử vong.
  + Đưa giấy chứng tử cho gia đình và hướng dẫn chăm sóc bà mẹ sau sinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHUYỂN VIỆN AN TOÀN CHO TRẺ SƠ SINH

1. Chuyển trẻ từ tuyến xã.

- Tùy điều kiện tại các trạm y tế, sử dụng các phương tiện vận chuyển thích hợp sẵn có với nguyên tắc là đảm bảo an toàn cho trẻ trong suốt quá trình chuyển. Cần đặc biệt chú ý:
  + Giữ ấm cho trẻ: tốt nhất là đặt trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ hoặc người đi cùng trong suốt quá trình chuyển.
  + Nên có nhân viên y tế đi kèm và có các trang thiết bị, thuốc thiết yếu cho cấp cứu trên đường chuyển.
- Liên hệ với tuyến trên yêu cầu hỗ trợ đón người bệnh hoặc hướng dẫn và hỗ trợ xử trí tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.
- Trước khi chuyển:
  + Viết giấy chuyển viện bao gồm các thông tin về tình trạng bệnh của trẻ, các chăm sóc/xử trí đã làm; các vấn đề liên quan đến cuộc đẻ và tình trạng bà mẹ.
  + Trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định nhiễm khuẩn nặng: tiêm bắp (mặt ngoài đùi) cho trẻ 1 liều kháng sinh: gentamicin 2,5 mg/kg và penicillin 50.000 đv/kg (chú ý phải **pha loãng** gentamicin trước khi dùng với nồng độ 10 mg/ml).

2. Chuyển từ tuyến huyện, tỉnh và trung ương.

2.1. Liên hệ, trao đổi với tuyến chuyển đến.

- Liên lạc bằng điện thoại trước khi chuyển.
- Các thông tin cần trao đổi: tình trạng bệnh tật, các thuốc điều trị, tham khảo ý kiến chuyên môn, phương tiện chuyển và ước tính thời gian đến.

2.2. Chuẩn bị cán bộ, phương tiện và trang thiết bị cho chuyển viện.

- *Cán bộ:* cán bộ chuyên môn đi kèm biết chăm sóc sơ sinh cơ bản, cấp cứu ngừng tim, ngừng thở.
- *Phương tiện vận chuyển:* xe cứu thương phải có đèn đủ sáng để có thể theo dõi, chăm sóc người bệnh trên đường chuyển, trong xe phải bảo đảm vệ sinh sạch sẽ. Lái xe phải thường trực liên tục.
- *Dụng cụ và thuốc cần mang theo:* bảo đảm có đủ, vô khuẩn và sử dụng được.

Các loại dụng cụ cần thiết	Các loại thuốc thiết yếu
- Bóng, mặt nạ dùng cho trẻ sơ sinh. - Bình/túi oxygen đủ dùng trong quá trình chuyển. - Ống thông, bộ dây nối thở oxygen, ống thông dạ dầy, hút dịch; bơm tiêm. - Bộ đặt nội khí quản, ống nội khí quản các cỡ 2,5; 3; 3,5. - Ống nghe; nhiệt kế, máy hút đờm/nhớt. - Dụng cụ/thiết bị ủ ấm. - Dụng cụ đo độ bão hòa oxygen qua da, nếu có điều kiện.	- Dịch truyền: glucose 10%; natri clorid 0,9%; - Phenobacbital. - Adrenalin 1‰. - Kháng sinh (gentamicin, penicilin hoặc ampicillin).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.3. Chuẩn bị chuyển viện.

- Bảo đảm là đã giải thích kỹ cho gia đình lý do phải chuyển viện và được gia đình đồng ý. Nên chuyển mẹ đi cùng trẻ.
- Tình trạng trẻ tương đối ổn định, có thể duy trì được các chức năng sống trên đường chuyển.

  Trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định nhiễm khuẩn nặng: tiêm bắp (mặt ngoài đùi) cho trẻ 1 liều kháng sinh: gentamicin 2,5 mg/kg và penicillin 50.000 đv/kg (chú ý phải **pha loãng** gentamicin trước khi dùng với nồng độ 10 mg/ml).
- Nếu trẻ mất nước nặng: bồi phụ nước và điện giải.
- Viết giấy chuyển viện.

2.4. Chăm sóc và theo dõi trên đường chuyển viện.

- Bảo đảm giữ ấm cho trẻ trước và trong khi chuyển, khuyến khích để trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ/người nhà.
- Bảo đảm cho ăn và dịch truyền:
  + Nếu trẻ bú được, khuyến khích bà mẹ cho trẻ bú.
  + Nếu trẻ không thể bú được, vắt sữa cho trẻ ăn bằng thìa hoặc qua ống thông hoặc nuôi dưỡng tĩnh mạch nếu cán bộ đi kèm có khả năng thực hiện.
- Theo dõi: diễn biến bệnh và các dấu hiệu sinh tồn.
- Xử trí các tình huống: nếu trẻ có các vấn đề nghiêm trọng (ngừng thở/tim hoặc co giật) thì cần dừng xe để xử trí. Không nên đi nhanh đến tuyến chuyển viện mà không xử trí.

2.5. Đến cơ sở chuyển viện: bàn giao người bệnh, các hồ sơ liên quan, các diễn biến và xử trí trên đường chuyển viện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHO TRẺ RA VIỆN

1. Thời điểm ra viện.

1.1. Các tiêu chuẩn về chuyên môn để có thể cho trẻ bệnh ra viện:

- Bệnh lý chính và các dấu hiệu sinh tồn đã ổn định, không có vấn đề gì khác cần phải điều trị tại cơ sở y tế.
- Thân nhiệt của trẻ bình thường, duy trì trong khoảng 36,5^{o}C-37,4^{o}C và các dấu hiệu sinh tồn đã ổn định.
- Trẻ bú mẹ tốt. Nếu trẻ không có chỉ định bú mẹ, phải hướng dẫn bà mẹ kiến thức và thực hành nuôi con bằng các phương pháp cho ăn thay thế.
- Trẻ có chiều hướng tăng cân.
- Mẹ tự tin và có thể chăm sóc trẻ

1.2. Nếu vì hoàn cảnh đặc biệt, gia đình muốn xuất viện sớm hơn so với dự định của thầy thuốc, cần hướng dẫn bà mẹ cách tiếp tục điều trị tại nhà theo đơn thuốc (nên có cam kết từ bà mẹ xin ra viện sớm và thực hiện đúng các hướng dẫn của thầy thuốc), khuyến khích bà mẹ đưa trẻ khám lại sau 1-2 ngày hoặc khám lại ngay khi có dấu hiệu bất thường, liên hệ với nhân viên y tế địa phương đề nghị tiếp tục theo dõi trẻ.

2. Các thủ tục cần làm khi cho trẻ bệnh ra viện.

2.1. Khám trẻ trước khi ra viện: bảo đảm chắc chắn là bệnh chính đã ổn định, đủ các tiêu chuẩn cho trẻ xuất viện.

2.2. Thông báo cho gia đình biết về tình trạng bệnh của trẻ ổn định và quyết định ra viện:

- Trẻ đã có đầy đủ các điều kiện cần thiết để ra viện.
- Giải thích các qui định về thủ tục ra viện cho bà mẹ hiểu và trả lời các câu hỏi của bà mẹ.
- Trường hợp đặc biệt phải giải quyết ra viện theo yêu cầu của gia đình, cần thông qua ý kiến lãnh đạo và phải có chữ ký của gia đình vào bệnh án.

3. Hướng dẫn cho bà mẹ/người nhà khi cho trẻ ra viện.

- Cấp thuốc hoặc kê đơn, hướng dẫn cách sử dụng để hoàn thành đợt điều trị tại nhà và hẹn khám lại.
- Hướng dẫn cho bà mẹ cách chăm sóc, theo dõi trẻ tại nhà (bú mẹ hoàn toàn, giữ ấm cho trẻ, các dấu hiệu nguy hiểm). Đặc biệt lưu ý đối với các bà mẹ có vấn đề khó khăn (về nuôi con bằng sữa mẹ, bị bệnh nặng, HIV(+), có con lần đầu, tuổi vị thành niên hoặc bà mẹ độc thân...).
- Kiểm tra và hướng dẫn lịch tiêm chủng lần tiếp theo.

4. Hoàn tất các thủ tục hành chính.

- Viết giấy ra viện gồm đầy đủ các thông tin về chẩn đoán, hướng dẫn theo dõi và khám lại.Nếu có thể viết tóm tắt quá trình bệnh, các xét nghiệm đã làm, các thuốc đã dùng với một số bệnh lý để tiện theo dõi cho các lần khám lại sau..
- Hoàn thành hồ sơ ra viện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHỐI HỢP CHUYÊN NGÀNH SẢN KHOA VÀ NHI KHOA TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

1. Tại tuyến xã.

1.1. Chăm sóc trước và trong thời gian mang thai.

Cán bộ thực hiện là bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi hoặc điều dưỡng sản nhi đang làm việc tại trạm y tế xã chịu trách nhiệm theo dõi sức khỏe cho phụ nữ ở lứa tuổi sinh đẻ. Nội dung thực hiên:

- Giáo dục giới tính, tình dục an toàn và cung cấp các kiến thức chuẩn bị làm mẹ cho trẻ gái ở tuổi vị thành niên.
- Tư vấn và thực hiện các dịch vụ KHHGĐ.
- Tư vấn, chăm sóc trong thời gian mang thai (theo các nội dung trong phần chăm sóc bà mẹ trong thời gian mang thai).
- Quản lý thai.
- Nhận biết thai có nguy cơ để chuyển tuyến đúng chỉ định.

1.2. Chăm sóc tại cuộc đẻ.

Cán bộ thực hiện là bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi tại trạm y tế xã. Cán bộ đỡ đẻ phải được đào tạo về kỹ năng, kiến thức cơ bản về chăm sóc sản khoa và sơ sinh thiết yếu, thực hiện các nhiệm vụ:

- Cung cấp dịch vụ đỡ đẻ an toàn cho các trường hợp đẻ thường và nhận biết, xử trí (hoặc chuyển viện) kịp thời các biến chứng cho cả bà mẹ và trẻ.
- Chăm sóc mẹ: bảo đảm đẻ sạch, sử dụng biểu đồ chuyển dạ để nhận biết và xử trí được các bất thường trong chuyển dạ và các biến chứng sau sinh.
- Chăm sóc con: thực hiện các chăm sóc thiết yếu cho trẻ sớm ngay sau sinh, trong ngày đầu và tuần đầu sau sinh.

1.3. Chăm sóc sau sinh.

- Tại trạm y tế: nội dung chăm sóc bà mẹ sau đẻ đã được hướng dẫn ở phần Chăm sóc bà mẹ. Khi theo dõi sức khỏe bà mẹ, cán bộ y tế phải đồng thời thực hiện các chăm sóc sơ sinh thiết yếu và theo dõi trẻ trong những ngày đầu sau sinh. Khám toàn thân cho cả mẹ và con trước khi cho về nhà.
- Trường hợp cần chuyển tuyến: Khi chuyển phải cung cấp đầy đủ và cụ thể các thông tin về cuộc đẻ, tiền sử sản khoa và các diễn biến bệnh của trẻ và các xử trí đã làm. Thực hiện đúng tất cả các bước chăm sóc chuyển viện an toàn.
- Theo dõi tại nhà: ít nhất 1 lần trong vòng tuần đầu sau đẻ cho cả mẹ và con. Các nội dung khám trẻ sơ sinh cũng bao gồm các vấn đề như đã theo dõi ở cơ sở y tế về bú mẹ, tình trạng rốn, da, phát hiện các tình trạng bệnh lý. Cần chú ý phát hiện sớm vàng da bệnh lý, kiểm tra tình trạng tiêm chủng, tăng cân và phát triển của trẻ.

2. Tại tuyến huyện.

Cán bộ thực hiện là bác sĩ, nữ hộ sinh, điều dưỡng trong khoa sản và khoa nhi được đào tạo về chăm sóc sản khoa, chăm sóc sơ sinh thiết yếu và hồi sức sơ sinh. Nội dung thực hiện gồm:

- Thực hiện tất cả các nội dung như ở trạm y tế xã và:
- Trong phòng đẻ phải có bàn hồi sức sơ sinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Khi trẻ sơ sinh có vấn đề về sức khỏe cần chuyển sang điều trị ở khoa Nhi. Khi chuyển phải cung cấp đầy đủ và cụ thể các thông tin về cuộc đẻ, tiền sử sản khoa và các diễn biến bệnh của trẻ và các xử trí đã làm.
- Các trường hợp tiên lượng đẻ khó cần hội chẩn, nên có cán bộ y tế đã được đào tạo về Hồi sức sơ sinh tham gia cuộc đẻ để có thể xử trí kịp thời các vấn đề có thể xảy ra đối với trẻ.
- Các trường hợp tiên lượng đẻ khó cần hội chẩn
- Nếu phải chuyển lên tuyến trên, thực hiện đúng tất cả các bước chăm sóc chuyển viện an toàn.

3. Tại tuyến tỉnh: phối hợp Sản-Nhi cần thực hiện toàn diện cả về tổ chức, nhân lực và nội dung

3.1. Tổ chức.

- Có nơi hồi sức sơ sinh trong phòng đẻ/phòng mổ và được trang bị đầy đủ trang thiết bị, dụng cụ cần thiết.
- Cần bố trí khoa Sản và khoa Nhi ở gần nhau.
- Có đơn vị sơ sinh trong khoa Nhi, có phòng hồi sức cấp cứu sơ sinh với đủ trang thiết bị cần thiết cho các hồi sức sơ sinh cơ bản và toàn diện. Phải bảo đảm các tiêu chuẩn về vệ sinh và phòng chống nhiễm khuẩn.

3.2. Nhân lực.

- Bác sĩ, nữ hộ sinh khoa Sản phải thực hiện thành thạo cấp cứu, hồi sức trẻ ngạt, chăm sóc thiết yếu trẻ sơ sinh trong ngày đầu, tuần đầu sau sinh.
- Bác sĩ, điều dưỡng khoa Nhi phải được đào tạo về chăm sóc và cấp cứu sơ sinh.
- Các bác sĩ, điều dưỡng trong đơn vị sơ sinh cần được đào tạo sâu về chuyên khoa sơ sinh.

3.3. Nội dung thực hiện.

- Các bà mẹ mang thai có nguy cơ cần được hội chẩn giữa các bác sĩ sản và nhi để tiên lượng cuộc đẻ và có hướng xử trí phù hợp cho cả mẹ và con.
- Phối hợp theo dõi bà mẹ mang thai có nguy cơ và trẻ sơ sinh tại cuộc đẻ:
  + Chăm sóc trẻ sơ sinh bệnh lý: khi trẻ sơ sinh tại khoa Sản có vấn đề về sức khỏe cần có hội chẩn với bác sĩ Nhi về chẩn đoán, chăm sóc, điều trị, tư vấn. Nếu quá khả năng chăm sóc tại khoa Sản chuyển trẻ sang khoa Nhi điều trị. Khi chuyển trẻ phải cung cấp đầy đủ thông tin về mẹ, cuộc đẻ và trẻ. Cần có sự chia sẻ trách nhiệm khi có bất cứ vấn đề gì xảy ra đối với trẻ.
  + Trẻ sơ sinh bệnh khi chuyển sang khoa Nhi cần được bố trí nằm cùng với mẹ nếu có điều kiện và bệnh không quá nặng.
  + Nếu bà mẹ cần phải tiếp tục điều trị, theo dõi, cán bộ Sản cần thăm khám và chăm sóc cho bà mẹ.
- Những nơi có điều kiện thực hiện sàng lọc trước sinh, sàng lọc sơ sinh: các cán bộ khoa Sản và khoa Nhi hợp tác tiến hành các hoạt động:
  + Truyền thông cung cấp kiến thức cho cộng đồng.
  + Tư vấn di truyền, bệnh tật.
  + Tổ chức mạng lưới, thực hiện sàng lọc trước sinh và sơ sinh trên diện rộng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH CHO TRẺ SƠ SINH

1. Các nguyên tắc sử dụng kháng sinh.

- Chỉ sử dụng kháng sinh khi có bằng chứng nhiễm khuẩn hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao.
- Những trường hợp nhiễm khuẩn nặng như nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não, giang mai bẩm sinh, uốn ván nên dùng kháng sinh diệt khuẩn đường tĩnh mạch và phối hợp.
- Nếu có thể, nên cấy tìm tác nhân gây bệnh trước khi chỉ định kháng sinh kinh nghiệm, để hướng dẫn điều trị
- Thận trọng khi dùng những kháng sinh có độc tính đối với gan và thận (như cloramphenicol, aminoglycoside, quinolone)
- Không trộn lẫn các kháng sinh khác nhau khi dùng.
- Ngưng ngay kháng sinh khi không có bằng chứng nhiễm khuẩn

2. Các kháng sinh sử dụng theo tuyến.

Tuyến xã:

- Chỉ định kháng sinh đường tiêm bắp (vị trí mặt ngoài và giữa đùi), hoặc khi có nghi ngờ nhiễm khuẩn và chuyển bệnh nhi lên tuyến trên
- Tuân thủ nguyên tắc tiêm an toàn

Tuyến huyện:

- Như tuyến xã.
- Sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch, phối hợp kháng sinh trong những trường hợp nhiễm khuẩn nặng. Nếu không thể thiết lập đường truyền tĩnh mạch, cho một liều kháng sinh đường tiêm bắp cho đến khi có đường truyền tĩnh mạch
- Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng bệnh không cải thiện sau 2 ngày điều trị (hội chẩn phác đồ điều trị trước khi chuyển tuyến

Tuyến tỉnh và tuyến trung ương:

- Làm các xét nghiệm để chẩn đoán bệnh và tìm nguyên nhân nhiễm khuẩn.
- Lựa chọn kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Sau 72 giờ điều trị, nếu tình trạng bệnh không cải thiện thì phải đánh giá lại chẩn đoán và xem xét thay đổi kháng sinh.
- Dừng sử dụng kháng sinh ngay khi không có bằng chứng nhiễm khuẩn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THUỐC THIẾT YẾU TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH TẠI CÁC TUYẾN

1. Tuyến xã.

- Dịch truyền: glucose 10%, natri clorid 0,9%, nước cất pha tiêm
- Kháng sinh: benzyl penicilin, ampicilin, gentamycin
- Thuốc cấp cứu: adrenalin 1/1000
- Phenobarbitan: chống co giật
- Dung dịch sát khuẩn da/chăm sóc rốn: tím gentian 0,5%, cồn 70^0 hoặc povidon iod 2,5%
- Thuốc nhỏ mắt: Povidone-iodine drops 2.5%; Mỡ tetracyclin 1%
- Vitamin K_1
- Vaccin: BCG, viêm gan B
- Dung dịch khử khuẩn dụng cụ: clorhexidin, glutaraldehyd, hexaniose, cloramin

2. Tuyến huyện.

Gồm các thuốc như ở tuyến xã và bổ sung thêm các thuốc sau:

- Dịch truyền các loại: glucose 30%, natri bicarbonat 4,2%, 1,4%, natri chlorua 10%, kali chlorua 10%, calci chlorua 10%
- Kháng sinh: cefotaxime, oxacillin, amikacin, nystatin.
- Caffeine citrate, theophylin.
- Dung dịch sát khuẩn tay: sát khuẩn tay nhanh clorhexidine 4%
- Vitamin E, D

3. Tuyến tỉnh-Tuyến trung ương:

Gồm các thuốc như tuyến huyện và bổ sung thêm các thuốc sau:

- Dịch truyền: dung dịch calci gluconate, acid amin và lipid 20% dùng cho trẻ sơ sinh 10% hoặc 6,5%,
- Vitamin và khoáng chất (dùng cho đường truyền tĩnh mạch và đường uống)
- Máu và chế phẩm máu (hồng cầu lắng O^+ và huyết tương tươi đông lạnh AB^+, tiểu cầu).
- Thuốc cấp cứu tim mạch: dopamin, dobutamin, prostaglandin E1
- Morphin, fentanyl, naloxon, midazolam
- Heparin, lidocaine, insulin.
- Kháng sinh: Cefepim, Ticarcillin, Imipenem, Meropenem, Vancomycin, Fluconazole, Amphotericine B
- Khí NO (tuyến trung ương)
- Surfactant

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRANG THIẾT BỊ THIẾT YẾUCHO CHĂM SÓC SƠ SINH TẠI CÁC TUYẾN Y TẾ

1. Tuyến xã.

- Giường/bàn hồi sức sơ sinh.
- Đèn sưởi ấm.
- Cân trẻ sơ sinh và thước đo chiều dài.
- Nhiệt kế.
- Ống nghe.
- Máy đo đường huyết tại giường
- Hệ thống thở oxygen: bình oxygen, bóng bóp sơ sinh (loại 250ml) và mặt nạ các cỡ dành cho trẻ sơ sinh: số 1 (cho trẻ ≥2,5kg) và số 0 (cho trẻ <2,5kg); ngạnh mũi 1mm và 2mm
- Máy hút và ống hút (loại 8-10F).
- Bơm kim tiêm và dây truyền dịch, kim bướm.
- Kim lấy thuốc số 18.
- Băng dính, băng cuộn.
- Ống thông dạ dày cỡ số 3; 5 F (loại có nắp) và 8 F, ống thông hậu môn.
- Găng tay vô trùng.
- Bồn rửa tay có nước và xà phòng, khăn lau tay.
- Bàn chải, xà phòng.

2. Tuyến huyện.

Các trang bị như ở tuyến xã và:

- Ống hút đờm số 6 F, găng sạch.
- Hệ thống thở oxygen: bộ trộn oxygen-khí trời.
- Kim luồn tĩnh mạch cỡ 18; 20; 22 G.
- Bộ đặt nội khí quản sơ sinh.
- Ống nội khí quản sơ sinh các cỡ 2,5; 3; 3,5.
- Đèn chiếu vàng da.
- CPAP.
- Máy đo độ bão hòa oxygen qua da.
- Bộ chọc dò tủy sống.
- Giường sưởi ấm, lồng ấp.
- Giường cho bà mẹ thực hiện chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo.
- Đồ vải sạch dùng cho sơ sinh.
- Xe cấp cứu vận chuyển trẻ bệnh: có đầy đủ các trang thiết bị cấp cứu cần thiết.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Các loại trang thiết bị cần thiết cho chuyển tuyến
- Bóng, mặt nạ dùng cho trẻ sơ sinh. - Bình/túi oxygen đủ dùng trong quá trình chuyển. - Ống thông, bộ dây nối thở oxygen, ống thông dạ dày, hút dịch; dây truyền dịch, bơm tiêm các cỡ. - Bộ đặt nội khí quản, ống nội khí quản các cỡ 2,5; 3; 3,5. - Ống nghe; nhiệt kế, máy hút đờm/nhớt. - Phương tiện/thiết bị ủ ấm. - Thiết bị đo độ bão hòa oxygen qua da (nếu có điều kiện).

3. Tuyến tỉnh và trung ương.

Các trang bị ở huyện và:

- X quang chụp tại giường.
- Nếu có điều kiện, trang bị: máy siêu âm tim màu, não tại giường và đầu dò thích hợp.
- Máy hút chân không áp lực dưới 130 CmH2O hay < 13,3 pKa
- Catheter rốn số 3,5-5F.
- Chạc 3, 4.
- Bộ truyền máu.
- Bộ thay máu.
- Máy bơm tiêm tự động, dây nối bơm tiêm.
- Catheter tĩnh mạch trung tâm, bộ dụng cụ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Bộ chọc dò và mở màng phổi.
- Máy thở, máy monitor.
- Máy thở khí NO, máy thở tần số cao,
- Thiết bị điều trị hạ thân nhiệt cho trẻ sinh ngạt
- Máy đo khí máu.
- Máy điều hòa nhiệt độ 2 chiều.
- Xe cấp cứu vận chuyển trẻ bệnh: có đầy đủ các trang thiết bị cấp cứu cần thiết như tại tuyến huyện; có thể trang bị thêm máy thở và lồng ấp di động để chuyển bệnh nhân nặng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NON THÁNG/NHẸ CÂN

Sinh non là trẻ sinh ra trước 37 tuần tuổi thai hoặc trước 259 ngày tính từ ngày đầu tiên của kì kinh cuối. Tuần tuổi thai được làm tròn, ví dụ trẻ sinh lúc 28 tuần 4 ngày sẽ được tính là sinh non 28 tuần hoặc chi tiết hơn 28 $^{4/7}$ tuần.

Sơ sinh sinh non do được sinh ra trước thời điểm các cơ quan trong cơ thể hoàn chỉnh về mặt chức năng cũng như giải phẫu nên phải đối diện với nhiều nguy cơ và biến chứng cũng như sẽ gặp nhiều khó khăn trong dinh dưỡng.

1. Tuyến xã.

- Xác định tuổi thai, cân nặng, chiều dài, nếu non tháng tăng nhiệt độ phòng sinh
- Chăm sóc đúng quy trình chăm sóc thiết yếu da kề da sau sinh
- Chăm sóc trẻ trên 2000 g không có suy hô hấp, bú được.
- Hướng dẫn bà mẹ giữ ấm cho trẻ bằng phương pháp Kangaroo, nuôi con bằng sữa mẹ, phòng chống nhiễm khuẩn.
- Tiêm bắp vitamin K_1 liều 1 mg; liều 0,5 mg cho trẻ có cân nặng < 1500 g.
- Tiêm chủng theo qui định: BCG và viêm gan B
- Phát hiện dị tật, dấu hiệu nguy hiểm để chuyển trẻ lên tuyến trên.

2. Tuyến huyện

- Thực hiện các chăm sóc, điều trị như tuyến xã và:
- Chăm sóc trẻ từ 1500 g trở lên, không suy hô hấp nặng và có thể bú mẹ hoặc nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa.
- Theo dõi và điều trị các nguy cơ thường gặp của trẻ đẻ non: chú ý vàng da (chiếu đèn), nhiễm khuẩn (điều trị kháng sinh), hạ thân nhiệt (chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo, giường sưởi, lồng ấp), hạ đường huyết, suy hô hấp (sử dụng CPAP).
- Sàng lọc sơ sinh và sàng lọc tim bẩm sinh nặng theo hướng dẫn quốc gia
- Chú ý chuyển tuyến tầm soát bệnh lý võng mạc ở trẻ sơ sinh thiếu tháng.
- Chuyển tuyến nếu phát hiện các dị tật bẩm sinh ngoài khả năng điều trị và các trường hợp suy hô hấp nặng, các bệnh nhiễm khuẩn không đáp ứng với điều trị.
- Theo dõi sự phát triển về tinh thần và thể chất của trẻ sau khi ra viện.

3. Tuyến tỉnh, trung ương:

- Thực hiện các chăm sóc, điều trị như tuyến huyện và:
- Chăm sóc trẻ dưới 1500 g.
- Chăm sóc điều trị suy hô hấp nặng với chuyên môn và kỹ thuật cao: máy thở, bơm surfactan, lập đường truyền tĩnh mạch và động mạch trung tâm.
- Điều trị dinh dưỡng đường tiêu hóa trẻ sinh non, dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần.
- Phát hiện và điều trị sớm các nguy cơ và biến chứng ở trẻ sinh non (rối loạn đường huyết, xuất huyết não màng não, bệnh màng trong, ngưng thở, loạn sản phế quản phổi, còn ống động mạch, viêm ruột hoại tử, hạ huyết áp hệ thống, bệnh võng mạc, khiếm thính).

4. Tiêu chuẩn xuất viện với trẻ đẻ non.

- Trẻ hồng hào, có khả năng bú mẹ hoặc ăn đủ lượng sữa mà không bị suy hô hấp.
- Tăng cân 10-15 g/kg trọng lượng cơ thể mỗi ngày trong 3 ngày liên tục.
- Thân nhiệt ổn định với nhiệt độ phòng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Không có cơn ngừng thở nặng và nhịp tim chậm trong 5 ngày.
- Mẹ hoặc người nuôi dưỡng đã được hướng dẫn về việc chăm sóc trẻ
- Nên hẹn khám lại mỗi tháng một lần trong 3 tháng đầu, sau đó mỗi 3 tháng trong năm đầu

5. Tiêm chủng cho trẻ sinh non: theo quy định

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

DỊ TẬT SƠ SINH CẦN CAN THIỆP SỚM

Dị tật sơ sinh cần can thiệp sớm là những dị tật bẩm sinh nặng cần được phát hiện sớm để xử trí, phẫu thuật kịp thời ngay trong những ngày đầu sau sinh. Đó có thể là các dị tật hình thái bên ngoài nhìn thấy ngay, cũng có thể là các dị tật nội tạng cần khám toàn diện để chẩn đoán.

Một số dị tật cần can thiệp sớm bao gồm:

- Các khối thoát vị ra ngoài: thoát vị cuống rốn, khe hở thành bụng, thoát vị màng não-tủy
- Dị tật gây suy hô hấp: teo hẹp lỗ mũi sau, teo thực quản, thoát vị hoành, hội chứng Pierre Robin, tim bẩm sinh...
- Dị tật gây tắc nghẽn đường tiêu hóa: không hậu môn, hội chứng tắc ruột sơ sinh...
- Dị tật sinh dục: giới tính mơ hồ, xoắn tinh hoàn, tinh hoàn ẩn (ở trẻ đủ tháng)...
- Dị tật đường tiểu: lộ bàng quang...
- Dị tật xương khớp.
- Việc phát hiện:
  + Trước sinh: dựa vào yếu tố nguy cơ (thai lưu, đa ối, thiểu ối), vào siêu âm chẩn đoán.
  + Sau sinh: qua khám đánh giá trẻ ngay sau sinh, khám thường qui trong 24-48 giờ đầu.

1. Tuyến xã.

- Phát hiện các dị tật cần can thiệp ngay bằng khám lâm sàng.
- Thông báo, giải thích cho gia đình với thái độ thông cảm, tinh tế.
- Vận chuyển an toàn lên tuyến trên nơi có khả năng xử trí, phẫu thuật.

2. Tuyến huyện.

Như tuyến xã và:

- Phát hiện được một số dị tật bằng khám lâm sàng, chụp X quang và siêu âm nếu có.
- Chuyển tuyến an toàn để xử trí, phẫu thuật.

3. Tuyến tỉnh, trung ương:

Như tuyến huyện và:

- Xử trí các loại dị tật bẩm sinh cần can thiệp sớm.
- Làm các xét nghiệm cơ bản và một số xét nghiệm thăm dò để xác định chẩn đoán.
- Can thiệp xử trí, phẫu thuật sớm.
- Hướng dẫn và bảo đảm mẹ/gia đình biết cách chăm sóc trẻ.
- Tư vấn về tiên lượng bệnh của trẻ và giới thiệu đến các cơ sở điều trị tiếp tục (nếu cần).

4. Những điểm cần lưu ý khi chăm sóc trẻ bị dị tật.

- Thoát vị hoành: Tuyệt đối không bóp bóng qua mặt nạ, nếu cần hỗ trợ hô hấp phải đặt nội khí quản.
- Những dị tật teo tắc ruột: Nhịn ăn hoàn toàn và đặt ống thông dạ dày dẫn lưu.
- Dị tật teo thực quản: Nhịn ăn hoàn toàn, đặt trẻ nằm đầu cao, hút đàm giãi liên tục.
- Khi chuyển trẻ bị thoát vị rốn và khe hở thành bụng cần đảm bảo khối thoát vị được đắp băng vô khuẩn và phủ túi plastic hoặc màng bám (để ngừa mất dịch). Trẻ nhịn ăn hoàn toàn và đặt ống thông dạ dày dẫn lưu.
- Khối thoát vị màng não-tủy, các khối thoát vị khác cũng cần được băng vô khuẩn.
- Hội chứng Pierre Robin: Trẻ được đặt nằm sấp, đầu nghiêng bên.
- Những dị tật về xương khớp cần chú ý cố định tốt khi vận chuyển.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng quý giá nhất giúp cho trẻ sơ sinh chống lại bệnh tật đồng thời tăng cường sức khỏe và sự phát triển của trẻ. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới: 22% các trường hợp tử vong ở trẻ sơ sinh có thể phòng tránh được nếu được bú sữa mẹ sớm trong vòng 1 giờ đầu sau sinh, 13% trẻ dưới 5 tuổi bị tử vong có thể ngăn chặn được nếu được bú sữa mẹ hoàn toàn.

1. Khi mang thai.

- Giải thích: lợi ích của bú mẹ; Giải thích: thế nào là bú sữa mẹ sớm và bú sữa mẹ hoàn toàn và lợi ích của nó
- Hỏi kinh nghiệm nuôi con bằng sữa mẹ.
- Giải thích tầm quan trọng của việc chăm sóc vú và núm vú, xin phép khám.
- Tạo niềm tin là tất cả bà mẹ đều có thể nuôi con bằng sữa mẹ.

2. Ngay sau đẻ.

- Thực hiện tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ để giúp trẻ được bú sữa mẹ sớm (trong vòng 90 phút sau đẻ). Cho con nằm cạnh mẹ:
  + Mẹ dễ chăm sóc,theo dõi con.
  + Trẻ ít khóc hơn.
  + Thời gian bú mẹ được lâu hơn.
- Tư vấn về lợi ích của việc cho bú sớm:
  + Lợi ích của sữa non.
  + Sữa về sớm hơn.
  + Trẻ tăng cân tốt hơn.
  + Ít bị cương tắc sữa.
  + Không vắt bỏ sữa non, cần cho con bú cả sữa non.
- Hướng dẫn bà mẹ cho con bú đúng: Trẻ ngậm bắt vú đúng (Miệng trẻ mở rộng, Lưỡi trẻ hướng ra trước và có thể nhìn thấy được phía trên lợi. Môi dưới hướng ra ngoài. Cằm trẻ chạm vào vú mẹ. Nhìn thấy quầng vú phía trên nhiều hơn quầng vú phía dưới)
  + Tư thế cho bú đúng (đầu và thân trẻ ở trên cùng một đường thẳng, mặt trẻ đối diện với vú và môi trẻ đối diện với núm vú, thân trẻ sát với mẹ, đỡ toàn bộ người trẻ)
  + Trẻ bú có hiệu quả (mút chậm, sâu, thỉnh thoảng dừng lại rồi bú tiếp. Có thể nhìn hoặc nghe thấy tiếng trẻ nuốt).
- Phát hiện các trường hợp có khó khăn khi cho bú mẹ để hướng dẫn chi tiết.
- Cách giữ gìn nguồn sữa mẹ:
  + Uống nhiều nước.
  + Ăn đủ chất và tăng bữa.
  + Nghỉ ngơi đủ, ngủ 8 giờ/ngày hoặc hơn.
  + Giải thích về những thức ăn và những yếu tố có ảnh hưởng đến số lượng, chất lượng sữa (kể cả các thuốc).
  + Sử dụng bất kỳ thuốc gì đều phải có ý kiến của thầy thuốc.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Cho con bú trong những ngày đầu.

- Giải thích những thay đổi về vú trong những ngày đầu.
- Không hạn chế số lần cho trẻ bú, cho bú theo nhu cầu, ít nhất là 8 lần/ngày, cả ngày và đêm.
- Bú hết sữa một bên vú mới chuyển sang bên kia.
- Không dứt vú khi bé chưa muốn thôi bú.
- Chỉ cho bú sữa mẹ, không cho trẻ ăn hay uống bất cứ thức ăn, nước uống nào khác.
- Nếu vú cương đau hoặc trẻ khó bắt vú giai đoạn đầu: hướng dẫn bà mẹ vắt sữa và giải thích cho bà mẹ yên tâm là vấn đề này sẽ được giải quyết, trẻ sẽ bú lại được bình thường.

4. Cho trẻ non tháng, nhẹ cân bú mẹ.

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nuôi con bằng sữa mẹ.
- Giúp bà mẹ yên tâm là có thể nuôi con bằng sữa mẹ.
- Khuyến khích bà mẹ vắt sữa từ ngày đầu.
- Để giúp sữa chảy tốt, nhắc người mẹ vắt ít sữa trước lúc cho bé bắt vú.
- Nếu trẻ không bú được, cần vắt sữa, cho ăn bằng thìa và cốc sạch, tốt nhất là luộc các dụng cụ trước khi cho trẻ ăn.
- Giải thích cho bà mẹ là trẻ sẽ lớn dần và bú tốt hơn.

5. Cho trẻ sinh đôi bú.

- Giúp bà mẹ yên tâm là với 2 bầu vú, bà mẹ có thể nuôi cả 2 con.
- Có thể cho cả 2 trẻ bú cùng một lúc hoặc 1 trẻ bú trước, 1 trẻ bú sau.
- Nếu cả 2 trẻ cùng bú:
  + Đặt 1 gối bên dưới để đỡ hai tay bà mẹ (tư thế ngồi).
  + Đặt mỗi trẻ bên dưới 1 cánh tay
- Nếu 1 trẻ yếu hơn, cần lưu ý cho trẻ này bú đủ, có thể vắt giúp sữa khi trẻ bú.
- Động viên bà mẹ kiên trì. Trẻ sinh đôi thường là non tháng, thấp cân, cần nhiều thời gian mới thích nghi được với việc bú mẹ.
- Hướng dẫn bà mẹ và gia đình về nhu cầu ăn uống trong trường hợp sinh đôi.

6. Trường hợp mẹ bị giang mai và viêm gan đang tiến triển:

Không cho con bú khi mẹ có tổn thương núm vú (nứt núm vú..) và con đang có tổn thương ở miệng: tưa miệng, viêm lợi...Cần vắt bỏ sữa đến khi điều trị ổn định tiếp tục cho con bú mẹ trở lại

7. Tư vấn về việc nuôi con bằng sữa mẹ ở trẻ có mẹ nhiễm HIV:

Đối với bà mẹ bị nhiễm HIV cần:

- Tư vấn để người mẹ chọn cách nuôi dưỡng phù hợp:
- Tư vấn về lợi ích của sữa mẹ và nguy cơ lây truyền HIV sang con.
- Tư vấn về dùng sữa thay thế và các nguy cơ mắc bệnh nếu dùng sữa thay thế không đúng cách
- Tư vấn khuyến cáo chung về nuôi dưỡng trẻ theo tuổi

** Nếu người mẹ nhiễm HIV chọn cách nuôi con bằng sữa mẹ cần:*

- Nuôi bằng sữa mẹ hoàn toàn, tuyệt đối không nuôi hỗn hợp.
- Tư vấn: tư thế bú, cách ngậm bắt vú đúng, xử trí nứt núm vú, viêm vú.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nên ngừng bú sớm (6 tháng) để hạn chế nguy cơ truyền HIV;
- Cần tư vấn các điều kiện cần có để nuôi bằng thức ăn thay thế trước khi ngừng cho trẻ bú mẹ
- Không bao giờ cho bú lại khi đã ngưng bú vì sẽ làm tăng cao khả năng lây truyền HIV cho con.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP KANGAROO

1. Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Kangaroo tại tuyến xã.

Bác sĩ, nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng khuyến khích và hướng dẫn bà mẹ:

- Thực hiện tiếp xúc da-kề-da với mẹ ngay từ những phút đầu sau khi lọt lòng mẹ.
- Hỗ trợ người mẹ cho trẻ bú trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ khi trẻ ở trên ngực, tiếp xúc da-kề-da với mẹ.
- Nếu phải chuyển tuyến, cố gắng để trẻ tiếp xúc da-kề-da với mẹ hoặc với các thành viên khác trong gia đình trên đường chuyển.

2. Tại tuyến huyện trở lên.

Bác sĩ, nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng khoa Sản và khoa Nhi thực hiện phương pháp Kangaroo cần phải được đào tạo về kỹ năng tư vấn và phương pháp thực hiện chăm sóc này. Tại khoa phòng cần bố trí một hoặc vài phòng riêng cho hoạt động này.

2.1. Tiêu chuẩn chọn trẻ để thực hiện phương pháp Kangaroo.

- Trẻ đẻ non hoặc nhẹ cân không có dấu hiệu bệnh lý hoặc đã vượt qua giai đoạn bệnh lý nặng.
- Không phải nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch nữa
- Nếu có điều kiện, có thể thực hiện phương pháp Kangaroo sớm cho những trẻ đang được hỗ trợ nuôi dưỡng tĩnh mạch, ……
- Có đáp ứng tốt với các kích thích.

2.2. Yêu cầu đối với người mẹ tham gia thực hiện phương pháp Kangaroo.

- Tự nguyện, hợp tác thực hiện phương pháp Kangaroo theo hướng dẫn.
- Sức khỏe tốt.
- Dành toàn bộ thời gian thực hiện phương pháp Kangaroo.
- Thực hiện vệ sinh tốt.
- Có thêm một người nhà thích hợp, tự nguyện, nhiệt tình thực hiện phương pháp Kangaroo để có thể thay thế người mẹ khi cần.

2.3. Nội dung thực hiện phương pháp Kangaroo.

- Hướng dẫn đặt trẻ và giữ trẻ ở vị trí Kangaroo.
- Hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ khi đang thực hiện phương pháp Kangaroo.
- Hướng dẫn cách chăm sóc, vệ sinh và theo dõi cho trẻ hàng ngày, các dấu hiệu nguy hiểm có thể xảy ra đối với trẻ và cách xử trí kịp thời.
- Kích thích và mát xa cho trẻ.
- Hỗ trợ bà mẹ: hướng dẫn cách vận động, thư giãn cơ thể và giải tỏa những nỗi lo lắng, sợ hãi...

2.4. Tiêu chuẩn ra viện.

- Đối với trẻ:
  + Trẻ không có biểu hiện bệnh lí.
  + Trẻ bú mẹ được.
  + Trẻ đã tăng cân: 15-20 g/kg mỗi ngày và trong ít nhất 3 ngày liên tiếp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đối với bà mẹ:
  + Thành thạo cách thực hiện tiếp xúc da-kề-da tiếp tục cho trẻ tại nhà.
  + Biết cách điều chỉnh theo nhu cầu của trẻ như tăng thời gian tiếp xúc da-kề-da nếu trẻ lạnh tay, chân hoặc nhiệt độ môi trường thấp về ban đêm.
  + Biết cách chăm sóc, theo dõi tại nhà và nhận biết các dấu hiệu nguy hiểm đưa trẻ đến khám kịp thời.
  + Biết nơi khám chăm sóc sức khỏe định kì, thời gian khám lại và nội dung khám.
- Hướng dẫn khi ra viện: cấp tờ rơi, hướng dẫn thực hiện phương pháp Kangaroo ngoại trú và hẹn khám lại.

3. Thực hiện phương pháp Kangaroo cho trẻ phải chuyển viện.

- Nếu trẻ có chỉ định chuyển viện: giải thích, động viên và giúp đỡ người mẹ hoặc người đi cùng với trẻ, đảm bảo cho trẻ vẫn được chăm sóc tiếp xúc da-kề-da trên đường chuyển.
- Để trẻ ở vị trí Kangaroo khi thực hiện các chăm sóc khác trên đường vận chuyển (thở oxygen, cho ăn sữa mẹ qua ống thông hoặc nhỏ giọt...).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

RỐI LOẠN THÂN NHIỆT Ở TRẺ SƠ SINH

Thân nhiệt của trẻ sơ sinh đo ở nách bình thường từ $36,5^0$C đến dưới $37,5^0$C. Khi vượt quá giới hạn này thì gọi là rối loạn thân nhiệt.

1. Hạ thân nhiệt.

Hạ thân nhiệt là thân nhiệt dưới $36,5^0$C khi đo ở nách. Hạ thân nhiệt sơ sinh là một dấu hiệu nặng có thể gây tử vong, thường gặp trong nhiễm khuẩn nặng.

Các mức độ hạ thân nhiệt (cặp ở nách)

+ Hạ thân nhiệt nhẹ: thân nhiệt đo ở nách từ 36^0C-$36,4^0$C.
+ Hạ thân nhiệt trung bình: thân nhiệt đo ở nách từ 35^0C đến $35,9^0$C.
+ Hạ thân nhiệt nặng: thân nhiệt đo ở nách dưới 35^0C.

Xử trí hạ thân nhiệt bằng nguyên tắc dùng phương pháp vật lý.

1.1. Tuyến xã.

- Nhận biết nguy cơ hạ thân nhiệt: trẻ nhẹ cân, trẻ đẻ non, có hồi sức, trẻ không khỏe (nhiễm khuẩn nặng), không nằm với mẹ, bú kém, thời tiết lạnh.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu hạ thân nhiệt: sờ bàn tay/bàn chân lạnh. Theo dõi sờ bàn chân mỗi giờ trong 2 giờ đầu, sau đó mỗi 4 giờ trong ngày đầu sau sinh.
- Đo thân nhiệt ít nhất 1 lần trong ngày đầu sau sinh. Những trẻ có nguy cơ cần kiểm tra thân nhiệt thường xuyên hơn mỗi 6 giờ.
- Xử trí:
  + Hướng dẫn mẹ giữ ấm cho trẻ bằng tiếp xúc da kề da, phương pháp Kangaroo hoặc mặc thêm áo tã, đội mũ, mang tất vớ, quấn khăn, và đắp chăn ấm cho trẻ; hoặc hướng dẫn các phương pháp ủ ấm an toàn khác.
  + Khuyến khích mẹ cho trẻ bú sớm, nhiều lần, nếu không thể bú thì cho uống sữa mẹ qua thìa.
  + Nếu thân nhiệt sau 1 giờ không trở về bình thường hoặc kèm theo bất cứ dấu hiệu nguy hiểm nào khác cần chuyển lên tuyến trên.
  + Chuyển tuyến an toàn sau khi tiêm liều kháng sinh đầu. Giữ ấm và cho sữa mẹ trong suốt quá trình chuyển.

1.2. Tuyến huyện.

Như tuyến xã và:

- Khám lâm sàng, làm xét nghiệm đường máu, các xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và điều trị theo nguyên nhân (nhất là nguyên nhân nhiễm khuẩn).
- Trường hợp hạ thân nhiệt nặng:
  + Sử dụng các phương tiện ủ ấm sẵn có (lồng ấp/giường sưởi ấm).
  + Điều trị các rối loạn kèm theo (đặc biệt hạ đường huyết).
  + Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng không cải thiện sau 2 ngày điều trị.

1.3. Tuyến tỉnh.

Như tuyến huyện và:

- Làm thêm các xét nghiệm để xác định nguyên nhân: cấy máu và các dịch khác.
- Điều trị nguyên nhân (nhiễm khuẩn nặng).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2. Tăng thân nhiệt.

Tăng thân nhiệt là thân nhiệt ≥ 37,5^{0}C khi đo ở nách. Tăng thân nhiệt sơ sinh là một dấu hiệu nặng cũng có thể gây tử vong, thường gặp trong nhiễm khuẩn nặng đặc biệt bệnh cảnh viêm màng não mủ.

- Tăng thân nhiệt nhẹ: thân nhiệt đo ở nách từ 37,6^{0}C-38^{0}C.
- Tăng thân nhiệt trung bình: thân nhiệt đo ở nách từ 38^{0}C đến 39^{0}C.
- Tăng thân nhiệt nặng: thân nhiệt đo ở nách trên 39^{0}C.

Nguyên tắc xử trí bằng phương pháp vật lý và phương pháp dùng thuốc.

2.1. Tuyến xã.

- Nhận biết nguy cơ tăng thân nhiệt: trẻ nhẹ cân, trẻ không khỏe (nhiễm khuẩn nặng), thời tiết nóng.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu tăng thân nhiệt: sờ bàn tay/bàn chân nóng.
- Đo thân nhiệt. Những trẻ có nguy cơ cần kiểm tra thân nhiệt thường xuyên hơn mỗi 6 giờ.
- Xử trí:
  + Đưa trẻ ra khỏi nguồn nóng, nằm phòng thoáng khí. Mặc đồ thoáng, không đắp chăn, có thể cởi áo tã (nếu cần).
  + Khuyến khích mẹ cho trẻ bú sớm, nhiều lần hơn; nếu không thể bú thì cho sữa mẹ bằng thìa
  + Nếu thân nhiệt sau 1 giờ không trở về bình thường hoặc kèm theo bất cứ dấu hiệu nguy hiểm nào khác cần chuyển lên tuyến trên.
  + Chuyển tuyến an toàn sau khi tiêm liều kháng sinh đầu.
- Lưu ý: Không dùng ngay thuốc hạ sốt để hạ thân nhiệt.

2.2. Tuyến huyện.

Như tuyến xã và:

- Khám lâm sàng, làm xét nghiệm đường máu, các xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán và điều trị theo nguyên nhân (nhất là nguyên nhân nhiễm khuẩn).
- Thận trọng khi dùng thuốc hạ sốt. Thuốc hạ sốt khi tăng thân nhiệt nặng có thể dùng Paracetamol 10-15mg/kg/lần, nếu cần lập lại sau 6 giờ.
- Điều trị các rối loạn kèm theo (đặc biệt tình trạng mất nước).
- Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng không cải thiện.

2.3. Tuyến tỉnh.

Như tuyến huyện và:

- Làm thêm các xét nghiệm để xác định nguyên nhân: cấy máu và các dịch khác.
- Điều trị nguyên nhân (nhiễm khuẩn nặng).

3. Những lưu ý với mọi trẻ bị rối loạn thân nhiệt.

- Theo dõi thân nhiệt đúng qui trình. Theo dõi thường xuyên phương tiện làm ấm cho trẻ và cả nhiệt độ phòng.
- Kiểm tra đường huyết. Nếu <40 mg/dl thì xử trí (*xem bài "Hạ đường huyết sơ sinh"*).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO

1. Đặc điểm vàng da sinh lý.	2. Đặc điểm vàng da bệnh lý.
Thường gặp ngày thứ 3-5 sau đẻ, trong tuần đầu sau đẻ.	Vàng da xuất hiện trước 24 giờ sau đẻ.
- Trẻ đủ tháng: bilirubin máu tăng cao vào ngày thứ 3 (khoảng từ 6-8 mg/dl tương đương 100-120 µmol/l, không vượt quá 12 mg/dl hoặc 150 µmol/l), sau đó giảm dần. - Trẻ đẻ non tăng chậm hơn, khoảng vào ngày thứ 5 và lượng bilirubin máu cũng cao hơn 12 mg/dl, cao nhất có thể lên tới 15 mg/dl (tương đương 200 µmol/l), sau đó giảm dần.	Bilirubin trong máu tăng nhanh trên 0,5 mg/dl/giờ (8,5 µmol/l/giờ). Vàng da kèm theo các dấu hiệu khác (li bì, nôn, ăn kém, nhiệt độ không ổn định, ngừng thở…) Vàng da kéo dài trên 8 ngày ở trẻ đủ tháng và > 15 ngày đối với trẻ đẻ non

3. Tuyến xã: phát hiện vàng da bệnh lý và chuyển tuyến ngay

4. Tuyến huyện.

- Phát hiện vàng da bệnh lý.
- Đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng dựa vào phân vùng vàng da của Krammer hoặc định lượng bilirubin máu, nhóm máu (nếu có).
- Chiếu đèn.
- Chuyển tuyến khi:
  + Chiếu đèn thất bại (bilirubin tiếp tục tăng > 8,5 µmol/l/giờ).
  + Có nguy cơ cao như: tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ con, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, nhiễm khuẩn, toan chuyển hóa hoặc albumin máu < 30 g/l.
  + Bilirubin máu cao tới ngưỡng phải thay máu.

5. Tuyến tỉnh.

Như tuyến huyện và:

- Làm xét nghiệm cơ bản để xác định nguyên nhân vàng da.
- Thay máu khi có chỉ định (ở những cơ sở có điều kiện).
- Điều trị nguyên nhân.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SUY HÔ HẤP SƠ SINH

1. Tổng quan

Suy hô hấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng. Suy hô hấp có thể gây tử vong nhanh hoặc các di chứng lâu dài nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Suy hô hấp có thể gây ra bởi bệnh lý từ phổi hoặc ngoài phổi.

1.1 Triệu chứng của suy hô hấp

- Thở nhanh ≥ 60 lần/phút; Thở chậm < 30 lần/phút.
- Ngừng thở >20 giây hoặc < 20 giây kèm nhịp tim chậm <100 lần/phút hoặc SpO2 giảm
- Phập phồng cánh mũi.
- Co kéo lồng ngực.
- Thở rên.
- Tím tái.

1.2 Nguyên tắc cơ bản xử trí suy hô hấp ở trẻ sơ sinh

- Thông đường thở.
- Cấp cứu ngừng hô hấp tuần hoàn.
- Hỗ trợ hô hấp liên tục.
- Xử trí tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi gây chèn ép nếu có.
- Theo dõi liên tục nhịp tim, SpO2, các dấu hiệu suy hô hấp.
- Khi trẻ bị suy hô hấp, cần hạn chế can thiệp hay thủ thuật không cần thiết làm tăng stress cho trẻ.
- Điều kiện lý tưởng cho các cơ sở y tế chăm sóc điều trị trẻ sơ sinh là có máy CPAP di động, máy đo SpO2, bộ trộn oxy để biết nồng độ oxy hoặc bình thở oxy lưu lượng thấp

1.3 Chỉ định các phương pháp hỗ trợ hô hấp

Thở ôxy

- Trẻ thở gắng sức, tím hoặc SpO2 <90%.
- Thở ôxy đảm bảo SpO2 90-95%, nếu không có máy đo SpO2, cho thở ôxy lượng thấp nhất để trẻ hồng.

Thở CPAP

- Chỉ định thở CPAP cho trẻ sinh non có dấu hiệu thở rên, thở gắng sức ngay tại phòng sinh/phòng mổ.
- Chỉ định thở CPAP ngay sau sinh đối với tất cả trẻ sơ sinh cực non không tự thở được.
- Chỉ định thở CPAP khi trẻ thở oxy không cải thiện.

Thở máy

- Ngừng thở.
- Thất bại với thở oxy và CPAP.
- Suy tuần hoàn.

2. Xử trí tại các tuyến

2.1. Tuyến xã.

- Nên chuyển tuyến các sản phụ có nguy cơ cao.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu suy hô hấp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Xử trí ban đầu trước khi chuyển tuyến:
  + Làm thông thoáng đường thở và cho thở ôxy.
  + Nếu nghi ngờ nhiễm khuẩn, tiêm bắp kháng sinh ampicillin/penicillin và gentamicin.
- Chuyển tuyến an toàn.

2.2. Tuyến huyện.

- Khám lâm sàng, đánh giá mức độ suy hô hấp và làm các xét nghiệm cơ bản (công thức máu, X quang tim phổi), để xác định chẩn đoán và điều trị suy hô hấp.
- Điều trị các trường hợp suy hô hấp mức độ nhẹ và trung bình đòi hỏi thở oxy hoặc thở CPAP.
- Chăm sóc tư thế, hỗ trợ dinh dưỡng (sữa mẹ) qua ống thông dạ dày.
- Đảm bảo chống nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng bệnh nặng hơn hoặc tình trạng bệnh không cải thiện sau 2 ngày điều trị kháng sinh.

2.3. Tuyến tỉnh.

Như tuyến huyện và:

- Xét nghiệm xác định nguyên nhân suy hô hấp: X quang, cấy máu, cấy dịch nội khí quản, xét nghiệm công thức máu, các chỉ điểm nhiễm khuẩn nếu nghi ngờ.
- Xét nghiệm để điều chỉnh thông khí và dịch truyền phù hợp: khí máu, điện giải đồ.
- Xử trí:
  + Tùy mức độ suy hô hấp để quyết định phương pháp hỗ trợ hô hấp.
  + Điều trị suy hô hấp theo nguyên nhân.
  + Kháng sinh: xem kháng sinh bài viêm phổi.
  + Điều trị các rối loạn hoặc biến chứng kèm theo.
  + Chăm sóc hỗ trợ.
  + Chuyển điều trị theo chuyên khoa khi cần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BỆNH MÀNG TRONG
(HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP Ở TRẺ NON THÁNG)

Bệnh màng trong hay còn gọi là Hội chứng nguy kịch hô hấp ở trẻ non tháng do thiếu chất hoạt hóa bề mặt phế nang (surfactant), gây suy hô hấp sau sinh do xẹp phế nang. Trường hợp nặng nếu không được điều trị nhanh chóng và đúng mức có thể dẫn đến tử vong hoặc gây biến chứng rò rỉ khí và loạn sản phế quản phổi.

1. Tuyến xã.

- Phát hiện các thai phụ có nguy cơ sinh non chuyển tuyến.

2. Tuyến huyện.

- Tiêm corticoid dự phòng cho thai phụ có nguy cơ sinh non vào tuần thứ 24-34 của thai kỳ.
- Chuẩn bị dụng cụ hồi sức tại phòng sinh trẻ non tháng. Chuẩn bị oxy qua thông mũi.
- Phát hiện dấu hiệu suy hô hấp trong vòng 24 giờ sau sinh.
- Xử trí:
  + Cung cấp oxy (khi cần).
  + Chuyển tuyến cho trẻ < 1800g (cân nhắc khả năng cứu sống cho trẻ cực non < 27 tuần, < 800g). Chuyển tuyến cho trẻ non tháng > 1800g có suy hô hấp.
  + Việc chuyển tuyến cần tiến hành khẩn cấp để trẻ có thể được sử dụng surfactant (khi có chỉ định) và hỗ trợ hô hấp sớm (khi cần).
- Chuyển tuyến an toàn. Chuyển đến tuyến tỉnh / thành phố nơi có đơn vị chăm sóc tăng cường sơ sinh (có thở máy sơ sinh và có đủ điều kiện sử dụng surfactant). Lưu ý hạ thân nhiệt khi chuyển viện.
- Thở NCPAP sớm cho trẻ sinh non suy hô hấp

3. Tuyến tỉnh.

- Khám lâm sàng đánh giá mức độ suy hô hấp và các vấn đề phối hợp của trẻ non tháng.
- Xét nghiệm: công thức máu, X quang phổi, Khí máu động mạch. Các xét nghiệm tầm soát nhiễm khuẩn.
- Xử trí:
  + Hỗ trợ hô hấp. chọn phương pháp thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP) cho trẻ non tháng hơn là thở oxy qua thông mũi. Thở máy với thông khí nhẹ nhàng.
  + Sử dụng surfactant khi có chỉ định và có đủ điều kiện sử dụng. Đơn vị đã được chuyển giao kỹ thuật.
  + Điều trị các rối loạn kèm theo.
  + Sử dụng kháng sinh trong trường hợp nghi ngờ viêm màng ối là nguyên nhân sinh non hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn hoặc có nhiều thủ thuật xâm lấn.
  + Chăm sóc hỗ trợ trẻ non tháng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LIỆU PHÁP BƠM SURFACTANT

Surfactant là chất hoạt hóa bề mặt phế nang ngoại sinh được đưa vào phổi trẻ sơ sinh qua đường khí quản, để chống lại tình trạng xẹp phế nang do bệnh lý suy hô hấp do surfactant trong phổi bị thiếu hoặc bất hoạt.

1. Chỉ định.

1.1. Hội chứng suy hô hấp (RDS-Bệnh màng trong sinh non):

- Nên cân nhắc sử dụng surfactant cho trẻ < 26 tuần, cực nhẹ cân < 1000g VÀ mẹ chưa điều trị corticoid trước sinh và trẻ không được hỗ trợ CPAP ngay sau sinh.
- Điều trị: Để duy trì SpO2 từ 90% đến 95%:
  + Trẻ< 29 tuần:
    - Thở NCPAP với FiO_2> 30%.
    - Cần đặt NKQ thở máy với FiO_2> 30%
  + Trẻ ≥ 29 tuần: (XQ có hình ảnh Bệnh màng trong, cần chẩn đoán phân biệt với SHH không do thiếu surfactant):
    - Cần thở NCPAP với FiO2 ≥ 40% hoặc a/APO2 < 0,22.
    - Cần đặt Nội khí quản thở máy với MAP ≥ 7 cmH2O và FiO2> 30%.

1.2. Viêm phổi hít phân su-Bệnh màng trong sinh mổ chưa chuyển dạ:

Nên xem xét cho surfactant khi:

- FiO_2> 50% và áp lực trung bình đường thở (MAP) > 10-12 cmH2O.
- Hoặc OI (oxygen index) > 15trong 6 giờ.

2. Cân nhắc sử dụng surfactant trong các trường hợp:

- < 26 tuần tuổi thai.
- Xuất huyết phổi nặng, đang tiến triển.
- Ngạt/thiếu oxy não nặng, xuất huyết não nặng.
- Dị tật bẩm sinh nặng, không phù hợp với cuộc sống.
- Gia đình từ chối điều trị surfactant.

3. Lưu ý:

- Cần điều chỉnh tình trạng toan máu, thiếu máu, đa hồng cầu, hạ đường huyết trước khi dùng surfactant điều trị.
- Cần dẫn lưu tràn khí màng phổi áp lực trước.

4. Điều kiện cần để thực hiện bơm surfactant:

- Phương tiện:
  + Hỗ trợ hô hấp: CPAP, máy thở,
  + Theo dõi: Pulse-oxymeter, HA và nhịp tim, máy phân tích khí máu, XQ tại giường.
  + Hệ thống hút dẫn lưu tràn khí màng phổi.
  + Thuốc.
- Đội ngũ thành thạo:
  + Đặt NKQ, sử dụng máy thở, xử trí cấp cứu hô hấp tuần hoàn, xử trí tràn khí màng phổi.
  + Chăm sóc trẻ non tháng mọi tuổi thai.
  + Đã được huấn luyện và chuyển giao kỹ thuật.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Nguyên tắc tiến hành.

- Rửa tay.
- Đặt NKQ (nếu bệnh nhân chưa có NKQ). Hút sạch đàm nhớt qua NKQ (nếu bệnh nhân đã được đặt NKQ). Kiểm tra vị trí ống NKQ đúng vị trí.
- Tiêm Morphin để ức chế hô hấp (nếu cần).
- Tính liều surfactant (100-200 mg/kg/đợt điều trị).
- Làm ấm lọ thuốc: giữ trong lòng bàn tay trong 8 phút hoặc để ở nhiệt độ trong phòng 20 phút. Không làm ấm bằng phương pháp nhân tạo.
- Rửa tay thủ thuật và mang găng vô trùng.
- Đo chiều dài của ống NKQ (cùng cỡ với bệnh nhân đang sử dụng); đo chiều dài và cắt ngắn ống thông dạ dày bằng chiều dài ống NKQ-1cm.
- Dùng kim số 18 rút thuốc vào ống tiêm.
- Đặt trẻ nằm ngửa, cổ ở tư thế trung gian, đầu bằng.
- Bóp bóng với oxy 100%; PEEP 6 cm nước.
- Giữ ống NKQ thẳng đứng.
- Luồn ống tiêm gắn thông dạ dày vào ống NKQ. Bơm thuốc nhanh vào và rút khoảng 5ml khí bơm nhanh để đẩy hết thuốc trong thông dạ dày vào khí quản. Nếu sử dụng lượng thuốc > 3ml, chia làm 2 lần bơm thuốc.
- Theo dõi mạch, SpO2, HA trong khi bơm thuốc.
- Bóp bóng 3-5 phút sau khi bơm surfactant để thuốc phân tán đều hai bên phổi.
- Gắn bệnh nhân vào máy thở. Lưu ý: tránh mất PEEP.
- Điều chỉnh thông số máy thở cho phù hợp.
- Trường hợp rút NKQ ngay sau khi bơm thuốc mà trước đó có ức chế hô hấp bằng morphin: dùng Naloxone (liều 0,1mg/kg/lần) và hỗ trợ hô hấp cho đến khi bệnh nhân thở khá trở lại và khí máu cải thiện tốt, không ứ CO2.

4. Theo dõi và xử trí các tình huống.

- Theo dõi và chăm sóc:
  + Mạch, nhịp tim, SpO2; huyết áp trên monitor trong khi bác sĩ bơm surfactant.
  + Dấu hiệu sinh tồn, thời gian phục hồi màu da, độ di động lồng ngực, SpO2 trước khi bơm surfactant, mỗi 15 phút trong giờ đầu sau khi bơm surfactant, sau đó 1-2 giờ trong 6 giờ tiếp theo nếu bệnh nhân ổn định.
  + Thử khí máu sau khi bơm surfactant 1 giờ.
- Xử trí tình huống:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Giảm SpO_2 hoặc chậm nhịp tim trong khi bơm thuốc.	Ngưng bơm thuốc, bóp bóng trở lại cho đến khi ổn định.
Tím tái đột ngột / SpO_2 giảm đột ngột	Kiểm tra Tràn khí màng phổi
Thuốc trào ra ống NKQ ngay sau khi rút thông dạ dày ra khỏi NKQ	Kẹp ống NKQ và bóp bóng để đẩy thuốc trở vào
Lồng ngực căng phồng quá mức sau khi bơm thuốc.	Điều chỉnh thông số máy thở
HA hạ / Mạch nhẹ, thời giảm phục hồi màu da > 3 giây, da nổi bông vài giờ sau khi bơm surfactant.	Xử trí hạ huyết áp, nên dùng vận mạch hơn là dùng dịch chống sốc. Chú ý theo dõi lượng nước tiểu

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VIÊM PHỔI

1. Tổng quan

Viêm phổi là một trong những bệnh lý thường gặp và gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh. Viêm phổi sơ sinh có thể được phân loại như sau:

- Viêm phổi khởi phát sớm: khởi phát trong vòng 3 ngày đầu sau sinh
  + Viêm phổi bẩm sinh/viêm phổi trong tử cung: do tác nhân gây bệnh truyền qua nhau thai, viêm phổi là một thành phần trong bệnh lý nhiễm khuẩn toàn thân ví dụ viêm phổi do Rubella, CMV. Cách lây truyền thứ hai là do hít nước ối bị nhiễm trong tử cung, thường kèm với ngạt trong bào thai.
  + Viêm phổi mắc phải trong quá trình sinh: khởi phát trong vòng vài ngày đầu sau sinh, thường do vi trùng ở đường sinh dục mẹ ví dụ như E. coli, Streptococcus nhóm B
- Viêm phổi khởi phát muộn: khởi phát sau 3 ngày tuổi hay còn gọi là viêm phổi mắc phải sau sinh. Tác nhân gây bệnh ở môi trường cộng đồng hay môi trường bệnh viện, thường qua tiếp xúc với người gần gũi hoặc do dụng cụ vấy nhiễm. Tác nhân thường gặp như phế cầu, tụ cầu, H.influenza, trực trùng gram âm hay virus.

Tuy phân loại như vậy, về cơ bản biểu hiện lâm sàng và tác nhân có thể trùng lắp. Xử trí viêm phổi nguyên tắc là điều trị hỗ trợ hô hấp tuần hoàn kèm theo điều trị tác nhân nhiễm khuẩn.

- **Các yếu tố nguy cơ** viêm phổi mắc phải lúc sinh gồm có sinh non, vỡ ối sớm trên 18 tiếng, chuyển dạ kéo dài, mẹ bị nhiễm khuẩn ối, nước ối hôi.
- Triệu chứng lâm sàng của viêm phổi:
  + Nhịp thở > 60 lần/phút, rút lõm lồng ngực, phập phồng cánh mũi, cơn ngưng thở, tăng nhu cầu oxy, hoặc có thể thấy tím tái. Đôi khi triệu chứng cũng rất mơ hồ không đặc hiệu lúc khởi bệnh, triệu chứng hô hấp chỉ rõ ràng khi đến giai đoạn trễ của bệnh. Viêm phổi cũng có thể là triệu chứng của nhiễm khuẩn huyết ở trẻ, phối hợp với triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân.
  + Có thể rất khó phân biệt giữa viêm phổi và bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh trong những giờ đầu sau sinh. Lâm sàng và X quang có thể tương đồng. Do đó nếu trẻ sinh non có suy hô hấp, kháng sinh thường được khuyến cáo. Triệu chứng suy hô hấp xuất hiện sau 4 giờ sau sinh thường là dấu hiệu gợi ý cho viêm phổi hơn là bệnh màng trong.
- **Bú sữa mẹ hoàn toàn** có tác dụng ngăn ngừa viêm phổi và tử vong do viêm phổi ở trẻ em.

2. Xử trí tại các tuyến:

2.1. Tuyến xã.

- Phát hiện những trẻ có nguy cơ bị viêm phổi.
- Xác định các dấu hiệu nghi ngờ viêm phổi.
- Xử trí:
  + Xử trí suy hô hấp nếu có (*xem bài* Suy hô hấp sơ sinh).
  + Tiêm một liều kháng sinh phối hợp ampicicllin và gentamicin, tiêm bắp sâu.
  + Chuyển viện an toàn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.2. Tuyến huyện.

- Chẩn đoán xác định viêm phổi dựa vào lâm sàng và một số xét nghiệm cơ bản: công thức máu, X quang tim phổi.
- Xquang của viêm phổi có thể không đặc hiệu, có thể có hình ảnh tổn thương khu trú, hoặc lan tỏa thâm nhiễm dạng đốm, hoặc vân mờ (streaky density).
- Xử trí:
  + Cho thở oxygen qua ngạnh mũi nhằm đảm bảo SpO2 từ 90-95%, thông thường nhu cầu không quá 1 lít/phút. Lưu ý: tuyến huyện nên trang bị máy đo SpO2.
  + Điều trị kháng sinh Ampicillin/Penicillin + Gentamicin trong ít nhất 5 ngày
  + Chú ý giữ ấm, dinh dưỡng và các chăm sóc hỗ trợ khác.
  + Sau 2 ngày điều trị không cải thiện, nên hội chẩn với tuyến trên.

2.3. Tuyến tỉnh.

- Làm như tuyến huyện và
- Làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân: cấy máu và cấy dịch hút khí quản; cấy dịch não tủy, cấy nước tiểu khi có dấu hiệu toàn thân đi kèm. Chú ý xét nghiệm vi trùng nên được làm trước khi cho kháng sinh.
- Xét nghiệm để điều chỉnh thông khí và dịch truyền phù hợp: khí máu, điện giải đồ.
- Xử trí:
  + Điều trị theo nguyên nhân.
  + Hỗ trợ hô hấp: thở CPAP qua mũi hoặc thở máy đúng chỉ định.
  + Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo kháng sinh đầu tay cho viêm phổi sơ sinh do vi trùng cộng đồng là Ampicillin và gentamicin. Do đó dù ở tuyến tỉnh, nếu trẻ chưa dùng kháng sinh thì nên bắt đầu với Ampicillin và gentamicin. Nếu trẻ chuyển từ tuyến dưới đã được dùng kháng sinh Ampicilin và gentamicin mà chưa đáp ứng, có thể dùng cephalosporin thế hệ III. Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện có thể cần dùng Ticarcillin/Cefepim +/- Amikacin. Thất bại với các kháng sinh này có thể dùng Imipenem. Dùng Vancomycin nếu nghi ngờ nhiễm tụ cầu hay phế cầu kháng methicilin.
  + Điều chỉnh kháng sinh thích hợp theo kết quả kháng sinh đồ hoặc có thể đổi kháng sinh nếu sau 2 ngày điều trị không cải thiện.
  + Điều trị các biến chứng và rối loạn đi kèm.
  + Theo dõi phát hiện sớm các di chứng.

  Lưu ý chăm sóc tư thế, giữ ấm, cung cấp đầy đủ dinh dưỡng, dịch và điện giải.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LIỆU PHÁP HẠ THÂN NHIỆT TRONG ĐIỀU TRỊ TRẺ SƠ SINH NGẠT

Ngạt khi sinh là tình trạng thiếu oxy xảy ra ngay trước, trong hoặc ngay sau khi sinh có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Tình trạng này dẫn đến thiếu oxy và giảm lưu lượng máu lên não gây ra bệnh não thiếu oxy, thiếu máu cục bộ-là bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao và có thể để lại di chứng nặng nề về phát triển tâm thần, vận động. Liệu pháp hạ thân nhiệt, một phần trong chế độ điều trị bệnh não thiếu oxy, thiếu máu cục bộ đã được chứng minh có hiệu quả bảo vệ não, giảm tỷ lệ di chứng thần kinh và đã được WHO khuyến cáo áp dụng ở những trung tâm sơ sinh có đầy đủ thiết bị và nhân viên y tế đã được đào tạo.

1. Tuyến huyện-tuyến tỉnh.

- Trẻ sinh ra bị ngạt cần được hồi sức theo đúng qui trình hồi sức chuẩn, sau đó cần xác định tình trạng ngạt sơ sinh- bệnh não thiếu oxy thiếu máu cục bộ cần được chỉ định điều trị bằng phương pháp hạ thân nhiệt:
- Trẻ sơ sinh ≤ 6 giờ tuổi, ≥ 36 tuần tuổi thai, có tiêu chuẩn sau:

A - Điểm Apgar ≤ 5 lúc 10 phút sau khi sinh - Cần tiếp tục hồi sức hô hấp / hồi sức tim phổi tại thời điểm10 phút sau khi sinh - pH<7,0 ở máu cuống rốn hoặc mẫu máu trong 60 phút sau khi sinh - BE ≤-16 ở máu cuống rốn hoặc mẫu máu trong 60 phút sau khi sinh	Nếu có bất kỳ tiêu chí nào trong những tiêu chí A bên đây cần đánh giá mức độ tổn thương hệ thần kinh của trẻ sơ sinh theo tiêu chí B.
B - Co giật hoặc - Mức độ tổn thương não do bệnh não thiếu oxy thiếu máu cục bộ trung bình đến nặng được xác định là sự kết hợp của các triệu chứng: + Thay đổi mức độ ý thức + Tăng, giảm trương lực cơ + Phản xạ nguyên thủy bất thường	Quá trình đánh giá được thực hiện liên tục trong suốt 6 giờ đầu tiên.
Nếu có cả ≥ 1 tiêu chí A và ≥ 1 tiêu chí B, trẻ phải được áp dụng điều trị trước 6 giờ sau khi sinh.	

- Tiêu chuẩn loại trừ của điều trị hạ thân nhiệt
  + >6h tuổi
  + Đẻ non <36 tuần
  + Cân nặng lúc đẻ ≤ 1800g
  + Bệnh chuyển hóa bẩm sinh
  + Nhiễm khuẩn nặng
  + Đa dị tật

<u>Khuyến cáo cho các tuyến có thể chuyển được trẻ bệnh đến cơ sở thực hiện được liệu pháp hạ thân nhiệt</u>

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Khi có bệnh nhân sơ sinh bệnh não thiếu oxy thiếu máu cục bộ: cho hạ thân nhiệt thụ động

- Không bật nguồn sưởi.
- Hội chẩn với tuyến có khả năng điều trị hạ thân nhiệt để có thể chuyển bệnh nhân đến nơi điều trị an toàn và kịp thời.
- Đo nhiệt độ (tốt nhất là nhiệt độ trực tràng) mỗi 15 phút.
- Trong quá trình vận chuyển bệnh nhân cần kiểm soát nhiệt độ trực tràng ở 33,5^{o}C-34^{o}C. Nếu nhiệt độ thấp < 33^{0c,} điều chỉnh nguồn nóng để đạt được nhiệt độ mong muốn. Nếu nhiệt độ >34^{o}C thì mở cửa lồng ấp hoặc nới bớt chăn.

3. Tuyến tỉnh-Tuyến trung ương có khả năng điều trị hạ thân nhiệt.

- Khám đánh giá lâm sàng xác định chỉ định điều trị hạ thân nhiệt.
- Làm các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, điện giải đồ, LDH, men gan, creatinin, ure máu, đông máu và khí máu.
- Các thăm dò đánh giá tổn thương não: điện não đồ, siêu âm qua thóp, chụp cắt lớp vi tính sọ não (CT Scanner-chỉ thực hiện khi không chụp được cộng hưởng từ), chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI): giữa ngày thứ 7-10 là kỹ thuật chọn lựa tốt nhất để thấy các tổn thương não.
- **Liệu pháp hạ thân nhiệt**: là biện pháp bảo vệ não cho trẻ sơ sinh ngạt.
- Sử dụng hạ thân nhiệt toàn thân hoặc đầu. Làm lạnh vùng đầu và làm lạnh toàn thân cho thấy hiệu quả và độ an toàn như nhau. Làm lạnh toàn thân tạo thuận lợi cho việc theo dõi điện não đồ hơn.
- Hạ thân nhiệt trong 72 giờ; nhiệt độ mục tiêu 33,5^{0}C-34,5^{0}C Sau 72 giờ làm ấm từ từ trở lại thân nhiệt bình thường.
- Điều trị phối hợp:
  + Hỗ trợ hô hấp: thông khí nhẹ nhàng duy trì PaCO2: 45-55mmHg và PaO2 < 80mmHg để SpO2 90-95% (tăng hoặc giảm CO2, PaO2 quá mức đều gây thêm tổn thương não)
  + Duy trì tưới máu não và tưới máu tổ chức: tránh hạ hoặc tăng huyết áp (nên duy trì huyết áp trung bình trên 35-40mmHg).
  + Duy trì chuyển hóa bình thường: Glucose huyết, nuôi dưỡng, canxi máu.
  + Kiểm soát tốt co giật: có thể dùng Phenobarbital, lorazepam hoặc phenytoin.
  + Kiểm soát phù não: tránh quá tải dịch.
  + Chỉ cho ăn khi huyết động ổn định.
  + Kiểm soát rối loạn đông máu: truyền plasma tươi, tiểu cầu, huyết tương tươi đông lạnh tùy theo thiếu hụt.
- Chăm sóc hỗ trợ.
- Tư vấn và theo dõi trẻ sau khi ra viện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)

Thở áp lực dương liên tục (CPAP) là phương pháp hỗ trợ hô hấp cho trẻ sơ sinh bị suy hô hấp vẫn còn nhịp tự thở bằng cách duy trì một áp lực đường thở dương liên tục suốt chu kỳ thở

1. Chỉ định

- Suy hô hấp thất bại với thở oxy qua ngạnh mũi:
  + Đánh giá suy hô hấp dựa vào khí máu (nếu có) khi độ bão hòa oxy $SpO_2 < 90\%$ hoặc $PaO_2 < 50mmHg$.
  + Hoặc dựa vào dấu hiệu lâm sàng suy hô hấp: trẻ bệnh vẫn còn ít nhất một trong các dấu hiệu sau:
    - Thở nhanh > 60 lần/phút.
    - Rút lõm ngực.
    - Thở rên thì thở ra.
    - Tím tái.
- Cơn ngừng thở ở trẻ sơ sinh non tháng (< 20 giây).
- Xẹp phổi.
- Bệnh màng trong.
- Viêm phế quản phổi.
- Phù phổi.
- Mềm khí quản (tracheal malacia) hoặc một số các bất thường tương tự ở đường hô hấp dưới.
- Cai máy thở.

2. Chống chỉ định:

- Dị tật đường hô hấp trên (sứt môi hở hàm ếch, teo lỗ mũi sau), teo thực quản có dò khí-thực quản, thoát vị hoành; kén khí phổi bẩm sinh....
- Tràn khí màng phổi chưa dẫn lưu.
- Sốc.

3. Tiêu chuẩn ngừng cho thở CPAP.

- Trẻ không còn biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng, thở đều, hồng hào, không co kéo cơ hô hấp.
- Thở CPAP với áp lực 5 cm nước, nồng độ O_2 khí thở vào (FiO_2) < 30% mà vẫn duy trì SpO_2> 90%.

4. Thất bại CPAP: Khi người bệnh thở CPAP với FiO_2 > 60% và PEEP ≥ 6cmH_2O (thở gọng mũi) hoặc PEEP ≥ 10cm H_2O (thở ống thông mũi một bên) mà người bệnh còn có dấu hiệu:

- Cơn ngừng thở dài trên 20 giây kèm tụt SpO2, chậm nhịp tim.
- Ngừng thở dài.
- Tím tái, tăng co rút lồng ngực, nhịp tim, nhịp thở tăng lên.
- $SpO_2 < 85\%$ trên 3 lần/1 giờ liên tục.
- Khí máu động mạch: pH < 7,25 $PaO_2 < 50mmHg$, $pCO_2 > 60mgHg$.

  thì chuyển thở máy hoặc chuyển tuyến an toàn (nếu không có máy thở).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Kỹ thuật tiến hành: thực hiện đúng qui trình kỹ thuật.

Lưu ý:

- Bảo đảm hệ thống thở kín.
- Bảo đảm vô khuẩn.
- Theo dõi, đề phòng các biến chứng (tràn khí màng phổi, xuất huyết nội sọ, nhiễm khuẩn tại chỗ….)

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XUẤT HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH

1. Tuyến xã.

- Phát hiện trẻ có nguy cơ xuất huyết: ngạt, đẻ khó, đẻ quá nhanh, non tháng, nhiễm khuẩn. Bà mẹ có dùng thuốc kháng lao, thuốc chống động kinh
- Nhận biết các dấu hiệu xuất huyết ở đầu, da, rốn, đường tiêu hóa và bất kỳ một dấu hiệu nguy hiểm nào.
- Xử trí:
  + Cầm máu: chảy máu rốn, chảy máu chỗ tiêm (băng ép).
  + Tiêm bắp 1 mg vitamin K_1.
  + Chuyển tuyến an toàn.

2. Tuyến huyện.

- Khám lâm sàng đánh giá mức độ xuất huyết.
- Làm các xét nghiệm cơ bản để chẩn đoán nguyên nhân: Công thức máu, dung tích hồng cầu, lượng Hemoglobin, tiểu cầu, thời gian máu chảy, thời gian máu đông,...
- Xử trí:
  + Như tuyến xã. Kiểm tra xem trẻ đã được tiêm Vitamin K1 sau sinh chưa. Lập lại liều Vitamin K1 1mg (khi còn dấu hiệu chảy máu).
  + Truyền dịch, truyền máu (tùy mức độ mất máu).
  Lưu ý: cần sử dụng máu toàn phần hoặc hồng cầu lắng mới (trong vòng 5-7 ngày) và phù hợp nhóm máu mẹ-con trong trường hợp nghi xuất huyết có kèm bất đồng nhóm máu ABO.
  + Thông đường thở, cung cấp oxygen.
  + Điều trị các rối loạn kèm theo (nếu có).
  + Chuyển tuyến an toàn khi vượt quá khả năng điều trị.

3. Tuyến tỉnh.

- Xử trí như tuyến huyện.
- Làm thêm các xét nghiệm: đông máu toàn bộ, chức năng gan và một số các xét nghiệm khác để chẩn đoán nguyên nhân (chẩn đoán hình ảnh).
- Xử trí:
  + Truyền máu và các sản phẩm của máu khi có chỉ định.
  Lưu ý: 12-24 giờ sau tiêm, Vitamin K_1 mới có tác dụng điều chỉnh các xuất huyết do thiếu Vitamin K1. Do đó, cần truyền huyết tương tươi đông lạnh trong khoảng thời gian chờ Viatmin K1 có tác dụng.
  + Điều trị theo nguyên nhân.
  + Điều trị các rối loạn kèm theo.
  + Chăm sóc hỗ trợ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH

1. Tuyến xã.

Chẩn đoán dựa vào bệnh sử và lâm sàng:

- Hỏi tiền sử bà mẹ, phát hiện các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn cho con.
  + Viêm màng ối.
  + Mẹ sốt ≥38^0C trước sinh.
  + Sinh non < 37 tuần tuổi thai.
  + Vỡ ối hoặc rỉ ối ≥18 giờ.
  + Mẹ có tiền sử nhiễm khuẩnhoặc nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Xác định các dấu hiệu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết:
  + Suy thai hay những biểu hiện bất ổn lúc sinh có thể là dấu hiệu sớm của nhiễm khuẩn sơ sinh: nhịp tim thai nhanh, nước ối nhuốm phân su, điểm Apgar thấp ≤ 6.
  + Rối loạn thân nhiệt.
  + Biểu hiện thần kinh: li bì hay kích thích, co giật, run rẩy, có thể hôn mê, rối loạn trương lực cơ, thóp phồng…
  + Triệu chứng hô hấp: tím tái, thở rên, thở nhanh, co kéo lồng ngực nặng, có cơn ngừng thở.
  + Triệu chứng tuần hoàn: da xanh, tím, nổi vân tím, da lạnh, vã mồ hôi, nhịp tim nhanh, loạn nhịp.
  + Triệu chứng ngoài da: vàng da sớm, da xanh tím, nổi ban, xuất huyết, có nốt phỏng mủ, phù cứng bì.
  + Gan lách to.
  + Triệu chứng tiêu hóa: bú kém, nôn, tiêu chảy, bụng chướng, kém tiêu.
- Phân loại nhiễm khuẩn dựa vào thời điểm khởi phát triệu chứng:
  + Nhiễm khuẩn sớm: Khởi phát triệu chứng trước 72 giờ.
  + Nhiễm khuẩn muộn: Khởi phát triệu chứng sau 72 giờ.
- Xử trí: nếu có một hay nhiều triệu chứng như trên, phải chuyển tuyến ngay. Trước khi chuyển cần:
  + Kháng sinh: tiêm bắp ampicillin phối hợp với gentamycin, một liều trước khi chuyển tuyến.
  + Chuyển an toàn lên tuyến trên.

2. Tuyến huyện.

- Chẩn đoán dựa vào bệnh sử, lâm sàng như tuyến xã và làm thêm các xét nghiệm cơ bản: công thức máu với công thức bạch cầu, X quang phổi, soi cấy vi khuẩn.
- Xử trí:
  + Xử trí cấp cứu nếu có (rối loạn thân nhiệt, rối loạn hô hấp, tuần hoàn, co giật…).
  + Điều trị ngay bằng kháng sinh phổ rộng, có thể phối hợp 2 đến 3 loại kháng sinh tùy theo bệnh cảnh.
  + Nhiễm khuẩn sớm: ampicillin và gentamicin.
  + Nhiễm khuẩn muộn: ampicillin và gentamycin nếu trẻ mới nhập viện; vancomycin và gentamycin với trẻ đã nằm viện liên tục từ khi sinh hoặc nếu có nghi ngờ nhiễm

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

khuẩn liên quan đến catheter; phối hợp thêm cephalosporine thế hệ 3 nếu nghi ngờ viêm màng não.

+ Nếu sau 48 giờ không cải thiện về lâm sàng và cận lâm sàng cần hội chẩn tại viện hoặc với tuyến trên để chuyển tuyến.

3. Tuyến tỉnh.

Thực hiện như tuyến huyện và:

- Chẩn đoán sớm dựa vào lâm sàng, các xét nghiệm cơ bản và các xét nghiệm chuyên sâu để chẩn đoán nguyên nhân.
  + Nhiễm khuẩn sớm: công thức máu với công thức bạch cầu, cấy máu, xquang phổi, cấy dịch nội khí quản nếu trẻ cần đặt ống nội khí quản, xem xét chọc dịch não tủy.

    Một số xét nghiệm về các dấu hiệu nhiễm khuẩn (nếu có thể làm được): CRP, procalcitonin.
  + Nhiễm khuẩn muộn: ngoài những xét nghiệm trên cần làm thêm cấy nước tiểu, cấy dịch nhiễm khuẩn khác (dịch mủ mắt, cấy dịch nốt mủ…)
- Xử trí cấp cứu nếu có (rối loạn thân nhiệt, rối loạn hô hấp, tuần hoàn, co giật…)
- Phối hợp kháng sinh phổ rộng trước khi có kết quả xét nghiệm, nếu sau 48 giờ mà bệnh cảnh không cải thiện thì nên hội chẩn để đổi kháng sinh và điều chỉnh kháng sinh thích hợp theo kết quả kháng sinh đồ.
- Chú ý phát hiện để điều trị ngay các biến chứng và các rối loạn đi kèm như: đông máu nội quản lan tỏa, rối loạn đông máu, viêm màng não mủ, co giật, rối loạn hô hấp-tuần hoàn, rối loạn nước điện giải, thăng bằng toan kiềm, rối loạn chuyển hóa…
- Dinh dưỡng và chăm sóc hỗ trợ.
- Theo dõi phát hiện sớm các di chứng để xử trí nếu có.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NHIỄM KHUẨN MẮT

Nhiễm khuẩn mắt ở trẻ sơ sinh còn được gọi là viêm kết mạc trẻ sơ sinh, là tình trạng sưng, đỏ, chảy mủ mắt. Nhiễm khuẩn mắt nặng có thể dẫn đến mù lòa nếu không được điều trị. Nguyên nhân chính là do nhiễm tụ cầu, lậu cầu, *Chlamydia trachomatis*, trong và sau khi sinh.

1. Tại tuyến xã.

1.1. Hỏi và khám lâm sàng để phân loại là nhiễm khuẩn tại chỗ hay lan rộng.

- Nhiễm khuẩn tại chỗ, nếu:
  + Chảy mủ mắt ít.
  + Mắt không sưng đỏ.
- Nhiễm khuẩn mắt lan rộng, nếu:
  + Chảy mủ mắt nhiều.
  + Mắt sưng đỏ, lan rộng.
  + Có thể có các biểu hiện nhiễm khuẩn toàn thân.

1.2. Xử trí:

- Nhiễm khuẩn tại chỗ:
  + Điều trị tại chỗ, không cần dùng kháng sinh toàn thân.
  + Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà.
  + Hẹn khám lại sau 2 ngày. Khám lại ngay nếu bệnh không đỡ hoặc có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.
- Nhiễm khuẩn lan rộng:
  + Chuyển lên tuyến trên.
  + Cho 1 liều kháng sinh tiêm bắp trước khi chuyển.

2. Tuyến huyện, tỉnh:

- Hỏi và khám lâm sàng như ở tuyến xã.
- Làm xét nghiệm xác định chẩn đoán nguyên nhân.
- Khám xác định bà mẹ có bị nhiễm khuẩn đường sinh dục không.
- Xử trí:
  + Nhiễm khuẩn tại chỗ: điều trị và xử trí như tuyến xã và chuyển về điều trị tại xã hoặc hướng dẫn bà mẹ điều trị tại nhà (hẹn khám lại theo hẹn, hướng dẫn khám lại ngay khi không đỡ hoặc có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân).
  + Nhiễm khuẩn nặng: điều trị theo nguyên nhân:
    - Viêm kết mạc do tụ cầu vàng:
      - Tra mỡtetracyclin lên mắt viêm 4 lần/ngày trong 5 ngày.
      - Không cần dùng kháng sinh toàn thân.
    - Viêm kết mạc do lậu cầu:
      - Tiêm bắp ceftriaxon 50 mg/kg, một liều duy nhất. Nếu trẻ nhẹ cân (<1500g) dùng liều 25 -50 mg/kg. Nếu không có ceftriaxone có thể dùng cefotaxim 100 mg/kg, một liều duy nhất.
      - Vệ sinh mắt hàng ngày.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nhỏ thuốc mỡ tetracyclin 1% cho đến khi mắt không còn sưng, đỏ, hết mủ. Giới thiệu, hội chẩn chuyển khoa da liễu để điều trị lậu cầu cho bà mẹ và ông bố/người tình nếu họ chưa được điều trị.
- Hội chẩn khoa mắt.

- Viêm kết mạc do *Chlamydia*:
  - Cho uống erythromycin 75 mg/kg/ngày trong 14 ngày.
  - Vệ sinh mắt.
  - Nhỏ thuốc mỡ tetracyclin 1% cho đến khi mắt không còn sưng, đỏ, hết dử, mủ.
- Nếu không xác định được nguyên nhân hoặc không làm kháng sinh đồ được, điều trị như sau:
  - Nếu trẻ dưới 7 ngày tuổi, chưa được điều trị kháng sinh toàn thân thì điều trị như viêm kết mạc do lậu cầu.
  - Nếu trẻ từ 7 ngày tuổi trở lên và đã được điều trị kháng sinh toàn thân không kết quả hoặc trẻ dưới 7 ngày tuổi, tình trạng bệnh không cải thiện sau 48 giờ điều trị thì điều trị như viêm kết mạc do *Chlamydia*.

3. Phòng ngừa

3.1. Chăm sóc ngay sau sinh

- Lau sạch dịch tiết ở mắt ngay sau sinh.
- Sử dụng một trong hai loại thuốc sau trong vòng 1 giờ đầu sau sinh: thuốc mỡ Erythromycin hoặc Tetracycline 1% để bôi vào mí dưới của mắt.

3.2. Chăm sóc hàng ngày sau sinh

- Rửa tay bằng xà bông tiệt khuẩn trước khi chăm sóc mắt trẻ.
- Không nhỏ bất cứ chất gì vào mắt trẻ nếu không có chỉ định của bác sĩ.

3.3. Phát hiện và điều trị sớm các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục ở phụ nữ mang thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NHIỄM KHUẨN RỐN

Nhiễm khuẩn rốn là tình trạng nhiễm khuẩn rốn và mô xung quanh rốn. Bệnh lý này chủ yếu gặp ở trẻ sơ sinh và dễ tiến triển nặng. Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn rốn thường là *Staphylococcus aureus*, *Escherichia. coli*, *Klebsiella* spp. và *Strepcococcus pyogenes.* Uốn ván là một bệnh nhiễm khuẩn rốn nặng, tỷ lệ tử vong cao, di chứng nặng nhưng sẽ không đề cập trong nội dung của bài này.

1. Tuyến xã.

1.1. Hỏi và khám lâm sàng để phân loại là nhiễm khuẩn tại chỗ hay lan rộng.

- Nhiễm khuẩn rốn tại chỗ:
  + Rốn ướt, sưng, đỏ.
  + Vùng quanh rốn sưng, đỏ lan rộng dưới 1 cm.
- Nhiễm khuẩn rốn nặng:
  + Rốn sưng, đỏ hoặc chảy mủ, có mùi hôi.
  + Vùng quanh rốn sưng, đỏ lan rộng xung quanh trên 1cm.
  + Chướng bụng.

1.2. Xử trí.

- Nhiễm khuẩn rốn tại chỗ:
  + Điều trị tại chỗ, không cần dùng kháng sinh toàn thân:
    - Rửa sạch tay.
    - Rửa sạch rốn và nhẹ nhàng thấm khô.
    - Bôi tím gentian 0,5% hoặc cồn 70^0 lên vùng rốn nhiễm khuẩn 3 lần/ngày cho đến khi hết mủ.
    - Rửa sạch tay sau khi chăm sóc rốn.
  + Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà.
  + Hẹn khám lại sau 2 ngày. Khám lại ngay nếu bệnh không đỡ hoặc có các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân.
- Nhiễm khuẩn rốn nặng: chuyển lên tuyến trên. Tiêm bắp 1 liều kháng sinh trước khi chuyển.

2. Tuyến huyện, tỉnh.

- Hỏi và khám lâm sàng như ở tuyến xã.
- Chẩn đoán và xác định nguyên nhân.
- Làm các xét nghiệm: cấy dịch hoặc mủ rốn, công thức máu, cấy máu nếu có nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.
- Xử trí:
  + Nhiễm khuẩn tại chỗ: điều trị như tuyến xã.
  + Nhiễm khuẩn rốn nặng:
    - Chăm sóc rốn như nhiễm khuẩn rốn tại chỗ.
    - Nếu không có triệu chứng toàn thân: dùng kháng sinh ampicillin + gentamicin tiêm tĩnh mạch.
    - Nếu có triệu chứng toàn thân: dùng cloxacillin + gentamicin.
    - Nếu nhiễm khuẩn rốn trong bệnh viện, trẻ đang điều trị nhiễm khuẩn huyết: dùng vancomycin + aminoglycosides.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Điều trị tiếp theo kết quả kháng sinh đồ.
- Theo dõi trẻ trong 24 giờ sau khi ngừng kháng sinh. Nếu hết nhiễm khuẩn rốn, trẻ bú tốt, không còn dấu hiệu cần nằm viện thì cho trẻ ra viện và hướng dẫn bà mẹ chăm sóc, theo dõi tại nhà.
- Xử trí các biến chứng hoặc các bệnh kèm theo.

2. Phòng ngừa

2.1. Chăm sóc rốn ngay sau sinh:

- Không bôi chất gì lên rốn.
- Không băng rốn.

2.2. Chăm sóc rốn sau sinh hàng ngày trước khi rụng rốn:

- Để rốn khô tự nhiên.
- Không bôi chất gì lên rốn.
- Không băng rốn.
- Quấn tã thấp dưới rốn.
- Mặc áo sạch để che rốn.
- Nếu rốn bị ướt nước tiểu, rửa bằng nước chín và nước muối sinh lý, thấm khô bằng gạc sạch.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NHIỄM KHUẨN DA

- Nhiễm khuẩn da có thể có nhiều mức độ, từ nhiễm khuẩn bề mặt da đến nhiễm khuẩn da và mô dưới da. Nhiễm khuẩn da có thể có biến chứng nhiễm khuẩn huyết và viêm màng não mủ.
- Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn da ở cộng đồng thường là *Staphylococcus aureus*, và β-hemolytic *Strepcococcus*..
- Vi khuẩn gây nhiễm khuẩn da ở bệnh viện thường là Staphylococcus aureus, Pseudmonas aeruginosa, Enterococcus, Escherichia coli.

1. Tuyến xã

1.1. Hỏi và khám lâm sàng để phân biệt nhiễm khuẩn da tại chỗ hay nhiễm khuẩn da nặng

- Nhiễm khuẩn da tại chỗ:
  + Ít hơn 10 mụn mủ/mụn nước VÀ không có triệu chứng toàn thân.
- Nhiễm khuẩn da nặng: nếu có ít nhất 1 trong 4 dấu hiệu sau:
  + Bóng nước lớn hay ≥ 10 mụn mủ/mụn nước.
  + Dấu hiệu nhiễm khuẩn da và mô dưới da (viêm mô tế bào).
  + Viêm mô tế bào quanh mắt.
  + Có triệu chứng toàn thân.

1.2. Xử trí

- Chăm sóc tại chỗ:
  + Rửa tay bằng nước sạch và xà phòng trước khi chăm sóc da cho trẻ.
  + Nhẹ nhàng rửa sạch mụn mủ bằng nước muối sinh lý hoặc bằng nước chín nguội và xà phòng.
  + Thấm khô bằng gạc sạch
  + Bôi mụn mủ bằng dung dịch tím gentian 0,5% ngày 4 lần.
  + Rửa tay sạch bằng nước sạch và xà phòng sau khi chăm sóc da.
- Tái khám sau 2 ngày nếu không đỡ hoặc tái khám ngay nếu bệnh nặng hơn.
- Nếu sau 2 ngày, tình trạng mụn mủ giảm thì tiếp tục điều trị tại nhà đến khi hết hẳn.
- Nhiễm khuẩn da nặng: chuyển lên tuyến trên. Tiêm bắp 1 liều kháng sinh trước khi chuyển.

2. Tuyến huyện, tỉnh.

2.1. Hỏi và khám lâm sàng như ở tuyến xã.

- Chẩn đoán và xác định nguyên nhân.
- Làm các xét nghiệm: cấy mủ da, công thức máu, cấy máu nếu có nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết.

2.2. Xử trí:

2.2.1. Nhiễm khuẩn tại chỗ: điều trị như tuyến xã.

2.2.2. Nhiễm khuẩn da nặng: nhập viện để dùng kháng sinh đường tĩnh mạch.

- Chăm sóc tại chỗ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Kháng sinh:
    + Nhiễm khuẩn da cộng đồng: sử dụng cloxacillin.
    + Nếu mụn mủ/mụn nước cải thiện sau 3 ngày điều trị với kháng sinh đường tĩnh mạch: tiếp tục điều trị cho đủ 5 ngày.
    + Nếu mụn mủ/mụn nước không cải thiện sau 3 ngày điều trị: đổi kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ hoặc cho thêm gentamicin nếu không có kết quả kháng sinh đồ.
    + Nhiễm khuẩn da bệnh viện: sử dụng cloxacilline và aminoglycosides hoặc vancomycin và aminoglycosides.
- Đánh giá tiến triển của bệnh mỗi 2-3 ngày.
- Dùng kháng sinh từ 7-10 ngày.
- Theo dõi trẻ 24 giờ sau khi ngưng kháng sinh. Nếu hết mụn mủ/mụn nước, trẻ bú tốt thì ngưng điều trị.

2.2.3. Điều trị nhiễm khuẩn da và mô dưới da mức độ nặng, tổn thương sâu:

- Áp-xe: rạch thoát mủ và kháng sinh đường tĩnh mạch.
- Nhiễm khuẩn sâu: xem xét can thiệp ngoại khoa để dẫn lưu thoát mủ, cắt lọc mô hoại tử kèm với kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch.

2.2.4. Xử trí các biến chứng hoặc các bệnh kèm theo.

3. Phòng ngừa

- Rửa tay trước và sau khi chăm sóc trẻ.
- Chăm sóc da trẻ sơ sinh hàng ngày và đúng cách (Xem bài Chăm sóc da trẻ sơ sinh).
- Chăm sóc ngay những tổn thương da của trẻ sơ sinh vì đây sẽ là ngõ vào của vi khuẩn và có nguy cơ dẫn đến nhiễm khuẩn da.
- Nhân viên y tế phải thực hiện đúng các bước rửa tay vô khuẩn bằng xà-phòng tiệt khuẩn và nước sạch hoặc bằng dung dịch rửa tay nhanh trước và sau khi chăm sóc trẻ sơ sinh.
- Xử lý riêng khăn, tã dùng cho trẻ bị nhiễm khuẩn da.
- Cách ly trẻ sơ sinh nhiễm khuẩn bệnh viện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

Hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh là khi glucose máu < 45 mg/dL (< 2,6 mmol/L).

1. Tuyến xã.

- Phát hiện chủ yếu dựa vào bệnh sử và các triệu chứng lâm sàng:
  + Tiền sử: Mẹ đái tháo đường, trẻ bú không đủ sữa.
  + Lâm sàng: Li bì, bú yếu, ít vận động, giảm trương lực cơ, run giật chi, co giật, ngưng thở, tím, hạ thân nhiệt, hôn mê.
  + Làm glucose mao mạch (nếu có).
- Xử trí:
  + Sơ cứu thông thoáng đường thở, hỗ trợ hô hấp nếu cần.
  + Cắt cơn giật nếu có co giật và không đáp ứng với xử trí hạ đường huyết (xem bài "*Hội chứng co giật*").
  + Nếu không thể kiểm tra đường huyết nhanh mà nghĩ là hạ đường huyết hoặc trẻ li bì/hôn mê hay co giật mà glucose máu < 40 mg/dL (< 2,2 mmol/L), thì cho sữa mẹ hoặc glucose qua ống thông dạ dày (glucose 10% 2 ml/kg).
  + Cho bú mẹ, nếu không bú được thì vắt sữa mẹ và cho ăn bằng thìa.
  + Chuyển viện an toàn lên tuyến trên nếu trẻ không bú được hoặc có dấu hiệu lâm sàng nặng lên. Chú ý cho trẻ sữa mẹ và giữ ấm trên đường chuyển.

2. Tuyến huyện.

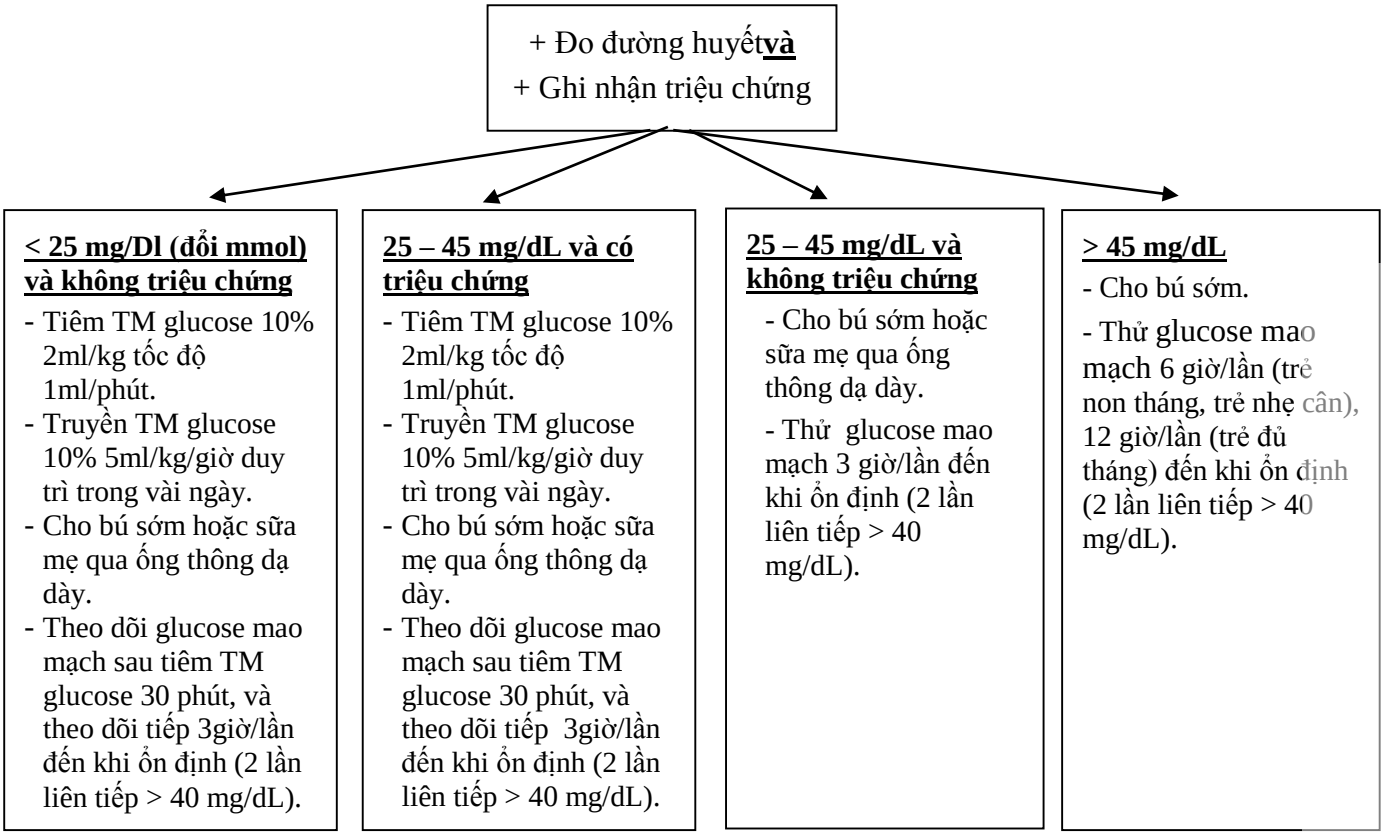
- Chẩn đoán: như tuyến xã và:
  + Lưu ý thêm các yếu tố nguy cơ: trẻ non tháng, trẻ < 2500 g, trẻ nhẹ cân hoặc lớn cân so với tuổi thai, ngạt nặng/hồi sức sau sinh, đa hồng cầu, trẻ không khỏe (nhiễm khuẩn), thân nhiệt hạ hoặc không ổn định, thuốc mẹ dùng (ức chế β).
  + Xác định mức độ hạ đường huyết (glucose mao mạch, xét nghiệm máu tĩnh mạch).
  + Xác định có triệu chứng lâm sàng li bì/hôn mê hay co giật không.
  + Xác định nguyên nhân và các bệnh kèm theo để điều trị.
- Xử trí:
  + Tùy mức độ hạ đường huyết và triệu chứng có hay không mà xử trí: cho sữa mẹ qua ống thông dạ dày, tiêm và truyền tĩnh mạch glucose (theo lưu đồ dưới).
  + Xử trí các rối loạn kèm theo.
  + Nếu đã điều trị mà đường huyết vẫn thấp sau 2 lần thử hoặc có dấu hiệu bệnh nặng hơn thì chuyển lên tuyến trên.

3. Tuyến tỉnh.

Xử trí như tuyến huyện và:

- Chẩn đoán xác định, tìm các nguyên nhân cũng như phát hiện các rối loạn kèm theo (ngừng thở, co giật, hạ thân nhiệt…).
- Xử trí tùy mức độ hạ đường huyết và lâm sàng (theo lưu đồ dưới).
- Điều trị nguyên nhân và điều chỉnh các rối loạn đi kèm (ngừng thở, co giật...).
- Theo dõi sau xuất viện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn



LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NUÔI DƯỠNG QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY Ở TRẺ SƠ SINH

Tất cả các trẻ đủ tháng và non tháng (>1500 gram) khỏe mạnh nên bú mẹ ngay trong vòng một giờ sau sinh, hoặc cho ăn qua đường tiêu hóa sớm sau sinh.

1. Chỉ định:

Khi trẻ không có chống chỉ định dinh dưỡng qua đường tiêu hóa, nhưng không thể bú hoặc bú không đủ lượng sữa:

- Trẻ sinh non có nhiều cơn ngưng thở.
- Suy hô hấp đang được hỗ trợ hô hấp hoặc trẻ thở nhanh > 70 lần/phút.
- Không có khả năng bú hoặc dễ bị sặc khi bú nuốt:
  + Bệnh lý não: sinh ngạt, vàng da nhân.
  + Bệnh lý thần kinh cơ.
  + Dị tật vùng mặt, hầu họng, sứt môi, chẻ vòm, hẹp mũi sau.

2. Chống chỉ định:

- Huyết động không ổn định: đang sốc, suy hô hấp nặng, đang co giật.
- Nôn hoặc dịch dạ dày có máu hoặc dịch mật, bụng chướng, nghi ngờ dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa.
- Viêm ruột hoại tử.
- Trẻ sinh ngạt nặng trong 48-72 giờ đầu.

3. Nuôi dưỡng qua đường dạ dày:

3.1. Chọn sữa

- Sữa mẹ là tốt nhất (trừ trường hợp mẹ nhiễm HIV).
- Khi không có sữa mẹ, dùng sữa công thức phù hợp với tuổi thai, sữa phù hợp với tình trạng bệnh lý.

3.2. Cách cho ăn ở trẻ non tháng

- Trẻ non tháng rất nhẹ cân hoặc nhẹ cân cần chăm sócdinh dưỡng tiêu hóa trong vòng 1-2 ngày đầu tiên sau sinh khi tình trạng ổn định.
- Trẻ cân nặng lúc sinh < 1250g bắt đầu nuôi dưỡng qua thông dạ dày tối thiểu trong 2 đến 5 ngày tuổi đầu tiên, kích thích hoạt động dạ dày ruột, bắt đầu với sữa mẹ hoặc nếu không có sữa mẹ dùng sữa non tháng 20 kcal/oz. Thể tích nuôi dưỡng tối thiểu khoảng 10-20 ml/kg/ngày (trẻ > 1000 g: 2 -3 ml mỗi 2-4 giờ, trẻ < 1000 g: 1-2 ml mỗi 4-6 giờ). Trẻ có cân nặng lớn hơn, có thể bắt đầu cho ăn sớm hơn.
- Tăng sữa khi trẻ ổn định và dung nạp nuôi dưỡng tối thiểu, tốc độ tăng tùy tình trạng chung và tuổi sinh non.

Gợi ý tiến trình dinh dưỡng đường tiêu hóa ở trẻ sinh non			
Cân nặng	***Thể tích khởi đầu***	***Thời điểm tăng sữa***	***Tốc độ tăng***
< 1250 g	10-20 ml/kg/ngày	Duy trì nuôi dưỡng tối thiểu 3 ngày	10-20 ml/kg/ngày
1250-1500 g	20 ml/kg/ngày	Nếu dung nạp có thể tăng sau 24-48 giờ	20 ml/kg/ngày

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Gợi ý tiến trình dinh dưỡng đường tiêu hóa ở trẻ sinh non			
Cân nặng	***Thể tích khởi đầu***	***Thời điểm tăng sữa***	***Tốc độ tăng***
1500-2000 g	20-30ml/kg/ngày	Nếu dung nạp có thể tăng sau 24-48 giờ	30 ml/kg/ngày
2000-2500 g	30 ml/kg/ngày	Tăng hàng ngày	30-40 ml/kg/ngày
Trẻ < 34 tuần, khi chưa phối hợp tốt động tác bú-nuốt-thở, nên cho ăn qua thông dạ dày, 30-60 phút mỗi cử			

- Trẻ có cân nặng lúc sinh < 1500g, khi dung nạp thể tích > 100ml/kg mỗi ngày, có thể dinh dưỡng bổ sung đạm và năng lượng vào sữa mẹ.
- Khi trẻ ≥ 34 tuần, thể tích sữa mẹ cần đạt 180-200 ml/kg/ngày.

3.3 Theo dõi

- Theo dõi vị trí ống thông dạ dày, kích cỡ phù hợp, chúc ngược bơm tiêm khi bơm sữa.
- Đánh giá sự dung nạp.
  + Dịch dư dạ dày:
    - > 50% lượng sữa của cữ ăn trước hoặc 30-50% lượng sữa của cữ ăn trước x 3 cử, hoặc mới ọc dịch xanh: Nhịn ăn, đánh giá tình trạng bụng.
    - Nếu lượng sữa của cữ ăn trước 2-3 ml khi dinh dưỡng tiêu hóa tối thiểu, hoặc < 50% lượng sữa của cữ ăn trước: tiếp tục cho ăn, bơm lại sữa cũ và bơm thêm cho đủ ở cử kế tiếp, kiểm tra các yếu tố cải thiện dung nạp (tư thế trẻ, vị trí ống thông dạ dày, đi tiêu, trào ngược…)
  + Nôn ói, tình trạng bụng: bụng chướng, thay đổi màu da bụng, số lần đi tiêu, tính chất phân, có máu trong phân không.
  + Đánh giá sự phát triển: cân nặng mỗi ngày, vòng đầu mỗi tuần, chiều cao mỗi tuần.

4. Cung cấp Vitamin và khoáng chất:

Cho trẻ non tháng (< 34 tuần). Bắt đầu khi trẻ dung nạp được một lượng sữa tương đối qua đường tiêu hóa

- Sắt: Trẻ sinh non nên bổ sung sắt 2 -4 mg/kg/ngày đối với trẻ bú mẹ, 1mg/kg/ngày đối với trẻ bú sữa công thức lúc trẻ 1 tháng tuổi hoặc > 2 tuần tuổi và ăn sữa đủ, kéo dài đến 12 tháng tuổi.
- Vitamin E: 6-12 UI/kg/ngày, vitamin D: 400 UI/ngày khi bắt đầu dung nạp sữa

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NUÔI DƯỠNG TĨNH MẠCH Ở TRẺ SƠ SINH

MỞ ĐẦU:

Nuôi dưỡng tĩnh mạch bao gồm cung cấp đủ năng lượng cho tăng trưởng và dự trữ, ngăn hạ đường huyết, bổ sung acid amin, acid béo, các vitamin và khoáng chất thiết yếu cùng với các yếu tố vi lượng cần cho tăng trưởng và phát triển.

1. Chỉ định:

- Sinh non < 1500gr không ăn sữa đường tiêu hóa đủ.
- Khi không thể dung nạp năng lượng tối thiểu 50 kcal/kg/ngày qua đường tiêu hóa trong thời gian 3 ngày (cân nặng ≤1800gr) hoặc 5 ngày (cân nặng>1800gr).
- Trẻ có chống chỉ định nuôi dưỡng đường tiêu hóa.

2. Thực hành nuôi dưỡng tĩnh mạch:

- Nhu cầu năng lượng: duy trì cân nặng 50-60 kcal/kg/ngày, tăng cân ở trẻ đủ tháng 100-120 kcal/kg/ngày, tăng cân ở trẻ sinh non 110-140 kcal/kg/ngày.
- Tính nhu cầu dịch trong dung dịch nuôi ăn/ngày = nhu cầu dịch/ngày-dịch pha thuốc-thể tích sữa nếu có (ước tính thể tích hấp thu 75%).
- Tính lượng lipid, trừ thể tích lipid.
- Tính lượng protein.
- Tính nhu cầu điện giải.
- Tính nồng độ glucose, tốc độ glucose (mg/kg/phút).
- Tính lượng kcal/kg/ngày đạt được.

2.1 Carbohydrate

- Năng lượng cung cấp: 3,4 kcal/g.
- Tốc độ khởi đầu 8 mg/kg/phút ở trẻ đủ tháng, 4- 6 mg/kg/phút ở trẻ sinh non.
- Tốc độ tăng hàng ngày nếu dung nạp tốt: 1-2 mg/kg/phút, tối đa 11-12 mg/kg/phút.
- Nồng độ dextrose truyền qua tĩnh mạch ngoại biên giới hạn ≤ 12,5%.
- Glucose mg/kg/phút = $\frac{\% \text{ Glucose} \times \text{Tốc độ dịch truyền (ml/kg/ngày)}}{144}$

2.2 Protein

- Năng lượng cung cấp: 4 kcal/g.
- Khởi đầu ngay sau sinh 2-3 g/kg/ngày ở trẻ < 1250 g, 2g/kg/ngày ở trẻ ≥ 1250g.
- Mục tiêu cần đạt 3,5-4 g/kg/ngày cho trẻ sinh non và 3 g/kg/ngày cho trẻ đủ tháng.

2.3 Lipid

- Năng lượng cung cấp: 9-10 kcal/g.
- Khởi đầu 24-48 giờ đầu tiên sau sinh 1 g/kg/ngày, tăng 1g/kg hàng ngày.
- Mục tiêu cần đạt 3 g/kg/ngày, truyền liên tục trong 24 giờ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Theo dõi:

Cân nặng, phù, mất nước Lượng dịch nhập-xuất	Hàng ngày
Chiều cao, vòng đầu	Mỗi tuần
Điện giải Ure/creatinin	Mỗi ngày×3 ngày, sau đó mỗi tuần
Bilirubin Protein và albumin SGOT, SGPT	Mỗi tuần
Glucose	Mỗi 6 giờ/ngày, sau đó mỗi ngày
Triglycerid	Mỗi tuần khi có truyền lipid
Tỷ trọng và đường niệu	Tuần đầu

4. Ngưng nuôi dưỡng đường tĩnh mạch:

- Khi trẻ ăn sữa được > 50ml/kg/ngày, giảm dần nuôi ăn tĩnh mạch.
- Ngưng nuôi ăn tĩnh mạch khi có thể dung nạp sữa ≥ 100-120ml/kg/ngày.
- Tốc độ đường nên giảm từ từ tránh hạ đường huyết.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VIÊM RUỘT HOẠI TỬ Ở TRẺ SƠ SINH

Mở đầu: Viêm ruột hoại tử sơ sinh là một trong những bệnh lý cấp cứu nội ngoại khoa thường gặp ở sơ sinh. Bệnh có tỷ lệ tử vong cao, bệnh học phức tạp và do nhiều cơ chế. Hơn 90% gặp ở trẻ sinh non

1. Tuyến huyện

1.1. Phát hiện bệnh chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng

- Đa số trẻ sơ sinh non tháng tiến triển đến viêm ruột hoại tử thường đang khỏe, đang tăng trưởng và đang ăn đường tiêu hóa tốt. Thay đổi khả năng dung nạp sữa, ứ trệ dịch dạ dày thường là triệu chứng sớm.
- Triệu chứng toàn thân gồm: lờ đờ, nhiệt độ không ổn định, ngưng thở hoặc suy hô hấp. Hạ huyết áp và sốc là dấu hiệu rất nặng.
- Triệu chứng ở đường tiêu hóa bao gồm: ứ trệ dịch dạ dày, sữa dư trên 50% của hai cữ ăn trước (dịch dạ dày có mật), phân có máu, chướng bụng, sờ thấy khối chắc ở hố chậu phải, phản ứng thành bụng hoặc nề đỏ thành bụng lan nhanh.

1.2. Xử trí

- Nhịn ăn sữa đường tiêu hóa, đặt thông dạ dày dẫn lưu.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, truyền dịch theo nhu cầu.
- Chuyển viện an toàn lên tuyến trên.

2. Tuyến tỉnh, tuyến trung ương:

2.1. Phát hiện bệnh dựa vào triệu chứng lâm sàng như trên

2.2. Xét nghiệm cận lâm sàng cần làm thêm bao gồm:

- X-quang bụng: cho chẩn đoán xác định, và theo dõi diễn tiến bệnh, khi hình ảnh X-quang không rõ ràng, quyết định điều trị dựa trên lâm sàng. Chụp kiểm tra mỗi 6-12 giờ, sau khi có chẩn đoán lúc đầu, và tiếp tục vài ngày cho đến khi bệnh cải thiện.
- Xét nghiệm máu: huyết đồ, chức năng đông máu toàn bộ, điện giải đồ, phản ứng CRP, đường huyết, khí máu động mạch, cấy máu.
- Phân: tìm hồng cầu trong phân nếu không có triệu chứng tiêu máu đại thể.
- Chọc dò tủy sống khi dấu hiệu sinh tồn ổn định.
- Siêu âm bụng: hỗ trợ chẩn đoán và theo dõi diễn tiến bệnh.

2.3. Điều trị:

2.3.1. Điều trị nội khoa:

- Thực hiện ngay khi nghi ngờ chẩn đoán viêm ruột hoại tử. Hội chẩn bác sĩ ngoại khoa (nếu có tại đơn vị) phối hợp điều trị khi có chẩn đoán xác định.
- Nhịn ăn đường tiêu hóa, dẫn lưu dạ dày, hút dịch qua thông dạ dày nhẹ nhàng bằng ống chích 6-8 lần/ ngày để giảm chướng bụng. Lập đường truyền tĩnh mạch.
- Theo dõi nhiệt độ, tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp, dịch nhập và mất.
- Kháng sinh toàn thân phổ rộng bao vây vi khuẩn gram âm, gram dương và cả yếm khí (phối hợp Ampicillin, Gentamicin và Clindamycin hoặc Metronidazol). Trẻ nằm viện dài ngày điều trị kháng sinh kinh nghiệm theo hướng nhiễm khuẩn bệnh viện tùy trung tâm sơ sinh.
- Bồi hoàn thể tích dịch đủ, lưu ý dịch mất qua thông dạ dày và trong lòng ruột.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đặt đường truyền trung ương nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần, đảm bảo cung cấp năng lượng 100-110 kcal/ngày khi dung nạp được amino acid và lipid.
- Điều trị hỗ trợ suy hô hấp hoặc sốc: đánh giá nhanh tình trạng thông khí và phân tích khí máu. Thở oxy, có thể cần đặt nội khí quản giúp thở nếu ngưng thở kéo dài hoặc sốc.
- Cân nhắc điều trị giảm đau với morphine 10-20µg/kg/giờ tĩnh mạch liên tục, lưu ý nguy cơ ngưng thở
- Điều chỉnh rối loạn đông máu, truyền plasma, tiểu cầu hoặc hồng cầu lắng khi có chỉ định, điều chỉnh rối loạn điện giải, toan kiềm, hạ đường huyết.
- Nếu sau 48-72 giờ, chẩn đoán viêm ruột hoại tử được loại trừ, bệnh nhân ổn định, có thể cho ăn sữa đường tiêu hóa trở lại.
- Nếu chẩn đoán xác định viêm ruột hoại tử, kháng sinh, nhịn ăn và nuôi ăn tĩnh mạch toàn phần tiếp tục thêm ít nhất 7-10 ngày sau khi hồi phục triệu chứng nặng lúc đầu.
- Cho ăn sữa đường tiêu hóa trở lại 7-14 ngày, sau chẩn đoán lúc đầu, khi lâm sàng ổn định, bụng mềm không chướng, không máu ẩn trong phân. Cho ăn sữa mẹ, nếu không có sữa mẹ thì dùng sữa thủy phân.

2.3.2. Điều trị ngoại khoa

- Khi điều trị nội khoa nhưng tình trạng bệnh diễn tiến xấu hơn (tiếp tục giảm tiểu cầu, toan chuyển hóa, rối loạn đông máu, chướng bụng nhiều), sờ thấy khối chắc trong ổ bụng, nghi ngờ tắc ruột. Cần hội chẩn ngoại khoa cân nhắc điều trị phẫu thuật.
- Thủng ruột thường xảy ra trong vòng 48 giờ đầu chẩn đoán viêm ruột hoại tử, nhưng cũng có thể xảy ra ở bất cứ thời điểm nào của bệnh. Viêm phúc mạc hoặc hoại tử ruột lan rộng có thể xảy ra mà không có hình ảnh hơi tự do trên phim X-quang bụng.
- Tùy tình trạng bệnh, can thiệp phẫu thuật với dẫn lưu ổ bụng hoặc mổ hở.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRẺ SINH RA TỪ MẸ BỊ VIÊM GAN B, LAO, LẬU, GIANG MAI, HIV

1. Mẹ bị viêm gan B.

1.1. Tuyến xã.

- Nếu phát hiện mẹ bị viêm gan B trong giai đoạn mang thai thì nên khuyên mẹ đẻ ở tuyến trên để việc xử trí sau đẻ được đầy đủ hơn.
- Nếu đẻ tại trạm y tế:
  + Tiêm phòng vaccin viêm gan B cho con ngay trong vòng 24 giờ sau đẻ và globulin miễn dịch, nếu có. Nếu không có điều kiện, chuyển trẻ lên tuyến trên.
  + Vẫn cho trẻ bú mẹ.

1.2. Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Tiêm bắp (đùi) cho trẻ vaccin viêm gan B 0,5 ml, liều đầu tiên trong vòng 12 giờ sau sinh, tốt nhất là tiêm ngay sau sinh, càng sớm càng tốt.
- Nếu có globulin miễn dịch kháng virus viêm gan B, tiêm bắp 0,5 ml (đùi bên kia) tốt nhất trong vòng 12-24 giờ, chậm nhất là 48 giờ.

2. Mẹ bị bệnh lao.

Nguyên tắc chung:

- Nếu bà mẹ đã điều trị đầy đủ hay đang điều trị đúng theo phác đồ được 2 tháng thì không cần điều trị cho trẻ.
- Nếu bà mẹ đang bị lao phổi tiến triển và được điều trị trước khi sinh chưa đủ 2 tháng hoặc mới phát hiện lao thì:

2.1. Tuyến xã.

- Vẫn cho trẻ bú sữa mẹ.
- Không được tiêm vaccin BCG cho trẻ sau sinh.
- Chuyển tuyến trên hoặc báo chương trình phòng chống bệnh lao để điều trị.

2.2. Tuyến huyện, tỉnh.

Thực hiện như tuyến xã và:

- Cho trẻ uống dự phòng isoniazid 10 mg/kg/ngày, 1 lần/ngày, trong 6 tháng.
- Khi trẻ được 6 tuần tuổi thì đánh giá lại cân nặng và cho trẻ chụp X quang phổi.
- Nếu trẻ không tăng cân hoặc có dấu hiệu gợi ý lao tiến triển thì điều trị thuốc kháng lao theo đúng phác đồ cho trẻ đến đủ 6 tháng tuổi.
- Nếu trẻ tăng cân tốt, xét nghiệm lao âm tính thì chỉ cho trẻ isoniazid dự phòng trong 6 tháng.
- Chỉ tiêm vaccin BCG cho trẻ sau khi trẻ hoàn thành điều trị 2 tuần.
- Khuyên mẹ tiếp tục điều trị bệnh lao đến khi ổn định.

3. Mẹ bị giang mai.

3.1. Tuyến xã.

- Phát hiện các trường hợp bà mẹ bị giang mai qua quá trình quản lý thai nghén, kiểm tra xem mẹ đã được điều trị đầy đủ chưa. Nếu chưa thì khuyên mẹ đẻ tại tuyến trên để điều trị cho trẻ sau sinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Phát hiện các triệu chứng của giang mai bẩm sinh để chuyển tuyến trên (có các nốt đỏ, các đốm xám, phồng hay tuột da ở lòng bàn tay bàn chân kèm gan lách to, vàng da, thiếu máu, nhiễm khuẩn nặng). Nếu có, chuyển tuyến trên cả mẹ và con.

3.2. Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

- Nếu bà mẹ đã điều trị đầy đủ (2,4 triệu đv penicilin) ít nhất 30 ngày trước sinh thì không cần điều trị cho trẻ.
- Nếu bà mẹ chưa điều trị giang mai, điều trị chưa đầy đủ hoặc không biết chắc chắn quá trình điều trị của mình thì tiêm bắp procain benzylpenicillin (hoặc bezathin benzyl-pennicillin) cho trẻ như sau:
  + Nếu trẻ không có triệu chứng: tiêm bắp procain benzyl penicillin 50.000 đv/kg (hoặc benzathin benzyl-pennicilin) liều duy nhất cho trẻ.
  + Nếu trẻ có triệu chứng: tiêm bắp procain benzyl penicilin 50.000 đv/kg, 1 lần/ngày trong 10 ngày cho trẻ. Hoặc benzyl penicilin 50.000 đv/kg, 12 giờ/lần trong 7 ngày đầu và 8 giờ/lần cho 3 ngày sau đó.
  + Hẹn trẻ đến khám lại sau 4 tuần để kiểm tra sức khỏe, sự phát triển và triệu chứng giang mai.

2. Mẹ bị bệnh lậu.

4.1. Tuyến xã.

- Chẩn đoán:
  + Dựa vào tiền sử bệnh lậu của mẹ.
  + Khám trẻ để xác định xem trẻ có bị nhiễm lậu cầu không. Chú ý triệu chứng viêm mắt có mủ vàng đặc cũng như có thể có bệnh cảnh nhiễm khuẩn toàn thân do lậu cầu.
- Xử trí:
  + Nếu nhiễm khuẩn nhẹ: dùng 1 liều ceftriazon duy nhất 25-50 mg/kg tiêm bắp hay tĩnh mạch (nếu được) hoặc chuyển ngay lên tuyến trên.
  + Nếu trẻ có triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân nặng: chuyển tuyến trên. Cho tiêm 1 liều kháng sinh như trên trước khi chuyển.

4.2. Tuyến huyện.

- Chẩn đoán như tuyến xã và:
  + Soi, cấy tìm song cầu lậu Gram (-).
  + Xác định xem trẻ chỉ bị viêm mắt hay còn bị nhiễm khuẩn huyết, viêm khớp hay kèm viêm màng não.
- Xử trí:
  + Nếu mẹ bị bệnh lậu chưa được điều trị ổn định thì tiêm dự phòng cho trẻ 1 liều duy nhất ceftriazon 25-50 mg/kg, tiêm bắp (tổng liều không quá 125 mg)
  + Nếu trẻ chỉ bị viêm mắt thì chỉ cần dùng 1 liều ceftriazon duy nhất 25-50 mg/kg, tiêm bắp hay tĩnh mạch (không cần thiết phải dùng kháng sinh nhỏ mắt).
  + Nếu trẻ có triệu chứng nhiễm khuẩn toàn thân nặng hoặc điều trị 2 ngày không đỡ: chuyển tuyến trên, cho tiêm 1 liều kháng sinh như trên trước khi chuyển.

4.3. Tuyến tỉnh:

Xử trí như tuyến huyện và:

- Chẩn đoán sớm mức độ nhiễm khuẩn do lậu cầu dựa vào lâm sàng và các xét nghiệm (vi khuẩn, sinh hóa…).
- Xử trí:
  + Chẩn đoán và điều trị như tuyến huyện nếu chỉ bị lậu mắt.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Nếu trẻ bị nhiễm khuẩn huyết, viêm khớp hay bị viêm màng não do lậu cầu thì dùng ceftriazon 25-50 mg/kg, tiêm bắp hay tĩnh mạch, mỗi ngày một lần từ 10-14 ngày. Hoặc: cefotaxim liều 50 mg/kg/ngày (chia 2 lần) trong 7 ngày hoặc 10-14 ngày nếu có viêm màng não.

5. Mẹ bị nhiễm HIV.

5.1. Tuyến xã.

- Thực hiện các nhiệm vụ theo "*Qui trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con*" tại tuyến xã.
- Quản lý và theo dõi giám sát điều trị dự phòng, chuyển tuyến khi nghi ngờ trẻ có nhiễm khuẩn.
- Hỗ trợ, theo dõi tuân thủ điều trị cho mẹ và con sau sinh (dùng thuốc và dinh dưỡng cho trẻ).
- Trẻ vẫn có thể được tiêm chủng theo lịch nhưng tránh các loại vaccin sống (BCG, sabin).

5.2. Tuyến huyện.

- Chẩn đoán xác định dựa vào hồ sơ bệnh án và thông tin từ khoa sản hay tuyến dưới với kết quả xét nghiệm làm tại các cơ sở đã được Bộ Y tế công nhận. Việc chẩn đoán và xử trí phải tuân theo qui định và hướng dẫn chung.
- Xử trí: chăm sóc trẻ ngay sau sinh với nguyên tắc vô khuẩn, chống lây nhiễm chéo.
  + Kiểm tra xem bà mẹ đã được dùng thuốc điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con chưa.
  + Điều trị cho trẻ theo phác đồ hướng dẫn quốc gia:
    - Nếu bà mẹ đã được điều trị zidovudin (AZT) 4 tuần trước khi sinh thì tiếp tục điều trị AZT cho trẻ trong 6 tuần sau sinh (uống 2 mg/kg, 6 giờ/lần).
    - Nếu bà mẹ đã được điều trị một liều nevirapin trong khi sinh, trẻ chưa được 3 ngày tuổi thì cho trẻ uống ngay nevirapin 2 mg/kg/ngày.
    - Theo dõi cho trẻ trong 10 ngày để kiểm tra tình trạng dinh dưỡng và tăng trưởng.
  + Dinh dưỡng: tư vấn dinh dưỡng theo khuyến nghị của Bộ Y tế.
  + Nếu không thể điều trị thuốc kháng virus thì tư vấn kỹ với gia đình để chuyển trẻ đến tuyến thích hợp.

5.3. Tuyến tỉnh.

- Chẩn đoán và xử trí như trên.
- Làm các xét nghiệm kiểm tra theo đúng qui định.
- Chú ý tư vấn và hướng dẫn cho gia đình sau xuất viện.
- Có kế hoạch theo dõi (hoặc chuyển hồ sơ sang Trung tâm phòng chống HIV/AIDS) để theo dõi về sức khỏe và xét nghiệm định kỳ cho trẻ sau này.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HỘI CHỨNG CO GIẬT

1. Tuyến xã.

- Xác định cơn giật dựa vào các biểu hiện lâm sàng.
- Xử trí cấp cứu: phải bảo đảm hô hấp-tuần hoàn và cắt cơn giật:
  + Thông đường thở, hỗ trợ hô hấp, thở oxygen nếu cần.
  + Cắt cơn giật: phenobarbital: 20 mg/kg, tiêm bắp. Nếu sau 30 phút mà còn giật có thể lặp lại lần 2 với liều 10 mg/kg.
- Chuyển viện an toàn lên tuyến trên. Cho một liều kháng sinh tiêm bắp trước khi chuyển.

2. Tuyến huyện.

- Xác định một số nguyên nhân thường gặp:
  + Rối loạn điện giải và chuyển hóa: hạ đường huyết, hạ calci...
  + Sinh ngạt và bệnh não thiếu oxy. hội chứng xuất huyết não màng não.
  + Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, điện giải đồ, đường huyết, chọc dò tủy sống, siêu âm não xuyên thóp…
- Xử trí: cắt cơn giật bằng Phenobarbital (truyền tĩnh mạch trong 30 phút hoặc tiêm bắp). Tổng liều không quá 40mg/kg/ngày và điều trị theo nguyên nhân, cho thở oxygen (nếu cần), chăm sóc hỗ trợ khác.
- Lưu ý: tiêm mạch Dextrose 10% 2ml/kg khi trẻ có test đường huyết nhanh giảm thấp dưới 40mg/dl (dưới 2,2mmol/L)
- Chuyển viện an toàn lên tuyến trên khi vượt quá khả năng điều trị.

3. Tuyến tỉnh.

Như tuyến huyện và:

- Làm các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân.
- Làm một số xét nghiệm thăm dò khác (nếu cần): siêu âm, điện não đồ, chụp cộng hưởng từ não (MRI não)…
- Cần sử dụng Phenobarbital liều duy trì 5-10 mg/kg/ngày sau liều tấn công cho đến khi ổn định.
- Điều trị nguyên nhân.
- Chăm sóc hỗ trợ.
- Tư vấn và theo dõi trẻ sau khi ra viện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VIÊM MÀNG NÃO MỦ Ở TRẺ SƠ SINH

1. Tuyến xã.

- Phát hiện chủ yếu dựa vào các triệu chứng lâm sàng:
  + Tiền sử: Có thể lúc sinh có nguy cơ nhiễm khuẩn: mẹ vỡ ối sớm, nước ối bẩn, mẹ sốt lúc sinh…
  + Lâm sàng:
    - Li bì,da tái vẻ mặt nhiễm khuẩn, sốt cao, co giật, bú yếu, hoặc bỏ bú, ít vận động, có thể bị ngưng thở, tím tái.
    - Có thể có thóp phồng.
- Xử trí:
  + Sơ cứu, cắt cơn giật, nếu có co giật (xem bài "*Xử trí co giật*"). Hạ sốt
  + Cho bú mẹ, nếu không bú được thì vắt sữa và cho ăn bằng thìa.
  + Hô hấp hỗ trợ nếu có suy thở
  + Chuyển viện an toàn lên tuyến trên

2. Tuyến huyện.

- Chẩn đoán: như tuyến xã và:
  + Hỗ trợ hô hấp (đặt NKQ nếu có suy thở nặng …) hỗ trợ tuần hoàn…
  + Chuyển viện an toàn lên tuyến trên.

3. Tuyến tỉnh:

Xử trí như tuyến huyện và tuyến xã:

- Chẩn đoán xác định, tìm các nguyên nhân cũng như phát hiện các rối loạn kèm theo (co giật, ngưng thở, rối loạn thân nhiệt…):
- Làm Xét nghiệm:
  + Công thức máu, CRP, cấy máu (nếu có thể) ĐGĐ, đường huyết
  + Chọc dò tủy sống (xem bài chọc dò tủy sống)
- Chẩn đoán xác định: dịch não tủy: Pandy (+), Đạm >170 mg /DL, đường giảm, tế bào >30 BC /mm3.
- **Điều trị**: Nguyên tắc sử dụng
  + Khi chưa biết rõ nguyên nhân: phối hợp kháng sinh: Ampicilline(liều 50-75mg/kg tĩnh mạch 6giờ/1 lần) + Cefotaxime (50mg/kg tiêm tĩnh mạch, 6h/lần) + Gentamycin (5mg/kg TM 8giờ/ lần).
    Cefotaxime có thể được thay bằng Ceftriaxone 100 mg/kg tiêm tĩnh mạch hằng ngày
  + Sau 48 h chọc lại dịch não tủy: nếu dịch não tủy và các dấu hiệu lâm sàng cải thiện tiếp tục duy trì kháng sinh.
  + Nếu lâm sàng và dịch não tủy không cải thiện thì đổi kháng sinh hoặc chuyển viện an toàn.

4.Tuyến trung ương:

Nếu tuyến trước đã dùng kháng sinh thì đổi sang kháng sinh khác. Trước khi đổi kháng sinh thì chọc lại nước não tủy. Đổi kháng sinh dựa vào:

- Nếu chưa có kết quả cấy dịch não tủy hoặc dịch não tủy âm tính:
  + Nghi ngờ do nguyên nhân tụ cầu dùng Vancomycin.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Nếu nghi do vi khuẩn Gram-âm thì dùng Cefotaxime + Pefloxacin/Ciprofloxacin ± Amikacin, hoặc Cefepim ± Amikacin.
+ Nghi do Hemophilus influenza dùng Pefloxacin/Ciprofloxacin.
+ Hoặc tình trạng trẻ không đỡ thì dùng Meropenem liều 20-40 mg/kg mỗi 8 đến 12 giờ.
+ Nếu do Listeria thì dùng kết hợp Ampicillin + Gentamicin.
+ Thời gian điều trị kháng sinh 21-28 ngày, nhóm Aminoglycoside không dùng quá 5-7 ngày.

- Nếu có kết quả cấy dịch não tủy thì đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ.
- Điều trị hỗ trợ.
  + Hỗ trợ hô hấp và tuần hoàn.
  + Chống phù não: nằm đầu cao 30^0, hạn chế nước, lượng dịch bằng 1/2-2/3 nhu cầu.
  + Chống co giật.
  + Điều chỉnh thăng bằng toan kiềm điện giải.
- Đảm bảo dinh dưỡng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CẤP CỨU SẶC SỮA

1. Tuyến xã.

- Hướng dẫn các bà mẹ phát hiện, nhận biết các dấu hiệu sặc sữa và sơ cứu sặc sữa kịp thời theo qui trình kỹ thuật. Ngay lập tức:
  + Đặt trẻ nằm sấp trên tay hoặc đùi của bạn, đầu thấp hơn thân.
  + Vỗ lưng: dùng gốc lòng bàn tay phải vỗ 5 cái vào lưng trẻ ở khoảng giữa 2 xương bả vai.
  + Nếu còn tắc nghẽn, lật ngửa trẻ tiến hành ấn ngực:
    - Lật trẻ nằm ngửa, dùng 2 ngón tay (trỏ và giữa) ấn 5 cái vào vị trí dưới điểm cắt của đường nối 2 núm vú và đường giữa ức một khoát ngón tay.
    - Nếu còn tắc nghẽn: quan sát vùng họng và mũi trẻ, nếu có sữa thì hút sạch.
    - Đánh giá lại trẻ sau mỗi lần vỗ lưng ấn ngực:
      - Nếu trẻ hồng hào, khóc tốt: không cần làm tiếp
      - Nếu trẻ vẫn còn khó thở: tiếp tục thực hiện vỗ lưng ấn ngực.
    - Nếu cần thiết, có thể lặp lại trình tự như trên 5-10 lần
  + Trong khi cấp cứu như trên phải quan sát đánh giá trẻ. Nếu ngừng tim, ngừng thở thì tiến hành hồi sức ngừng tim, ngừng thở (xem bài "*Cấp cứu ngừng thở, ngừng tim*").
- Chuyển tuyến khi trẻ đã thở được.

2. Tuyến huyện. (bổ sung thêm: A, B, C, D)

Tiến hành các cấp cứu ban đầu như ở tuyến xã và hỗ trợ hô hấp khi cần

- Xử trí các biến chứng kèm theo.
- Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng trẻ không cải thiện sau 2 ngày điều trị.

3. Tuyến tỉnh và trung ương.

Như tuyến huyện.

- Hỗ trợ hô hấp khi cần.
- Điều trị các triệu chứng nặng và các biến chứng kèm theo khác.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRUYỀN MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU

1. Nguyên tắc:

- Nên truyền một thành phần của máu mà trẻ cần.
- Lượng hemoglobin của trẻ (hoặc hematocrit), mặc dù quan trọng, nhưng không phải là nhân tố quyết định truyền máu. Quyết định để truyền máu nên nhằm mục đích làm giảm các dấu hiệu lâm sàng (ví dụ như đang chảy máu) và phòng ngừa biến chứng và tử vong. Hemoglobin sẽ không phản ánh tình trạng lâm sàng thực tế của trẻ trong trường hợp chảy máu liên tục.
- Đối với trẻ nhẹ cân (dưới 2,5 kg khi sinh hoặc sinh trước 37 tuần), hemoglobin có thể giảm dần (thiếu máu ở trẻ sinh non), nhưng khuyến cáo chỉ truyền máu khi hemoglobin thấp hơn 8g/dl (hematocrit dưới 24%) nếu trẻ khỏe.
- Trong trường hợp sốc do mất máu, nếu không có sẵn máu để truyền ngay lập tức, cung cấp dịch truyền (natri chlorua 0,9%) cho đến khi có máu.

2. Nguy cơ và cách giảm nguy cơ khi truyền máu:

- Truyền máu mang nguy cơ:
  + Nhiễm virus: như HIV và viêm gan.
  + Nhiễm khuẩn do vi khuẩn (bất kỳ sản phẩm máu nào cũng có thể bị nhiễm khuẩn nếu được chuẩn bị hoặc lưu trữ không đúng cách).
  + Phản ứng truyền máu tán huyết nghiêm trọng.
  + Bệnh vật ghép với ký chủ.
- Giảm các rủi ro liên quan với truyền máu bằng cách:
  + Kiểm soát người cho máu hiệu quả.
  + Sàng lọc các bệnh nhiễm trùng lây truyền trong máu người cho (ví dụ như HIV và viêm gan siêu vi).
  + Đảm bảo chất lượng về nhóm máu, thử nghiệm tương hợp, lưu trữ và vận chuyển của máu.
  + Đảm bảo rằng ngân hàng máu tuân theo các khuyến cáo cho máu an toàn.
  + Sử dụng máu thích hợp, thực hiện đúng quy chế truyền máu.
- Máu được truyền cho trẻ phải được làm phản ứng chéo với máu của trẻ. Khi gửi mẫu máu của trẻ để làm nhóm máu và phản ứng chéo, nếu được nên gửi một mẫu máu của mẹ

3. Theo dõi sau truyền máu:

- Mỗi khi truyền máu, theo dõi sinh hiệu trẻ theo các bước sau đây:
  + Trước khi truyền máu.
  + Ngay khi bắt đầu truyền máu.
  + Mỗi 5 phút trong 15 phút đầu khi bắt đầu truyền máu.
  + Ít nhất mỗi 1 giờ trong suốt quá trình truyền máu.
  + Mỗi 4 giờ trong 24 giờ sau khi hoàn tất truyền máu.
- Mỗi khi theo dõi, ghi nhận các thông tin của trẻ: tổng trạng, nhiệt độ, nhịp tim, nhịp thở, bilan xuất nhập (dịch nhập đường miệng hay truyền tĩnh mạch và lượng nước tiểu xuất).
- Ngoài ra ghi nhận thêm: thời gian bắt đầu và kết thúc truyền máu, thể tích và loại máu truyền, mã số túi máu, mọi tác dụng bất lợi.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Các lưu ý khi truyền máu:

- Xem lại những nguyên tắc chung của việc sử dụng chế phẩm máu.
- Thiết lập đường truyền ngoại biên nếu chưa có.
- Trước khi bắt đầu truyền máu, kiểm tra (cùng với một thành viên khác trong nhóm, nếu có thể) để đảm bảo rằng:
  + Đúng nhóm máu dùng cho trẻ, những thông tin của trẻ được ghi nhận rõ ràng, và máu đã được kiểm tra với máu của mẹ và trẻ (nếu được). Trong trường hợp cấp cứu, sử dụng nhóm máu O.
  + Túi máu truyền chưa bị mở và không rò rỉ.
  + Túi máu không được để ngoài tủ lạnh quá 4 giờ, plasma không có màu hồng, hồng cầu lắng không có màu xanh hay đen, và máu không có cục đông.
  + Đường truyền tĩnh mạch phải thông suốt.
- Ghi nhận nhiệt độ, nhịp tim và nhịp thở của trẻ.
- Bỏ lớp bảo vệ khỏi túi máu, không chạm vào phần mở và gắn túi máu với bộ truyền máu.
- Mở nút chặn trên dây truyền của bộ truyền máu để máu chảy tới cuối dây truyền, sau đó khóa nút chặn.
- Tháo nút truyền máu của dây truyền và gắn dây truyền vào bộ truyền máu ngay lập tức.
- Truyền toàn bộ máu với tốc độ 15-20 ml/kg cân nặng, thời gian trung bình 2 giờ, tối đa khoảng 4 giờ.
- Theo dõi nhiệt độ, nhịp tim và nhịp thở của trẻ, và giảm tốc độ truyền xuống một nửa khi các dấu hiệu sinh tồn của trẻ bắt đầu tăng.
- Sử dụng máy truyền máu để kiểm soát tốc truyền nếu có thể. Đảm bảo máu được truyền đúng tốc độ.
- Khi kết thúc truyền máu, đánh giá lại trẻ. Nếu cần truyền máu tiếp, truyền với cùng tốc độ và thể tích.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THAY MÁU Ở TRẺ SƠ SINH
VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO

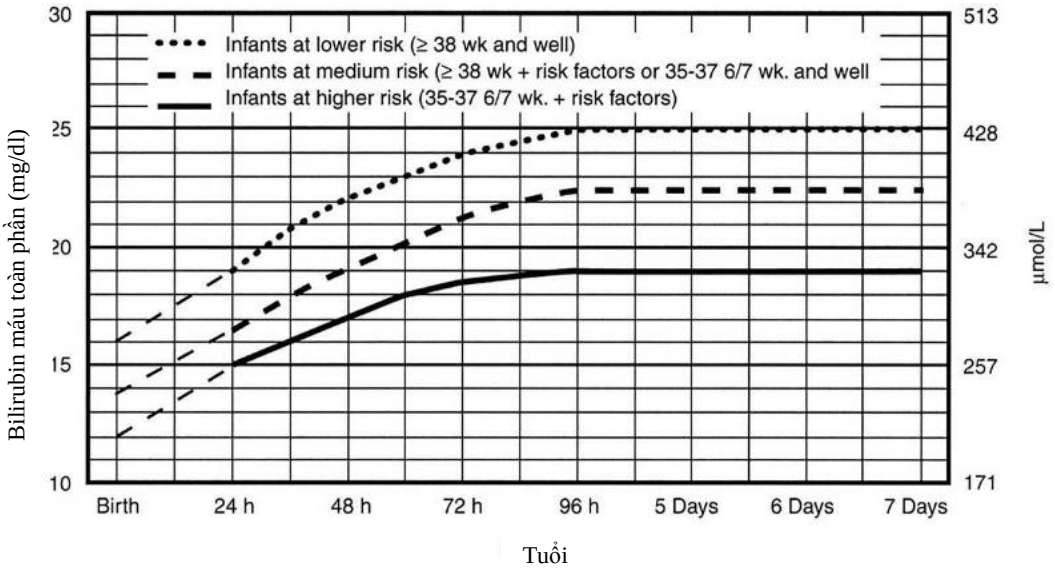
Thay máu là thủ thuật để lấy bỏ một phần hồng cầu tán huyết gắn kháng thể và cả kháng thể chưa gắn kết trong bệnh lý tán huyết đồng miễn dịch làm tăng bilirubin máu, và thay bằng máu người cho. Thay máu còn được áp dụng trong một số tình huống khác khi bilirubin máu tăng quá cao đến ngưỡng có thể gây độc thần kinh.

1. Lưu ý khi thay máu:

- Nên kiểm tra nồng độ bilirubin trong máu ở tất cả các trẻ: vàng da xuất hiện từ ngày đầu tiên sau sinh, vàng da xuất hiện từ ngày thứ hai ở trẻ sinh non < 35 tuần, vàng da đến lòng bàn tay chân ở bất kỳ ngày tuổi nào.
- Tất cả các trẻ sơ sinh nên được chiếu đèn tích cực trước khi đưa ra quyết định thay máu.
- Đánh giá được biến chứng não cấp do tăng bilirubin tự do (3 giai đoạn-có thể diễn tiến nhanh trong vài ngày):
  + Sớm (1-2 ngày): ngủ nhiều, bú giảm, giảm nhẹ trương lực cơ, khóc ré
  + Trung gian: li bì, bú yếu, tăng trương lực cơ duỗi khi kích thích, quấy khóc khó dỗ, sốt.
  + Tiến triển nặng (sau 1 tuần): cơn ngưng thở, bỏ bú, sốt, co cứng cơ duỗi + cử động bất thường đạp xe đạp/vặn vẹo tứ chi, khóc thét không dỗ được hay không khóc được, lơ mơ, hôn mê, tử vong do suy hô hấp hay co giật kháng trị

2. Chỉ định: vàng da tăng bilirubin tự do có chỉ định thay máu

2.1. Chỉ định thay máu vàng da tăng bilirubin tự do đối với trẻ ≥ 35 tuần



Trẻ nguy cơ thấp (≥38 tuần và khỏe mạnh)
Trẻ nguy cơ trung bình (≥38 tuần + YTNC hay 35-37 6/7 và khỏe mạnh)
Trẻ nguy cơ cao (35-37 6/7 + YTNC)

Thay máu khẩn nếu xuất hiện triệu chứng bệnh não do tăng bilirubin hoặc bilirubin toàn phần trên ngưỡng ≥ 5 mg/dL
Yếu tố nguy cơ bao gồm: bất đồng ABO, bất đồng rhesus, thiếu G6PD, ngạt, nhiễm khuẩn huyết, toan.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.2 Chỉ định thay máu vàng da tăng bilirubin tự do đối với trẻ non tháng

Cân nặng (g)	< 1000g	1000-1500g	1500-2000g	2000-2500g
Bili (mg%)	10-12	12-15	15-18	18-20

Tuổi thai (tuần)	< 30	< 35	< 37
Bili (mg%)	15-20	20	25
	- Chiếu đèn sớm trong 24 giờ đầu tiên ở trẻ non < 1000g vàng da, chiếu đèn tích cực khi bilirubin ở ngưỡng thấp hơn ngưỡng thay máu 5 mg/dl. - Chiếu đèn thất bại: Bilirubin không giảm ≥ 1mg/dl/giờ sau 4 giờ		

3. Chống chỉ định

- Huyết động không ổn định.

4. Chuẩn bị

- Giường sưởi, dụng cụ và thuốc để hồi sức.
- Bệnh nhân nằm ngửa, cố định chi, nhịn ăn và gắn máy monitoring theo dõi.
- Dụng cụ:
  + Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch rốn.
  + Dụng cụ thay máu: ống tiêm 10-20ml để bơm rút máu.
  + Một bộ dây tiêm truyền, một hoặc hai bộ dây truyền máu (máu toàn phần hoặc thay máu với hồng cầu lắng và plasma tươi đông lạnh).
  + Túi vô trùng đựng máu bỏ.
- Máu thay:
  + Số lượng máu: Thay máu gấp đôi thể tích: thể tích máu thay = thể tích máu × 2 (thể tích máu: 80ml/kg với trẻ đủ tháng, 90ml/kg đối với trẻ non tháng).
  + Sản phẩm máu:
    - Bất đồng Rh: máu toàn phần nhóm O, Rh âm phù hợp với máu mẹ.
    - Bất đồng ABO: máu toàn phần nhóm O (hoặc hồng cầu lắng O và plasma tươi đông lạnh AB nếu không có máu mới), Rh phù hợp với mẹ và con.
    - Nên dùng máu mới < 7 ngày. Máu được làm ấm 37^0C trước thay.

5. Kỹ thuật:

- Rửa tay thủ thuật, mặc áo choàng, mang găng vô khuẩn.
- Tráng nước muối catheter, hệ thống dây nối và các 3 chia.
- Tiến hành đặt catheter tĩnh mạch rốn.
- Nối hệ thống 3 chia với catheter tĩnh mạch rốn, nối các 3 chia các bịch máu, túi chứa máu thải ra.
- Thực hiện kỹ thuật pull- push, tránh rút hoặc bơm vào với áp lực mạnh.
- Lượng máu thay mỗi chu kỳ = cân nặng x 5; lượng máu rút ra = lượng máu bơm vào. Thời gian mỗi chu kỳ 1-1,5 phút.
- Khi kết thúc thay máu, rút bỏ catheter tĩnh mạch rốn.
- Sau thay máu:
  + Tiếp tục chiếu đèn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Nhịn ăn 6 giờ (tránh nguy cơ viêm ruột hoại tử)
+ Xét nghiệm: Hct, tiểu cầu đếm, bilirubin, điện giải đồ, đường huyết

6. Theo dõi và sử lý các biến chứng:

- Biến chứng liên quan đến catheter tĩnh mạch rốn.
- Nhiễm khuẩn từ bịch máu hoặc do thủ thuật.
- Hạ hoặc tăng thân nhiệt do nhiệt độ bịch máu không thích hợp.
- Rối loạn điện giải, toan kiềm, đường huyết..
- Thiếu máu, giảm tiểu cầu.
- Viêm ruột hoại tử.
- Tán huyết do áp lực bơm hoặc rút mạnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

1. Chỉ định

- Thất bại với thông khí bằng bóng và mặt nạ hoặc CPAP.
- Khi phải thông khí áp lực dương kéo dài.
- Thoát vị hoành hoặc nghi ngờ thoát vị hoành.
- Để hút khí quản khi nước ối có phân su và trẻ sơ sinh không khỏe (không thở hoặc trương lực cơ giảm hoặc nhịp tim < 100 lần/phút).

2. Dụng cụ

- Đèn soi thanh quản.
- Lưỡi đèn dạng thẳng.
- Ống nội khí quản (không có bóng chèn) các số: 2, 2.5, 3, 3.5, 4.
- Thông nòng (nếu cần).
- Ống hút nhớt số 8 Fr, 10 Fr.
- Máy hút nhớt, áp lực hút 100 mmHg.
- Ống nghe tim phổi.
- Bóng tự phồng hoặc bóng phồng theo lưu lượng hoặc dụng cụ hồi sức ống T.
- Mặt nạ cỡ 0, 1.
- Băng dính (băng keo) y tế.
- Kéo.
- Găng tay vô khuẩn.

2.1. Chọn kích cỡ lưỡi đèn soi thanh quản

- Số 00: Dùng cho trẻ sơ sinh <1.000 g.
- Số 0: Dùng cho trẻ sơ sinh non tháng.
- Số 1: Dùng cho trẻ sơ sinh đủ tháng.

2.2. Chọn kích cỡ ống nội khí quản

Cỡ ống (mm) (đường kính trong)	Cân nặng (g)	Tuổi thai (tuần)
2.5	< 1.000	< 28
3.0	1.000-2.000	28-34
3.5	2.000-3.000	34-38
3.5-4.0	> 3.000	> 38

3. Các bước đặt nội khí quản

- Bước 1
  + Cố định đầu trẻ ở tư thế cổ ngửa nhẹ, đầu thẳng. Có thể đặt một cuộn khăn nhỏ dưới vai để cố định tư thế cổ ngửa nhẹ.
  + Rửa tay thường quy, mang găng vô khuẩn.
  + Cung cấp oxy lưu lượng tự do trong khi thực hiện thủ thuật.
- Bước 2
  + Hút sạch miệng và dạ dày.
  + Bóp bóng qua mặt nạ nếu cần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Cố định đầu trẻ bằng tay phải, cầm đèn bằng tay trái. Đưa lưỡi đèn vào dọc theo bờ bên phải của lưỡi, đẩy lưỡi về bên trái.
+ Đẩy lưỡi đèn vào cho đến khi đầu lưỡi đèn vừa vượt qua đáy lưỡi.

- Bước 3
  + Nâng nhẹ lưỡi đèn. Nâng toàn bộ lưỡi đèn, không nâng riêng đầu lưỡi đèn.
  + Không được dùng động tác thô bạo.
- Bước 4
  + Tìm những mốc giải phẫu: thanh môn, nắp thanh môn, dây thanh âm. Dây thanh âm như các dải dọc ở hai bên thanh môn hoặc như hình chữ "V" ngược.
  + Ấn sụn nhẫn giúp nhìn rõ thanh môn hơn.
  + Hút chất tiết, nếu cần, để nhìn thấy rõ hơn.
- Bước 5
  + Luồn ống NKQ vào bên phải của miệng với bờ cong của ống nằm trong mặt phẳng ngang.
  + Luồn đầu ống NKQ vào cho đến khi mốc dây thanh tới ngang mức dây thanh
  + Cố gắng đặt trong vòng 30 giây.
- Bước 6
  + Giữ chặt ống sát vào vòm khẩu cái cứng khi rút đèn đặt nội khí quản
  + Giữ cố định ống trong khi rút thông nòng nếu có sử dụng
  + Dán cố định ống nội khí quản.

3.1. Vị trí cố định ống nội khí quản:độ sâu của ống được cố định ở môi trên được tính bằng cân nặng + 6 cm (đối với trẻ <750g sẽ cố định ở mức 6 cm)

3.2 Các dấu hiệu đặt ống đúng vị trí:

- Cải thiện các tín hiệu sống (nhịp tim, màu da).
- Lồng ngực di động theo mỗi nhịp bóp bóng, ngực di động nhiều hơn bụng.
- Không chướng bụng khi thông khí.
- Nghe rì rào phế nang đều 2 bên phổi nhưng giảm hay không nghe thấy khí trong vùng dạ dày.
- Hơi nước trong ống thì thở ra.
- Không nghe thấy tiếng khi trẻ khóc.
- Nếu nghi ngờ, có thể dùng đèn soi thanh quản để kiểm tra thấy ống đi qua 2 dây thanh âm.
- Chụp X quang ngực: đầu của nội khí quản nên ở vị trí ngang ở giữa xương đòn và góc khí phế quản.

3.3. Hạn chế thiếu oxy trong khi đặt nội khí quản

- Cung cấp oxy trước bằng thông khí áp lực dương (trừ khi đặt NKQ để hút phân su).
- Cung cấp oxy lưu lượng tự do trong lúc đặt NKQ.
- Giới hạn 30 giây cho mỗi lần đặt NKQ.

4. Biến chứng liên quan đặt NKQ

- Thiếu oxy máu: do thời gian đặt quá lâu hoặc ống NKQ ở sai vị trí.
- Nhịp tim chậm và/hoặc ngưng thở: do thiếu oxy hoặc do phản xạ Vagal.
- Tràn khí màng phổi: do ống NKQ lệch sang phế quản Phải nên thông khí 1 bên phổi quá mức hoặc do bóp bóng với áp lực quá cao.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Chấn thương lưỡi, lợi (nướu răng) hoặc đường thở: do động tác thô bạo, bẩy lưỡi đèn soi thanh quản khi đặt.
- Thủng khí quản hoặc thực quản: Do động tác thô bạo, do thông nòng bị tụt ra khỏi đầu ống nội khí quản.
- Nghẽn ống NKQ: do nghẹt đàm hoặc máu.
- Nhiễm khuẩn: do kỹ thuật đặt NKQ không vô trùng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KỸ THUẬT BÓP BÓNG QUA MẶT NẠ

1. Chỉ định

- Không thở hoặc thở nấc.
- Tím tái kéo dài dù đã thở oxy với FiO_2 100%.
- Cơn ngưng thở kéo dài kèm tím tái.

2. Chống chỉ định

- Thoát vị hoành.
- Nước ối có phân su và chưa hút sạch phân su.

3. Dụng cụ

- Thông hút nhớt 8 Fr hoặc 10 Fr.
- Máy hút nhớt.
- Mặt nạ số 0, 1.
- Bóng giúp thở (tự phồng hoặc phồng theo lưu lượng) có thể tích từ 250- 350 ml, hoặc dụng cụ hồi sức ống T.
- Thông dạ dày 6-8 Fr
- Găng sạch.
- Băng dính (băng keo).
- Ống tiêm 20 mL.
- Ống nghe tim phổi.

4. Chuẩn bị

- Rửa tay thường quy.
- Chọn bóng giúp thở phù hợp cân nặng của trẻ, kiểm tra bóng giúp thở.
- Chọn mặt nạ phù hợp cân nặng của trẻ, kiểm tra mặt nạ.
- Chuẩn bị máy hút nhớt và thông hút nhớt.

5. Kỹ thuật

- Đứng ở vị trí phía đầu hoặc bên phải của trẻ.
- Đặt trẻ nằm ngửa, cổ ngửa nhẹ.
- Đặt mặt nạ từ dưới cằm lên, đảm bảo mặt nạ đặt kín và che phủ đỉnh cằm, miệng, mũi.
- Bóp bóng với tần suất 40-60 lần/phút và áp lực 20 cmH20 (2 ngón tay).
- Quan sát xem lồng ngực có di động đều 2 bên không.
- Nếu sau 5-10 nhịp bóp mà lồng ngực không di động, nhịp tim không tăng, trẻ không hồng lên thì làm các bước điều chỉnh thông khí: MR SOPA

M (mask)	Đặt lại mặt nạ và nâng cằm lên
R (Reposition the head)	Đặt lại đầu
S (Suction)	Kiểm tra dịch tiết, hút nếu có
O (Open)	Thông khí với miệng trẻ mở nhẹ
P (Pressure)	Tăng áp lực đến khi lồng ngực di động tốt
A (Alternative airway)	Cân nhắc đặt NKQ

- Đặt thông dạ dày dẫn lưu khí và dịch nếu phải bóp bóng qua mặt nạ kéo dài.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nồng độ oxy sử dụng:
  + Sử dụng độ bão hòa oxy mục tiêu để hướng dẫn sử dụng oxy trong khi hồi sức sau sinh nếu có phương tiện đo độ bão hòa oxy qua da.
  + Có thể đạt được nồng độ oxy 40% bằng cách nối oxy với bóng tự phồng và tháo bỏ bộ phận dự trữ oxy.
  + Có thể đạt được nồng độ oxy 100% bằng cách nối oxy với bóng tự phồng và bộ phận dự trữ oxy.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHỌC HÚT VÀ ĐẶT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

1. Chỉ định:

- Tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi gây khó thở do chèn ép.
- Đặt dẫn lưu màng phổi trong trường hợp tràn khí hoặc tràn dịch tái phát nhiều lần.
- Đặt dẫn lưu sau mổ lồng ngực.

2. Chuẩn bị dụng cụ

2.1. Chọc hút màng phổi

- Kim luồn 18, 20, hoặc 22G hoặc kim bướm 23G hoặc 25G.
- Chạc ba, bơm tiêm 10 hoặc 20 ml.
- Bông, gạc, dung dịch sát khuẩn.
- Găng và khăn phủ vô khuẩn, mũ, khẩu trang.

2.2. Dẫn lưu màng phổi

- Ống dẫn lưu kích thước phù hợp.
- Bơm tiêm 10ml.
- Dung dịch sát khuẩn, bông gạc.
- Găng và khăn vô khuẩn, áo choàng, mũ, khẩu trang.
- Dụng cụ vô khuẩn: dao mổ, kéo, kẹp, panh cong, chỉ khâu (3.0-4.0).
- Hệ thống bình hút dẫn lưu kín.

3. Nguyên tắc tiến hành thủ thuật:

- Giải thích cho người nhà sự cần thiết phải làm thủ thuật và các tai biến có thể xảy ra trong quá trình tiến hành.
- Trước khi làm thủ thuật nếu điều kiện cho phép nên chụp X quang xác định vị trí và mức độ, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi. X quang thường tốn thời gian nên trong tình huống cấp cứu, cần chọc hút ngay nếu lâm sàng gợi ý rõ mà không cần chụp X quang.

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Hỗ trợ hô hấp, đảm bảo thân nhiệt.
- Theo dõi nhịp tim, huyết áp và SpO2 khi làm thủ thuật.
- Bệnh nhân nằm ngữa, đầu cao nếu chọc đường giữa xương đòn. Trường hợp chọc đường nách trước hoặc nách giữa, cho trẻ nằm nghiêng, phía bị bệnh ở trên tạo môt góc với mặt giường 60-75 độ trong trường hợp hút khí và 15-30 độ trường hợp hút dịch. Nâng tay phía chọc hút lên đầu hoặc qua bên.
- Giảm đau:
  + Đường sucrose hoặc vài giọt sữa mẹ đường miệng trong trường hợp chọc hút.
  + Lidocain 1% tiêm dưới da.
  + Morphin hoặc Fentanyl đường tĩnh mạch.

  Bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối.

3.1.Chọc hút màng phổi

- Xác định vị trí chọc dò: liên sườn 2-3 đường giữa xương đòn hoặc liên sườn 4-5 đường nách trước phía bên tràn khí; liên sườn 4-5 hoặc 5-6 đường nách giữa phía bên tràn dịch.
- Đội mũ, khẩu trang, găng tay vô khuẩn, thực hiện vô khuẩn theo đúng quy trình.
- Chuẩn bị dụng cụ: lắp bơm tiêm vào chạc ba và kim bướm/kim luồn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Chọc kim thẳng góc vào vị trí đã được xác định, sau khi qua màng phổi có thể hướng về phía đầu trong trường hợp tràn khí. Chọc kim hướng về phía lưng sau khi xuyên qua màng phổi trong trường hợp tràn dịch. Thường là sau khi kim xuyên da khoảng 1 cm, vừa đẩy kim vừa rút bơm tiêm kiểm tra xem có khí hoặc dịch. Rút nòng nếu dùng kim luồn rồi từ từ đẩy kim luồn vào khoang màng phổi.
- Nối với chạc 3 và dây nối, rút khí/dịch, nhẹ nhàng đẩy khí/dịch qua chạc ba (khóa phía bệnh nhân) nếu lượng nhiều.
- Rút kim và ép chặt chỗ chọc dò.
- Đặt 1 miếng bông gạc vô khuẩn lên vùng chọc dò, băng dính.
- Thường xuyên đánh giá tình trạng của trẻ để theo dõi sự tái xuất hiện tràn khí.

3.2. Dẫn lưu màng phổi

- Vị trí dẫn lưu: gian sườn 4-5 ở đường nách trước cho tràn khí, gian sườn 4-5 hoặc 5-6 đường nách giữa cho tràn dịch.
- Đội mũ, khẩu trang, mặc áo choàng, găng vô khuẩn.
- Đảm bảo vùng thủ thuật vô trùng.
- Tiêm Lidocain 1% dưới da tại vị trí dẫn lưu.
- Dùng dao rạch da tại bờ trên xương sườn 6 kích thước khoảng 0,5-1cm, dùng panh cong đưa qua đường rạch, bóc tách mô dưới da hướng panh về phía bờ trên xương sườn 5, ấn chắc tay qua các cơ liên sườn và thành màng phổi, có thể nghe tiếng khí xì ra khi đầu panh vào được khoang màng phổi trong trường hợp tràn khí.
- Tách 2 đầu panh vừa đủ để mở một lỗ cho phép đưa ống dẫn lưu vào, đưa ống ra trước hướng về đường giữa xương đòn nếu tràn khí. Đưa ống hướng về phía sau nếu tràn dịch.
- Đưa ống dẫn lưu vào khoang màng phổi sâu khoảng 2-3cm ở trẻ đẻ non, 3-4cm đối với trẻ đủ tháng. Kiểm tra có khí hoặc dịch chảy ra.
- Khâu cố định ống dẫn lưu.
- Đặt trẻ ở tư thế dẫn lưu tốt và thoải mái, lưu ý khí di chuyển lên trên.
- Gắn với bình hút dẫn lưu liên tục. Áp lực hút thường bắt đầu với -10cm H2O.
- Ghi nhận ngày giờ- tên người đặt dẫn lưu.
- Chụp X quang kiểm tra vị trí đầu ống dẫn lưu và khoang màng phổi sau thủ thuật.
- Theo dõi:
  + Dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, SpO2, quan sát gạc phủ ống dẫn lưu.
  + Hệ thống dẫn lưu: áp lực hút, lượng và màu sắc dịch màng phổi.

4. Biến chứng và cách xử trí

- Chảy máu do chạm các mạch máu chính: băng ép và theo dõi mức độ xuất huyết có hướng xử trí ngoại khoa kịp thời.
- Tổn thương các tổ chức (phổi, gan hoặc lách): phải đảm bảo vị trí chọc dò đúng, kỹ thuật và tư thế bệnh nhân đúng.
- Tổn thương thần kinh hoành gây liệt cơ hoành, tổn thương hạch thần kinh ngực gây hội chứng Horner.
- Ống dẫn lưu sai vị trí: kiểm tra Xquang và đánh dấu vị trí ban đầu.
- Nhiễm khuẩn: kháng sinh theo phác đồ và kháng sinh đồ.
- Tràn khí màng phổi: đảm bảo vị trí đúng của kim chọc hút, dẫn lưu màng phổi nếu cần thiết.
- Tràn khí dưới da: thường tự khỏi.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY CHO TRẺ SƠ SINH

1. Chỉ định.

- Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày.
- Lấy dịch làm xét nghiệm.
- Dẫn lưu dịch và khí từ dạ dày trong các trường hợp: thở máy, thở CPAP, bụng chướng, viêm ruột hoại tử, dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa (teo, tắc...).

2. Tiến hành.

Nguyên tắc tiến hành:

- Giải thích cho người nhà trẻ trước khi tiến hành.
- Bảo đảm vô khuẩn.
- Quấn trẻ tư thế dễ chịu.
- Theo đúng qui trình kỹ thuật:
  + Rửa tay sạch, đeo găng tay.
  + Ước lượng chiều dài ống cần thiết: đo từ miệng hoặc lỗ mũi đến vành tai dưới và sau đó xuống đến điểm giữa đoạn nối từ mũi ức đến rốn; và dùng bút hoặc băng dính đánh dấu trên ống.
  + Làm ẩm đầu ống thông bằng nước cất hoặc nước muối sinh lý hoặc bằng nước bọt trẻ.Giữ đầu trẻ, nhẹ nhàng đưa ống vào đường miệng (dùng ngón trỏ đẩy lưỡi xuống dưới) hoặc đưa ống vào đường mũi hướng về phía chẩm chứ không hướng lên trên.
  + Hơi gập cổ trẻ và nhẹ nhàng đẩy ống theo nhịp nuốt của trẻ đến đoạn ống đã được đánh dấu. Kiểm tra ống thông đã vào đúng vị trí: (1) Dùng ống bơm tiêm gắn vào ống thông, rút ra thấy có dịch. (2) Sử dụng ống nghe: nghe ở vùng thượng vị có tiếng khí di chuyển khi dùng ống tiêm bơm hơi vào ống thông dạ dày. (3) Đo độ pH dịch hút ra từ ống thông (ở Việt Nam hầu như chưa sử dụng cách thử này). (4) Chụp X quang nếu còn nghi ngờ về vị trí ống thông.
  + Cố định bằng băng dán.
  + Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay.
  + Ghi hồ sơ:
    - Ngày giờ đặt, tên điều dưỡng thực hiện.
    - Vị trí đặt: miệng hoặc mũi (phải hay trái), độ dài ống thông.
    - Số lượng và tính chất dịch dạ dày lúc hút ra.
    - Gửi xét nghiệm dịch dạ dày nếu có chỉ định.

* Lưu ý

- Theo dõi nhịp tim, quan sát các dấu hiệu suy hô hấp trong suốt quá trình thủ thuật.
- Nếu cảm giác vướng không thể đưa sâu hơn đến mức đã đánh dấu thì ngưng lại, không cố gắng đưa sâu hơn nữa, cố định ống thông và chụp X quang dạ dày kiểm tra dị tật teo thực quản bẩm sinh.
- Quan sát trẻ trong lúc đưa ống thông vào, nếu trẻ đột ngột khó thở, tím tái nên rút ngay ống thông ra vì có thể ống thông lạc vào đường thở.
- Khi cho ăn qua ống thông, cần hút dịch dạ dày trước mỗi cữ sữa một lần để đánh giá lượng dịch ứ đọng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nếu dùng để dẫn lưu thì đầu ngoài của thông dạ dày cho vào túi sạch hoặc dụng cụ chứa sạch, cố định bằng băng dính và đặt thấp hơn vị trí dạ dày nếu dẫn lưu dịch, cao hơn nếu dẫn lưu khí.
- Khi rút ống thông dạ dày cần gập đầu ống tránh chảy dịch vào thanh quản.
- Có thể lưu ống thông đến 1 tuần.

3. Biến chứng.

- Ngưng thở, chậm nhịp tim hoặc tím tái, tụt SpO_2 trong quá trình đặt.
- Tắc đường mũi, kích ứng và hoại tử niêm mạc mũi.
- Trầy xước niêm mạc thực quản gây chảy máu.
- Thủng: hầu họng, thực quản, dạ dày, tá tràng.
- Gây sặc sữa, viêm phổi hít do cho ăn qua ống thông dạ dày khi ống thông dạ dày nằm sai vị trí.
- Cuộn hoặc tắt ống.
- Tăng sự trào ngược dạ dày thực quản.
- Nhiễm khuẩn.

* Tuy vậy, nếu tuân thủ đúng quy trình, biến chứng rất hiếm khi xảy ra.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHỌC DÒ TUỶ SỐNG

1. Chỉ định.

- Chọc dò để xác định chẩn đoán các bệnh viêm màng não, xuất huyết não-màng não.
- Đánh giá đáp ứng kháng sinh trong điều trị viêm màng não nhiễm khuẩn.

2. Chống chỉ định.

- Tình trạng tuần hoàn không ổn định.
- Nhiễm khuẩn tại vị trí chọc dò.
- Thoát vị màng não tuỷ tại vị trí chọc dò.
- Tiểu cầu dưới 50.000/mm^3
- Thận trọng khi trẻ có rối loạn đông máu nặng trên lâm sàng.

3. Nguyên tắc tiến hành.

- Kiểm tra chức năng sống của trẻ trước khi tiến hành.
- Dùng thuốc giảm đau.
- Tiến hành thủ thuật khi trẻ không bị kích thích.
- Tuân thủ theo qui trình vô khuẩn.
- Đảm bảo giữ ấm cho trẻ trong quá trình làm thủ thuật.
- Thực hiện đúng qui trình kỹ thuật:
  + Người phụ giữ trẻ nằm nghiêng, quay mặt về phía người phụ, lưng đặt sát và song song với mép bàn, hơi uốn lưng trẻ sao cho các khe đốt sống lưng giãn rộng. (một tay người phụ giữ đầu và cổ, một tay giữ đùi, tránh gập cổ gây ngừng thở)
  + Người làm thủ thuật xác định vị trí chọc: khe liên đốt sống thắt lưng 4-5 (lấy mốc kẻ đường thẳng nối 2 gai chậu trước trên vị trí chọc dò thường lên một đốt sống)
  + Sát khuẩn.
  + Chọc kim vào khe liên đốt thắt lưng 4-5 hướng vuông góc với cột sống, vào sâu khoảng 1cm. Rút thông nòng thấy dịch não tủy chảy ra lấy 1ml cho xét nghiệm tế bào, 2 ml để xét nghiệm sinh hóa (Protein, đường, muối, phản ứng pandy), 0,5 ml cho cấy dịch não tủy.
  + Sau khi lấy dịch, lắp thông nòng và rút kim.
  + Băng ép bằng gạc vô khuẩn.

4. Theo dõi và cách xử trí.

- Chọc chạm máu: dừng thủ thuật, chọc lại sau 24 giờ.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ: chăm sóc và tránh chọc kiểm tra dịch não tủy tại các vị trí đó ở các lần chọc sau.
- Sau chọc đặt trẻ nằm sấp theo dõi tại phòng thủ thuật.
- Theo dõi tình trạng tim mạch, hô hấp, toàn trạng trong 10 phút trước khi đưa trẻ về với mẹ.
- Chú ý phát hiện các biến chứng như: suy hô hấp, suy tuần hoàn, nhiễm khuẩn, tụ máu nơi chọc dò... để xử trí kịp thời.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KỸ THUẬT CHIẾU ĐÈN ĐIỀU TRỊ VÀNG DA

1. Chỉ định: Nồng độ bilirubin trong máu vượt quá mức bình thường theo ngày tuổi, cân nặng và mức độ vàng da hoặc dựa vào tiêu chuẩn trong bảng Krammer.

2. Chống chỉ định: Khi vàng da tăng bilirubin trực tiếp.

3. Nguyên tắc tiến hành.

- Cần chiếu đèn sớm đặc biệt ở trẻ đẻ non.
  + Thực hiện đúng qui trình kỹ thuật.Trẻ cần phải được nằm trần chỉ quấn một khố mỏng để da của trẻ tiếp xúc với ánh sáng càng nhiều càng tốt. Thay đổi tư thế 2 giờ/lần. Bảo đảm thân nhiệt cho trẻ.
  + Che mắt và bộ phận sinh dục khi chiếu đèn.
  + Bồi phụ đủ lượng nước mất khi chiếu đèn. Khuyến khích dùng sữa mẹ.
  + Kiểm tra bilirubin máu 12-24 giờ/lần và dựa vào kết quả xét nghiệm bilirubin gián tiếp, toàn phần để có chỉ định tiếp tục điều trị bằng phương pháp chiếu đèn nữa hay không.
  + Ngừng chiếu đèn khi: vàng da giảm rõ, bilirubin trở về bình thường.
  + Chuyển thay máu nếu chiếu đèn không hiệu quả, bilirubin tăng cao.

4. Chăm sóc và theo dõi.

- Theo dõi cân nặng, đảm bảo năng lượng nuôi dưỡng trẻ tùy theo ngày tuổi và cân nặng.
- Theo dõi tình trạng da, triệu chứng thần kinh… trên lâm sàng.
- Theo dõi đường huyết, bilirubin máu và điện giải đồ để kịp thời điều chỉnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 5
KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Tư vấn Kế hoạch hóa gia đình (KHHGĐ) có chung các kỹ năng và các bước như trong tư vấn chăm sóc SKSS (xem bài "Tư vấn về chăm sóc SKSS"). Bài này chỉ nêu những điểm riêng biệt cho tư vấn trong KHHGĐ. Trong quá trình tư vấn, khi trình bày về các biện pháp tránh thai (BPTT) cụ thể nên sử dụng tài liệu "Bộ tranh lật tư vấn KHHGĐ". Khi tư vấn cho người HIV(+) nên sử dụng tài liệu "Bộ tranh lật tư vấn KHHGĐ cho người HIV(+)".

Tư vấn giúp khách hàng tự lựa chọn một BPTT thích hợp trong một giai đoạn sinh sản nhất định. Nội dung tư vấn đáp ứng nhu cầu của khách hàng chứ không xuất phát từ ý muốn chủ quan của người tư vấn. Cần lưu ý là trừ bao cao su, các biện pháp KHHGĐ khác không có tác dụng phòng tránh các NKLTQĐTD.

1. Vai trò của tư vấn KHHGĐ.

- Giúp khách hàng chọn đúng một BPTT và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.
- Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc.
- Giúp tăng tỷ lệ sử dụng BPTT.
- Góp phần tăng cường sức khỏe và giảm chi phí chương trình KHHGĐ.
- Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần giảm nguy cơ có thai ngoài ý muốn và NKLTQĐTD.

2. Mười quyền cơ bản của khách hàng

- Quyền được thông tin.
- Quyền được tiếp cận dịch vụ và thông tin.
- Quyền tự do lựa chọn BPTT và từ chối hoặc chấm dứt BPTT.
- Quyền được nhận dịch vụ an toàn.
- Quyền được đảm bảo bí mật.
- Quyền được đảm bảo kín đáo.
- Quyền được thoải mái khi tiếp nhận dịch vụ.
- Quyền được tôn trọng.
- Quyền được tiếp tục nhận dịch vụ.
- Quyền được bày tỏ ý kiến.

3. Các phẩm chất cần thiết của cán bộ tư vấn KHHGĐ.

3.1. Tôn trọng khách hàng.

- Tôn trọng khách hàng dù cho khách hàng là người như thế nào.
- Lắng nghe nhu cầu và ý kiến của khách hàng.

3.2. Thông cảm và thấu hiểu đối với khách hàng.

- Tìm hiểu tâm tư, mong muốn và thấu hiểu nhu cầu của khách hàng.
- Cần tiếp khách hàng ở nơi riêng biệt, yên tĩnh, đảm bảo tính riêng tư, bí mật.

3.3. Thành thật với khách hàng.

- Cần nói sự thật về các BPTT, bao gồm cả thuận lợi và không thuận lợi, tác dụng phụ, nguy cơ có thể có của biện pháp đó.
- Không từ chối cung cấp thông tin cho khách hàng. Nếu thông tin đó người tư vấn chưa nắm vững thì hẹn trả lời sau.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.4. Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho khách hàng.

- Sử dụng câu từ ngắn, gọn, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn.
- Sử dụng phương tiện hỗ trợ: tranh ảnh, mô hình, hiện vật và khuyến khích khách hàng quan sát trực tiếp.
- Tìm hiểu phản hồi của khách hàng.
- Tóm tắt, nhấn mạnh các điểm quan trọng và nếu có thể mời khách hàng nhắc lại trước khi kết thúc tư vấn.

4. Sáu bước tư vấn KHHGĐ.

4.1. Gặp gỡ.

- Chào hỏi, mời ngồi, tỏ thái độ thân mật và bình đẳng, tạo lòng tin cho khách hàng.
- Tự giới thiệu về bản thân.

4.2. Gợi hỏi.

- Hỏi các thông tin liên quan đến hoàn cảnh, sức khỏe, nhu cầu tránh thai và bảo vệ kép. Khai thác kiến thức và hành vi hiện tại của khách hàng về các BPTT.
- Thông tin liên quan đến lối sống, ví dụ: có nhiều bạn tình; hút thuốc lá, hoặc nguy cơ NKLQĐTD.
- Hỏi BPTT đang sử dụng (nếu có), sự hài lòng và tác dụng không mong muốn.
- Câu hỏi loại trừ có thai.
- Chú ý lắng nghe, không sốt ruột, tránh nói nhiều.
- Phát hiện những nhận thức sai lệch của khách hàng.
- Hỏi thông tin về bạo hành phụ nữ, đặc biệt với khách hàng không sử dụng BPTT mặc dù không muốn có thai.

4.3. Giới thiệu.

- Giới thiệu về tác dụng bảo vệ kép.
- Giới thiệu các BPTT hiện có ở cơ sở và ở thị trường.
- Cung cấp đầy đủ thông tin về cả ưu điểm và nhược điểm; các tác dụng phụ và tai biến có thể gặp của BPTT. Bàn về nhu cầu tránh thai và nhu cầu phòng NKLTQĐTD.
- Tập trung vào vấn đề khách hàng quan tâm, giải thích khi khách hàng hiểu sai.

4.4. Giúp đỡ.

- Giúp cho khách hàng tự lựa chọn BPTT phù hợp nhất.
- Không áp đặt theo ý kiến chủ quan của mình.
- Nếu khách hàng chọn BPTT không phù hợp vì chống chỉ định thì góp ý cho khách hàng tìm BPTT khác.

4.5. Giải thích.

- Khi khách hàng chấp nhận một BPTT, giải thích đầy đủ hơn về cách sử dụng.
- Giải thích quá trình thực hiện và các thủ tục để tiến hành (với các BPTT lâm sàng như dụng cụ tử cung, triệt sản).
- Giải thích những nguyên nhân có thể đưa đến thất bại và cách phòng tránh.
- Nói rõ những dấu hiệu của tác dụng phụ và cách xử trí tại nhà.
- Nêu cho khách hàng biết những dấu hiệu cảnh báo và cách xử trí.
- Nói rõ mức độ phục hồi của BPTT.
- Giải thích tại sao cần có kiểm tra định kỳ và khuyên thực hiện đầy đủ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Giải thích một cách thỏa đáng những hiểu biết sai lệch của khách hàng.
- Sau khi giải thích, hỏi lại khách hàng để có phản hồi.

4.6. (Hẹn) Gặp lại.

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng, hẹn khám kiểm tra định kỳ và khi có các dấu hiệu bất thường có thể quay trở lại bất kỳ lúc nào.
- Cung cấp tài liệu truyền thông.
- Cung cấp số điện thoại liên lạc khi cần thiết (nếu có)

Chú ý: Trừ bước 1 và bước 6, các bước còn lại cần áp dụng linh hoạt, xen kẽ và bổ sung cho nhau.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TIÊU CHUẨN PHÒNG THỦ THUẬT KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Phòng thủ thuật sử dụng để đặt DCTC, phá thai và các thủ thuật khác, cần đạt các tiêu chuẩn:

1. Cơ sở hạ tầng.

1.1. Vị trí.

- Ở nơi thoáng mát, có ánh sáng.
- Xa công trình vệ sinh, xa nơi gây ô nhiễm.

1.2. Diện tích và cấu trúc.

- Diện tích từ 10 m² đến 16 m².
- Cửa sổ có cửa chớp, cửa kính mờ chống bụi, lưới chắn côn trùng.
- Tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,6 m.
- Trần quét vôi hoặc sơn trắng.
- Nền không thấm nước có độ dốc và lỗ thoát nước.
- Không treo quạt trần, nên có quạt thông gió.
- Có hệ thống điện, đèn, ổ cắm thích hợp.
- Nơi rửa tay có nước sạch, nước chín và thuận tiện cho cán bộ kỹ thuật đứng rửa tay.

2. Dụng cụ, phương tiện.

- Bàn làm thủ thuật: sạch, không han rỉ, có đệm, có bục lên xuống.
- Bàn dụng cụ: không han rỉ, có bánh xe.
- Đèn khám.
- 2 ghế.
- Có đèn soi kiểm tra mô rau.
- Các dụng cụ cần thiết, đủ số lượng để làm các thủ thuật đặt DCTC và hút thai đã được vô khuẩn.
- Có mắc treo quần áo.

3. Các phương tiện khác để thực hiện phòng chống nhiễm khuẩn.

- Hộp nhựa có nắp chuyên dùng để khử khuẩn cao và tiệt khuẩn bằng hóa chất.
- Các loại xô đựng dụng cụ ngâm cloramin trong phòng thủ thuật.
- Dung dịch sát khuẩn, khử khuẩn, tiệt khuẩn (dung dịch iodin 2%-3%, cloramin 0,5%, glutaraldehyd).
- Thùng đựng chất thải theo quy định.
- Các loại xô chậu, găng tay dài, tạp dề, xà phòng, bàn chải phục vụ rửa dụng cụ.
- Trang bị kính đeo, tạp dề cho cán bộ làm kỹ thuật, có đủ guốc dép sạch trong phòng thủ thuật.
- Vải nhựa trải bàn 50 x 50 cm, săng vải 80 x 80 cm để thay sau mỗi trường hợp thủ thuật.
- Có quần áo công tác riêng.

4.Tủ thuốc và thuốc thiết yếu:theo qui định của Bộ Y tế.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

DỤNG CỤ TRÁNH THAI TRONG TỬ CUNG

Dụng cụ tránh thai trong tử cung (DCTC) là một BPTT tạm thời và hiệu quả. DCTC hiện có 2 loại: (i) loại chứa đồng (Ví dụ: TCu-380A, Multiload Cu-375 và GyneFix®...)được làm từ một thân plastic với các vòng đồng hoặc dây đồng, và (ii) loại giải phóng levonorgestrel có một thân chữ T bằng polyethylen chứa 52 mg levonorgestrel, giải phóng 20 µg hoạt chất/ngày. DCTC TCu-380A có tác dụng trong 10 năm và DCTC giải phóng levonorgestrel có tác dụng tối đa 5 năm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng DCTC nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, muốn áp dụng một BPTT tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.
- Tránh thai khẩn cấp (chỉ đối với DCTC tránh thai có đồng).

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối (nguy cơ đối với sức khỏe quá cao, nên không được sử dụng DCTC):

- Có thai.
- Nhiễm khuẩn hậu sản.
- Ngay sau sẩy thai nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng βhCG vẫn gia tăng.
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.
- Đang bị ung thư vú (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung.
- Đang viêm tiểu khung.
- Đang viêm mủ cổ tử cung hoặc nhiễm *Chlamydia*, lậu cầu.
- Lao vùng chậu.

2.2. Chống chỉ định tương đối (nguy cơ tiềm ẩn cao hơn so với lợi ích thu nhận, nhưng có thể áp dụng nếu không có BPTT khác):

- Trong vòng 48 giờ sau sinh (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Trong khoảng thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần đầu sau sinh (kể cả sinh bằng phẫu thuật).
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có tình trạng tình trạng βhCG giảm dần.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc bị ung thư buồng trứng.
- Có nguy cơ bị NKLTQĐTD cao.
- Bệnh AIDS có tình trạng lâm sàng không ổn định.
- Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim, chứng đau nửa đầu nặng (chỉ chống chỉ định với tiếp tục sử dụng DCTC giải phóng levonorgestrel), hoặc đang bị xơ gan mất bù có giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (chỉ với DCTC giải phóng levonorgestrel).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đang sử dụng một số thuốc kháng virus thuộc nhóm ức chế sao chép ngược nucleotid (NRTIs) hoặc không nucleotid (NNRTIs) hoặc nhóm ức chế men protease Ritonavir-booster.

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn và cung cấp thông tin về DCTC.

- Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về DCTC.
- Giới thiệu các loại DCTC hiện có và hướng dẫn cụ thể về loại DCTC khách hàng sẽ dùng.
- Trên mô hình hay hình vẽ, giải thích cho khách hàng vị trí DCTC nằm trong tử cung và cách đặt.
- Hiệu quả, thuận lợi và bất lợi của DCTC. Chú ý là BPTT này không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD. Hiện tại chưa có bằng chứng về mối liên quan giữa sử dụng DCTC và khả năng vô sinh.
- Giới thiệu những tác dụng ngoại ý thường gặp như có thể ra máu âm đạo hoặc đau nặng bụng (DCTC chứa đồng), thiểu kinh hoặc đôi khi vô kinh (DCTC giải phóng levonorgestrel). Giới thiệu các thuốc giảm đau nhóm kháng viêm không có steroid để xử trí tình trạng đau bụng hoặc cường kinh liên quan đến DCTC.
- Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel cần giải thích rõ về các đặc điểm như ra máu, vô kinh sau đặt, ra máu giữa kỳ, ra máu thấm giọt hoặc đau nhẹ vùng chậu có thể gặp trong những tuần đầu.
- Cho khách hàng biết hạn dùng của DCTC để đến tháo khi hết hạn. Hướng dẫn khách hàng tự theo dõi DCTC, cách sử dụng thuốc được cấp sau khi đặt DCTC. Dặn dò khách hàng đến khám kiểm tra lại sau một tháng, khám định kỳ hàng năm và những trường hợp cần đi khám lại ngay khi có dấu hiệu bất thường. Khách hàng có quyền đề nghị tháo bỏ để dùng một BPTT khác nếu họ không muốn tiếp tục mang DCTC. Đặt một số câu hỏi về những điều cơ bản đã tư vấn cho khách hàng để họ trả lời. Đảm bảo sự bí mật, riêng tư của khách hàng.

3.2. 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 không rõ nguyên nhân.

3.3. Thời điểm đặt DCTC.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

** DCTC chứa đồng*

- Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày từ ngày đầu của kỳ kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ nào khác.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:
  + Trong vòng 48h sau sinh, nếu không có chống chỉ định.
  + Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu biết chắc là không có thai.
  + Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
- Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

** DCTC giải phóng levonorgestrel*

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:
  + Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.
  + Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
  + Không đặt DCTC cho sản phụ có nhiễm khuẩn hậu sản hay trong vòng 4 tuần đầu sau sinh.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai), không cho con bú:
  + Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.
  + Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
- Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT khác.

- Ngay lập tức, nếu chắc chắn không có thai.
- Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel:
  + Trong vòng 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh: không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.
  + Quá 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
  + Nếu chuyển đổi từ thuốc tiêm: cho đến thời điểm hẹn tiêm mũi tiếp theo, không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

3.3.3. Tránh thai khẩn cấp.

- DCTC chứa đồng: trong vòng 5 ngày sau lần giao hợp không được bảo vệ, nếu ước tính được ngày phóng noãn có thể đặt muộn hơn 5 ngày sau giao hợp không bảo vệ nhưng không quá 5 ngày kể từ ngày phóng noãn. DCTC chứa đồng không được sử dụng để tránh thai khẩn cấp cho trường hợp bị hiếp dâm và có nguy cơ NKLTQĐTD cao.
- DCTC giải phóng levonorgestrel không được khuyến cáo sử dụng cho tránh thai khẩn cấp.
- Nếu biết chắc ngày phóng noãn, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 5 ngày sau phóng noãn, tức có thể trễ hơn 5 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

3.4. Thủ thuật đặt DCTC.

3.4.1. Đối với tất cả các loại DCTC.

- DCTC được đưa vào ống đặt ngay trước khi đặt.
- Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định về phòng chống nhiễm khuẩn. Đảm bảo kỹ thuật "không chạm". Cần thay găng mới sau khi chuẩn bị DCTC.

3.4.2. Chuẩn bị đặt

- Kiểm tra dụng cụ và bao đựng DCTC (thời hạn sử dụng, bao còn nguyên vẹn).
- Cho khách hàng đi tiểu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.
- Giải thích cho khách hàng các thủ thuật chuẩn bị tiến hành.
- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung và phần phụ.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1).
- Trải khăn vô khuẩn.
- Tư thế thầy thuốc: ngồi trên ghế, khoảng giữa 2 đùi của khách hàng. Nếu có người phụ thì người phụ ngồi bên trái thầy thuốc (đi găng vô khuẩn ở tay cầm van hoặc dụng cụ).

3.4.3 Các thao tác đặt DCTC

- Bộc lộ cổ tử cung.
  + Mở âm đạo bằng van.
  + Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2).
  + Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi và kéo nhẹ xuống.
- Đo buồng tử cung.
  + Đưa thước đo vào tử cung theo hướng của nó trong tiểu khung, không chạm vào âm hộ và thành âm đạo.
  + Xác định chiều dài buồng tử cung.

** Đặt DCTC Tcu 380-A và Multiload.*

- Lắp DCTC vào ống đặt:

  Loại TCu 380-A: lắp DCTC vào ống đặt trong bao bì.

  Loại Multiload: vòng đã lắp sẵn trong ống đặt, chỉ cần mở bao bì.
- Chỉnh lại nấc đánh dấu trên ống đặt sao cho khoảng cách còn lại bằng với chiều dài buồng tử cung.
- Đưa DCTC vào trong tử cung
  + Cầm ống đặt đúng tư thế, đúng hướng, tay kia cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn rồi nhẹ nhàng đưa ống đặt (có DCTC) qua cổ tử cung vào trong đến khi nấc đánh dấu chạm vào lỗ ngoài CTC.
  + Giữ nguyên cần đặt, kéo ống đặt xuống để giải phóng cành ngang.
  + Giữ nguyên ống đặt, rút cần đặt ra ngoài.
  + Đẩy nhẹ ống đặt lên để đảm bảo nấc đánh dấu chạm cổ tử cung.
  + Rút ống đặt.
  + Cắt dây DCTC để lại từ 2-3 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo.
  + Tháo kẹp Pozzi.
  + Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
  + Tháo van hay mỏ vịt.
  + Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

** Đặt DCTC GyneFix®:*

- Mở bao bì bộ thiết bị đặt DCTC GyneFix.
- Đo buồng tử cung (như đã mô tả ở trên) bằng thước đo có sẵn trong bộ đặt DCTC.
- Chỉnh lại nấc đánh dấu trên ống đặt sao cho khoảng cách còn lại bằng với chiều dài buồng tử cung cộng thêm 0,5cm (để cho phép khả năng linh hoạt của mô đáy).
- Kéo nhẹ kẹp cổ tử cung.
- Đưa thiết bị đặt DCTC vào buồng tử cung cho tới khi chạm đáy tử cung.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Ngay khi chạm đáy tử cung, dùng ngón tay cái (của tay đang giữ kẹp cổ tử cung) tì nhẹ vào đầu cán của cần đặt để giữ cho đầu thiết bị tiếp xúc với đáy tử cung.
- Cầm cán của cần đặt bằng ngón cái và ngón trỏ của tay còn lại, kết hợp với duy trì ngón cái tì vào đầu cán của cần đặt.
- Chú ý đến khoảng cách giữa cán của cần đặt và điểm cuối của ống đặt.
- Đẩy cần đặt về phía trước nhẹ nhàng và từ từ, cho đến khi cảm thấy mỏ neo giữ DCTC thâm nhập vào cơ tử cung. Dừng đẩy khi không còn khoảng cách giữa cán của cần đặt và điểm cuối của ống đặt.
- Giải phóng dây chỉ trong khi tiếp tục giữ thiết bị đặt DCTC bằng ngón cái của tay giữ kẹp.
- Bỏ ngón cái của tay giữ kẹp cổ tử cung ra khỏi đầu cần đặt. Rút cần đặt ra khỏi buồng tử cung.
- Rút ống đặt DCTC ra khỏ buồng tử cung một cách từ từ, vừa rút vừa xoay nhẹ.
- Cắt dây DCTC cách cổ tử cung từ 2-3 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo
- Tháo kẹp Pozzi.
- Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
- Tháo van hay mỏ vịt.
- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

** Đặt DCTC giải phóng levonorgestrel.*

- Mở túi chứa bộ dụng cụ. Đẩy nút hãm lên vị trí cao nhất của rãnh trên cần đặt để hai cành ngang của DCTC lọt vào trong ống đặt DCTC.
- Chỉnh lại nấc đánh dấu trên ống đặt sao cho khoảng cách còn lại bằng với chiều dài buồng tử cung.
- Nắm chắc cần đặt. Kẹp cổ tử cung bằng kìm Pozzi và kéo nhẹ để ống cổ tử cung thẳng so với buồng tử cung. Nhẹ nhàng đẩy cần đặt qua ống cổ tử cung vào buồng tử cung cho đến khi nấc đánh dấu cách lỗ ngoài cổ tử cung 1,5-2 cm. Chú ý không đẩy cần đặt quá mạnh.
- Giữ cần đặt và kéo từ từ nút hãm cho đến khi đầu tận cùng của nút hãm đến gờ đánh dấu trên rãnh của cần đặt.
- Đẩy nhẹ nhàng ống đặt vào buồng tử cung cho đến khi nấc đánh dấu chạm vào lỗ ngoài cổ tử cung.
- Giữ chắc cần đặt và nhẹ nhàng kéo nút hãm cho đến vị trí thấp nhất của rãnh trên cần đặt để giải phóng DCTC.
- Rút cần đặt ra khỏi buồng tử cung.
- Cắt ngắn dây DCTC, để lại bên ngoài tử cung 2-3cm.
- Tháo kẹp Pozzi.
- Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
- Tháo van hay mỏ vịt.
- Thông báo cho khách hàng biết đã tiến hành xong thủ thuật.

3.5. Tháo DCTC.

3.5.1. Chỉ định tháo DCTC.

- Vì lý do y tế:
  + Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).
  + Ra nhiều máu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Đau bụng dưới nhiều.
+ Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung.
+ Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.
+ DCTC bị tụt thấp.
+ Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)
+ DCTC đã hết hạn (10 năm với TCu 380-A, 5 năm với Multiload): sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn)

- Vì lý do cá nhân:
  + Muốn có thai trở lại.
  + Muốn dùng một BPTT khác.
  + Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

3.5.2. Cách tháo DCTC.

- Các loại DCTC đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào cả 2 dây, nhẹ nhàng kéo ra là được.
- Trong trường hợp không nhìn thấy dây, lấy DCTC khó thì chuyển lên tuyến trên.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Ra máu nhiều hoặc kéo dài (> 8 ngày hoặc gấp đôi lượng máu kinh bình thường).

- Giải thích cho khách hàng hiện tượng ra máu nhiều hoặc kéo dài thường gặp trong 3-6 tháng đầu và sẽ cải thiện dần.
- Nếu điều trị, có thể chỉ định:
  + Các thuốc kháng viêm không có steroid (không dùng aspirin), hoặc
  + Acid tranexamic.
- Nếu nghi ngờ bệnh lý: cần loại trừ các NKĐSS/NKLTQĐTD khác, nếu có bệnh cần phải điều trị hoặc chuyển tuyến.
  + Nếu ra máu nhiều đến mức đe dọa đến sức khỏe: tháo DCTC và hướng dẫn chọn BPTT khác.
  + Bổ sung sắt và khuyến cáo các thức ăn giàu sắt.

4.2. Ra máu âm đạo bất thường.

- Tiếp tục sử dụng DCTC, cần khảo sát nguyên nhân với xử trí là điều trị hoặc chuyển tuyến.

4.3. Đau hạ vị.

- Hỏi bệnh, khám để phát hiện nguyên nhân, xử trí. Chuyển tuyến nếu có một trong các vấn đề sau:
  + Mất kinh, trễ kinh hoặc khẳng định có thai
  + Đau, căng vùng bụng khi khám
  + Ra máu âm đạo
  + Sờ được khối vùng chậu
- Nếu không có bất kỳ dấu hiệu nào trên đây, chẩn đoán viêm vùng chậu nếu có ít nhất một trong các dấu hiệu sau:
  + Thân nhiệt > 38^0C.
  + Khí hư bất thường.
  + Đau khi di động cổ tử cung.
  + Khối nề ở vùng phần phụ.
  + Bạn tình gần đây có tiết dịch niệu đạo hoặc được điều trị lậu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Điều trị hoặc chuyển tuyến ngay để điều trị.
- Nếu khách hàng muốn tháo DCTC: dùng kháng sinh và tháo.
- Theo dõi: nếu không cải thiện sau 2-3 ngày điều trị hoặc hình thành áp xe, cần chuyển đến bệnh viện. Tháo DCTC.
- Khám và điều trị cho bạn tình.,

4.4. Mắc NKLTQĐTD hoặc bị trong vòng ba tháng gần đây hoặc viêm mủ cổ tử cung

- Tháo DCTC.
- Chẩn đoán và điều trị NKLTQĐTD hoặc chuyển tuyến.
- Khám và điều trị bạn tình.

4.5. Có thai.

- Loại trừ thai ngoài tử cung.
- Mang thai 3 tháng đầu (< 13 tuần), thấy dây DCTC.
    + Giải thích rằng nên tháo DCTC để tránh nguy cơ nhiễm khuẩn, sẩy thai và đẻ non. Động tác tháo DCTC cũng có nguy cơ thấp gây sẩy thai.
    + Nếu khách hàng đồng ý, tháo DCTC hoặc chuyển tuyến để tháo. Cần khám lại ngay nếu ra máu nhiều, đau bụng, ra dịch âm đạo hoặc sốt.
- Nếu không thấy dây DCTC và/hoặc thai > 3 tháng.
    + Cần siêu âm đánh giá xem liệu DCTC có còn nằm đúng vị trí không.
    + Giải thích rằng có nguy cơ nhiễm khuẩn nặng, nếu không muốn mang thai có thể xử trí theo qui định về chấm dứt thai kỳ với mục đích điều trị.
    + Nếu muốn hoặc bắt buộc tiếp tục mang thai, giải thích về nguy cơ nhiễm khuẩn và sẩy thai. Cần theo dõi thai chặt chẽ và khám lại ngay nếu ra máu nhiều, đau bụng, ra dịch âm đạo hoặc sốt.

4.6. Bạn tình phàn nàn về dây DCTC.

- Giải thích cho khách hàng và bạn tình (nếu có thể) rằng cảm giác đó là bình thường.
- Mô tả các lựa chọn và xử trí:
    + Cắt ngắn đoạn dây, hoặc
    + Tháo DCTC.

Chú ý: Hẹn khám lại sau 3 đến 6 tuần và khám lại ngay nếu gặp khó khăn hay những vấn đề nêu ở phần 4.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.
- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS với tình trạng lâm sàng ổn định có thể sử dụng DCTC. Không cần lấy DCTC ra nếu khách hàng tiến triển thành AIDS, tuy nhiên những người này cần theo dõi các dấu hiện của tình trạng viêm vùng chậu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BAO CAO SU

Bao cao su là một BPTT tạm thời, hiệu quả, an toàn và rẻ tiền. Bao cao su là BPTT có tác dụng bảo vệ kép: vừa có tác dụng tránh thai vừa giúp phòng NKLTQĐTD và HIV/AIDS. Khách hàng nhiễm HIV hoặc có bạn tình nhiễm HIV nên sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng NKLTQĐTD/HIV. Bao cao su có hai loại: loại sử dụng cho nam và loại sử dụng cho nữ.

1. Chỉ định.

- Dùng cho tất cả các trường hợp muốn tránh thai.
- Có tác dụng bảo vệ kép vừa tránh thai vừa phòng HIV/AIDS và NKLTQĐTD.
- Là BPTT hỗ trợ (ví dụ: những ngày đầu sau thắt ống dẫn tinh, quên uống thuốc tránh thai).

2. Chống chỉ định.

Dị ứng với latex (đối với loại bao cao su có latex) hoặc các thành phần có trong bao cao su.

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng.
- Chú ý: cho khách hàng xem bao cao su và hướng dẫn cách sử dụng.
- Nêu rõ hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của biện pháp.
- Bao cao su là BPTT hiệu quả nếu sử dụng đúng cách và là biện pháp duy nhất có tác dụng bảo vệ kép vừa tránh thai vừa phòng NKLTQĐTD/HIV/AIDS. Tuy nhiên, các vết loét sinh dục hay sùi mào gà có thể lây truyền do tiếp xúc ở những phần không được che phủ bằng bao cao su.
- Sử dụng bao cao su kết hợp với các BPTT khác làm gia tăng hiệu quả tránh thai, cao hơn so với chỉ dùng bao cao su.
- Nếu khách hàng áp dụng biện pháp kiêng giao hợp, khuyên khách hàng nên chuẩn bị sẵn bao cao su nếu quyết định quan hệ tình dục "luôn có sẵn bao cao su để dùng khi cần".
- Nếu bao cao su bị rách, thủng hoặc tuột khi giao hợp cần áp dụng BPTT khẩn cấp. Nếu phối hợp bao cao su với thuốc diệt tinh trùng thì hiệu quả tránh thai sẽ cao hơn. Không dùng bất cứ loại chất bôi trơn nào thuộc loại tan trong dầu hoặc gốc dầu (như dầu ăn, dầu trẻ em, mỡ, bơ, vaselin...) khi dùng loại bao cao su có latex.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng: không cần.

3.3. Thời điểm thực hiện.

- Khách hàng chưa sử dụng BPTT: bất kỳ lúc nào.
- Khách hàng đang sử dụng BPTT (chuyển đổi): bất kỳ lúc nào.

3.4. Cách sử dụng và bảo quản.

- Kiểm tra trước về tình trạng nguyên vẹn của bao cao su và hạn dùng.
- Mỗi lần giao hợp đều phải sử dụng bao cao su mới.
- *Đối 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 bao cao su ở gốc

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

dương vật trong khi rút dương vật ra để bao khỏi bị tuột và tinh dịch không trào ra ngoài. Chỉ sử dụng mỗi bao cao su 1 lần.

- *Đối với bao cao su nữ:* đặt bao vào trong âm đạo trước khi giao hợp. Cầm lấy vòng tròn nhỏ bóp méo đưa nghiêng vào trong âm đạo, vòng tròn này sẽ bung ra che cổ tử cung. Vòng tròn to nằm ngoài và 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 dậy hay đứng dậy để tránh không cho tinh dịch trào ra ngoài.
- Bảo quản bao cao su: để nơi thoáng mát và tránh ánh sáng.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Nếu bao cao su bị rách.

- Rửa dương vật và âm hộ bằng nước sạch hoặc thuốc diệt tinh trùng (nếu có).
- Cần áp dụng BPTT khẩn cấp.

4.2. Nếu có ngứa hoặc nổi ban tại bộ phận sinh dục.

- Khám lại khách hàng và bạn tình, tìm kiếm dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Nếu không có nhiễm khuẩn mà dị ứng với latex: trong trường hợp nhẹ có thể khuyên khách hàng đổi loại bao cao su khác hoặc có thể giúp đỡ khách hàng lựa chọn BPTT khác nếu khách hàng không có nguy cơ NKLTQĐTD.
- Khách hàng có nguy cơ NKLTQĐTD kể cả HIV/AIDS, cần tư vấn kỹ về cách sử dụng đúng và tác dụng bảo vệ kép của bao cao su để khuyến khích khách hàng tiếp tục sử dụng bao cao su.

4.3. Nam giới không duy trì được độ cương khi mang hoặc sử dụng bao cao su.

- Thường do bối rối, chưa quen sử dụng: cần hướng dẫn khách hàng và bạn tình hiểu rõ.Bao cao su có chất bôi trơn hoặc sử dụng nước/chất bôi trơn bên ngoài bao. Sử dụng thêm một ít nước hoặc chất bôi trơn tan trong nước có thể làm tăng cảm giác và duy trì độ cương.

5. Đối với khách hàng HIV (+)

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus nên sử dụng bao cao su, có thể kết hợp với BPTT khác. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các bệnh LTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VIÊN THUỐC TRÁNH THAI KẾT HỢP

Viên thuốc tránh thai kết hợp là BPTT tạm thời, chứa 2 loại nội tiết là estrogen và progestin. Sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp đòi hỏi khách hàng phải uống thuốc đều đặn. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời có hiệu quả cao.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đang cho con bú trong vòng 6 tuần sau sinh.
- Lớn tuổi (≥ 35 tuổi) và hút thuốc lá thường xuyên ≥ 15 điếu/ngày.
- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (lớn tuổi, hút thuốc lá, đái tháo đường, tăng huyết áp…)
- Tăng huyết áp: HA tâm thu ≥ 160 mmHg, HA tâm trương ≥ 100 mmHg).
- Đã hoặc đang bị bệnh lý tim mạch và đông máu như (i) bệnh lý mạch máu, hoặc (ii) thuyên tắc tĩnh mạch sâu, hoặc (iii) thuyên tắc phổi, hoặc (iv) bệnh lý đông máu, hoặc (v) bệnh thiếu máu cơ tim, hoặc (vi) bệnh lý van tim phức tạp, hoặc (vii) tai biến mạch máu não, hoặc (viii) cơ địa huyết khối di truyền.
- Sắp phẫu thuật phải nằm trên 1 tuần.
- Đau nửa đầu (migrain).
- Đang bị ung thư vú.
- Đái tháo đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu).
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Đang bị bệnh gan nặng có suy giảm chức năng gan trầm trọng như (i) viêm gan cấp đang diễn tiến, hoặc (ii) xơ gan mất bù, hoặc (iii) u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt-benign focal nodular hyperplasia).

2.2 Chống chỉ định tương đối.

- Đang cho con bú sau sinh từ 6 tuần đến 6 tháng hoặc không cho con bú trong vòng 4 tuần sau sinh.
- Lớn tuổi (≥ 35 tuổi) và hút thuốc lá dưới 15 điếu/ngày.
- Đã hoặc đang bị tăng huyết áp: HA tâm thu từ 140 đến 159 mmHg hoặc HA tâm trương từ 90 đến 99 mmHg).
- Đã hoặc đang bị tăng lipid máu hoặc tăng cholesterol do uống thuốc tránh thai.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Sỏi mật đang điều trị nội khoa hoặc xơ gan còn bù
- Đang sử dụng một số loại thuốc như rifampicin/rifabutin, thuốc kháng virus nhóm ức chế protease Ritonavir-booster (Ritonavir-booster protease inhibitor) và một số thuốc chống co giật như phenytoin, carbamazepin, barbiturat, primidon, topiramat, oxcarbazepin hoặc lamotrigin.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Qui trình thực hiện.

3.1 Tư vấn.

Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai kết hợp

Cung cấp thông tin về hiệu quả, những thuận lợi, khó khăn, tác dụng phụ có thể gặp phải khi sử dụng thuốc. Lưu ý biện pháp này không có tác dụng phòng, tránh NKĐSS, NKLTQĐTD

Giới thiệu và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc

Trong 3 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng và định kỳ khám lại theo hẹn

Khách hàng có thể đến khám và tư vấn bất cứ lúc nào nếu thấy có dấu hiệu khác thường.

3.2 Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng BPTT.

Hỏi kỹ tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện chống chỉ định.

Thăm khám để loại trừ có thai.

3.3 Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng hiện đang không sử dụng BPTT sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh hoặc trong vòng 7 ngày sau phá thai/sẩy thai.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su…) trong 7 ngày kế tiếp nếu: (i) bắt đầu sau 5 ngày đầu của chu kỳ kinh, hoặc (ii) không có kinh, hoặc (iii) bắt đầu từ tuần thứ 4 sau sinh nếu không cho con bú và chưa có kinh trở lại.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc ở thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc

- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở thời điểm này.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu bắt đầu uống thuốc sau có kinh hơn 5 ngày, khách hàng cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở chu kỳ kinh sau.

3.4 Cách sử dụng.

- Uống mỗi ngày 1 viên, nên vào giờ nhất định để dễ nhớ, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc (vỉ thuốc nên dán ngày để tránh quên).
- Khi hết vỉ thuốc, phải uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh (với vỉ 28 viên) hoặc nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau, dù đang còn kinh (với vỉ 21 viên).

4. Những vấn đề khó khăn khi uống thuốc và cách xử trí.

4.1. Quên uống thuốc.

Quên uống thuốc sẽ làm tăng nguy cơ thất bại, đặc biệt nếu quên uống thuốc trong tuần lễ đầu hoặc tuần lễ thứ ba của tháng. Cách xử trí như sau:

4.1.1. Quên uống viên thuốc có nội tiết (từ viên thứ nhất đến viên thứ 21)

- Nếu quên 1 hoặc 2 viên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen 30-35 mcg) hoặc quên 1 viên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen ≤ 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

1-2 ngày: cần uống một viên ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.

- Nếu quên từ 3 viên trở lên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen 30-35 mcg) hoặc quên từ 2 viên trở lên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen ≤ 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ 3 ngày trở lên: cần uống ngay một viên ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ. Khách hàng cần **thêm** BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
  + Nếu xảy ra ở tuần lễ thứ nhất (bắt đầu vỉ thuốc) và có giao hợp không bảo vệ trong vòng 5 ngày vừa qua, khách hàng cần sử dụng thêm BPTT khẩn cấp.
  + Nếu xảy ra ở tuần lễ thứ ba, khách hàng cần uống tiếp những viên thuốc có nội tiết, bỏ các viên thuốc nhắc và tiếp tục ngay vào vỉ thuốc mới.

4.1.2. Quên uống viên thuốc nhắc (từ viên thứ 22 đến viên thứ 28).

- Bỏ viên thuốc quên, uống tiếp viên thuốc kế.

4.2. Nôn trong vòng 2 giờ sau uống thuốc.

- Uống lại một viên thuốc khác.

4.3. Nôn nhiều và tiêu chảy sau uống thuốc.

- Nếu xảy ra trong vòng 24 giờ, cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.
- Nếu xảy ra liên tục từ 2 ngày trở lên, sẽ thực hiện giống như trường hợp quên uống thuốc.

4.4. Rối loạn kinh nguyệt.

4.4.1. Kinh nguyệt không đều.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng có tình trạng kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Hỏi khách hàngcác nguyên nhân có thể gây ra tình trạng này, bao gồm: (i) quên thuốc, (ii) uống thuốc vào những thời điểm khác nhau mỗi ngày, (iii) nôn hoặc tiêu chảy, hoặc (iv) bắt đầu uống thuốc chống co giật hoặc rifampicin
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
  + Yêu cầu khách hàng uống thuốc mỗi ngày và vào thời điểm tương tự nhau
  + Hướng dẫn cách xử trí khi quên thuốc (kể cả khi bị nôn hoặc tiêu chảy)
  + Kê đơn: ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác).
  + Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 3 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc tránh thai nhiều tháng và tình trạng rối loạn kinh nguyệt không hết sau khi uống thuốc kháng viêm

4.4.2. Mất kinh.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng bị mất kinh
- Hỏi khách hàng xem có uống thuốc đều mỗi ngày không? Nếu có uống đều thì khuyên khách hàng tiếp tục uống thuốc; nếu không chắc chắn uống thuốc đều thì nên thử thai.
- Hỏi xem khách hàng có bỏ không uống 7 viên thuốc nhắc (vỉ 28 viên) hoặc không chờ 7 ngày sau khi uống xong vỉ thuốc (vỉ 21 viên) không? Nếu có thì giải thích nguyên nhân không có kinh và khuyên khách hàng tiếp tục uống.
- Hỏi xem khách hàng có quên uống thuốc hoặc bắt đầu uống vỉ thuốc mới trễ không? Nếu có thì xử trí như phần "*Quên thuốc*".

4.4.3. Ra máu hoặc ra máu quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

Khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám bệnh khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.5. Một số vấn đề khác.

4.5.1. Nhức đầu.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol…
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn
- Khuyên khách hàng sử dụng BPTT khác hoặc chuyển sang loại thuốc tránh thai không có estrogen nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) hoặc tình trạng nhức nửa đầu trở nên trầm trọng hơn.

4.5.2. Buồn nôn hoặc chóng mặt.

- Khuyên khách hàng uống thuốc trước khi ngủ hoặc uống thuốc trong khi ăn.

4.5.3. Căng ngực.

- Khuyên khách hàng thử chường ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol…

4.5.4. Mụn.

- Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 3 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc tránh thai nhiều tháng và tình trạng mụn vẫn không giảm hoặc gia tăng.

4.5.5 Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.
- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.5.6. Khách hàng phải nằm bất động một thời gian (từ một vài tuần trở lên).

- Nhắc khách hàng báo cho bác sĩ phẫu thuật (nếu phải phẫu thuật) là mình đang uống thuốc tránh thai.
- Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai và sử dụng các biện pháp tránh thai hỗ trợ khác trong thời gian này.
- Bắt đầu sử dụng lại thuốc tránh thai 2 tuần sau khi khách hàng đi lại được.

4.5.7. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như bệnh tim, gan, tăng huyết áp hoặc tắc mạch…)

- Yêu cầu khách hàng ngừng uống thuốc và sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.5.8. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+)hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp.
- Yêu cầu sử dụng bao cao su kèm theo khi sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp. giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VIÊN THUỐC TRÁNH THAI CHỈ CÓ PROGESTIN

Viên thuốc tránh thai chỉ có progestin là BPTT tạm thời, chứa một lượng nhỏ progestin, không có estrogen. Sử dụng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin đòi hỏi khách hàng phải uống thuốc đều đặn và **đúng giờ**. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng viên thuốc chỉ có progestin nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời có hiệu quả, đặc biệt thích hợp cho phụ nữ đang cho con bú hoặc có chống chỉ định thuốc tránh thai kết hợp.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt-benign focal nodular hyperplasia).
- Đang sử dụng một số loại thuốc như rifampicin/rifabutin, thuốc kháng virus nhóm ức chế protease Ritonavir-booster (Ritonavir-booster protease inhibitor) và một số thuốc chống co giật như phenytoin, carbamazepin, barbiturat, primidon, topiramat, oxcarbazepin.

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai chỉ có progestin
- Thích hợp cho những khách hàng đang cho con bú hoặc không thể sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp.
- Cung cấp thông tin về hiệu quả, những thuận lợi, khó khăn, tác dụng phụ có thể gặp phải khi sử dụng thuốc. Lưu ý: viên thuốc chỉ có progestin thường hay gây rối loạn kinh nguyệt hơn (đặc biệt với phụ nữ sau sinh không cho con bú).
- Không có tác dụng phòng, tránh NKĐSS, NKLTQĐTD
- Giới thiệu và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc. Những khách hàng không thể uống thuốc đúng giờ nên tư vấn chọn BPTT khác.
- Trong 3 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng và định kỳ khám lại theo hẹn

Khách hàng có thể đến khám lại và tư vấn bất cứ lúc nào.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng BPTT.

- Hỏi kỹ tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện chống chỉ định.
- Thăm khám để loại trừ có thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Sau sinh: ngay khi có sữa.
- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (kể cả những trường hợp sau sinh đã có kinh lại) hoặc trong vòng 6 tuần đầu sau sinh hoặc trong vòng 7 ngày sau phá thai.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su…) trong 2 ngày kế tiếp nếu: (i) bắt đầu sau 5 ngày đầu của chu kỳ kinh, hoặc (ii) không có kinh (kể cả bắt đầu từ tuần thứ 4 sau sinh và không cho con bú).

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc ở thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở thời điểm này.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu bắt đầu uống thuốc sau có kinh > 5 ngày, khách hàng cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 2 ngày kế tiếp. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở chu kỳ kinh sau.

3.4. Cách sử dụng.

- Uống mỗi ngày 1 viên, **phải uống vào một giờ nhất định**, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Uống thuốc trễ 3 giờ trở lên phải được xử trí như quên thuốc.
- Dùng vỉ kế tiếp ngay sau khi hết vỉ trước, không ngừng giữa hai vỉ.

4. Những vấn đề khó khăn xảy ra khi uống thuốc và cách xử trí.

4.1. Quên uống thuốc (một viên hoặc nhiều hơn) hoặc uống trễ 3 giờ trở lên.

4.1.1. Khách hàng đã có kinh (kể cả đang cho con bú).

- Uống một viên ngay khi nhớ và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.
- Cần sử dụng **thêm** BPTT hỗ trợ trong 2 ngày tiếp theo. Có thể cân nhắc sử dụng thêm BPTT khẩn cấp nếu có nguy cơ cao.

4.1.2. Khách hàng chưa có kinh và đang cho con bú.

- Uống một viên ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.
- Cần sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 2 ngày, nếu sau 6 tháng hậu sản.

4.2. Nôn trong vòng 2 giờ sau uống thuốc.

- Uống lại một viên thuốc khác.

4.3. Nôn nhiều và tiêu chảy sau uống thuốc.

- Nếu xảy ra trong vòng 24 giờ: cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.
- Nếu xảy ra liên tục từ 2 ngày trở lên: thực hiện giống như trường hợp quên uống thuốc.

4.4. Rối loạn kinh nguyệt.

4.4.1. Vô kinh.

- Nếu đang cho con bú: trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ đang cho con bú sử dụng thuốc tránh thai cũng bị mất kinh và điều này không nguy hiểm.
- Thử thai nếu khách hàng không chắc chắn uống thuốc đều.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.4.2. Kinh nguyệt không đều hoặc ra máu thấm giọt.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng bị tình trạng kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc. Đặc biệt là bản thân nhiều phụ nữ đang cho con bú cũng có kinh nguyệt không đều.
- Hỏi khách hàng các nguyên nhân có thể gây ra tình trạng kinh nguyệt không đều bao gồm: (i) nôn hoặc tiêu chảy, hoặc (ii) bắt đầu uống thuốc chống co giật hoặc rifampicin.
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
  + Hướng dẫn cách uống thuốc đúng (kể cả khi bị nôn hoặc tiêu chảy).
  + Kê đơn: ibuprofen hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác.
  + Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 3 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc tránh thai nhiều tháng và tình trạng rối loạn kinh nguyệt không hết sau khi uống thuốc kháng viêm.
- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

4.4.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

- Trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều sau uống thuốc
- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh, hoặc tiếp tục không hết, hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.4.4 Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:

  + Bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
  + Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

4.5. Một số vấn đề khác.

4.5.1. Nhức đầu.

- Có thể sử dụng một trong các loại thuốc giảm đau nhóm non-steroid (ví dụ: ibuprofen hoặc paracetamol…).
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.
- Khuyên khách hàng ngưng thuốc và sử dụng BPTT không có nội tiết nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) có kèm mờ mắt. Trường hợp khách hàng nhức nửa đầu không kèm mờ mắt thì vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai chỉ chứa progestogen nếu muốn.

4.5.2. Căng ngực.

- Nếu đang cho con bú:
  + Thăm khám và xử trí căng ngực do căng sữa, tắc ống dẫn sữa, nứt núm vú.
  + Khuyên khách hàng vẫn tiếp tục uống thuốc và theo dõi
- Nếu khách hàng không cho con bú:
  + Khuyên khách hàng thử chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
  + Có thể sử dụng một trong các loại thuốc giảm đau thuộc nhóm non-steroid (Ví dụ: ibuprofen, paracetamol…).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.5.3. Đau nặng bụng dưới.

Cần loại trừ nang, khối u buồng trứng, viêm ruột thừa, viêm vùng chậu hoặc thai ngoài tử cung.

- Nang cơ năng buồng trứng: giải thích nang thường tự biến mất, nếu có thể khám lại sau 3 tuần.
- Đau do các nguyên nhân khác: không cần ngừng thuốc.

4.5.4. Buồn nôn hoặc chóng mặt.

- Khuyên khách hàng uống thuốc trước khi ngủ hoặc uống trong khi ăn

4.5.5. Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.
- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.5.6. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như nghi tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi hoặc ung thư vú…).

- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai và sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.5.7. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo khi sử dụng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THUỐC TIÊM TRÁNH THAI

Thuốc tiêm tránh thai là BPTT tạm thời, chứa nội tiết progestin. Thuốc tiêm tránh thai hiện có hai loại: (i) DMPA (depot medroxygenprogesteron acetat) 150 mg, có tác dụng tránh thai 3 tháng, và (ii) NET-EN (norethisteron enantat) 200 mg, có tác dụng tránh thai 2 tháng. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc tiêm tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản muốn dùng một BPTT tạm thời và có hiệu quả cao.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.
- Có tiền sử dị ứng với bất cứ thành phần nào của thuốc.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (như lớn tuổi, hút thuốc lá, tiểu đường và tăng huyết áp).
- Tăng huyết áp (HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg) hoặc có bệnh lý mạch máu.
- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi hoặc đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Tiểu đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu) hoặc trên 20 năm.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt-benign focal nodular hyperplasia)
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng đau nửa đầu có kèm mờ mắt.

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc tiêm tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm của thuốc tiêm tránh thai.
- Không nên sử dụng cho những người có ý định có thai trong 1 năm tới.
- Thuốc không có tác dụng phòng tránh các bệnh LTQĐTD.
- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào.
- Hẹn ngày và nơi tiêm lần sau.

3.2. 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 không rõ nguyên nhân.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

- Sau sinh
  + Nếu cho con bú:Có thể bắt đầu sử dụng ít nhất 6 tuần sau sinh.
  + Nếu không cho con bú: Có thể sử bất cứ lúc nào chắc chắn không có thai. Trong vòng 7 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (bao gồm cả những người có kinh lại sau sinh) hoặc ngay sau phá thai, sẩy thai.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Có thể cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp nếu: (i) quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh, hoặc (ii) vô kinh, hoặc (iii) 6 tuần sau sinh và chưa có kinh, hoặc (iv) từ 21 ngày sau sinh trở đi và chưa có kinh. Trong những trường hợp này, cần thử thai trước khi cho khách hàng mũi tiêm tiếp theo.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ được tiêm thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc vào thời điểm lặp lại mũi tiêm cho những khách hàng đang sử dụng thuốc tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được tiêm thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

3.3.4. <u>Khách hàng đang sử dụng DCTC</u> (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được tiêm thuốc.

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.
- Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai.
  + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
  + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu có kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu bất thường: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

3.3.5. Các mũi tiêm lần sau.

- Khoảng cách giữa hai lần tiêm: 3 tháng với DMPA và 2 tháng với NET-EN.
- Nếu mũi tiêm lần sau được thực hiện trễ hơn hạn chích (xem phần 4.1 *Chậm ngày tiêm*).
- Chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN
  + Không khuyến cáo chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN.
  + Nếu nhất thiết phải chuyển đổi cần tiêm vào thời điểm mũi tiêm lặp lại.
- Nếu cần tiêm lặp lại mà loại thuốc và thời điểm tiêm lần trước không rõ:
  + Có thể tiêm nếu biết chắc là không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả xem xét sử dụng BPTT khẩn cấp.

3.4. Kỹ thuật tiêm

- Cần bảo đảm vô khuẩn và tuân thủ những quy định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.
- Sát khuẩn vùng tiêm (cơ delta bả vai hoặc mông).
- Dùng bơm kim tiêm một lần.
- Kiểm tra thuốc có còn hạn, lắc đều lọ thuốc trước khi hút thuốc ra bơm tiêm.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tiêm sâu, đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết để bảo đảm đủ 150 mg thuốc tiêm tránh thai được đưa vào cơ thể.
- Sau khi rút kim không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh.

3.5. Theo dõi sau tiêm.

- Theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 30 phút sau tiêm.
- Viêm nhiễm tại chỗ, đau, đỏ vùng tiêm.
- Áp xe.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Chậm ngày tiêm.

- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm trong vòng trong vòng 2 tuần (đối với NET-EN) và trong vòng 4 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc mà không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.
- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 2 tuần (đối với NET-EN) và sau 4 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc nhưng cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả cân nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp, nếu:
  + Khách hàng đã không giao hợp trong vòng 2 tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc
  + Khách hàng đã sử dụng BPTT hỗ trợ hoặc BPTT khẩn cấp ở mỗi lần giao hợp không được bảo vệ trong vòng 2 tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc
  + Khách hàng cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn và vừa sinh trong vòng 6 tháng
- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 2 tuần (đối với NET-EN) và sau 4 tuần (đối với DMPA) và không thỏa những điều kiện trên: vẫn có thể tiêm thuốc nếu biết chắc là không có thai. Cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả cân nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp và phải thử thai trước khi chích lặp lại mũi thuốc lần sau.
- Cần thảo luận với khách hàng về lý do trễ hạn tiêm và lựa chọngiải pháp thích hợp. Nhắc nhở thời hạn tiêm và thảo luận thêm các BPTT hỗ trợ hoặc gợi ý BPTT khác trong trường hợp khách hàng không thể đến đúng hẹn.

4.2. Rối loạn kinh nguyệt.

4.2.1 Vô kinh.

- Giải thích rằng vô kinh là thường gặp khi dùng thuốc tiêm tránh thai.
- Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: hướng dẫn sử dụng BPTT khác.

4.2.2. Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai bị kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt: Sử dụng ibuprofen hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác.
- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Nếu bị viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD: có thể tiếp tục sử dụng thuốc cấy trong thời gian điều trị bệnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2.3. Ra máu hoặc ra máu quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

- Đây là tình trạng hiếm gặp, nhưng cần được chú ý đặc biệt. Cần trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tiêm tránh thai; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều hoặc sử dụng mỗi ngày01 viên tránh thai kết hợp hoặc 50mcg ethinyl estradion mỗi ngày, trong 21 ngày.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều làm ảnh hưởng đến sức khỏe: thảo luận với khách hàng chọn BPTT khác.
- Khuyên khách hàng uống viên sắt hoặc ăn các thực phẩm giàu chất sắt.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

4.2.4 Ra máu âm đạo bất thường.

- Khám toàn diện để tìm nguyên nhân.
- Có thể ngừng sử dụng thuốc tiêm nhằm giúp chẩn đoán thuận tiện hơn, trong thời gian này khách hàng có thể sử dụng BPTT khác (không nên là DCTC hoặc que cấy).
- Nếu nguyên nhân ra máu là viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD thì khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tiêm trong thời gian điều trị bệnh.

4.3. Một số vấn đề khác.

4.3.1. Nhức đầu.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như ibuprofen hoặc paracetamol…
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.
- Ngừng thuốc tiêm nếu khách hàng bị nhức đầu kèm mờ mắt.

4.3.2. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quị hoặc ung thư vú…).

- Ngừng thuốc tiêm và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.3.3. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng thuốc tiêm tránh thai.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THUỐC CẤY TRÁNH THAI

Thuốc cấy tránh thai là BPTT tạm thời có chứa progestin. Hiện nay thuốc cấy tránh thai có hai loại: (i) Loại một nang (que) mềm, hình trụ, vỏ bằng chất dẻo sinh học,(Ví dụ: Implanon chứa 68 mg etonogestrel, có tác dụng tránh thai trong 3 năm), và (ii) Loại 2 nang, (Ví dụ: Femplant, mỗi que chứa 75mg hoạt chất Levonorgestrel, tổng hàm lượng hoạt chất Levonogestrel của 2 que là 150mg), có tác dụng tránh thai trong 4 năm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc cấy tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT dài hạn và có hồi phục.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Có tiền sử vô kinh hoặc kỳ kinh bất thường. Phụ nữ có tiền sử kinh nguyệt không đều hoặc trên 45 tuổi không nên dùng Femplant.

Cần cân nhắc với các trường hợp:

- Có khối u ở vú.
- Bệnh tiểu đường, huyết áp cao.
- Có bệnh về mật, tim, hoặc thận.
- Có tiền sử huyết khối, bệnh tim hoặc đột quỵ.
- Trầm cảm.
- Đau nửa đầu.

Những trường hợp này cần được kiểm tra sức khỏe thường xuyên hơn nếu muốn sử dụng.

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc cấy tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm (có thể khó lấy ra).
- Các tác dụng phụ có thể gặp, đặc biệt là ra máu bất thường.
- Không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD và HIV/AIDS.
- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cấy tránh thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. 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 không rõ nguyên nhân.

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu (hoặc trong vòng 5 ngày đầu đối với Implanon) của chu kỳ kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày (hoặc nếu quá 5 ngày đối với Implanon) từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh và cho con bú:
  + Trong vòng 6 tuần sau sinh và đang cho con bú: Chỉ sử dụng thuốc cấy một khi không còn BPTT nào khác.
  + Từ 6 tuần đến 6 tháng, vô kinh:
    - Bất kỳ lúc nào.
    - Nếu có kinh lại sau 6 tuần: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
  + Sau 6 tháng sau sinh:
    - Nếu chưa có kinh lại bất kỳ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần tránh giao hợp hoặc sử dụng biện pháp tránh thaihỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
    - Nếu có kinh lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
- Sau sinh, không cho con bú:
  + Bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
  + Nếu đã có kinh trở lại: như trường hợp có kinh nguyệt bình thường.
- Ngay sau phá thai hoặc sẩy thai:
  + Trong vòng 7 ngày sau phá thai, sẩy thai: có thể cấy thuốc ngay lập tức.
  + Sau 7 ngày: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp:
  + Sử dụng thuốc cấy trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 5 ngày đối với Implanon) hoặc bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai, nhưng phải sử dụng một BPTT trong vòng 7 ngày sau khi cấy thuốc.
  + Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai uống bắt đầu từ ngay sau ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, trong thời gian chờ đợi đến thời điểm cấy thuốc
- Ngay sau khi tháo nang thuốc cấy, nếu muốn tiếp tục sử dụng thuốc cấy tránh thai.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ được cấy thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai, vào thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được cấy thuốc:

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được cấy thuốc:

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.
- Nếu đã quá 7 ngày kể từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh: lấy DCTC ít nhất 7 ngày sau khi cấy thuốc.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

3.4. Kỹ thuật cấy.

- Cần đảm bảo vô khuẩn.Sát khuẩn da vùng định cấy: thường ở khoảng giữa mặt trong cánh tay không thuận.
- Trải vải có lỗ vùng định cấy.
- Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 1% dọc đường cấy.
- Cấy que thuốc nông dưới da (1 que với Implanon, 2 que với Femplant).
- Kiểm tra nang thuốc đã được cấy.
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn.

3.5. Kỹ thuật tháo

- Sát khuẩn.
- Trải vải.
- Gây tê.
- Rạch da khoảng 2 mm phía đầu que cấy…
- Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra chỗ rạch.
- Dùng 1 kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy, kéo nhẹ ra.
- Sau khi tháo hết, sát khuẩn, băng lại.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Rối loạn kinh nguyệt.

4.1.1 Vô kinh.

- Giải thích rằng vô kinh là bình thường khi dùng thuốc cấy tránh thai.
- Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: tháo hoặc chuyển đến cơ sở có thể tháo, và hướng dẫn sử dụng BPTT khác.

4.1.2. Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai bị kinh nguyệt không đều; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
  + Sử dụng:
    - Ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác),
    - Thuốc tránh thai kết hợp trong 21 ngày nếu không có chống chỉ định estrogen.
- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Nếu bị viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD: có thể tiếp tục sử dụng thuốc cấy trong thời gian điều trị bệnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.1.3. Ra máu hoặc ra máu quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

- Đây là tình trạng hiếm gặp, nhưng cần được chú ý đặc biệt. Cần trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng que cấy tránh thai; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều hoặc sử dụng mỗi ngày 01 viên tránh thai kết hợp hoặc 50mcg ethinyl estradion mỗi ngày, trong 21 ngày.
- Có thể kết hợp a xít Tranexamic (Transamin) trong 5 ngày.
- Khuyên khách hàng uống viên sắt hoặc ăn các thực phẩm giàu chất sắt.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám, khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.2. Đau hạ vị.

Cần loại trừ nang và khối u buồng trứng, viêm ruột thừa, viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung hoặc u gan vỡ.

- Thai ngoài tử cung: điều trị hoặc chuyển tuyến, tháo thuốc cấy.
- Nang cơ năng buồng trứng: giải thích nang thường tự biến mất, nếu có thể khám lại sau 3 tuần.
- Đau do các nguyên nhân khác: không cần tháo thuốc cấy.

4.3. Tại vị trí cấy.

4.3.1. Đau sau khi cấy.

- Hướng dẫn cho khách hàng.
  + Đảm bảo băng ép không quá chặt.
  + Thay băng ép mới.
  + Tránh đè mạnh vào vùng cấy trong vài ngày và tránh ép vào nếu sưng đau.
  + Sử dụng các thuốc giảm đau nhóm non-steroid.

4.3.2. Nhiễm khuẩn vị trí cấy (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ).

- Viêm:
  + Không tháo que cấy.
  + Rửa sạch vùng cấy bằng thuốc sát khuẩn hoặc nước xà phòng.
  + Sử dụng kháng sinh và yêu cầu khách hàng khám lạisau 1 tuần. Nếu không đỡ, tháo que cấy hoặc chuyển tuyến.
- Áp xe:
  + Rửa sạch vùng viêm bằng thuốc sát khuẩn, rạch da và tháo mủ
  + Nếu nhiễm khuẩn da nhiều: Sử dụng kháng sinh.
  + Điều trị vết thương.
  + Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo (nếu tình trạng không ổn định).

4.4. Một số vấn đề khác.

4.4.1. Nhức đầu.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol…
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tháo que cấy và khuyên khách hàng sử dụng BPTT không có nội tiết nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) có kèm mờ mắt hoặc bị nặng lên sau khi cấy, đặc biệt đi kèm nhìn mờ, mất thị giác thóang qua, mắt nổ đom đóm hoặc thấy các đường díc dắc, rối loạn ngôn ngữ hoặc vận động. Trường hợp nhức nửa đầu không kèm mờ mắt vẫn có thể tiếp tục sử dụng que cấy nếu muốn.
- Chuyển tuyến để điều trị bệnh tương ứng.

4.4.2. Căng ngực.

- Khuyên khách hàng thử chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau nhóm non-steroid (Ví dụ: ibuprofen hoặc paracetamol…).

4.4.3. Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.
- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.4.4. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quị hoặc ung thư vú…)

- Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.4.5. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ đối với thai nhi khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng thuốc cấy tránh thai.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng kết hợp với bao cao su. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

MIẾNG DÁN TRÁNH THAI

Miếng dán tránh thai (MDTT) là BPTT tạm thời, chứa 2 loại nội tiết là estrogen và progestin. Khách hàng sử dụng miếng dán tránh thai cần dán ba miếng dán mỗi tháng, mỗi tuần thay miếng dán một lần và ngừng sử dụng trong vòng một tuần.

Hiệu quả của MDTT phụ thuộc vào người sử dụng. Nguy cơ có thai ngoài ý muốn tăng lên nếu người sử dụng thay MDTT muộn. MDTT là một phương pháp tránh thai mới vì vậy những nghiên cứu về phương pháp này còn rất hạn chế. Theo một nghiên cứu lâm sàng, MDTT có hiệu quả từ 92,9% đến 93,7%.

Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng miếng dán tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời có hiệu quả cao.

2. Chống chỉ định.

Như chống chỉ định của viên thuốc tránh thai kết hợp.*(xem bài Viên thuốc tránh thai kết hợp)*

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng. Nêu rõ hiệu quả, những thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng MDTT. Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có tác dụng phòng các bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS hoặc giảm nguy cơ viêm tiểu khung.
- Cho khách hàng xem miếng dán tránh thai và hướng dẫn cách sử dụng trên miếng dán: Mỗi chu kỳ kinh khách hàng sẽ sử dụng 3 miếng dán trong ba tuần liên tiếp, mỗi tuần sẽ cần thay một miếng dán. Khách hàng không dán MDTT vào tuần lễ thứ tư và sẽ có kinh vào tuần lễ này. (Xem thông tin chi tiết trong các mục dưới đây).
- Cung cấp thông tin cho khách hàng những tác dụng phụ có thể gặp, bao gồm:
  + Ngứa hoặc nổi ban đỏ trên bề mặt da chỗ dán miếng dán tránh thai.
  + Thay đổi chu kỳ kinh nguyệt: Ra máu ít hơn và số ngày ra máu ngắn hơn, ra máu không theo chu kỳ, ra máu kéo dài và mất kinh.
  + Đau đầu.
  + Buồn nôn, nôn.
  + Căng ngực.
  + Đau bụng.
  + Triệu chứng cảm cúm/viêm đường hô hấp trên.
  + Ngứa, đỏ hoặc viêm âm đạo.

Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào nếu có vấn đề.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng: không cần thiết.

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng hiện đang không sử dụng BPTT.

- Bắt đầu dán MDTT vào ngày đầu tiên của chu kỳ kinh: Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ
- Bắt đầu dán MDTT sau ngày đầu tiên của chu kỳ kinh: cần áp dụng BPTT hỗ trợ không phải là biện pháp nội tiết trong 7 ngày liên tiếp.

3.3.2. Khách hàng đang dùng viên thuốc tránh thai chuyển sang dùng MDTT

- Bắt đầu dùng MDTT vào ngày đầu tiên thấy kinh sau ngừng thuốc: Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.
- Bắt đầu dùng MDTT sau ngày đầu tiên thấy kinh: phải áp dụng BPTT hỗ trợ không phải là biện pháp nội tiết trong *7 ngày liên tiếp.*

3.3.3. Khách hàng dùng MDTT sau khi sinh

Nếu không cho con bú: bắt đầu tránh thai bằng MDTT sớm nhất là 4 tuần sau khi sinh.

3.3.4. Khách hàng dùng MDTT sau khi phá thai hoặc sẩy thai

- Với thai dưới 20 tuần: Bắt đầu dùng MDTT ngay sau khi phá thai hoặc sẩy thai, không cần dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ.
- Với thai từ 20 tuần trở lên: Bắt đầu dùng MDTT vào ngày 21 sau khi phá thai/sẩy thai hoặc vào ngày đầu của chu kỳ kinh đầu tiên, tùy thuộc vào tình trạng nào đến trước.

3.4. Cách sử dụng

- Xé bao đựng MDTT dọc theo mép bao.
- Kéo MDTT ra khỏi bao và bóc lớp áp vào miếng dán sao cho không chạm tay vào bề mặt dính của miếng dán.
- Dán MDTT vào vùng da bình thường, khô sạch, không có lông ở vùng mông, bụng, mặt ngoài phía trên cánh tay hoặc phần thân trên.

Lưu ý:

+ Không dán miếng dán tránh thai lên vú, vùng da đang bị đỏ hoặc kích ứng, bị trầy xước.
+ Không dán miếng dán tránh thai mới lên vị trí miếng dán cũ để tránh kích ứng da.
+ Không nên trang điểm, sử dụng các loại kem bôi, sữa, phấn hoặc các sản phẩm khác lên vùng da đang dán miếng dán và vùng da sắp được dán miếng dán để tránh làm giảm tính kết dính của MDTT.
+ Không dán miếng dán tránh thai lên vùng da bị bệnh da liễu vì nó có thể làm cho tình trạng bệnh nặng lên.

Cách dán:

+ Áp mặt có thuốc của miếng dán vào sát da, miết ngón tay trên miếng dán trong khoảng 10 giây.
+ Miết ngón tay dọc theo mép miếng dán để đảm bảo miếng dán dính chắc trên da.
+ Mỗi lần chỉ dán một MDTT, Mỗi MDTT được dán liên tục đủ 1 tuần (7 ngày).

Thay miếng dán:

+ Khi dán MDTT đầu tiên khách hàng nên ghi lại ngày dán (quy ước là "ngày thay miếng dán")

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Thay MDTT mỗi tuần vào đúng "ngày thay miếng dán"trong vòng 3 tuần liên tục
+ Không dán MDTT vào tuần thứ tư, khách hàng sẽ có kinh vào tuần này.
+ Sau tuần thứ tư khách hàng cần dán ngay một MDTT mới.
+ Không nên dán MDTT mới muộn hơn 7 ngày vì khách hàng sẽ có nguy cơ có thai.Dù còn ra máu kinh vẫn cần dán MDTT vào đúng "ngày thay miếng dán".
+ Khách hàng nên kiểm tra hàng ngày để đảm bảo miếng dán vẫn dính tốt vào da.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng MDTT và cách xử trí.

4.1. Quên sử dụng MDTT

4.1.1. Quên không sử dụng MDTT vào của tuần thứ nhất kỳ kinh.

- Dán ngay một MDTT mới khi nhớ ra.
- Ghi lại ngày dán MDTT này và lấy đó làm ngày thay các MDTT.
- Sử dùng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kể từ ngày dán MDTT này.
- Nếu quên dán MDTT từ 3 ngày trở lên (đã không sử dụng MDTT từ 10 ngày trở lên) và khách hàng có quan hệ tình dục không được bảo vệ, cần cân nhắc đến việc sử dụng viên tránh thai khẩn cấp (Xem bài "Viên thuốc tránh thai kết hợp").

4.1.2. Quên không thay MDTT mới vào tuần thứ hai hoặc thứ ba của kỳ kinh:

- Nếu thay MDTT muộn 1-2 ngày (muộn trong vòng 48 giờ).
  + Dán MDTT ngay khi nhớ ra.
  + Thay miếng dán vào cùng ngày cho những tuần sau.
  + Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.
- Nếu muộn trên 2 ngày (muộn trên 48 giờ).
  + Dừng chu kỳ sử dụng MDTT hiện tại và bắt đầu một chu kỳ 4 tuần mới bằng cách dán ngay một MDTT mới.
  + Ghi lại ngày bắt đầu dán MDTT này và lấy đó làm ngay thay MDTT.
  + Sử dụng một BPTT hỗ trợ trong vòng 7 ngày.

4.1.3. Quên không tháo MDTT vào tuần lễ thứ tư.

- Tháo miếng dán tránh thai.
- Bắt đầu dán MDTT mới vào ngày thay MDTT như thường lệ. Không cần phải sử dụng BPTT hỗ trợ.

4.2. Thay đổi "ngày thay miếng dán"

- Cần sử dụng hết 3 MDTT của kỳ kinh hiện tại,bóc miếng dán thứ 3 đúng ngày.
- Trong tuần không dùng miếng dán, chọn "ngày thay miếng dán" cho chu kỳ mới và dán miếng dán đầu tiên, nhưng không được muộn hơn 7 ngày kể từ ngày lột bỏ miếng dán trước.

4.3. Rối loạn kinh nguyệt khi dùng MDTT:

- Nếu rong huyết vẫn nên tiếp tục dùng MDTT. Rong huyết do MDTT thường chấm dứt sau một vài chu kỳ kinh nguyệt. Nếu rong huyết kéo dài nên xem xét các nguyên nhân khác.
- Nếu không thấy kinh nguyệt trong tuần lễ không dùng MDTT vẫn nên dùng MDTT mới vào "ngày thay miếng dán". Nếu MDTT được dùng đúng cách, không thấy kinh nguyệt không nhất thiết là dấu hiệu của thai nghén. Tuy nhiên, cần loại trừ khả năng mang thai nếu không thấy kinh nguyệt trong 2 chu kỳ kế tiếp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.4. Kích ứng da:

- Nếu miếng dán gây kích ứng da khó chịu, có thể dùng một miếng dán mới vào vị trí khác cho đến "ngày thay miếng dán".
- Lưu ý lúc nào cũng chỉ dùng một miếng dán duy nhất trên da mà thôi.

4.5. Bong MDTT:

- Nếu MDTT bị bong ở bờ hoặc bong hẳn ra mà không dán lại được thì thuốc không được phóng thích đầy đủ và khách hàng có khả năng có thai ngoài ý muốn:
  + MDTT bị bong dưới 1 ngày (trong vòng 24 giờ): cần dán lại ngay miếng dán này hoặc thay miếng dán mới. Không cần áp dụng BPTT hỗ trợ. MDTT tiếp theo được thay đúng vào "ngày thay miếng dán".
  + MDTT bị bong trên 1 ngày (trên 24 giờ) hoặc khách hàng không xác định được miếng dán đã bong ra một phần khi nào: người dùng có thể không được bảo vệ tránh thai. Cần dừng ngay chu kỳ tránh thai hiện tại và bắt đầu chu kỳ tránh thai mới. Ngày hôm đó sẽ là "ngày thay miếng dán" cho chu kỳ mới. Đồng thời khách hàng phải áp BPTT hỗ trợ không phải chứa nội tiết trong 7 ngày liên tiếp.
- Lưu ý: Không nên dán lại miếng dán cũ nếu độ kết dính đã mất, hoặc miếng dán đã dính vào nhau, hay dính vào bất kỳ vật gì khác, hoặc miếng dán bị lỏng hoặc rơi ra trước đó. Trong trường hợp này cần thay miếng dán khác ngay. Không nên dùng thêm keo dính hoặc băng keo để cố gắng giữ miếng dán trên da.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng MDTT.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo khi sử dụng MDTT. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KHẨN CẤP

Biện pháp tránh thai khẩn cấp được sử dụng sau khi giao hợp không được bảo vệ, sử dụng càng sớm hiệu quả càng cao. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng các BPTT khẩn cấp nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLQĐTD và HIV/AIDS.

Các BPTT khẩn cấp bao gồm:

+ Viên thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ chứa progestin (Ví dụ: Postinor…);

+ Viên thuốc tránh thai kết hợp;

+ Dụng cụ tử cung chứa đồng.

1. Chỉ định.

Phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ hoặc sử dụng BPTT thất bại, như rách bao cao su, quên uống thuốc, tiêm thuốc muộn... hoặc bị hiếp dâm.

2. Chống chỉ định.

- Nếu sử dụng viên thuốc tránh thai khẩn cấp chứa progestin:như viên thuốc tránh thai chỉ có progestin (Xem bài viên thuốc tránh thai chỉ có progestin).
- Nếu sử dụng viên tránh thai kết hợp:xem bài Viên thuốc tránh thai kết hợp.
- Nếu sử dụng dụng cụ tử cung:xem bài Dụng cụ tránh thai trong tử cung.

3. Quy trình thực hiện

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về các BPTT khẩn cấp. Tư vấn rõ về hiệu quả, những thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng các BPTT khẩn cấp. Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có hiệu quả cao, không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD và nên sử dụng một BPTT tin cậy khác nếu có quan hệ tình dục thường xuyên. Ngoài ra, BPTT khẩn cấp cần được sử dụng càng sớm càng tốt, và hiệu quả càng giảm nếu sử dụng càng muộn.
- Cho khách hàng xem viên thuốc và hướng dẫn cách sử dụng. Cho khách hàng biết các tác dụng phụ và những khó khăn có thể gặp như ra máu âm đạo hoặc buồn nôn, nôn.
- Tư vấn cho khách hàng về sử dụng DCTC để tránh thai khẩn cấp.
- Nhắc khách hàng kiểm tra tình trạng có thai nếu chậm kinh sau sử dụng BPTT khẩn cấp.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng BPTT.

- Hỏi kỹ tiền sử và khám lâm sàng để phát hiện chống chỉ định (sử dụng bảng kiểm).
- Thăm khám để loại trừ có thai.

3.3. Thời điểm thực hiện

- Sử dụng BPTT khẩn cấp càng sớm càng tốt sau giao hợp: Trong vòng 72 giờ nếu sử dụng viên thuốc tránh thai khẩn cấp hoặc viên thuốc tránh thai kết hợp; trong vòng 5 ngày (120 giờ) nếu sử dụng DCTC. Hiệu quả tránh thai khẩn cấp giảm dần mỗi ngày.
- Nếu biết chắc ngày rụng trứng, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 5 ngày sau rụng trứng, tức có thể trễ hơn 5 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.4. Cách sử dụng:

- Viên thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ chứa progestin.
  + Loại một viên: chứa 1,5 mg levonorgestrel hoặc 3 mg norgestrel: uống một viên (liều duy nhất).
  + Loại 02 viên: mỗi viên chứa 0,75 mg levonorgestrel. Uống hai lần, mỗi lần một viên cách nhau 12 giờ hoặc uống một lần cả 02 viên.
- Viên thuốc tránh thai kết hợp (nếu không có viên thuốc tránh thai khẩn cấp)
  + Uống 2 lần cách nhau 12 giờ; mỗi lần 4 viên (mỗi viên chứa 30 mcg ethinyl estradiol và 0,15 mg hoặc 0,125 mg lenovorgestrel) đảm bảo ít nhất mỗi lần 0,1 mg ethinyl estradiol và 0,5 mg levonorgestrel (hoặc 1 mg norgestrel hoặc 2 mg noresthisteron)
- DCTC chứa đồng (xem bài Dụng cụ tránh thai trong tử cung): đây là lựa chọn thích hợp cho những khách hàng muốn tiếp tục sử dụng DCTC tránh thai.

4. Sử dụng các BPTT sau sử dụng BPTT khẩn cấp

Trừ BPTT khẩn cấp bằng cách đặt DCTC có đồng, các BPTT khẩn cấp có dùng thuốc chỉ có tác dụng bảo vệ tránh thai trong lần giao hợp đó. Do các BPTT khẩn cấp có dùng thuốc ảnh hưởng mạnh mẽ đến hoạt động của hệ nội tiết nên không được dùng như là một BPTT thường xuyên. Nhân viên y tế cần tư vấn cho khách hàng bắt đầu sử dụng một BPTT khác sau khi dùng BPTT khẩn cấp:

4.1 Viên thuốc tránh thai kết hợp, viên thuốc tránh thai chỉ có progestin

- Bắt đầu ngay sau ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, không cần chờ đến kỳ kinh sau.
- Sử dụng tiếp theo vỉ thuốc đang sử dụng (nếu khách hàng đang sử dụng) hoặc bắt đầu vỉ thuốc mới (nếu khách hàng chưa sử dụng BPTT này trước đó).
- Sử dụng BPTT hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp sau uống thuốc.

4.2 Thuốc tiêm tránh thai

- Bắt đầu ngay trong ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, hoặc có thể bắt đầu trong vòng 7 ngày sau khi có kinh lại (nếu khách hàng yêu cầu).
- Sử dụng BPTT hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp sau tiêm thuốc.
- Nhắc khách hàng tái khám nếu có dấu hiệu nghi ngờ có thai.

4.3 Thuốc cấy

- Sử dụng thuốc cấy trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 5 ngày đối với Implanon) hoặc bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai, nhưng phải sử dụng một BPTT trong vòng 7 ngày sau khi cấy thuốc.
- Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai uống bắt đầu từ ngay sau ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, trong thời gian chờ đợi đến thời điểm cấy thuốc.

4.4 Đặt DCTC

- Tiếp tục sử dụng DCTC nếu khách hàng đã sử dụng DCTC để tránh thai khẩn cấp hoặc
- Bắt đầu ngay trong ngày khách hàng uống thuốc tránh thai khẩn cấp.

4.5 Bao cao su, màng ngăn âm đạo, phương pháp xuất tinh ngoài âm đạo

Ngay lập tức.

4.6 BPTT tính theo vòng kinh

Bắt đầu tính ngay sau khi khách hàng có kinh trở lại.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng tránh thai khẩn cấp, và cách xử trí

5.1. Nôn trong vòng 2 giờ sau uống thuốc

- Uống lại liều thuốc tránh thai khẩn cấp càng sớm càng tốt.
- Có thể sử dụng thuốc chống nôn trước khi uống liều lặp lại cho những khách hàng uống viên thuốc tránh thai kết hợp, hoặc liều lặp lại có thể được đặt đường âm đạo nếu khách hàng vẫn tiếp tục nôn nhiều.
- Chú ý là phác đồ sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ có levonorgestrel để tránh thai khẩn cấp ít gây buồn nôn và nôn hơn so với viên thuốc kết hợp và không khuyến cáo phải sử dụng thuốc chống nôn một cách thường qui trước khi uống thuốc tránh thai khẩn cấp.
- Tác dụng phụ bao gồm ra huyết âm đạo bất thường, buồn nôn, nôn, căng ngực, nhức đầu và chóng mặt.

5.2. Chậm kinh

- Cần thử thai hoặc tái khám tại cơ sở y tế nếu chậm kinh.
- Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp và mang thai.

5.3. Ra máu thấm giọt

Trấn an khách hàng đây không phải dấu hiệu bất thường, và sẽ tự hết không cần điều trị.

6. Đối với khách hàng HIV(+):

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT khẩn cấp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT ỐNG DẪN TINH

Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh là BPTT vĩnh viễn dành cho nam giới bằng cách làm gián đoạn ống dẫn tinh dẫn đến không có tinh trùng trong mỗi lần xuất tinh. Đây là biện pháp thực hiện một lần có tác dụng tránh thai suốt đời vì thế khách hàng cần được tư vấn kỹ trước khi quyết định thực hiện. Đây là một thủ thuật ngoại khoa đơn giản và an toàn. Hiệu quả tránh thai rất cao (trên 99,5%) và triệt sản nam không có ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt tình dục. Triệt sản nam không phòng tránh được các NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Nam giới đã có đủ số con mong muốn, khỏe mạnh, tự nguyện dùng một BPTT vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ.

2. Chống chỉ định (không có chống chỉ định tuyệt đối).

2.1. Cần THẬN TRỌNG *(có thể thực hiện bình thường khi có thêm những chuẩn bị cần thiết)* ***nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau.***

- Tiền căn chấn thương bìu hoặc bìu sưng to do giãn tĩnh mạch vùng thừng tinh, tinh hoàn lạc chỗ 1 bên.
- Bệnh lý nội khoa như tiểu đường, trầm cảm hoặc trẻ tuổi.

2.2. HOÃN thủ thuật nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau.

- NKLTQĐTD cấp hoặc viêm (sưng, đau) đầu dương vật, ống dẫn tinh hoặc tinh hoàn hoặc nhiễm khuẩn tinh hoàn.
- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc bị bệnh phù chân voi.

2.3. Cần có CHUẨN BỊ ĐẶC BIỆT (như phẫu thuật viên có kinh nghiệm hoặc phương tiện gây mê nội khí quản hoặc những phương tiện hồi sức cần thiết) ***nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau: thoát vị bẹn, có AIDS hoặc rối loạn đông máu.***

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nam.
- Hiệu quả, ưu điểm, nhược điểm của triệt sản nam (nhấn mạnh đây là BPTT không phục hồi, nên không thích hợp cho đối tượng còn trẻ chưa có con). Biện pháp này không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD, HIV/AIDS.
- Giải thích qui trình triệt sản nam.
- Ký đơn tình nguyện xin triệt sản.

3.2. Thăm khám trước khi thực hiện thủ thuật.

- Tìm hiểu kỹ xem khách hàng có đúng chỉ định không.
- Hỏi kỹ tiền sử bệnh tật nội ngoại khoa, khám toàn thân và bộ phận (tim, phổi, ổ bụng). Đặc biệt chú ý khám vùng sinh dục ngoài (bìu, tinh hoàn, mào tinh).
- Xét nghiệm thường không cần thiết trừ khi hỏi tiền sử và thăm khám lâm sàng phát hiện những vấn đề cần thăm dò thêm. Những xét nghiệm có thể làm là: hemoglobin và/hay hematocrit, phân tích nước tiểu tìm glucose và protein.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Khuyên khách hàng vệ sinh sạch sẽ vùng sinh dục và vùng đùi trên trước phẫu thuật; mặc quần lót sạch.

3.3. Thời điểm thực hiện.

Bất kỳ thời gian nào thuận tiện.

3.4. Thực hiện triệt sản nam.

3.4.1.Chuẩn bị tiến hành thủ thuật.

- Làm sạch vùng phẫu thuật: cắt bớt lông mu, rửa sạch vùng sinh dục bằng dung dịch sát khuẩn.
- Khách hàng mặc quần áo sạch, nằm ngửa thoải mái trên bàn phẫu thuật. Trải khăn phẫu thuật có lỗ để hở vùng bìu.
- Phẫu thuật viên và trợ thủ rửa tay, mặc áo, đi găng như qui trình phẫu thuật.
- Nhiệt độ phòng phẫu thuật phải đủ ấm, không quá lạnh.

3.4.2. Giảm đau trong triệt sản nam.

- Nếu khách hàng quá lo lắng, cho uống 5 mg diazepam 30 phút trước thủ thuật.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1% (loại không có adrenalin). Liều tối đa không quá 4,5 mg/kg trọng lượng cơ thể.

3.4.3. Kỹ thuật triệt sản nam không dùng dao.

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

- Thắt ống dẫn tinh bên phải.
  + Dùng kỹ thuật 3 ngón tay để xác định và cố định ống dẫn tinh.
  + Đặt kẹp ôm ống dẫn tinh qua da bìu.
  + Chọc kìm phẫu tích qua da.
  + Bộc lộ và nâng cao ống dẫn tinh.
  + Bấu vào ống dẫn tinh bằng kẹp vòng tròn.
  + Bóc tách cân tinh.
  + Thắt và cắt đoạn ống dẫn tinh.
  + Buộc hai đầu bằng chỉ không tiêu hay chromic catgut.
  + Đặt 1 cân để cách ly đầu xa của ống dẫn tinh.
- Thắt ống dẫn tinh bên trái: kỹ thuật tương tự

Lưu ý:

  + Không cần khâu da bìu, chỉ cần băng lỗ mở da bìu.
  + Phải cầm máu kỹ trong suốt quá trình làm thủ thuật.

3.4.4. Theo dõi và hướng dẫn khách hàng ngay sau phẫu thuật.

- 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 một vài giờ.
- Sử dụng kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn.
- Sử dụng thuốc giảm đau.
- 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 chật trong vài ngày đầu giúp có cảm giác thoải mái).
  + Có thể dùng túi nhỏ chứa nước đá áp lên vùng chung quanh bìu để giảm sưng đau.
  + Tránh lao động nặng trong 1-2 ngày đầu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Luôn giữ vết mổ sạch và khô. Có thể tắm sau 24 giờ nhưng tránh làm ướt vết mổ. Sau 3 ngày có thể rửa vết mổ bằng xà phòng.
+ Sau 1 tuần có thể sinh hoạt tình dục bình thường nhưng vẫn có thể có thai.
+ Hướng dẫn khách hàng tránh giao hợp hoặc dùng bao cao su hoặc BPTT có hiệu quả khác trong vòng 12 tuần sau triệt sản nam.

- Khách hàng cần đến khám lại ngay nếu có những dấu hiệu như: sốt, chảy máu, có mủ vết mổ, sưng đau ở vết mổ không giảm.

4. Tai biến và biến chứng.

Bao gồm chảy máu trong lúc phẫu thuật và sau phẫu thuật, phản ứng thuốc tê, sưng đau, tụ máu sau phẫu thuật, nhiễm khuẩn và trễ hơn có thể gặp viêm mào tinh và u hạt tinh trùng. Việc phát hiện sớm và điều trị thích hợp là rất cần thiết. Ngoài ra có thể gặp đau kéo dài (2%), thường không quá 1 năm hoặc có thể hối tiếc sau triệt sản.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT triệt sản nam. Cần có những chuẩn bị đặc biệt khi thực hiện cho khách hàng có AIDS.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TRIỆT SẢN NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT VÒI TỬ CUNG

Triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt vòi tử cung là một phẫu thuật làm gián đoạn vòi tử cung, không cho tinh trùng gặp noãn để thực hiện thụ tinh. Triệt sản nữ là biện pháp tránh thai vĩnh viễn, hiệu quả tránh thai rất cao (trên 99%) và không ảnh hưởng đến sức khỏe, quan hệ tình dục. Triệt sản nữ không phòng tránh được NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

- Phụ nữ đang ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng một BPTT vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ.
- Phụ nữ bị các bệnh có chống chỉ định có thai.

2. Chống chỉ định: (không có chống chỉ định tuyệt đối).

2.1. Cần THẬN TRỌNG (có thể thực hiện bình thường khi có thêm những chuẩn bị cần thiết) nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- Bệnh lý sản khoa (tiền sử hoặc hiện tại) như: tiền sử viêm vùng chậu từ lần mang thai trước, u xơ tử cung hoặc tiền sử phẫu thuật vùng chậu hoặc bụng dưới.
- Bệnh lý tim mạch như: tăng huyết áp (140/90-159/99 mmHg), tiền sử đột quị hoặc bệnh tim không biến chứng.
- Bệnh mạn tính như động kinh, tiểu đường chưa có biến chứng, nhược giáp, xơ gan còn bù, u gan hoặc nhiễm schistosomiasis gan, thiếu máu thiếu sắt mức độ vừa (hemoglobin 7-10 g/dl), bệnh hồng cầu hình liềm, thalassemia, bệnh thận, thoát vị hoành, suy dinh dưỡng nặng, béo phì, trầm cảm hoặc còn trẻ.

2.2. HOÃN thực hiện nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- Có thai hoặc trong thời gian 7-42 ngày hậu sản.
- Hậu sản của thai kỳ bị tiền sản giật nặng hoặc sản giật.
- Biến chứng sau sinh, sau nạo trầm trọng như: nhiễm khuẩn, xuất huyết hoặc chấn thương hoặc còn ứ máu buồng tử cung nhiều hoặc ra huyết âm đạo bất thường gợi ý bệnh lý nội khoa.
- Viêm vùng chậu hoặc viêm mủ cổ tử cung hoặc viêm cổ tử cung do *Chlamydia* hoặc lậu cầu.
- Ung thư vùng chậu hoặc bệnh tế bào nuôi ác tính.
- Bệnh lý túi mật có triệu chứng hoặc viêm gan siêu vi cấp.
- Thiếu máu thiếu sắt trầm trọng (hemoglobin < 7 g/dl).
- Bệnh phổi như: viêm phổi, viêm phế quản.
- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc nhiễm khuẩn da bụng.
- Khách hàng chuẩn bị phẫu thuật do nguyên nhân cấp cứu hoặc do nhiễm khuẩn.

2.3. Cần có CHUẨN BỊ ĐẶC BIỆT (như: phẫu thuật viên có kinh nghiệm hoặc phương tiện gây mê nội khí quản hoặc những phương tiện hồi sức cần thiết), nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- Bị AIDS hoặc tử cung bị cố định do phẫu thuật trước đó hoặc do nhiễm khuẩn hoặc có chẩn đoán lạc nội mạc tử cung hoặc thoát vị rốn hoặc thành bụng hoặc vỡ, thủng tử cung sau sinh, sau phá thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Nhiều tình trạng có thể làm gia tăng nguy cơ đột quị như lớn tuổi kèm hút thuốc nhiều, huyết áp, tiểu đường hoặc hiện tại tăng huyết áp trầm trọng (≥ 160/100 mmHg) hoặc tiểu đường có biến chứng hoặc bệnh van tim nặng có biến chứng.
- Bệnh lý nội khoa như xơ gan mất bù, cường giáp, rối loạn đông máu, bệnh phổi mạn tình hoặc lao vùng chậu.

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về triệt sản nữ. Lưu ý những trường hợp quyết định triệt sản trong những thời điểm bị sang chấn tâm lý như sau sinh hay sau hư thai…
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm của triệt sản nữ (nhấn mạnh đây là BPTT không hồi phục).
- Biện pháp không ảnh hưởng đến sức khỏe, giới tính và sinh hoạt tình dục.
- Sau triệt sản kinh nguyệt thường không thay đổi (trừ những trường hợp đang sử dụng DCTC hay tránh thai bằng nội tiết thì có thể thay đổi tạm thời trong một khoảng thời gian sau khi ngưng sử dụng các phương pháp này).
- Biện pháp không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD, HIV/AIDS.
- Giải thích qui trình triệt sản nữ.
- Ký đơn tình nguyện xin triệt sản.

3.2. Thăm khám trước thủ thuật.

- Hỏi tiền sử: ngoài hỏi tiền sử nội, ngoại khoa cần lưu ý:
  + Tình trạng áp dụng BPTT hiện tại nếu có.
  + Ngày đầu kỳ kinh cuối cùng.
  + Tiền sử bệnh lý ở vùng chậu.
  + Tiền sử sản khoa.
  + Những phẫu thuật ở vùng chậu trước đó.
- Thăm khám thực thể:
  + Cân nặng, mạch, nhiệt độ, huyết áp.
  + Khám tim, phổi.
  + Khám bụng.
  + Đánh giá tình trạng dinh dưỡng.
  + Trước khi thực hiện triệt sản nữ ở thời điểm không có thai: phẫu thuật viên cần thăm khám vùng chậu để xác định kích thước tử cung, tính chất di động và vị trí của tử cung để loại trừ những trường hợp viêm vùng chậu và khối u vùng chậu.
  + Trước khi thực hiện triệt sản nữ sau sinh và sau phá thai: phẫu thuật viên cần thăm khám kỹ để loại trừ những biến chứng sau sinh và sau phá thai.
- Xét nghiệm:
  + Hemoglobin và/hoặc hematocrit.
  + Có thể thực hiện thêm những xét nghiệm khác tùy theo kết quả hỏi tiền sử và thăm khám lâm sàng.

3.3. Thời điểm thực hiện.

- Khi không có thai.
- Sau đẻ: thời điểm tốt nhất là trong vòng 7 ngày đầu hoặc trì hoãn đến thời điểm sau 6 tuần sau đẻ.
- Sau phá thai: trong vòng 7 ngày đầu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Kết hợp triệt sản khi phẫu thuật bụng dưới vì một lý do khác (phẫu thuật lấy thai, phẫu thuật u nang buồng trứng…) và có yêu cầu của khách hàng.

3.4. Chuẩn bị tiến hành thủ thuật.

- Sử dụng kháng sinh dự phòng.
- Thông tiểu hoặc cho khách hàng đi tiểu trước khi lên bàn phẫu thuật.
- Để khách hàng nằm ở tư thế phụ khoa hoặc tư thế nằm ngửa tùy theo phẫu thuật viên dùng cần nâng tử cung hay không.
- Nếu dùng cần nâng tử cung thì đặt cần trước khi phẫu thuật.
- Phẫu thuật viên thường đứng bên trái, người phụ mổ đứng đối diện.
- Bàn dụng cụ để ở trong tầm tay của người phụ mổ.
- Một người gây mê hồi sức chuyên theo dõi khách hàng.
- Một người phục vụ ở bên ngoài.

3.5. Giảm đau trong triệt sản nữ.

- An thần bằng đường tĩnh mạch hoặc đường uống 30 – 60 phút trước khi phẫu thuật.Tùy điều kiện, trang thiết bị và kinh nghiệm, có thể áp dụng 1 trong 3 kỹ thuật sau:
  + Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1%. Liều tối đa không quá 4,5 mg/kg trọng lượng cơ thể (phụ nữ 50 kg, liều tối đa là 25 ml lidocain 1%).
  + Chỉ định gây mê nội khí quản cho những người không thể thực hiện thủ thuật bằng gây tê tại chỗ (thường áp dụng cho những trường hợp béo phì, vết mổ cũ dính, bệnh nhân tâm thần).
  + Gây tê ngoài màng cứng ít khi áp dụng.

  Hai phương pháp sau chỉ được dùng trong bệnh viện.

3.6. Kỹ thuật triệt sản nữ.

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

3.6.1. Đường vào.

- Đường mở bụng nhỏ (minilap): rạch ngang hay rạch dọc thành bụng. Nếu rạch dọc thì khởi điểm từ chỗ cao nhất, có thể nâng đáy tử cung bằng cần nâng. Chiều dài đường rạch dưới 5 cm. Triệt sản sau đẻ có thể rạch cong theo nếp dưới của rốn. Chống chỉ định đường mở bụng nhỏ trong trường hợp có sẹo mổ cũ hay ở người quá béo.
- Đường mở bụng lớn khi thực hiện các phẫu thuật khác và kết hợp triệt sản.

3.6.2. Kỹ thuật làm tắc vòi tử cung.

- Tìm và xác định hai vòi tử cung đi từ sừng tử cung ra tới tận loa vòi tử cung.
- Dùng kẹp răng chuột nâng phần eo của vòi tử cung hình thành quai vòi.
- Dùng chỉ catgut thắt dưới quai một đoạn.
- Cắt quai vòi trên chỉ buộc.
- Thực hiện kỹ thuật tương tự cho vòi tử cung bên đối diện.
- Sau khi kiểm tra đủ gạc, đóng bụng theo từng lớp có thể không cần khâu phúc mạc thành bụng.

3.7. Theo dõi sau triệt sản.

- Ngay sau triệt sản theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở trong 6 giờ đầu sau phẫu thuật).
- Có thể cho khách hàng về nhà khi ổn định (thông thường là trong ngày). Những dấu hiệu chứng tỏ khách hàng đã ổn định là:
  + Dấu hiệu Romberg (khách hàng đứng vững khi nhắm 2 mắt và đưa thẳng hai tay ra phía trước).
  + Khách hàng tỉnh táo, tự mặc quần áo được.
  + Sử dụng kháng sinh nếu có nguy cơ nhiễm khuẩn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Sử dụng thuốc giảm đau nếu cần.
- Hướng dẫn khách hàng chăm sóc vết mổ ngay sau triệt sản
  + Giữ vết mổkhô, sạch. Có thể tắm sau 24 giờ, khi tắm tránh không làm ướt vết mổ. Tránh đụng chạm vết mổ.
  + Cắt chỉ vết mổ vào ngày thứ 6 tại nhà hay ở trạm y tế xã (nếu khâu bằng chỉ không tiêu).
  + Tránh làm việc nặng và tránh giao hợp 1 tuần.
- Những dấu hiệu cần khám lại ngay:
  + Sốt.
  + Đau bụng không giảm hoặc tăng.
  + Chảy máu, chảy mủ ở vết mổ.
  + Sưng vùng mổ.Nghi ngờ có thai.

4. Tai biến và biến chứng.

- Chảy máu ổ bụng.
- Nhiễm khuẩn vùng chậu, viêm phúc mạc.
- Hình thành khối máu tụ.
- Chảy máu, nhiễm khuẩn vết mổ.
- Hiếm gặp: tổn thương tử cung, ruột, bàng quang.
- Trường hợp thất bại sau triệt sản có thể gặp thai ngoài tử cung.

5. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT triệt sản nữ. Cần có những chuẩn bị đặc biệt khi thực hiện cho khách hàng AIDS.
- Yêu cầu sử dụng bao cao su khi giao hợp. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TRUYỀN THỐNG (TỰ NHIÊN)

BPTT truyền thống (tự nhiên) là những BPTT không cần dùng dụng cụ, thuốc hay thủ thuật nào để ngăn cản thụ tinh. Đây là những BPTT tạm thời và ít hiệu quả bao gồm: (i) biện pháp tính theo vòng kinh, (ii) biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo. Các BPTT truyền thống không nên khuyến cáo cho khách hàng sẽ có nguy cơ cao khi mang thai. Khách hàng có nhiễm HIV hay bạn tình có nhiễm HIV cần cân nhắc khi sử dụng BPTT truyền thống vì BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Tất cả khách hàng chưa muốn sinh con đều có thể áp dụng.

2. Chống chỉ định tương đối (không có chống chỉ định tuyệt đối).

- Phụ nữ cho con bú trong vòng 6 tuần sau sinh. Cần chờ đợi cho đến khi khách hàng có ít nhất 3 chu kỳ kinh đều.
- Chu kỳ kinh không đều hoặc ra máu âm đạo bất thường, bao gồm cả thời kỳ mới dậy thì và thời kỳ tiền mãn kinh (đối với biện pháp tính theo vòng kinh).
- Thận trọng khi khách hàng đang sử dụng những loại thuốc có thể làm chậm phóng noãn, ví dụ như thuốc an thần (trừ benzodiazepin), thuốc chống trầm cảm, sử dụng kháng sinh kéo dài hoặc sử dụng thuốc kháng viêm không steroid kéo dài.

3. Hướng dẫn thực hiện các biện pháp.

3.1. Tư vấn.

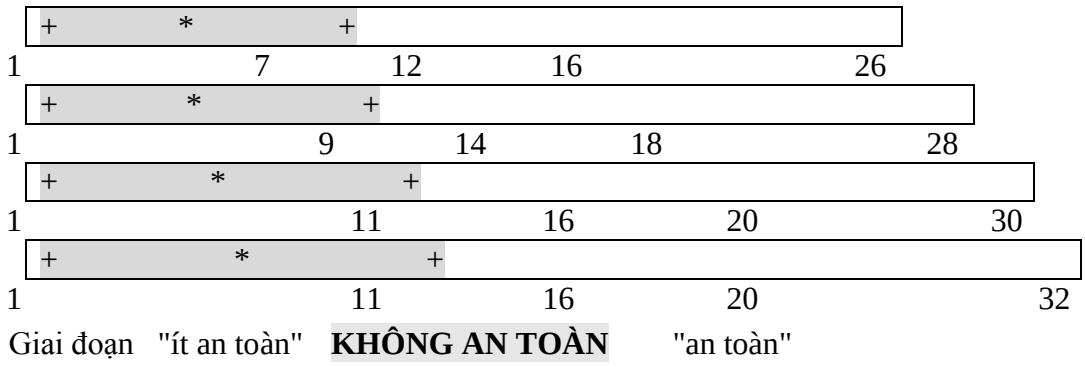
- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng. Không khuyến khích khách hàng sử dụng BPTT tự nhiên nếu như họ có khả năng sử dụng một BPTT khác hiệu quả hơn.
- Cần nêu rõ hiệu quả, ưu, nhược điểm của BPTT tự nhiên, đặc biệt là những khó khăn ví dụ như hiệu quả thấp và khó áp dụng khi vòng kinh không đều hoặc hai bên không hợp tác. Biện pháp này không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD.
- Cần lưu ý khách hàng là do hiệu quả của các BPTT tự nhiên không cao nên cần sử dụng phối hợp các BPTT với nhau hoặc phối hợp với các BPTT hỗ trợ để nâng cao hiệu quả. Cung cấp thông tin về các BPTT khẩn cấp để dự phòng khi áp dụng BPTT tự nhiên thất bại.
- Trình bày đặc điểm của từng BPTT tự nhiên.
  + BPTT theo vòng kinh.
    - Giai đoạn ít an toàn (trước phóng noãn) hiệu quả tránh thai không cao do có thể có hiện tượng phóng noãn sớm và tinh trùng có thể sống được quá lâu.
    - Hiệu quả thấp đối với phụ nữ có vòng kinh không đều.
    - Chỉ nên giao hợp tự do vào khoảng một tuần trước kỳ kinh sau.
  + BPTT xuất tinh ngoài âm đạo.
    - Đây là BPTT ít hiệu quả, không thích hợp cho những khách hàng xuất tinh sớm hoặc không nhận biết được thời điểm xuất tinh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. Hướng dẫn thực hiện.

3.2.1. BPTT tính theo vòng kinh.

- Căn cứ vào số ngày mỗi vòng kinh của khách hàng, hướng dẫn khách hàng tính được ngày dự kiến sẽ có kinh lần sau:



Ghi chú: * ngày dự kiến phóng noãn.

+.....+ những ngày có khả năng thụ thai.

- Từ ngày dự kiến có kinh lùi lại 14 ngày là ngày có thể phóng noãn trong vòng kinh.
- Trong vòng 5 ngày trước và 4 ngày sau khi phóng noãn là những ngày không an toàn, cần kiêng giao hợp hoặc nếu giao hợp thì cần dùng BPTT hỗ trợ.

3.2.2. BPTT bằng cách xuất tinh ngoài âm đạo.

- Khi cảm thấy sắp xuất tinh thì rút dương vật ra, phóng tinh ở ngoài âm đạo.
- Không để tinh dịch rỉ ra khi dương vật còn trong âm đạo và không để tinh dịch đã phóng ra ngoài rơi trở lại âm đạo.

4. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng các BPTT truyền thống. Cần chú ý rằng những BPTT truyền thống này không giúp ngăn ngừa lây truyền HIV và không có hiệu quả tránh thai cao.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo khi sử dụng các BPTT truyền thống. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO BÚ VÔ KINH

Biện pháp cho bú vô kinh là một BPTT tạm thời dựa vào việc cho bú mẹ hoàn toàn sau sinh khi chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi. Biện pháp cho bú vô kinh là BPTT hiệu quả không cao, không nên khuyến cáo cho những khách hàng sẽ có nguy cơ cao khi mang thai. Biện pháp cho bú vô kinh không nên sử dụng cho những khách hàng nhiễm HIV hoặc có bạn tình nhiễm HIV và không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ cho con bú hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Mẹ đang sử dụng những loại thuốc chống chỉ định cho con bú như: các loại thuốc chống đông, chống chuyển hóa, bromocriptin, corticosteroid liều cao, cyclosporin, ergotamin, lithium, thuốc trầm cảm và thuốc có đồng vị phóng xạ.
- Những tình trạng của bé ảnh hưởng đến việc cho bú như: bé có dị tật vùng miệng, hầu-họng, bé non tháng hoặc nhỏ so với tuổi thai cần chăm sóc đặc biệt, bé bị một số tình trạng rối loạn chuyển hóa.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

Mẹ nhiễm HIV.

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng. Nêu rõ hiệu quả, thuận lợi, không thuận lợi của biện pháp cho bú vô kinh. BPTT này không nên sử dụng cho khách hàng nhiễm HIV và không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD, HIV/AIDS.
- Căn dặn khách hàng quay trở lại để hướng dẫn áp dụng BPTT hiệu quả khác nếu: (i) bắt đầu cho ăn bổ sung hoặc (ii) có kinh trở lại hoặc (iii) con trên 6 tháng.
- Hẹn gặp lại khách hàng ít nhất 1 lần trong vòng 3 tháng và hỏi những thông tin liên quan đến:
  + Có kinh trở lại.
  + Trẻ ăn những thức ăn khác ngoài sữa mẹ.
  + Những khó khăn trong việc cho bú để có hướng dẫn giúp đỡ.
  + Sử dụng thuốc trong thời kỳ cho con bú.
  + Mới bị những bệnh nhiễm khuẩn như viêm gan do virus (vàng da, vàng mắt), HIV mới được phát hiện...
  + Thảo luận về thời điểm bắt đầu BPTT khác.

3.2. Thời điểm thực hiện.

Bắt đầu ngay sau khi sinh.

3.3. Qui trình thực hiện.

- Cho bé bú sau sinh càng sớm càng tốt.
- Cho bú đúng cách.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Cho bé bú bất kỳ lúc nào bé đói, kể cả ngày và đêm. Cho bú 8-10 lần/ngày, ban ngày không được cách quá 4 giờ, ban đêm không cách quá 6 giờ giữa 2 lần bú.
- Cần duy trì cho bú mẹ ngay cả khi mẹ hoặc bé ốm.
- Ngoài việc bú sữa mẹ, trẻ không ăn uống thêm một thứ gì khác.

3.4. Chuyển BPTT khác.

Cần chuyển ngay sang một BPTT hiệu quả khác nếu có một trong những dấu hiệu sau:

- Có kinh trở lại (không tính ra máu trong 6 tuần đầu sau sinh).
- Mẹ không cho bú hoàn toàn hoặc bé đã được cho ăn/uống bổ sung.
- Trẻ hơn 6 tháng tuổi.
- Không muốn áp dụng biện pháp cho bú-vô kinh.

4. Đối với khách hàng HIV(+).

- Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus KHÔNG NÊN sử dụng BPTT cho bú-vô kinh.
- Tư vấn cho khách hàng HIV(+) phương thức nuôi con phù hợp nhất:
  + Chỉ không cho bú mẹ khi (và chỉ khi) có đầy đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, cụ thể về điều kiện kinh tế đầy đủ, khả năng cung ứng sản phẩm thuận tiện và luôn sẵn có.
  + Nếu không thể có đủ điều kiện để sử dụng sữa thay thế, khách hàng HIV(+) có thể cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu đời. Trong trường hợp này (cho con bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu), có thể sử dụng BPTT cho bú-vô kinh nhưng cần yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo. Khi sử dụng đúng cách và thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD. Cho con bú xen kẽ (giữa bú mẹ và các loại sữa khác) có thể làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV. Cần rút ngắn thời gian cai sữa khi chuyển tiếp từ bú mẹ hoàn toàn sang ăn dặm.
  + Có thể giảm tối đa khả năng lây nhiễm HIV bằng cách vắt sữa mẹ và đun sôi trước khi cho bé ăn bằng thìa.
- Cần tư vấn cho khách hàng HIV(+) về chế độ dinh dưỡng và vệ sinh. Các tình trạng nhiễm khuẩn như: viêm tuyến vú, áp xe và nứt núm vú đều làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 6
NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HƯỚNG DẪN CHUNG

Nhiễm khuẩn đường sinh sản (NKĐSS) là một thuật ngữ rộng bao gồm các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (NKLTQĐTD) và các nhiễm khuẩn đường sinh sản khác không lây truyền qua đường tình dục. Đa số các trường hợp NKLTQĐTD đều để lại hậu quả về mặt sức khỏe nặng nề hơn so với NKĐSS. Các NKĐSS gây ra bởi các vi sinh vật thường có mặt tại đường sinh sản hoặc do các vi sinh vật từ bên ngoài vào thông qua hoạt động tình dục hoặc qua các thủ thuật y tế. Không phải tất cả các nhiễm khuẩn đường sinh sản đều có thể lây truyền qua đường tình dục. NKLTQĐTD nói đến cách thức lây truyền trong khi đó NKĐSS lại đề cập đến vị trí nơi các nhiễm khuẩn tiến triển.

1. Nhiễm khuẩn đường sinh sản gồm ba loại:

(1) Các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (NKLTQĐTD) như nhiễm *Chlamydia*, bệnh lậu, trùng roi sinh dục, bệnh giang mai, bệnh hạ cam, herpes sinh dục, sùi mào gà sinh dục và nhiễm HIV...
(2) Nhiễm khuẩn nội sinh do tăng sinh quá mức các vi sinh vật có trong âm đạo của phụ nữ như viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm hộ-âm đạo do nấm men.
(3) Nhiễm khuẩn y sinh là các nhiễm khuẩn do thủ thuật y tế không vô khuẩn.

Các nhiễm khuẩn trên có thể dự phòng hoặc có thể chữa khỏi được.

NKLTQĐTD/NKĐSS là một trong các căn nguyên quan trọng nhất gây bệnh tật và tử vong cho bà mẹ và trẻ em trong thời kỳ chu sinh.Các nhiễm khuẩn này có thể đưa đến viêm tiểu khung, vô sinh, chửa ngoài tử cung, ung thư cổ tử cung, sẩy thai, trẻ đẻ thiếu cân, mù lòa, nhiễm khuẩn trẻ sơ sinh, viêm phổi và trì độn ở trẻ em... Ngoài ra, một số NKĐSS còn làm tăng nguy cơ nhiễm HIV.

CÁC LOẠI NKLTQĐTD/NKĐSS

	Nguồn gốc	Cách lây truyền	Ví dụ hay gặp
Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.	Các bạn tình bị NKLTQĐTD.	Quan hệ tình dục với người bị nhiễm bệnh.	Lậu, *Chlamydia*, giang mai, hạ cam, trùng roi, herpes sinh dục, sùi mào gà sinh dục, HIV...
Nhiễm khuẩn nội sinh.	Vi sinh vật thường có ở âm đạo.	Thường không lây từ người này sang người khác, nhưng sự phát triển quá mức có thể gây nên triệu chứng bệnh.	Nhiễm nấm men, viêm âm đạo do vi khuẩn.
Nhiễm khuẩn y sinh.	Từ bên trong hay bên ngoài cơ thể:	Các thủ thuật y tế, sau khi khám bệnh, các can thiệp trong thời kỳ mang thai,	Bệnh viêm tiểu khung sau hút thai hoặc

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

	Nguồn gốc	Cách lây truyền	Ví dụ hay gặp
	• Nội sinh (vi sinh vật có trong âm đạo). • NKLTQĐTD (cổ tử cung hay âm đạo). • Nhiễm từ bên ngoài.	sinh đẻ, thời kỳ hậu sản, KHHGĐ và khám phụ khoa... Nhiễm khuẩn có thể được đẩy qua cổ tử cung lên đường sinh dục trên và gây nên các nhiễm khuẩn nghiêm trọng ở tử cung, vòi tử cung và các cơ quan khác trong tiểu khung. Đặt DCTC, kim tiêm hoặc dụng cụ khi thăm khám âm hộ, âm đạo, thăm dò tử cung có thể gây nhiễm khuẩn nếu việc kiểm soát nhiễm khuẩn kém.	sau các thủ thuật đi qua cổ tử cung. Các biến chứng nhiễm khuẩn sau thai kỳ và giai đoạn hậu sản.

Các NKLTQĐTD có cả ở nam và nữ. Khi người bệnh mắc NKLTQĐTD cần phải điều trị cho cả bạn tình của họ để đề phòng tái nhiễm cho người bệnh, đề phòng lây nhiễm cho bạn tình của bạn tình của họ (một người có thể có nhiều bạn tình). Các nhiễm khuẩn nội sinh như viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm hộ-âm đạo do nấm ở phụ nữ không lây truyền qua đường tình dục cho nên không cần thiết điều trị cho bạn tình của họ.

Quản lý các NKĐSS đòi hỏi nhân viên y tế phải có kỹ năng và sự hợp tác tốt của người bệnh. Nhân viên y tế phải đảm bảo các chuẩn mực về đạo đức nghề nghiệp và nghiệp vụ, tôn trọng người bệnh, đảm bảo sự bí mật. Phòng khám phải đảm bảo riêng tư và sạch sẽ để cung ứng chất lượng tốt việc khám chữa các NKĐSS và các NKLTQĐTD. Đối với người bệnh nữ, việc khám bệnh bao gồm cả khám âm đạo bằng mỏ vịt vô khuẩn để nhìn trực tiếp cổ tử cung và thành âm đạo. Việc phòng bệnh là một phần chủ yếu đối với quản lý các NKLTQĐTD. Tư vấn cho hành vi tình dục an toàn bao gồm quan hệ một vợ một chồng sử dụng bao cao su thường xuyên,đúng cách và khám chữa bệnh cho bạn tình.

Tài liệu hướng dẫn này có rất ít thông tin về chẩn đoán và điều trị theo căn nguyên do việc hạn chế của các phương tiện xét nghiệm hỗ trợ ở tuyến cơ sở. Do vậy, cách tiếp cận theo hội chứng được đưa ra áp dụng cho các tuyến y tế cơ sở và các đơn vị y tế không có xét nghiệm hỗ trợ. Việc khuyến cáo sử dụng kháng sinh có thể thay đổi theo kết quả giám sát kháng sinh hàng năm. Các nhân viên y tế cần cập nhật thông tin đều đặn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Các hội chứng NKLTQĐTD/NKĐSS thông thường

Hội chứng	NKLTQĐTD/ NKĐSS	Tác nhân gây bệnh	Loại tác nhân gây bệnh	LTQ ĐTD	Có chữa được/ Không
Loét sinh dục	Giang mai	*Treponema pallidum*	Vi khuẩn	Có	Có
	Hạ cam	*Haemophilus ducreyi*	Vi khuẩn	Có	Có
	Herpes	Herpes simplex virus (HSV-2)	Virus	Có	Không
	Bệnh u hạt bạch huyết hoa liễu (hay còn gọi là bệnh hột soài) (Lymphogranuloma Venereum-LGV)	*Chlamydia trachomatis*	Vi khuẩn	Có	Có
	U hạt bẹn (Granuloma Inguinale) (donovanosis)	*Klebsiella granulomatis*	Vi khuẩn	Có	Có
Tiết dịch niệu đạo và âm đạo	Nhiễm nấm men	*Candida albicans*	Nấm	Không	Có
	Viêm âm đạo do vi khuẩn	*Gardnerella vaginalis* và một số vi khuẩn kị khí khác	Vi khuẩn	Không	Có
	Trùng roi âm đạo	*Trichomonas vaginalis*	Đơn bào	Có	Có
	Lậu	*Neisseria gonorrhoeae*	Vi khuẩn	Có	Có
	Chlamydia	*Chlamydia trachomatis*	Vi khuẩn	Có	Có
Các hội chứng khác	Sùi mào gà sinh dục	Virus gây u nhú ở người (Human Papilloma Virus - HPV)	Virus	Có	Không

2. NKLTQĐTD/NKĐSS chiếm một tỷ lệ khá lớn trong tổng số bệnh tật trên toàn thế giới chủ yếu là:lậu, *Chlamydia*, giang mai và trùng roi. Ở phụ nữ, các NKĐSS không lây truyền qua đường tình dục thậm chí còn hay gặp hơn. Để làm giảm gánh nặng của NKĐSS, cần phải có nỗ lực từ các cơ sở y tế và cộng đồng. Phòng bệnh và quản lý có hiệu quả các ca bệnh do các nhân viên y tế đảm nhiệm sẽ làm giảm gánh nặng của NKLTQĐTD/NKĐSS bằng nhiều cách. Điều trị hiệu quả làm giảm sự lây truyền NKLTQĐTD/NKĐSS trong cộng đồng và các thủ thuật an toàn, phù hợp tại các phòng khám sẽ làm giảm các nhiễm khuẩn y sinh. Giáo dục và tiếp cận cộng đồng là cần thiết để thúc đẩy việc phòng ngừa các nhiễm khuẩn và sử dụng các dịch vụ y tế, do đó làm giảm sự lây truyền bệnh trong cộng đồng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

20 nội dung làm giảm NKLTQĐTD/NKĐSS

1	Nâng cao nhận thức về NKLTQĐTD/NKĐSS và hậu quả của chúng là vô sinh, sẩy thai, tử vong của sản phụ và HIV/AIDS
2	Chuẩn bị phòng khám sao cho mọi người cảm thấy thoải mái khi đến khám về NKLTQĐTD/NKĐSS.
3	Nâng cao chất lượng các loại dịch vụ. Tìm cách lôi kéo nam giới tham gia phòng ngừa NKLTQĐTD và đảm bảo rằng người trẻ tuổi biết đến các loại dịch vụ này và cảm thấy thoải mái khi sử dụng chúng. Tiếp cận các quần thể dễ bị tổn thương là một trong những phương cách tốt nhất để kiểm soát sự lây truyền của NKLTQĐTD trong cộng đồng.
4	Cung cấp bao cao su (BCS), khuyến khích sử dụng BCS và tư vấn để giảm số bạn tình hoặc trì hoãn các hoạt động tình dục để làm giảm nguy cơ bị lạiNKLTQĐTD.
5	Thực hiện các thủ thuật đi qua cổ tử cung an toàn để ngăn chặn các nhiễm khuẩn y sinh.
6	Phổ biến cho phụ nữ các việc đơn giản họ có thể làm để phòng ngừa các nhiễm khuẩn nội sinh.
7	Xem xét nguy cơ mắc NKLTQĐTD/NKĐSS của từng người bệnh để đưa ra phương pháp phòng ngừa hoặc điều trị thích hợp.
8	Tư vấn về phòng ngừa NKLTQĐTD/NKĐSS và hỏi về các triệu chứng NKLTQĐTD/NKĐSS mỗi lần khám về kế hoạch hóa gia đình hoặc khám thai. Tìm kiếm các dấu hiệu của NKLTQĐTD/NKĐSS mỗi khi khám bệnh vì các nguyên nhân khác.
9	Sàng lọc giang mai và tìm cơ hội để sàng lọc các NKLTQĐTD/NKĐSS khác.
10	Không khẳng định một người bị mắc NKLTQĐTD khi mà việc chẩn đoán là chưa chắc chắn.
11	Giáo dục cho mọi khách hàng về phòng ngừa NKLTQĐTD/NKĐSS.
12	Giáo dục người bệnh mắc NKLTQĐTD/NKĐSS để họ tuân thủ điều trị và khuyên bạn tình đi điều trị.
13	Học cách tư vấn để hỗ trợ khách hàng thay đổi hành vi.
14	Khuyến khích và hướng dẫn sử dụng BCS để phòng ngừa NKLTQĐTD/NKĐSS và tránh thai.
15	Khuyến khích đi khám thai sớm. Tư vấn về phòng ngừa NKLTQĐTD/NKĐSS để mang thai an toàn hơn.
16	Sàng lọc giang mai ở tất cả các phụ nữ mang thai ít nhất một lần trong mỗi thai kỳ và đảm bảo phụ nữ có phản ứng dương tính (và bạn tình của họ) được điều trị.
17	Đối với những phụ nữ bị cưỡng hiếp, đề nghị biện pháp tránh thai khẩn cấp, điều trị NKLTQĐTD và nếu có thể thì điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV.
18	Quản lý hiệu quả các NKLTQĐTD/NKĐSS có triệu chứng bằng cách sử dụng sơ đồ hội chứng hoặc nếu có điều kiện thì chẩn đoán theo căn nguyên dựa vào các xét nghiệm.
19	Điều trị cho bạn tình khi một NKĐSS có thể có căn nguyên từ lây truyền qua đường tình dục nhưng cũng phải tư vấn cẩn thận cho người bệnh và bạn tình của họ khi bạn không chắc chắn.
20	Điều trị các nhiễm khuẩn đường sinh dục trên, đặc biệt là các nhiễm khuẩn sau khi phá thai hoặc sinh con một cách tích cực để bảo vệ cuộc sống và khả năng sinh sản cho người phụ nữ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3. Hướng dẫn cụ thể.

3.1. Khai thác tiền sử và bệnh sử.

Các thông tin sau cần được khai thác:

- Triệu chứng hiện tại.
- Thời gian xuất hiện triệu chứng bệnh và thời gian bệnh tồn tại.
- Tiền sử kinh nguyệt và thai nghén.
- Đã có lần nào ra khí hư hoặc bị bệnh tương tự, bệnh NKLTQĐTD chưa? Nếu có là mấy lần?
- Lần giao hợp cuối cùng.
- Liên quan giữa triệu chứng và giao hợp: gây đau hoặc làm triệu chứng nặng lên.
- Đã có vợ, chồng hay bạn tình thường xuyên chưa? Số bạn tình và các loại bạn tình (về giới, nghề nghiệp...).
- Vợ, chồng hoặc bạn tình có triệu chứng, được chẩn đoán hoặc có nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục không?
- Thuốc, các biện pháp điều trị đã và đang sử dụng.
- Tiền sử dị ứng thuốc.
- Tiền sử hoặc hiện đang nghiện, chích ma túy, xăm trổ.

3.2. Khám lâm sàng.

3.2.1. Nguyên tắc và điều kiện.

- Nơi khám đủ ánh sáng, kín đáo, yên tĩnh, đủ ấm, đảm bảo bí mật và tâm lý tốt cho khách hàng.
- Người thầy thuốc đảm bảo tác phong nghề nghiệp, tôn trọng người bệnh và phong tục tập quán của họ. Nếu người bệnh là nữ, thầy thuốc nên cùng giới với người bệnh. Nếu thầy thuốc là nam, cần có trợ thủ là nữ.
- Đi găng tay vô khuẩn khi khám bệnh.
- Chuẩn bị dụng cụ vô khuẩn: mỏ vịt, kẹp, găng tay, dụng cụ lấy bệnh phẩm, lam kính, bông, cồn...
- Người bệnh đứng (nam) hoặc nằm trên bàn (nữ), bộc lộ toàn bộ vùng sinh dục.

3.2.2. Khám bệnh.

Khám khách hàngnữ.

- Khám toàn bộ da và niêm mạc để phát hiện những thương tổn bệnh lý. Chú ý các phần hay xuất hiện tổn thương là miệng, nách, bẹn, hậu môn và lòng bàn tay, bàn chân.
- Khám bộ phận sinh dục ngoài:
  + Tư thế: người bệnh nằm ở tư thế phụ khoa, chỉ bộc lộ vùng sinh dục.
  + Khám môi lớn, môi bé và vùng hậu môn, niệu đạo, âm vật. Phát hiện các tổn thương: sẩn, vết loét, sùi, tổn thương ghẻ, hạch bẹn, rận mu và trứng rận.
  + Dịch âm đạo: màu sắc, mùi, đặc điểm dịch (dịch nhiều hay ít, trong hay đục, vàng, xanh, có mủ, có bọt, có dính vào thành âm đạo không, lẫn máu không).
- Khám trong:
  + Đặt mỏ vịt: đặt mỏ vịt vô khuẩn vào trong âm đạo, mở mỏ vịt và định vị cổ tử cung vào giữa hai cành mỏ vịt. Kiểm tra kỹ cổ tử cung và các thành âm đạo.
  + Đánh giá tính chất khí hư (màu, số lượng, mùi). Đánh giá dịch ở trong ống cổ tử cung: dịch trong, dịch mủ hoặc mủ có lẫn máu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Phát hiện các tổn thương loét, hột hoặc sùi trong cổ tử cung và thành âm đạo.
+ Khám bằng hai tay: đưa hai ngón tay vào âm đạo, ấn lên xem niệu đạo có mủ hoặc dịch chảy ra không, tay kia nắn nhẹ bụng dưới để xem có khối cứng hoặc đau vùng bụng không, khi đẩy cổ tử cung và di động tử cung có đau, có nhạy cảm không? Nếu có thì đó là các dấu hiệu của viêm tiểu khung.

- Khám hậu môn và vùng quanh hậu môn.

Khám khách hàng nam.

- Tư thế: người bệnh đứng.
- Khám toàn bộ da và niêm mạc để phát hiện những thương tổn bệnh lý. Chú ý các phần hay xuất hiện tổn thương là miệng, nách, bẹn, hậu môn và lòng bàn tay, bàn chân.
- Khám dương vật, miệng sáo, lộn bao qui đầu và vuốt dọc niệu đạo xem có dịch chảy ra không (xem xét màu sắc dịch, số lượng dịch và các tính chất khác của dịch).
- Khám bìu, kiểm tra tinh hoàn, mào tinh hoàn về mật độ, kích thước, các thương tổn khác.
- Khám hậu môn và vùng quanh hậu môn.

4. Đánh giá nguy cơ viêm cổ tử cung và các NKLTQĐTD khác (bao gồm cả HIV).

Một người có nguy cơ bị NKLTQĐTD cao hơn nếu người đó có ít nhất một trong những yếu tố sau đây:

- Bạn tình có những triệu chứng của NKLTQĐTD (tiết dịch niệu đạo), hoặc
- Có hành vi tình dục không an toàn, hoặc
- Có quan hệ tình dục hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhóm người có hành vi tình dục nguy cơ cao (mại dâm, ma túy...), hoặc
- Có 2 trong 3 yếu tố sau đây:
  + Thanh niên độ tuổi 20, chưa lập gia đình và đã có quan hệ tình dục không an toàn.
  + Có trên một bạn tình hoặc bạn tình có quan hệ tình dục không an toàn với nhiều bạn tình khác.
  + Mới thay đổi bạn tình trong vòng 3 tháng gần đây.

5. Các trường hợp cần làm xét nghiệm HIV.

- Tất cả người bệnh mắc bệnh NKLTQĐTD đều cần được tư vấn và đề nghị xét nghiệm tự nguyện HIV.
- Đặc biệt chú ý đến các người bệnh mắc bệnh giang mai có triệu chứng, herpes sinh dục, sùi mào gà ở tình trạng nặng hoặc lan toả, hạ cam, nấm candida hầu họng và các bệnh NKLTQĐTD khác không đáp ứng với điều trị thông thường; các trường hợp bệnh có biểu hiện lâm sàng nặng và hay tái phát.

6. Tư vấn về phòng và điều trị bệnh hiệu quả.

6.1. Thông tin và tư vấn về NKLTQĐTD.

Thông tin và tư vấn về hành vi tình dục an toàn cần được áp dụng với mọi trường hợp nhất là mắc các NKLTQĐTD. Các vấn đề chính cần tư vấn là:

- Các hậu quả của NKLTQĐTD đối với nam và nữ, đặc biệt là trong trường hợp không được điều trị đúng và đầy đủ.
- Nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị sớm và tuân thủ điều trị đủ liều, thậm chí khi triệu chứng bệnh đã hết vẫn cần tiếp tục cho hết trị liệu, đến khám lại theo lịch hẹn.
- Khả năng lây truyền cho bạn tình.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Xác định và điều trị bạn tình, kể cả khi họ không có triệu chứng bệnh.
- Đối với vị thành niên cần thông tin cho họ về nguy cơ mắc và biến chứng của các bệnh lây truyền qua đường tình dục, tư vấn về thực hiện tình dục an toàn, nếu mắc bệnh cần đi khám và điều trị sớm.
- Tình dục an toàn và sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên để tránh mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, đồng thời phòng tránh có thai ngoài ý muốn.
- Nguy cơ lây nhiễm các NKLTQĐTD khác và HIV, tư vấn để họ tự nguyện xét nghiệm HIV. Thông tin về địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

6.2. Sử dụng bao cao su để thực hiện tình dục an toàn.

Bao cao su là phương tiện hiệu quả nhất để phòng ngừa nhiễm khuẩn qua đường tình dục và HIV/AIDS. Mỗi người mắc NKLTQĐTD cần được cán bộ y tế khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su đúng cách để bảo đảm tình dục an toàn, đồng thời phòng tránh có thai ngoài ý muốn.

6.3. Thông báo bạn tình.

- Đối với các NKLTQĐTD, cán bộ y tế phải khuyến khích người bệnh tự nguyện thông báo bạn tình. Cán bộ y tế cần giải thích hậu quả của NKLTQĐTD nếu bạn tình không được điều trị.
- Điều trị cho bạn tình của người bệnh dựa trên hội chứng bệnh của người bệnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

Hội chứng tiết dịch âm đạo (khí hư) dùng cho quản lý bệnh viêm âm đạo.

Hội chứng tiết dịch âm đạo là một hội chứng lâm sàng thường gặp mà người bệnh than phiền là có dịch âm đạo (khí hư) và kèm theo một số triệu chứng khác như ngứa, đau rát ở vùng sinh dục, đái khó, đau khi giao hợp...và nếu không điều trị có thể gây biến chứng như viêm tiểu khung, vô sinh, thai ngoài tử cung, nhất là đối với lậu và *Chlamydia*. Mọi trường hợp viêm âm hộ, viêm âm đạo, viêm âm hộ-âm đạo và viêm cổ tử cung đều đưa đến tiết dịch âm đạo.

- Căn nguyên thường gặp của viêm âm hộ, âm đạo và cổ tử cung:
  + Nấm men candida gây viêm âm hộ-âm đạo.
  + Trùng roi âm đạo gây viêm âm đạo.
  + Vi khuẩn gây viêm âm đạo do vi khuẩn.
  + Lậu cầu khuẩn gây viêm ống cổ tử cung và niệu đạo.
  + *Chlamydia trachomatis* gây viêm ống cổ tử cung và niệu đạo.

1. Triệu chứng lâm sàng.

Các dấu hiệu và triệu chứng của tiết dịch âm đạo bệnh lý (khí hư): số lượng ít hoặc nhiều, loãng hoặc đặc, màu trong, đục hoặc màu vàng, mùi hôi hoặc không hôi. Ngoài ra còn có các triệu chứng khác đi kèm:

- Ngứa vùng âm hộ, âm đạo (đặc biệt do nấm men candida).
- Cảm giác bỏng rát vùng âm hộ, âm đạo (đặc biệt do nấm men candida).
- Viêm nề âm hộ.
- Đau khi giao hợp.
- Có thể kèm theo đái khó.

2. Khai thác tiền sử và bệnh sử

- Xem hướng dẫn chung.
- Đánh giá nguy cơ viêm ống cổ tử cung.

Một người có nguy cơ bị viêm ống cổ tử cung (thường do lậu cầu khuẩn và *Chlamydia*) cao hơn nếu người đó có một trong những yếu tố sau đây:

+ Bạn tình có những triệu chứng của NKLTQĐTD, hoặc
+ Có hành vi tình dục không an toàn, hoặc
+ Có quan hệ tình dục hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhóm người có hành vi tình dục nguy cơ cao (mại dâm, ma túy...), hoặc
+ Có 2 trong 3 yếu tố sau đây
  - Thanh niên độ tuổi 20, chưa lập gia đình và đã có quan hệ tình dục.
  - Có trên một bạn tình hoặc bạn tình có quan hệ tình dục với nhiều bạn tình khác.
  - Có bạn tình mới trong vòng 3 tháng gần đây.

3. Khám lâm sàng.

- Xem "Hướng dẫn chung"
- Viêm ống cổ tử cung hay viêm cổ tử cung mủ nhầy khi khám hoặc khi soi cổ tử cung: biểu hiện viêm cổ tử cung kèm theo phù nề, đỏ. Khi chạm vào cổ tử cung dễ chảy máu và có mủ nhầy trong ống cổ tử cung khi đưa tăm bông vào trong ống cổ tử cung. Tác

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

nhân gây viêm ống cổ tử cung là lậu cầu và *Chlamydia trachomatis*. Xét nghiệm dịch mủ nhầy có ≥30 bạch cầu/vi trường với độ phóng đại 1000 lần.

- Viêm âm đạo thông thường do 3 tác nhân gây nên là viêm âm hộ-âm đạo do nấm men candida, viêm âm đạo do trùng roi và viêm âm đạo do vi khuẩn.

4. Xét nghiệm hỗ trợ.

- Thử pH âm đạo.
- Soi tươi để tìm trùng roi âm đạo và nấm mencandida.
- Nhuộm Gram tìm lậu cầu khuẩn, tế bào clue.
- Xét nghiệm nhanh Sniff (thử nghiệm mùi cá ươn với KOH 10%) để xác định viêm âm đạo do vi khuẩn.

5. Chẩn đoán.

- Viêm ống cổ tử cung do lậu và *Chlamydia*: trong ống cổ tử cung có dịch nhầy mủ hoặc mủ có máu. Có thể kèm theo viêm tuyến Bartholin, Skène.
- Viêm âm đạo: có khí hư âm đạo với tính chất:
  + Do candida: khí hư đặc, màu trắng như váng sữa dính vào thành âm đạo, có vết trợt, số lượng nhiều hoặc vừa, thường kèm theo ngứa và cảm giác bỏng rát âm hộ-âm đạo.
  + Do trùng roi âm đạo: khí hư màu xanh, loãng, có bọt, số lượng nhiều, mùi hôi, có thể gây viêm cổ tử cung nặng (cổ tử cung như quả dâu). Chẩn đoán xác định bằng soi tươi dịch âm đạo có trùng roi di động.
  + Do vi khuẩn: màu xám trắng, đồng nhất, dính đều vào thành âm đạo, số lượng ít, mùi hôi. Test Sniff dương tính.

6. Điều trị.

- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân, nếu không thì điều trị theo hội chứng.
- Đối với mọi trường hợp tiết dịch âm đạo, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình, trừ trường hợp viêm âm đạo do nấm hoặc vi khuẩn.

6.1. Phác đồ điều trị viêm ống cổ tử cung.

Điều trị đồng thời lậu và *Chlamydia trachomatis* theo 1 trong 4 phác đồ sau:

- Cefixim 200mg, uống 2 viên, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
- Spectinomycin 2g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
- Cefotaxim 1g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.

Chú ý:

Có thể thay doxycyclinbằng tetracyclin 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày.

- Phụ nữ có thai và cho con bú không được dùng doxycyclinvà tetracyclin. Thuốc được thay thế sẽ bằng một trong các phác đồ sau:
  + Azithromycin 1g, uống liều duy nhất, hoặc
  + Erythromycin base 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày, hoặc
  + Amoxicillin 500mg, uống 1 viên, ngày 3 lần, trong 7 ngày.
- Điều trị cho bạn tình dù họ không có triệu chứng lậu và *Chlamydia*với liều tương tự.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6.2. Phác đồ điều trị viêm âm đạo

Điều trị đồng thời viêm âm đạo do trùng roi, viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm đạo do nấm candida.

6.2.1. 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 x 7 ngày.

Với viêm âm đạo do trùng roi, điều trị cho bạn tình với liều tương tự.

6.2.2. Điều trị viêm âm đạo do nấm candida

Dùng một trong các phác đồ sau đây:

- Nystatin viên đặt âm đạo 100.000 đơn vị, 1viên/ngày trong 14 ngày, hoặc
- Miconazole hoặc Clotrimazole viên đặt âm đạo 200mg, 1 viên/ngày trong 3 ngày, hoặc
- Clotrimazole 500mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 liều duy nhất, hoặc
- Itraconazole (Sporal) 100mg uống 2 viên/ngày trong 3 ngày, hoặc
- Fluconazole 150mg uống 1 viên duy nhất.

Chú ý:

- Không cần điều trị cho bạn tình. Tuy nhiên, các trường hợp bạn tình có viêm qui đầu và bao da qui đầu do nấm vẫn cần điều trị.

6.2.3 Chuyển tuyến khi

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.
- Nếu nghi có viêm tiểu khung thì phải điều trị tại tuyến huyện trở lên.

7. Thông tin và tư vấn

Mọi trường hợp mắc hội chứng tiết dịch âm đạo đều cần được thông tin và tư vấn về hành vi tình dục an toàn. Các vấn đề chính cần tư vấn cho người mắc hội chứng tiết dịch âm đạo, đặc biệt đối với các trường hợp được chẩn đoán xác định hoặc có khả năng bị lậu, nhiễm *Chlamydia* và trùng roi âm đạo là:

- Các hậu quả của bệnh có thể là nhiễm khuẩn ngược dòng, thai ngoài tử cung, vô sinh...
- Tuân thủ phác đồ điều trị dù triệu chứng đã hết, đến khám lại theo lịch hẹn.
- Khả năng lây truyền cho bạn tình.
- Kiêng quan hệ tình dục cho đến khi kết thúc điều trị.
- Tình dục an toàn và sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên.
- Điều trị bạn tình.
- Nguy cơ lây nhiễm HIV. Thông tin về địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.
- Nếu triệu chứng bệnh nặng lên, không giảm hoặc xuất hiện đau bụng dưới, đau khi giao hợp cần phải đến khám lại.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO Ở NAM GIỚI

Hội chứng tiết dịch niệu đạo gồm có dịch/mủ chảy từ lỗ niệu đạo ở nam giới kèm theo các triệu chứng khác như đái buốt, đái khó. Nếu không điều trị kịp thời có thể lây cho bạn tình và để lại biến chứng như viêm mào tinh hoàn, hẹp niệu đạo, vô sinh.

Hội chứng tiết dịch niệu đạo dùng cho quản lý viêm niệu đạo ở nam giới. Đây là nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục thường gặp nhất ở nam giới.

Căn nguyên chính gây hội chứng tiết dịch niệu đạo là lậu cầu khuẩn và *Chlamydia trachomatis.*Nếu quản lí theo hội chứng, điều trị cho người bệnh bị tiết dịch niệu đạo cần phải điều trị cả hai tác nhân này.

1. Triệu chứng lâm sàng.

- Ra mủ hoặc dịch nhầy ở lỗ niệu đạo.
- Đái buốt.
- Đái rắt.
- Đái khó.
- Cảm giác ngứa rấm rứt dọc theo niệu đạo.

Ngoài các triệu chứng trên, còn có thể có các dấu hiệu kèm theo:

- Viêm kết mạc, viêm hầu họng (lậu).
- Sưng, đau bìu.

2. Khai thác tiền sử và bệnh sử.

Xem "*Hướng dẫn chung*". Ngoài ra cần khai thác thêm một số thông tin sau:

- Bệnh bắt đầu đột ngột hay từ từ? Thời gian ủ bệnh?
- Các triệu chứng xuất hiện rầm rộ, cấp tính hay từ từ kín đáo?
- Dịch niệu đạo ít hay nhiều, tính chất dịch?

3. Khám lâm sàng.

Cách khám xem hướng dẫn chung. Ngoài ra, cần khám phát hiện các dấu hiệu của bệnh lậu, *Chlamydia* và những bệnh viêm nhiễm đường sinh dục khác:

- Số lượng dịch nhiều hay ít. Nếu không nhìn thấy dịch, cần phải vuốt dọc dương vật nhẹ nhàng từ gốc đến lỗ niệu đạo
- Tính chất dịch: trong hay đục, có mủ, có nhầy không?
- Tinh hoàn và mào tinh có sưng đau hay không?
- Khám xem có đau khớp, đau họng, viêm kết mạc không?
- Có các hội chứng nhiễm khuẩn đường sinh dục khác như: loét sinh dục, sùi mào gà, hạch bẹn không?

4. Xét nghiệm hỗ trợ.

Nhuộm Gram tìm song cầu Gram (-) hình hạt cà phê trong và ngoài tế bào bạch cầu đa nhân và đếm số lượng bạch cầu trong dịch niệu đạo.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Chẩn đoán.

5.1. Viêm niệu đạo do lậu.

- Khởi bệnh cấp tính, rầm rộ, đái buốt, đái rắt kèm theo chảy mủ ở miệng sáo, do đó người bệnh thường đi khám ngay.
- Thời gian ủ bệnh ngắn, khoảng 2-6 ngày.
- Dịch niệu đạo là mủ vàng đặc hoặc vàng xanh, số lượng nhiều.
- Xét nghiệm: nhuộm Gram thấy song cầu khuẩn Gram (-) nằm trong và ngoài tế bào bạch cầu đa nhân.

5.2. Viêm niệu đạo không do lậu.

- Thời gian ủ bệnh lâu hơn, khoảng 1-5 tuần.
- Triệu chứng kém rầm rộ, người bệnh thường không có đái buốt, số lượng dịch niệu đạo ít, thường là dịch trong.
- Xét nghiệm: không thấy song cầu khuẩn Gram (-) có trên ≥5 bạch cầu/vi trường với độ phóng đại 1000 lần.

6. Điều trị.

- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân, nếu không thì điều trị theo hội chứng.
- Đối với mọi trường hợp tiết dịch niệu đạo, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình.
- Điều trị viêm niệu đạo do lậu đồng thời phải điều trị viêm niệu đạo do *Chlamydia.*

6.1. 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:
  + Cefixim 200mg, uống 2 viên, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
  + Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
  + Spectinomycin 2g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
  + Cefotaxim 1g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.

6.2. Phác đồ điều trị viêm niệu đạo không do lậu

- Dùng một trong 3 thuốc sau:
  + Doxycyclin 100mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.
  + Tetracyclin 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày.
  + Azithromycin 1g, uống liều duy nhất.

<u>*Chú ý*</u>:

- Điều trị cho bạn tình với liều tương tự.
- Không dùng doxycyclin, tetracyclin cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú. Thay thế bằng một trong các thuốc sau:
  + Erythromycin stearat 500mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 14 ngày
  + Amoxicillin500mg, uống 1 viên, ngày 3 lần, trong 14 ngày
- Người bệnh được khuyên đến khám lại nếu các triệu chứng vẫn còn sau khi đã điều trị 7 ngày

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6.3. Chuyển tuyến khi.

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.
- Có biến chứng viêm mào tinh hoàn là biến chứng ít gặp của viêm niệu đạo không được điều trị. Triệu chứng thường bắt đầu một cách đột ngột, sưng và đau một bên tinh hoàn (chẩn đoán phân biệt với xoắn tinh hoàn-một cấp cứu ngoại khoa cần được loại trừ).

7. Thông tin và tư vấn.

Mọi trường hợp mắc hội chứng tiết dịch niệu đạo đều cần được giáo dục và tư vấn về hành vi tình dục an toàn. Cán bộ y tế cần tuân thủ các nguyên tắc về tư vấn trong cuốn chuẩn mực này. Các vấn đề chính cần tư vấn cho người mắc hội chứng tiết dịch niệu đạo là:

- Hậu quả của bệnh khi không được điều trị đúng và đầy đủ, cần nhấn mạnh nguy cơ lây nhiễm và gây viêm tiểu khung, thai ngoài tử cung, vô sinh ở bạn tình, gây viêm kết mạc mắt ở trẻ sơ sinh có thể dẫn đến mù lòa, viêm phổi trẻ sơ sinh...
- Tuân thủ chỉ định điều trị của thầy thuốc, đến khám lại theo lịch hẹn.
- Khả năng lây truyền cho bạn tình.
- Tình dục an toàn, khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su đúng cách, thường xuyên.
- Thông báo và điều trị bạn tình.
- Có tới trên 50% các trường hợp nhiễm khuẩn không triệu chứng vẫn có thể lây bệnh cho bạn tình và có thể tiến triển gây các biến chứng cho chính họ.
- Nguy cơ lây nhiễm các bệnh LTQĐTD khác và HIV, tư vấn trước khi xét nghiệm HIV.
- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

Sùi mào gà sinh dục là một bệnh lây truyền qua đường tình dục khá phổ biến, ở cả nam và nữ.

Bệnh gây nên do virus gây u nhú ở người (Human papilloma virus-HPV). Hiện nay có khoảng trên 150 típ HPV, trong đó gây bệnh sùi mào gà là típ 6, 11 không có khả năng gây ung thư. Ít nhất 13 trong tổng số típ HPV có khả năng gây ra loạn sản, ung thư cổ tử cung, hậu môn, dương vật, vòm họng, miệng…, đặc biệt các các trường hợp nhiễm HPV típ 16, 18 (khoảng 70%-80%).

1. Triệu chứng lâm sàng.

Biểu hiện bệnh là các u nhú màu hồng tươi, mềm, có chân hoặc có cuống, không đau và dễ chảy máu khi đụng chạm vào, thường không có dấu hiệu chủ quan. Có thể thấy tổn thương dạng phẳng, khó phát hiện. Ở nữ, sùi mào gà hay thấy ở âm vật, môi nhỏ, quanh lỗ niệu đạo, tầng sinh môn, cũng có thể gặp sùi mào gà ở cổ tử cung, hậu môn. Ở nam giới, sùi mào gà thường gặp ở rãnh qui đầu, qui đầu, bao da và thân dương vật, có khi thấy ở miệng sáo, hậu môn.

2. Khai thác tiền sử và bệnh sử.

Xem *"Hướng dẫn chung"*.

3. Khám lâm sàng.

Xem"*Hướng dẫn chung*". Ngoài ra cần chú ý khám:

- Nam giới: khám tỉ mỉ toàn bộ vùng sinh dục ngoài-hậu môn để phát hiện tổn thương sùi mào gà ở qui đầu, bao da, rãnh dương vật, trong miệng sáo và hậu môn.
- Nữ giới: khám tỉ mỉ toàn bộ vùng sinh dục ngoài-hậu môn. Đặt mỏ vịt để phát hiện tổn thương trong cổ tử cung và thành âm đạo.
- Chú ý phát hiện các bệnh lý lây truyền đường tình dục khác.

4. Chẩn đoán.

- Tổn thương sùi mào gà rất đặc hiệu, do vậy chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.
- Người bệnh nữ bị sùi mào gà cổ tử cung cần phải làm xét nghiệm phiến đồ cổ tử cung định kỳ hàng năm hoặc các xét nghiệm khác để phát hiện sớm loạn sản, ung thư.

5. Điều trị.

- Sùi mào gà là bệnh hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do vậy người bệnh có thể mang bệnh suốt đời ở tình trạng có biểu hiện triệu chứng hoặc không có triệu chứng. Các phương thức điều trị sau đây chỉ có tác dụng làm giảm triệu chứng hoặc loại trừ thương tổn mà không diệt được HPV.
- Các trường hợp sùi mào gà đều phải điều trị ở tuyến huyện trở lên.
- Đối với mọi trường hợp sùi mào gà, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình.

5.1. Sùi mào gà ở vùng sinh dục ngoài và hậu môn.

- Acidtrichloracetic 80%-90% chấm vào nốt sùi1 lần/ngày, hoặc
- Podophyllin 10%- 25% bôi 1 lần/ngày hoặc 2-3 lần/tuần vào nốt sùi.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng hoặc đốt điện, laser, hoặc
- Phẫu thuật cắt bỏ hoặc nạo.

5.2. Sùi mào gà trong âm đạo.

- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng, đốt điện, laser, hoặc
- Podophyllin 10%- 25% bôi 1 lần/ngày hoặc 2-3 lần/tuần, hoặc
- Phẫu thuật cắt bỏ.

Chú ý: Khi bôi podophyllin vào các sùi mào gà âm đạo cần phải để thuốc khô rồi mới rút mỏ vịt ra. Vùng niêm mạc lành xung quanh thương tổn phải bôi vaselin hoặc mỡ kháng sinh để tránh thuốc lan ra vùng không bị bệnh.

5.3. Sùi mào gà ở cổ tử cung.

- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng, hoặc
- Đốt điện, laser.

5.4. Sùi mào gà ở miệng sáo.

- Cắt, nạo, hoặc
- Đốt lạnh, đốt nhiệt, hoặc
- Acidtrichloracetic 80%-90% chấm, hoặc
- Đốt điện, laser.

5.5. Sùi mào gà ở hậu môn.

- Đốt điện, laser, hoặc
- Đốt lạnh, đốt nhiệt, hoặc
- Phẫu thuật cắt bỏ, hoặc
- Podophyllin 10%-25% bôi 1-2 lần/tuần vào nốt sùi. Vùng da niêm mạc lành xung quanh thương tổn phải bôi vaselin hoặc mỡ kháng sinh để tránh thuốc lanra vùng không bị bệnh.

5.6. Sùi mào gà ở phụ nữ có thai.

- Phẫu thuật cắt bỏ, hoặc
- Đốt lạnh bằng nitơ lỏng
- Đốt bằng laser CO_2

Chú ý:

- Không sử dụng podophyllin cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và không bôi ở cổ tử cung.

6. Thông tin và tư vấn.

Hiện nay không có thuốc diệt virus sùi mào gà, do vậy người bệnh sẽ mang mầm bệnh này suốt đời có thể có biểu hiện triệu chứng lâm sàng hoặc không có triệu chứng.

- Nguy cơ lây nhiễm càng cao nếu có nhiều bạn tình, quan hệ miệng-sinh dục, hậu môn-sinh dục.
- Khoảng 50% các trường hợp sùi mào gà sẽ tái phát trong vòng 6 tháng sau điều trị.
- Sùi mào gà sinh dục có nguy cơ dẫn đến ung thư sinh dục, nhất là ung thư cổ tử cung. Người bệnh nữ cần được tư vấn xét nghiệm phiến đồ cổ tử cung định kỳ hàng năm và các xét nghiệm khác để phát hiện sớm các loạn sản, ung thư.
- Có nguy cơ lây cho bạn tình nên bạn tình cần được thông báo đến khám, điều trị và tư vấn vì sùi mào gà có thể không có triệu chứng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Những trường hợp được chẩn đoán sùi mào gà cần được tư vấn xét nghiệm HIV, đặc biệt là các trường hợp sùi rộng.
- Phụ nữ có thai bị sùi mào gà không được điều trị thì có nguy cơ gây u nhú thanh quản ở trẻ sơ sinh.
- Tình dục an toàn và hướng dẫn sử dụng bao cao su.
- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI

Hội chứng đau bụng dưới có các triệu chứng tiết dịch âm đạo, đau, chảy máu khi giao hợp và sốt. Hội chứng đau bụng dưới bao gồm cả NKĐSS và NKLTQĐTD. Tất cả các phụ nữ có hoạt động tình dục bị đau bụng dưới cần phải được đánh giá cẩn thận để tìm các dấu hiệu viêm tiểu khung. Đau bụng dưới do lậu cầu, *Chlamydia* có nguy cơ dẫn đến vô sinh. Tuy nhiên, đau bụng dưới có thể do một số bệnh cấp cứu ngoại khoa và sản phụ khoa, do vậy cần được khám xét cẩn thận để có chẩn đoán và chỉ định điều trị đúng.

Tính chất đau.

- Đau có thể là cấp tính hoặc mạn tính.
- Đau cấp tính: cần loại trừ các cấp cứu ngoại khoa hoặc sản phụ khoa như: viêm ruột thừa, nang buồng trứng xoắn, thai ngoài tử cung, lạc nội mạc tử cung vỡ...
- Đau mạn tính: không theo chu kỳ, thường có liên quan đến viêm tiểu khung, viêm phần phụ.

Nguyên nhân gây đau bụng dưới liên quan đến viêm tiểu khung.

- Lậu cầu khuẩn.
- Chlamydia trachomatis.
- Vi khuẩn kỵ khí, vi khuẩn Gram âm và liên cầu.

1. Triệu chứng lâm sàng.

- Đau bụng dưới, liên tục hoặc gián đoạn, nhẹ hoặc nặng.
- Đau, chảy máu khi giao hợp.
- Tiết dịch âm đạo.
- Có thể sốt hoặc thân nhiệt vẫn bình thường.
- Tuy nhiên, các dấu hiệu lâm sàng của viêm tiểu khung thay đổi và có thể không rõ ràng.

2. Khai thác tiền sử và bệnh sử.

- Xem hướng dẫn chung.
- Chú ý đến chu kỳ kinh nguyệt, biện pháp tránh thai đang sử dụng, thai nghén.

3. Khám lâm sàng.

- Xem hướng dẫn chung.
- Đặc biệt chú ý khi khám
  + Tiết dịch mủ/nhầy ở âm đạo và cổ tử cung.
  + Khám hai tay để xác định kích thước tử cung, đau khi di động của cổ tử cung và các tình trạng của các phần phụ, có máu ra tay không?
  + Xác định xem có một hoặc hai vòi tử cung sưng to hay cứng, có khối đau nhạy cảm ở hố chậu, có phản ứng thành bụng hoặc đau nhạy cảm thành bụng không.

4. Xét nghiệm hỗ trợ (đối với tuyến quận/huyện).

- Công thức máu, tốc độ lắng máu.
- Nhuộm Gram dịch cổ tử cung và âm đạo.
- Siêu âm.
- Test thai nghén.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Chẩn đoán.

- Trước hết cần chẩn đoán phân biệt với các cấp cứu ngoại khoa và sản khoa như:
  + Viêm ruột thừa cấp tính.
  + Tắc ruột.
  + U nang buồng trứng xoắn.
  + Thai ngoài tử cung...
  + Nhiễm khuẩn đường tiết niệu.
  + Các nguyên nhân khác.
- Chẩn đoán viêm tiểu khung dựa vào các triệu chứng sau:
  + Có thể sốt.
  + Tiết dịch nhiều, dịch nhầy mủ ở âm đạo và cổ tử cung khi khám.
  + Đau khi di động cổ tử cung và khi giao hợp.
  + Đau cả hai bên, đau nhiều hơn ở một bên.
  + Đau bụng dưới và bên cạnh tử cung.
  + Khối sưng dính vào tử cung.
  + Máu lắng hoặc/và số lượng bạch cầu tăng.

Người bệnh cần được xét nghiệm để phát hiện các NKLTQĐTD khác và phát hiện nguyên nhân bệnh nếu có điều kiện xét nghiệm hỗ trợ.

6. Điều trị

- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân.
- Đối với mọi trường hợp đau bụng dưới, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình, cần đặc biệt chú ý khi nghi ngờ nguyên nhân lậu hoặc *Chlamydia*.
- Nếu không xác định được nguyên nhân thì điều trị đồng thời toàn bộ các nguyên nhân gây viêm, phối hợp 3 phác đồ sau đây:

6.1. Phác đồ điều trị lậu.

Dùng một trong các thuốc sau:

- Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Cefotaxim 1 g tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Cefixim 200mg x 2 viên, uống liều duy nhất.

6.2. Phác đồ điều trị Chlamydia.

Dùng một trong các thuốc sau:

- Doxycyclin 100mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Tetracyclin 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Azithromycin 1g, uống 1 lần/tuần, trong 2 tuần.

<u>*Chú ý*</u>: Không dùng doxycyclincho phụ nữ có thai, đang cho con bú, thay thế bằng một trong các thuốc sau

  + Erythromycin stearat 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày.
  + Amoxicillin 500mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 14 ngày.

6.3. Phác đồ điều trị viêm nhiễm do vi khuẩn kỵ khí.

- Metronidazol 500mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày.
-

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Chú ý:

+ Không dùng metronidazol cho phụ nữ có thai ba tháng đầu mà thay thế bằng amoxicillin 500mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong14 ngày.
+ Không uống rượu trong thời gian điều trị cho tới sau khi hết thuốc 24 giờ.

6.4. Chuyển tuyến khi.

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau 3 ngày điều trị.
- Nghi ngờ đau bụng do nguyên nhân ngoại khoa.
- Người bệnh có chậm kinh, mới đẻ, sẩy thai, người bệnh có kèm theo chảy máu âm đạo.

7. Thông tin và tư vấn.

- Tuân thủ nghiêm ngặt phác đồ điều trị cho dù triệu chứng bệnh có giảm sau một vài ngày điều trị và đến khám lại theo lịch hẹn, cần phải đến khám ngay nếu triệu chứng không thuyên giảm hoặc nặng hơn.
- Các hậu quả của bệnh khi không được điều trị đúng và đầy đủ, đặc biệt chú ý nguy cơ thai ngoài tử cung và vô sinh.
- Cán bộ y tế cần khuyến khích người bệnh thông báo bạn tình và điều trị bạn tình, đặc biệt đối với những trường hợp nghi ngờ lậu hoặc nhiễm *Chlamydia trachomatis*.
- Tình dục an toàn và hướng dẫn sử dụng bao cao su. Người bệnh cần được khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su để phòng ngừa tái nhiễm bệnh cũng như lây nhiễm các bệnh LTQĐTD khác và lây nhiễm HIV/AIDS.
- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC

Hội chứng loét sinh dục dùng cho quản lý bệnh ở cả nam và nữ.

Hội chứng loét sinh dục là tình trạng có các vết loét ở vùng sinh dục, hậu môn gây nên bởi các tác nhân nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

Mô hình bệnh loét sinh dục thay đổi theo các khu vực khác nhau trên thế giới trong đó herpes sinh dục, giang mai và hạ cam là những bệnh hay gây ra loét.

Tác nhân gây loét sinh dục thường gặp:

+ Xoắn khuẩn giang mai gây bệnh giang mai.
+ Trực khuẩn hạ cam gây bệnh hạ cam.
+ Virus herpes (Herpes Simplex Virus-HSV) có 2 loại HSV-1 và HSV-2,nhưng herpes sinh dục chủ yếudo HSV-2 gây ra.

1. Triệu chứng lâm sàng.

- Có một hay nhiều vết loét ở vùng sinh dục-hậu môn, môi, lưỡi, họng…có thể đau hoặc không đau.
- Hạch to, hạch bẹn một bên hoặc hai bên di động hoặc không, đau hoặc không đau, mưng mủ rồi vỡ gây loét hoặc không.
- Toàn trạng: bình thường hoặc có sốt nhẹ, mệt mỏi.

2. Khai thác tiền sử và bệnhsử.

Xem "Hướng dẫn chung".

3. Khám lâm sàng.

- Khám bộ phận sinh dục: xem "*Hướng dẫn chung*" (phần khám), ngoài ra lưu ý thêm:
- Khám (các) vết loét:
  + Số lượng, vị trí.
  + Kích thước, hình dạng.
  + Đặc điểm: cứng, mềm; đáy sạch hoặc có mủ; bờ tròn đều hay nham nhở, đau hay không đau, bề mặt vết loét phẳng hay gồ ghề, có hay tái phát không.
- Khám hạch: to hay nhỏ, cố định hay di động, một bên hay hai bên, đau hay không đau, có sưng đỏ không, có mưng mủ không, có vỡ mủ không.
- Khám tìm các thương tổn trên da: sẩn, sẩn mủ, đào ban, cần khám kỹ lòng bàn tay, bàn chân tìm tổn thương giang mai.
- Khám niêm mạc vùng hậu môn, miệng, họng, mũi tìm các thương tổn ở niêm mạc và bán niêm mạc của bệnh giang mai, herpes.
- Các triệu chứng khác: rụng tóc, đau khớp, mệt mỏi.

4. Xét nghiệm hỗ trợ.

Phản ứng huyết thanh chẩn đoán giang mai (RPR,VDRL, TPHA)

5. Chẩn đoán.

- Vết loét do giang mai (hay săng giang mai thời kỳ I): là vết trợt nông, hình tròn hoặc bầu dục, ranh giới rõ ràng, không có bờ, đáy phẳng, thâm nhiễm cứng, không ngứa, không đau, không điều trị cũng sẽ tự khỏi sau 6-8 tuần, thường có một vết. Kèm theo viêm hạch vùng lân cận, thường là hạch bẹn một bên, di động, không đau, không mưng mủ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Vết loét do hạ cam: thường nhiều vết loét do tự lây nhiễm (kissing ulcers). Vết loét có đáy lởm chởm, nhiều mủ, bờ nham nhở, rất đau, hạch bẹn to một bên. Sau một vài tuần hạch vỡ mủ, tạo thành ổ áp xe hoặc lỗ dò.
- Vết loét do herpes: thường bắt đầu bằng đám mụn nước nhỏ như hạt tấm, hạt đậu xanh, cụm lại thành đám như chùm nho, sau đó dập vỡ tạo thành các vết trợt nông, mềm, bờ có nhiều cung kèm theo cảm giác rát hoặc ngứa, vết trợt tự khỏi, nhưng rất hay tái phát. Có thể sưng hạch một bên hoặc hai bên bẹn, đau, không làm mủ.
- Nếu có vết loét, nhưng không phải giang mai, hạ cam hoặc herpes thì chuyển tuyến trên để chẩn đoán.

<u>*Chú ý*</u>:

+ Các vết loét có thể không điển hình như mô tả trên đây.
+ Hiện nay ở nhiều khu vực trên thế giới, herpes sinh dục là căn nguyên hay gặp nhất gây vết loét sinh dục. Ở những nơi có nhiều người nhiễm HIV, tỉ lệ loét sinh dục do herpes dường như ngày càng tăng lên.
+ Các vết loét do herpes (và các loét do NKQĐTDnói chung) ở những người bệnh HIV(+) có thể không điển hình và diễn biến dai dẳng.

6. Điều trị.

- Đối với mọi trường hợp loét sinh dục do các căn nguyên trên, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình.
- Nếu xác định được nguyên nhân thì điều trị nguyên nhân.
- Nếu vết loét không xác định được là giang mai hay hạ cam thì điều trị đồng thời giang mai và hạ cam.
- Điều trị loét sinh dục ở người HIV(-) và (+) như nhau.
- Hướng dẫn chăm sóc cơ bản cho tổn thương (giữ sạch và khô).
- Khuyên người bệnh khám lại sau 7 ngày nếu thương tổn không lành hẳn hoặc sớm hơn nếu tình trạng lâm sàng trở nên xấu đi.
- Phác đồ chi tiết xin xem thêm trong bảng "*Danh mục thuốc điều trị NKĐSS/ NKLTQĐTD*".

6.1. Phác đồ điều trị giang mai I.

Dùng một trong các thuốc sau đây.

- Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tiếp
- Trường hợp dị ứng hoặc không có penicilin, có thể dùng doxycyclin100mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 15 ngày.

<u>*Chú ý*</u>: không dùng doxycyclincho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi. Thay bằng erythromycin base 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 15 ngày.

6.2. Phác đồ điều trị hạ cam.

Dùng một trong các thuốc sau đây:

- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Azithromycin 1g, uống liều duy nhất, hoặc
- Erythromycin base 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 7 ngày, hoặc
- Ciprofloxacin 500mg, uống 1 viên,2 lần/ngày, trong 3 ngày.

<u>*Chú ý*</u>: Không dùng ciprofloxacin cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và người dưới 18 tuổi.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6.3. Phác đồ điều trị Herpes sinh dục

- Dùng một trong các thuốc sau đây:
  + Acyclovir 400mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
  + Acyclovir 200mg, uống 1 viên, 5 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
  + Famcyclovir 250mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc
  + Valacyclovir 1g, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

Chú ý: Mặc dù không có thuốc điều trị đặc hiệu cho HSV nhưng điều trị bằng các thuốc kháng virus như acyclovir có thể rút ngắn thời gian bị bệnh, giảm các đợt tái phát và giảm nguy cơ lây truyền bệnh. Do đó cần điều trị ngay càng sớm càng tốt cho trường hợp mới mắc herpes sơ phát.

6.4. Chuyển tuyến khi.

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.
- Herpes tái phát từ 6 lần trở lên trong một năm.
- Trường hợp bệnh giang mai và hạ cam không đáp ứng với điều trị hoặc bệnh herpes sinh dục có biểu hiện lâm sàng nặng và lan toả nên nghĩ đến khả năng người bệnh bị suy giảm miễn dịch do nhiễm HIV.
- Trường hợp thai phụ sắp sinh bị herpes sơ phát cần chuyển tuyến trên vì nguy cơ gây biến chứng cho thai nhi cao. Có thể cho điều trị trước 4 giờ hoặc trong 4 giờ trước khi vỡ ối và nênphẫu thuật lấy thai để tránh lây cho con.

7. Thông tin và tư vấn

Ngoài những thông tin và tư vấn chung (xem *"Hướng dẫn chung*"), cần chú ý những điểm sau đây:

- Cần tuân thủ đầy đủ phác đồ điều trị, đặc biệt đối với bệnh giang mai và hạ cam để đề phòng các biến chứng của bệnh và cắt đứt nguồn lây.
- Khám lại theo lịch hẹn.
- Loét sinh dục tạo điều kiện cho HIV lây truyền dễ hơn các NKLTQĐTD/NKĐSS khác. Hạ cam, herpes sinh dục và giang mai hay gặp ở những nơi tỉ lệ lưu hành HIV cao và việc phòng chống các bệnh này là thành phần rất quan trọng của phòng chống HIV.
- Nhiễm HIV có thể làm thay đổi hình thể lâm sàng của loét sinh dục làm cho chẩn đoán bệnh chứng khó hơn. Do đó cần nhấn mạnh sự cần thiết phải điều trị sớm, đặc biệt ở những người nhiễm HIV.
- Ngoài nguy cơ nhiễm HIV, herpes sinh dục còn nguy cơ lây nhiễm cao cho thai nhi, đặc biệt ở giai đoạn chuyển dạ đẻ.
- Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu đối với herpes sinh dục, người bệnh phải mang bệnh suốt đời và rất hay tái phát. Nếu tái phát từ 6 lần trở lên trong một năm cần gửi tuyến trên để điều trị. Người bị herpes sinh dục dễ dàng làm lây nhiễm cho bạn tình cho nên việc tư vấn đề phòng lây nhễm là rất cần thiết.
- Bệnh giang mai có thể lây truyền từ mẹ sang thai qua bánh rau gây:sẩy thai, thai chết lưu, giang mai bẩm sinh...

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tình dục an toàn và hướng dẫn sử dụng bao cao su đúng cách và thường xuyên. Cần chú ý đối với các vết loét do herpes sinh dục, bao cao su không có tác dụng bảo vệ nếu không che phủ hết các vết loét.
- Thông báo và điều trị bạn tình.
- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HỘI CHỨNG SƯNG HẠCH BẸN

Hội chứng sưng hạch bẹn có thể gặp ở cả nam và nữ.

Hội chứng sưng hạch bẹn là viêm của các hạch lympho ở vùng bẹn, có thể đau và có thể có mủ. Khi các hạch này vỡ ra, chúng giống các vết loét ở vùng bẹn.

Các nguyên nhân thường gặp:

- Xoắn khuẩn giang mai gây bệnh giang mai.
- Trực khuẩn hạ cam gây bệnh hạ cam.
- *Chlamydia trachomatis* týp L1, L2, L3, gây bệnh hột xoài hay bệnh u hạt bạch huyết hoa liễu (lymphogranuloma venereum-LGV hay bệnh Nicolas-Favre).
- U hạt bẹn hay bệnh Donovan do klebsiella granulomatis hay còn gọi là calymmato bacterium granulomatis (hiếm gặp ở Việt Nam).

1. Triệu chứng lâm sàng.

- Hạch bẹn to ở một hoặc cả hai bên.
- Các vết loét, mụn nước, sẩn nhỏ vùng hậu môn, sinh dục trước đó hoặc kèm theo.
- Các biểu hiện khác ở da hoặc niêm mạc: sẩn, sẩn mủ, đào ban đặc biệt chú ý thương tổn ở lòng bàn tay và bàn chân.
- Sốt hoặc không sốt.

2. Khai thác tiền sử và bệnh sử.

Xem "*Hướng dẫn chung*", ngoài ra khai thác thêm:

- Các nguyên nhân của sưng hạch bẹn do các vết thương, vết trầy xước da gây nhiễm khuẩn cấp tính ở chân, bàn chân cùng bên.
- Có đau hạch không? Có lỗ rò, chảy mủ?

3. Khám lâm sàng.

3.1. Khám các dấu hiệu viêm hạch.

- Hạch sưng một bên hay hai bên bẹn.
- Đau, không đau? Viêm hạch cấp hay mạn tính?
- Số lượng: nhiều hoặc ít, kích thước: to hoặc nhỏ.
- Tính chất: mềm hay chắc, di động hay không di động, tách rời hay hình thành khối dính liền da và mô bên dưới. Có lỗ rò?

3.2. Khám phát hiện các vết loét, sẩn nhỏ, mảng niêm mạc.

- Thường ở niêm mạc sinh dục, hậu môn, miệng, mũi.
- Phần lớn các trường hợp hạ cam, vết loét sinh dục thường nhìn thấy, nhưng vết loét trong âm đạo phụ nữ có thể bị bỏ sót.

3.3. Khám phát hiện các dấu hiệu khác ở da/niêm mạc.

Các dấu hiệu thường gặp là sẩn, mụn mủ, sẩn mủ, đào ban, mảng niêm mạc ở da toàn thân, lòng bàn tay, bàn chânhoặc ở niêm mạc miệng, mũi, sinh dục và hậu môn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Chẩn đoán.

4.1. Viêm hạch do giang mai.

Nếu giang mai ở giai đoạn I: thường hạch to, di động, khu trú phổ biến là ở một bên bẹn, trong chùm hạch có một hạch to hơn hẳn gọi là "hạch chúa".

Nếu giang mai ở giai đoạn II: hạch lan tràn hai bên bẹn và nhiều nơi khác: nách, cổ, dưới hàm. Kèm các biểu hiện khác: đào ban, sẩn, mảng niêm mạc, rụng tóc, có thể có sốt...

4.2. Viêm hạch do hạ cam.

Xuất hiện sau 2 tuần khi có vết loét hạ cam. Thường chỉ có một hạch viêm ở một bên bẹn. Hạch đỏ, nóng, sưng, đau. Hạch vỡ mủ (như màu sô cô la), tạo thành vết loét lâu lành có bờ nham nhở.

4.3. Viêm hạch do u hạt bạch huyết hoa liễu (LGV hay bệnh Nicolas-Favre).

Viêm hạch xuất hiện vài ngày, vài tuần sau khi có mụn nước, sẩn nhỏ hoặc vết loét. Viêm hạch thường ở một bên (phổ biến là ở bẹn). Các hạch viêm thường tạo thành một khối, không di động, mềm dần và chảy mủ ra ngoài thành nhiều lỗ dò hoặc đường hầm thông nhau giống như "gương sen". Tiến triển lâu có thể kèm viêm hậu môn, trực tràng, đôi khi chít hẹp hậu môn, lỗ rò quanh hậu môn.

Nếu sưng hạch bẹn, nhưng không phải các trường hợp trên thì tìm nguyên nhân khác.

5. Xét nghiệm hỗ trợ.

Phản ứng huyết thanh chẩn đoán giang mai (RPR hoặc VDRL, TPHA).

6. Điều trị.

- Đối với mọi trường hợp sưng hạch bẹn nghi ngờ do bệnh lây truyền qua đường tình dục, cán bộ y tế cần xác định và điều trị cho (các) bạn tình.
- Nếu chẩn đoán được căn nguyên gây bệnh thì điều trị theo căn nguyên, nếu không thì phối hợp phác đồ điều trị giang mai và hạ cam.
- Các hạch to, mềm, bùng nhùng cần được chọc hút qua vùng da lành. Việc chích rạch và dẫn lưu các hạch này có thể làm chậm quá trình lành vết thương và không nên cố gắng thực hiện.

6.1. Giang mai.

Dùng một trong các thuốc sau.

- Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất (mỗi bên mông 1,2 triệu đv), hoặc
- Procain penicilin G 1,2 triệu đv,tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tiếp, hoặc
- Nếu người bệnh dị ứng với penicilin thay bằng doxycyclin100mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày liên tiếp.

Chú ý: Không dùng doxycyclincho phụ nữ có thai và cho bú. Thay bằng erythromycin 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày liên tiếp.

6.2. Hạ cam.

Dùng một trong các thuốc sau

- Azithromycin 1g, uống liều duy nhất, hoặc
- Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Ciprofloxacin 500mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 3 ngày, hoặc
- Erythromycin base 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 7 ngày.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Chú ý: Không dùng ciprofloxacincho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và người dưới 18 tuổi.

6.3. U hạt bạch huyết hoa liễu

Dùng một trong các thuốc sau

- Doxycyclin 100mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Erythromycin base 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Tetracyclin 500mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày.

Chú ý: Không dùng doxycyclinvà tetracyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú.

6.4. Chuyển tuyến khi.

- Không có sẵn các thuốc trên đây.
- Các triệu chứng không giảm sau một đợt điều trị.
- Nghi ngờ sưng hạch bẹn do các nguyên nhân khác không phải giang mai, hạ cam và u hạt bạch huyết hoa liễu.

7. Thông tin và tư vấn.

- Các hậu quả của bệnh khi không được điều trị đúng.
- Tuân thủ phác đồ điều trị, đến khám lại theo lịch hẹn.
- Cán bộ y tế cần khuyến khích người bệnh thông báo bạn tình và điều trị bạn tình.
- Tình dục an toàn và hướng dẫn sử dụng bao cao su. Người bệnh cần được khuyến khích và hướng dẫn sử dụng bao cao su để phòng ngừa lây nhiễm HIV/AIDS và các NKTQĐTD.
- Tư vấn về xét nghiệm HIV, đặc biệt đối với bệnh giang mai và hạ cam vì hai bệnh này có nguy cơ lây nhiễm HIV cao hơn.
- Địa điểm tư vấn và xét nghiệm HIV.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

DANH MỤC THUỐC ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN/NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
1. *Chlamydia* đường sinh sản.	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất.	Doxycyclin 100mg, uống 2lần/ngày, trong 7 ngày.	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày.	
2. *Chlamydia* đường sinh sản khi thai nghén.	Azithromycin 1g, uống liều duy nhất.	Amoxicillin 500mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày.	Erythromycin base 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày.	
3. *Chlamydia* viêm kết mạc sơ sinh.	Erythromycin base hoặc ethylsuccinat 50mg/kg, chia 4 lần/ngày, trong 14 ngày.	Trimethoprim 40mg và sulfamethoxazol 200mg, uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày.	Không có.	
4. Herpes sơ phát.	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày.	Acyclovir 200mg uống 5 lần/ngày, trong 7 ngày.	Famciclovir 250mg, uống 3 lần/ ngày, trong 7 ngày.	Điều trị ngay càng sớm càng tốt, nếu tổn thương chưa lành thời gian điều trị có thể kéo dài đến 10 ngày.
5. Herpes tái phát.	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày.	Acyclovir 200mg, uống 5 lần/ngày trong 5 ngày.	Famciclovir 125mg, uống 2 lần/ngày, trong 5 ngày.	Điều trị ngay khi có triệu chứng tái phát.
6. Herpes khi thai nghén.	Acyclovir 400mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày.	Acyclovir 200mg, uống 5 lần/ngày, trong 5 ngày.	Không có.	Cân nhắc phẫu thuậtlấy thai nếu như xuất hiện herpes ở thời gian gần khi sinh.
7. Sơ sinh mắc hoặc nghi mắc herpes khi sinh.	Acyclovir 10mg/kg, tiêm tĩnh mạch 3 lần/ngày, trong 21 ngày nếu tổn thương lan rộng hoặc nghi viêm não.	Acyclovir 10mg/kg, tiêm tĩnh mạch 3 lần/ngày trong 14 ngày nếu chỉ tổn thương khu trú ở da và niêm mạc.	Không có.	Nếu trẻ tiếp xúc với herpes khi sinh cần theo dõi sát.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
8. Herpes ở người nhiễm HIV.	Acyclovir 400mg, uống 3-5 lần/ngày, đến khi khỏi.	Famciclovir 500mg, uống 2 lần/ngày đến khi khỏi.	Không có.	
9. Ghẻ và rận mu.	DEP, bôi 1 lần/ngày, trong 10 ngày.	Permethrin 1% bôi 1 lần/ngày, tắm sau bôi 24 giờ	Không có.	DEP không dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú. DEP bôi vào bộ phận sinh dục sẽ gây nóng rát.
10. Giang mai sớm (bao gồm giang mai I và giang mai II sơ phát).	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất.	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tiếp.	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày.	
11. Giang mai muộn (trên 2 năm).	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp mỗi tuần, trong 3-4 tuần liên tục.	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 20 ngày liên tục.	Doxycyclin 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 30 ngày.	
12. Giang mai sớm ở phụ nữ có thai	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp liều duy nhất.	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tục.	Không có.	
13. Giang mai muộn ở phụ nữ có thai.	Benzathin penicilin G 2,4 triệu đv, tiêm bắp, mỗi tuần, trong 3-4 tuần liên tục..	Procain penicilin G 1,2 triệu đv, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 20 ngày liên tục.	Erythromycin 500mg, uống 4 lần/ngày, trong 30 ngày.	Erythromycin có tỷ lệ thất bại cao.
14. Giang mai bẩm sinh sớm (dưới 2 tuổi).	Benzylpenicilin 100.000-150.000 đv/kg/ngày, tiêm tĩnh mạch 2 lần/ngày, trong 7 ngày và 3 lần/ngày, trong 3 ngày tiếp theo.	Procain penicilin G 50.000 đv/kg, tiêm bắp 1 lần/ngày, trong 10 ngày liên tục.	Không có.	
15. Hạ cam.	Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất.	Ceftriaxon 250mg, tiêm bắp liều duy nhất.	Ciprofloxacin 500mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày.	Vài báo cáo về việc trực khuẩn hạ cam kháng laiciprofloxacin và erythromycin.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
16. Lậu không biến chứng.	Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp, liều duy nhất.	Cefixim 400mg, uống liều duy nhất.	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất.	40% vi khuẩn lậu kháng với quinolon.
17. Lậu khi thai nghén.	Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp, liều duy nhất.	Cefixim 400mg, uống liều duy nhất.	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất.	
18. Lậu hệ thống.	Ceftriaxon 1 g/ngày, tiêm bắp, trong 7 ngày.	Spectinomycin 2g, tiêm bắp 2 lần/ngày, trong7 ngày.	Cefixim 400mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày.	Viêm nội mạc tim, điều trị đến 6 tuần.
19. Viêm kết mạc do lậu.	Ceftriaxon 1 g, tiêm bắp liều duy nhất. Lưu ý: Trẻ sơ sinh 50mg/kg, tiêm bắp không quá 125mg trong 24 giờ.	Spectinomycin 2g, tiêm bắp liều duy nhất.	Azithromycin 2g, uống liều duy nhất.	Phối hợp với làm sạch mắt bằng nước muối sinh lý liên tục trong 5 ngày.
20. Nấm candida.	Nystatin 100.000đv, đặt âm đạo, 1 viên/ngày, trong 14 ngày.	Itraconazol 100mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày.	Fluconazol 150mg, uống liều duy nhất.	
21. Nấm candida khi thai nghén.	Clotrimazol 100mg, đặt âm đạo trong 7 ngày.	Miconazol 100mg, đặt âm đạo trong 7 ngày.	Nystatin 100.000đv, đặt âm đạo 1 viên/ngày, trong 14 ngày.	
22. Sùi mào gà sinh dục chung.	Acidtrichloroacetic 80%-90%.	Đốt điện hoặc đốt lạnh.	Podophyllin 10%-25%.	Podophyllin hấp thụ, độc tính. Bôi mỡ kháng sinh vào vùng da, niêm mạc xung quanh sùi mào gà.
23. Sùi mào gà sinh dục khi thai nghén.	Acid trichloroacetic 80%-90%.	Đốt lạnh.	Đốt điện hoặc laser CO_2.	Thường tổn thương sùi mào gà phát triển nhanh trong thời kỳ mang thai. Xem xét phẫu thuật lấy thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
24. Trùng roi âm đạo.	Metronidazol 500mg, uống 2 lần/ngày, uống trong 7 ngày.	Metronidazol 2g, uống liều duy nhất.	Tinidazol 2g, uống liều duy nhất.	Không uống rượu, không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu khi điều trị bằng metronidazol.
25. Trùng roi âm đạo ở phụ nữ có thai.	Metronidazol 250mg uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày.	Metronidazol gel 0,75% bôi âm đạo, 2 lần/ngày, trong 5 ngày.	Clindamycin 300 mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày.	Chỉ dùng thuốc sau 3 tháng đầu của thai kì hoặc thay bằng bôi gel metronidazol.
26. Viêm âm đạo do vi khuẩn.	Metronidazol500 mg uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày.	Kem clindamycin 3% bôi âm đạo khi đi ngủ, trong 7 ngày.	Tinidazol 2 g, uống liều duy nhất.	Không uống rượu, không dùng cho phụ nữ có thai trong 3 tháng đầu khi điều trị bằng metronidazol.
27. U hạt bạch huyết hoa liễu (hột xoài).	Doxycyclin 100 mg uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày.	Erythromycin base 500 mg, uống 4 lần/ngày, trong 14 ngày.	Tetracyclin 500mg/ngày, trong 14 ngày.	Doxycyclin và tetracyclinkhông dùng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 7
SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HƯỚNG DẪN CHUNG

Vị thành niên là người trong độ tuổi 10-18, thanh niên trẻ là người trong độ tuổi 16-24. Khái niệm vị thành niên và thanh niên (VTN/TN) sử dụng trong tài liệu này dùng cho người trong độ tuổi 10-24. VTN là giai đoạn chuyển tiếp từ trẻ em thành người trưởng thành. VTN/TN có đặc điểm tâm sinh lý đặc thù như thích thử nghiệm, thích khám phá năng lực bản thân, năng động, sáng tạo, ham học hỏi. Với những đặc điểm này, VTN/TN cónhiều cơ hộinhưng cũng liên tục đối mặt với những thách thức,nguy cơ. Để chinh phục thách thức của cuộc sống và phát triển cũng như phòng tránh nguy cơ, VTN/TN cần được đáp ứng những nhu cầu cơ bản gồm môi trường an toàn, tiếp cận thông tin chính xác và kịp thời, có các kĩ năng sống, được tư vấn và hỗ trợ dịch vụ chăm sóc sức khỏe phù hợp.

VTN/TN có quyền được sống trong môi trường lành mạnh, tránh bị lạm dụng và bạo lực. Môi trường này cũng giúp các em phát triển những mối quan hệ tốt đẹp, gần gũi với gia đình, người lớn, bạn cùng trang lứa để tạo cơ hội phát triển tối đa tiềm năng của mình. VTN/TN cần được cung cấp thông tin chính xác, phù hợp và kịp thời, giúp các em hiểu quá trình phát triển bản thân, nguy cơ có thể gặp đối với sức khỏe, các điều kiện cần thiết để khỏe mạnh và thông tin về các dịch vụ sẵn có. VTN/TN cần được trang bị kĩ năng sống để đối phó những đòi hỏi và thách thức của cuộc sống. VTN/TN cần được tư vấn riêng tư để giúp các em hiểu và giải quyết thách thức của bản thân, từ đó ra quyết định có trách nhiệm. VTN/TN cần các dịch vụ y tế dự phòng, điều trị và nâng cao sức khỏe mang tính toàn diện bao gồm các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (SKSS) và sức khỏe tình dục (SKTD). Ngành y tế đóng vai trò rất quan trọng trong việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho VTN/TN.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng VTN/TN Việt Nam đang phải đối mặt với rất nhiều vấn đề về SKSS/SKTD như quan hệ tình dục sớm, quan hệ tình dục không an toàn, mang thai ngoài ý muốn, mắc các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục/HIV-AIDS, lạm dụng các chất gây nghiện … Thiếu hiểu biết, thiếu kĩ năng và đặc biệt là thiếu tiếp cận tới các nguồn thông tin tin cậy cũng như các dịch vụ tư vấn, dự phòng và hỗ trợ, chăm sóc SKSS/SKTD là những nguyên nhân khiến vấn đề SKSS của VTN/TN càng trở nên nghiêm trọng hơn. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng VTN/TN đặt niềm tin vào cán bộ y tế, điều này là một thuận lợi và cũng đặt ra những thách thức không nhỏ đối với người cung cấp dịch vụ, đòi hỏi người cung cấp dịch vụ phải nhanh chóng bổ sung những kĩ năng cần thiết để có thể thực sự hỗ trợ VTN/TN một cách hiệu quả hơn.

Bên cạnh đó, việc lạm dụng các chất gây nghiện trong thanh thiếu niên mặc dù không phải là vấn đề trực tiếp của SKSS/SKTD, song có ảnh hưởng đến sự phát triển cả về thể chất và tâm lý của VTN/TN, tác động làm gia tăng hành vi không an toàn về SKSS/SKTD. Điều này càng trở nên nghiêm trọng hơn khi đa phần những người lạm dụng các chất gây nghiện, bao gồm cả các trò chơi điện tử/game online… lại trong độ tuổi VTN/TN. Với mục đích giúp cho người cung cấp dịch vụ có được những khái niệm cơ bản về vấn đề này, trên cơ sở đó hỗ trợ khách hàng VTN/TN tốt hơn, tài liệu này đã được bổ sung thêm bài *Sử dụng các chất gây nghiện ở VTN/TN*.

Một vấn đề cũng đã được nêu ra từ nhiều năm và vẫn còn nhiều tồn tại, đó là các dịch vụ SKSS/SKTD cần được thiết kế và vận hành theo hướng thân thiện hơn với VTN/TN.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN là "***các dịch vụ có thể tiếp cận được và phù hợp với VTN/TN***". Dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN cần đảm bảo các tiêu chuẩn như địa điểm, giá cả phù hợp (có thể chi trả được hoặc miễn phí nếu cần thiết), độ an toàn, phục vụ theo phương cách mà VTN/TN chấp nhận được nhằm đáp ứng nhu cầu của VTN/TN và khuyến khích các em trở lại cơ sở y tế khi cần cũng như giới thiệu về dịch vụ tới bạn bè. Dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN cần triển khai từ tuyến

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

cơ sở đến trung ương, bao gồm cả các cơ sở cung cấp thông tin, tư vấn và dịch vụ chăm sóc SKSS/SKTD.

Việc cung cấp thông tin, tư vấn cũng như dịch vụ chăm sóc SKSS/SKTD cho VTN/TN không có nhiều khác biệt về quy trình kỹ thuật so với người trưởng thành, song điều khác biệt và quan trọng là những kĩ năng mà người cung cấp dịch vụ cần phải có, để có thể tiếp cận, có được sự tin tưởng và chia sẻ từ các em, qua đó xác định được chính xác nhu cầu và vấn đề, và có thể hỗ trợ VTN/TN một cách hữu ích nhất. Trong quá trình tiếp cận, tư vấn và cung cấp các dịch vụ SKSS/SKTD cho VTN/TN, cần có thái độ tích cực và cởi mở, đặc biệt đối với những chủ đề về tình dục, phòng tránh thai, nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục… Người cung cấp dịch vụ cũng cần có sự nhạy cảm và đảm bảo các quyền khách hàng khi tiếp cận và cung cấp dịch vụ SKSS/SKTD cho các nhóm VTN/TN yếu thế, dễ bị tổn thương.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

NHỮNG ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU, TÂM SINH LÝ TRONG THỜI KỲ VỊ THÀNH NIÊN

Tuổi VTN là thời kỳ phát triển đặc biệt-thời kỳ xảy ra đồng thời hàng loạt những biến đổi nhanh chóng cả về cơ thể cũng như sự biến đổi tâm lý và các mối quan hệ xã hội. Người cung cấp dịch vụ cần hiểu rõ về các đặc điểm tâm sinh lý và những thay đổi trong độ tuổi này thì mới có thể tiếp cận, tư vấn và cung cấp dịch vụ được cho các em một cách phù hợp, thân thiện và hiệu quả.

Lứa tuổi VTN là từ 10 đến 18 tuổi và được chia ra 3 giai đoạn:

+ VTN sớm: từ 10 đến 13 tuổi
+ VTN giữa: từ 14 đến 16 tuổi
+ VTN muộn: từ 17 đến 18 tuổi

Ba giai đoạn phân chia này chỉ có tính tương đối, có thể khác nhau ở từng VTN.

1. Những thay đổi về giải phẫu và sinh lý trong thời kỳ VTN

- Sự phát triển cơ thể rõ rệt và dễ nhận thấy nhất là các dấu hiệu dậy thì. Tuổi dậy thì ở các em nữ thường sớm hơn và trong khoảng từ 10-15 tuổi, các em nam trong khoảng từ 12-17 tuổi.
- Trong giai đoạn dậy thì, các nội tiết tố sinh dục (estrogen và progesteron đối với nữ, testosteron đối với nam) tăng dần, cơ quan sinh dục phát triển và cơ thể chuẩn bị sẵn sàng cho hoạt động sinh sản. Biểu hiện rõ rệt ở các em nữ là hiện tượng kinh nguyệt và ở em nam là hiện tượng xuất tinh.

Dậy thì ở các em nữ:

- Phát triển núm vú, quầng vú.
- Tử cung, âm đạo, buồng trứng phát triển to ra, xương hông nở ra.
- Phát triển chiều cao nhanh chóng.
- Mọc lông sinh dục: lông mu, lông nách.
- Xuất hiện kinh nguyệt.
- Các tuyến bã hoạt động mạnh, xuất hiện mụn trứng cá.

Dậy thì ở các em nam:

- Tinh hoàn và dương vật to lên, da tinh hoàn sẫm màu lại.
- Thanh quản mở rộng, vỡ tiếng, yết hầu lộ ra.
- Tăng trưởng nhanh chóng về chiều cao, các xương dài phát triển, cơ bắp ở vai, ngực, cánh tay... to ra.
- Xuất hiện lông mu, ria mép.
- Có xuất tinh (thường là mộng tinh hay còn gọi là "giấc mơ ướt").
- Các tuyến bã hoạt động mạnh, xuất hiện mụn trứng cá.

2. Những biến đổi về tâm lý trong thời kỳ VTN: tùy theo từng giai đoạn phát triển của thời kỳ VTN mà có những biến đổi về tâm lý khác nhau.

Thời kỳ VTN sớm:

- Bắt đầu ý thức mình không còn là trẻ con, muốn được độc lập.
- Muốn được tôn trọng, được đối xử bình đẳng như người lớn.
- Chú trọng đến các mối quan hệ bạn bè.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Quan tâm đến hình thức bên ngoài và những thay đổi của cơ thể.
- Tò mò, thích khám phá, thử nghiệm.
- Bắt đầu phát triển tư duy trừu tượng.
- Có những hành vi mang tính thử nghiệm, bốc đồng.

Thời kỳ VTN giữa:

- Tiếp tục quan tâm nhiều hơn đến hình dáng cơ thể.
- Tỏ ra độc lập hơn, thích tự mình quyết định, có xu hướng tách ra khỏi sự kiểm soát của gia đình.
- Phát triển mạnh cá tính, sở thích cá nhân.
- Chịu ảnh hưởng nhiều của bạn bè đồng trang lứa.
- Quan tâm đến bạn khác giới, dễ ngộ nhận tình bạn khác giới với tình yêu.
- Tiếp tục phát triển tư duy trừu tượng.
- Phát triển kĩ năng phân tích, bắt đầu nhận biết hậu quả của hành vi.
- Có xu hướng muốn thử thách các qui định, các giới hạn mà gia đình hay xã hội đặt ra.

Thời kỳ VTN muộn:

- Khẳng định sự độc lập và tạo dựng hình ảnh bản thân tương đối ổn định.
- Khả năng đánh giá và giải quyết vấn đề tốt hơn.
- Cách suy nghĩ, nhận xét và ứng xử chín chắn hơn.
- Ảnh hưởng của nhóm bạn bè giảm dần, quay lại chú trọng mối quan hệ gia đình.
- Chú trọng tới mối quan hệ riêng tư, tin cậy giữa 2 người hơn quan hệ theo nhóm.
- Định hướng cuộc sống, nghề nghiệp rõ ràng hơn.
- Biết phân biệt tình bạn và tình yêu, cách nhìn nhận tình yêu mang tính thực tế hơn, có xu hướng muốn thử nghiệm tình dục.

3. Những mong muốn của VTN/TN về sức khỏe/SKSS/SKTD

- Phát triển tốt về chiều cao, cân nặng.
- Không ốm đau bệnh tật.
- Có khả năng tránh được ma túy, rượu và các chất gây nghiện.
- Phát triển nhân cách tốt, được mọi người coi trọng.

4. Những quyền của VTN/TN về sức khỏe/SKSS/SKTD: VTN/TN có tất cả các quyền cơ bản về SKSS/SKTD, đặc biệt cần thiết các quyền:

- Quyền được thông tin đầy đủ, chính xác về sức khỏe/SKSS/SKTD.
- Quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe/SKSS/SKTD phù hợp và có chất lượng.
- Quyền được đối xử bình đẳng, tôn trọng, không bị cưỡng bức, bạo hành.
- Quyền tự quyết định và chịu trách nhiệm về quyết định của mình trong các vấn đề liên quan đến sức khỏe/SKSS/SKTD (kết hôn hay không, giữ thai hay chấm dứt thai kỳ…) trên cơ sở được cung cấp đầy đủ thông tin và phù hợp với pháp luật.

5. Những rào cản khiến VTN/TN khó thực hiện mong muốn và quyền trong lĩnh vực SKSS/SKTD

- Quan niệm của xã hội đối với việc chăm sóc và giáo dục SKSS/SKTD cho VTN/TN còn hạn chế, chưa thống nhất.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Các chính sách, chiến lược về SKSS/SKTD cho thanh thiếu niên còn ít, chưa cụ thể, chưa có nhiều chính sách động viên VTN/TN.
- Thiếu các cơ sở cung cấp dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN.
- Thái độ định kiến của thầy cô giáo, cha mẹ, cộng đồng, đặc biệt là người cung cấp dịch vụ, đối với việc cung cấp thông tin và dịch vụ chăm sóc SKSS/SKTD là những rào cản lớn đối với VTN/TN.
- Đa số các cán bộ cung cấp dịch vụ còn chưa được huấn luyện để biết cách làm việc với VTN/TN.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KỸ NĂNG SỐNG LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE SINH SẢN/SỨC KHỎE TÌNH DỤC CỦA VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

Khái niệm: *Kĩ năng sống được hiểu như là khả năng ứng xử của mỗi cá nhân trong những tình huống nhất định, là khả năng mà mỗi cá nhân có được trong việc giải quyết các vấn đề gặp phải và ứng phó một cách tích cực đối với những thử thách của cuộc sống thường ngày.*

Kĩ năng sống vừa mang tính cá nhân vừa mang tính xã hội. Cá nhân là vì mỗi người tự đặt ra cho mình các giá trị, niềm tin để quyết định hành động theo những mục tiêu riêng mà mình đặt ra. Tuy nhiên, những mục tiêu đó phần lớn lại chịu ảnh hưởng của nền văn hóa, phong tục tập quán, của những chuẩn mực đạo đức trong cộng đồng nơi người đó sinh sống.

Kĩ năng sống rất quan trọng đối với VTN/TN, đặc biệt trong lĩnh vực SKSS/SKTD. VTN/TN thường thiếu kinh nghiệm sống, ít được rèn luyện kĩ năng sống, do đó khi cần phải đưa ra các quyết định quan trọng về SKSS/SKTD như quan hệ tình dục khi nào, với ai, có sử dụng biện pháp bảo vệ hay không, làm thế nào để nói lên quan điểm của mình về tình dục với bạn tình… thì VTN/TN thường gặp khó khăn, có thể đưa ra những quyết định sai lầm làm ảnh hưởng đến cuộc sống và tương lai của họ.

1. Những kĩ năng sống cần cho sự phát triển về sức khỏe của VTN/TN

** Kĩ năng xác định giá trị:*

Là khả năng xác định đức tính, niềm tin, thái độ, chính kiến nào đó của mình là quan trọng và giúp mình hành động theo định hướng đó.

** Kĩ năng ra quyết định:*

Là khả năng một cá nhân đưa ra được quyết định cho mình dựa trên cơ sở có đầy đủ thông tin và ý thức được hậu quả/kết quả từ quyết định của mình. Trong một số tình huống, thường có nhiều lựa chọn và mỗi người phải chọn ra một quyết định đồng thời phải ý thức được các khả năng, hậu quả có thể xảy ra. Do vậy, điều quan trọng là mỗi cá nhân cần dự kiến được càng nhiều càng tốt những hậu quả trước khi ra quyết định cuối cùng tối ưu nhất.

** Kĩ năng kiên định:*

Là khả năng tự nhận biết được điều mình muốn hoặc không muốn, phù hợp với hoàn cảnh cụ thể, đồng thời giữ vững được khả năng/nhận định đó dù có những điều kiện khác tác động.

** Kĩ năng đặt mục tiêu:*

Là khả năng tự xác định những gì mà mỗi cá nhân muốn thực hiện, muốn đạt tới.

Một mục tiêu đặt ra cần phải được thể hiện bằng những từ ngữ cụ thể. Mục tiêu đó cần phải trả lời bằng những câu hỏi sau:

+ Ai sẽ thực hiện? Thực hiện khi nào?
+ Thực hiện cái gì? Thực hiện bằng cách nào?

** Kĩ năng giao tiếp:*

Là khả năng mà VTN/TN có thể sử dụng trong giao tiếp hàng ngày để có thể diễn đạt mong muốn, cảm xúc, suy nghĩ của bản thân, đồng thời hiểu được quan điểm, thái độ và mong muốn của người khác.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Kĩ năng giao tiếp là tổng hợp của nhiều kĩ năng như: kĩ năng lắng nghe, kĩ năng diễn đạt, kĩ năng đặt câu hỏi, kĩ năng thương thuyết, kĩ năng từ chối… Các kĩ năng này giúp cho VTN/TN biết cách thiết lập và phát triển các mối quan hệ.

** Kĩ năng từ chối:*

Là khả năng nói "không" với một đề nghị hoặc một lời mời của người khác làm một việc mà mình không muốn làm. Đặc biệt là đề nghị tham gia thực hiện những hành vi nguy cơ cho sức khỏe. Nhiều VTN/TN không dám từ chối vì sợ bạn bè hoặc bạn tình không bằng lòng. VTN/TN cần được hỗ trợ kĩ năng từ chối để tránh tham gia vào những hành vi nguy cơ cho sức khỏe mà vẫn giữ được mối quan hệ với bạn bè và bạn tình.

2. Những việc người cung cấp dịch vụ có thể làm để hỗ trợ kĩ năng sống cho VTN/TN

Khi VTN/TN gặp vấn đề về SKSS/SKTD như mang thai ngoài ý muốn, mắc các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, sử dụng biện pháp tránh thai…, họ cần hỗ trợ về kĩ năng sống để đối mặt với vấn đề và tự đưa ra giải pháp. Trong những trường hợp này, vai trò của người cung cấp dịch vụ rất quan trọng. Sự hỗ trợ của người cung cấp dịch vụ về kĩ năng sống cho VTN/TN rất cần thiết để giúp VTN/TN tránh những tổn thương tâm lý cũng như hậu quả về sức khỏe.

Thông qua những hỗ trợ về kĩ năng sống, người cung cấp dịch vụ có thể giúp VTN/TN:

+ Xác định vấn đề SKSS/SKTD của mình và bình tĩnh đối mặt với vấn đề đó.
+ Xác định các mục tiêu cá nhân trong lĩnh vực SKSS/SKTD.
+ Xác định các giải pháp có thể, sự phù hợp, ưu điểm, nhược điểm của giải pháp.
+ Ra quyết định về vấn đề SKSS/SKTD dựa trên cơ sở đầy đủ thông tin và được hỗ trợ kĩ năng.
+ Có khả năng thương thuyết với bạn tình về các vấn đề SKSS/SKTD.
+ Có khả năng phòng ngừa các vấn đề SKSS/SKTD trong tương lai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TÌNH DỤC AN TOÀN VÀ ĐỒNG THUẬN

1. Giới thiệu

Hành vi tình dục bao gồm tất cả các hành vi nhằm tìm kiếm khoái cảm hoặc để sinh sản. Hành vi tình dục nhằm tìm kiếm sự khoái cảm có thể diễn ra giữa 2 bạn tình khác giới hay cùng giới, với một người hay nhiều người, tự mình gây khoái cảm (thủ dâm) hay gây khoái cảm cho nhau, mơ tưởng đến chuyện tình dục hay dùng các dụng cụ để kích thích và tìm kiếm khoái cảm. Tình dục không đơn thuần chỉ là hành vi giao hợp giữa dương vật, âm đạo, miệng hay hậu môn.

Hành vi tình dục có thể được bảo vệ hoặc không bảo vệ, an toàn hay không an toàn. Hành vi này cũng có thể được thực hiện dựa trên sự đồng thuận của (những) người tham gia hay không đồng thuận (cưỡng ép).

2. Tình dục an toàn

Khái niệm tình dục an toàn là chỉ việc sử dụng các biện pháp giúp tránh thai an toàn, hiệu quả và phòng lây truyền HIV và các bệnh nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.[1]

Xét trên góc độ về an toàn của tình dục, có thể chia thành 3 nhóm:

+ Tình dục an toàn (không có nguy cơ hoặc nguy cơ rất ít): mơ tưởng tình dục, tự mình thủ dâm, vuốt ve trên mặt da lành lặn, ôm bạn tình, kiêng giao hợp, tình dục bằng tay với âm đạo hoặc với dương vật, quan hệ tình dục dương vật với miệng có sử dụng bao cao su.
+ Tình dục tương đối an toàn (nguy cơ trung bình): quan hệ tình dục dương vật với âm đạo có sử dụng bao cao su, quan hệ tình dục miệng với âm đạo hoặc miệng với dương vật không dùng bao cao su.
+ Tình dục không an toàn (nguy cơ cao): quan hệ tình dục dương vật với âm đạo không sử dụng bao cao su, quan hệ tình dục dương vật với hậu môn có hoặc không dùng bao cao su.

3. Tình dục đồng thuận

- Tình dục đồng thuận là việc thực hiện hành vi tình dục dựa trên sự đồng thuận mang tính tự nguyện của những người tham gia vào hành vi tình dục. Quyết định được đưa ra trên cơ sở người tham gia có đầy đủ năng lực dân sự và sức khỏe để ra quyết định theo qui định của pháp luật.
- Sự đồng thuận trong thực hiện hành vi tình dục không phải là một quyết định mang tính thời điểm mà tình trạng đồng thuận này cần được duy trì trong suốt quá trình thực hiện hành vi tình dục từ trước khi bắt đầu cho đến khi kết thúc. Sự đồng thuận trong thực hiện hành vi tình dục không chỉ là đồng ý việc có thực hiện hành vi tình dục mà các đối tác tham gia cũng cần đồng thuận trong cách thức, thời điểm, thời gian, điều kiện và bối cảnh quan hệ. Đối với VTN dưới 16 tuổi, cho dù có đồng thuận quan hệ tình dục cũng vẫn là vi phạm pháp luật.
- Tình dục không đồng thuận có thể xảy ra ở nhiều mức độ và hình thức khác nhau từ quấy rối đến lạm dụng và cưỡng ép tình dục. Nạn nhân của quấy rối, lạm dụng và cưỡng ép

[1]Một số tài liệu có thể phân biệt hai thuật ngữ là tình dục có bảo vệ nhấn mạnh tới khía cạnh phòng mang thai và tình dục an toàn nhấn mạnh tới giảm hại và phòng ngừa lây truyền HIV và các bệnh LTQĐTD khác.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

tình dục có thể là bất cứ ai, ở bất cứ lứa tuổi nào, ở bất cứ giới tính nào và trong bất cứ tình trạng kinh tế xã hội nào. Tình dục không có đồng thuận là vi phạm pháp luật2.

- Lưu ý: một số trường hợp tình dục có hoặc không có đồng thuận đều chưa được chấp nhận trong luật pháp cũng như truyền thống văn hóa Việt Nam như quan hệ tình dục với trẻ em và VTN, quan hệ tình dục với người làm mại dâm.
- Tình dục lành mạnh: hành vi tình dục được coi là lành mạnh khi đảm bảo 3 yếu tố: an toàn, đồng thuận và thỏa mãn.

4. Tư vấn về tình dục an toàn và đồng thuận cho VTN/TN

4.1. Giải thích về lợi ích của việc thực hành tình dục có bảo vệ, an toàn và đồng thuận

- VTN/TN tự giác thực hành tình dục an toàn là tự bảo vệ mình và bảo vệ bạn tình:
  + Yên tâm, không lo có thai do đó có khoái cảm hơn.
  + An toàn, ít có nguy cơ bị nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (NKLTQĐTD), nhất là HIV/AIDS.
  + Giảm nguy cơ bị ung thư cổ tử cung, giảm nguy cơ vô sinh.
- VTN/TN tự giác thực hành tình dục lành mạnh là tôn trọng bạn tình, không đặt bạn tình vào tình thế khó xử, không làm thương tổn bạn tình, đồng thời cũng không làm tổn thương đến những người xung quanh. Điều này giúp bảo vệ hạnh phúc bản thân và gia đình, bảo vệ sự lành mạnh cho thế hệ con cái và không vi phạm pháp luật.

4.2. Các nội dung cần tư vấn

- VTN/TN có thể có thai và mắc NKLTQĐTD nếu không thực hành tình dục an toàn. VTN/TN có thể có thai ngay trong lần quan hệ tình dục không được bảo vệ đầu tiên. VTN/TN có thể mắc một hoặc nhiều NKLTQĐTD trong mỗi lần quan hệ tình dục không an toàn.
- VTN/TN cần biết nguyên tắc cơ bản của việc phòng NKLTQĐTD là tránh tiếp xúc với dịch của cơ thể đã nhiễm khuẩn (tinh dịch, dịch âm đạo, máu), và tránh tiếp xúc không bảo vệ với vùng bề mặt cơ thể đã nhiễm khuẩn. Vi khuẩn gây bệnh thường xâm nhập qua niêm mạc âm đạo, niệu đạo và miệng.
- VTN/TN cần hiểu khi mắc NKLTQĐTD, cần phải điều trị không chỉ riêng họ mà cả bạn tình (hay vợ/chồng), điều trị đúng thuốc, đủ liều lượng và nên đến các địa chỉ tin cậy để được trợ giúp.
- Qui định pháp luật liên quan: 1) Tuổi quan hệ tình dục đồng thuận ở Việt Nam là từ đủ 16 tuổi trở lên. Quan hệ tình dục với người chưa đủ 16 tuổi dù đồng thuận vẫn là vi phạm pháp luật theo duy định hiện hành; 2) Pháp luật hiện hành không chấp nhận mại dâm, quan hệ tình dục với người làm mại dâm và quan hệ tình dục với người đã có gia đình (ngoại tình).
- Cần khuyến khích VTN/TN lối sống biết kiềm chế, kiêng quan hệ tình dục có xâm nhập (gồm quan hệ tình dục dương vật-miệng, dương vật-âm đạo và dương vật-hậu môn), tập trung học tập, lao động, thể thao. Tư vấn cho VTN/TN cách tự bảo vệ trong tương lai, khuyến khích VTN/TN quay trở lại cơ sở y tế để được tư vấn về tình dục an toàn trước khi có quyết định quan hệ tình dục.

---

[2] Các tội cưỡng dâm, hiếp dâm và dâm ô với trẻ em được qui định trong Luật Hình sự. Luật Hình sự không qui định rõ ràng mức độ xử phạt liên quan tới quấy rối tình dục nhưng tùy mức độ mà người quấy rối tình dục có thể bị xử theo tội làm nhục người khác, dâm ô với trẻ em hay làm mất trật tự nơi công cộng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Trong trường hợp VTN/TN đã có quan hệ tình dục, cần tư vấn để lựa chọn biện pháp an toàn, đáng tin cậy, phù hợp. Tư vấn sàng lọc xem VTN/TN có vấn đề liên quan tới bạo hành, lạm dụng tình dục, sử dụng chất gây nghiện hay không.
- Tư vấn về kĩ năng sống: kĩ năng ra quyết định, kĩ năng từ chối, kĩ năng thương thuyết….
- Giải thích những điều VTN/TN thường hay hiểu lầm:
  + Quan hệ tình dục chỉ 1 lần thì không thể hoặc hầu như không thể có thai.
  + Quan hệ tình dục có sử dụng bao cao su sẽ làm giảm khoái cảm, gây vô sinh, gây nhiễm khuẩn, gây bất tiện khi sử dụng.
  + Sử dụng thuốc diệt tinh trùng có tỉ lệ tránh thai cao và giúp tránh được NKLTQĐTD.
  + Giao hợp ở tư thế đứng không thể có thai hoặc nếu người phụ nữ nằm trên trong lúc giao hợp thì cũng không có thai.
  + Sau khi xuất tinh, chỉ cần thụt rửa âm đạo bằng các dung dịch như dấm, nước chanh... thì có thể tránh thai.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

1. Những điểm cần lưu ý khi tư vấn SKSS cho VTN/TN

- Cán bộ tư vấn cần hiểu những đặc điểm phát triển tâm-sinh lý của lứa tuổi VTN/TN để đảm bảo tính riêng tư, đồng cảm, tế nhị và không phán xét. Tư vấn qua điện thoại và qua internet có thể thực hiện ở những nơi có điều kiện.
- Các cơ sở y tế cần sử dụng nhiều loại tài liệu truyền thông, quảng bá, cung cấp thông tin rõ ràng, chính xác và phù hợp.
- VTN/TN thường lo sợ bị tiết lộ thông tin nên miễn cưỡng khi chia sẻ điều riêng tư và vì quan hệ tình dục khi chưa kết hôn hiện không được xã hội chấp nhận, VTN/TN sợ phải thừa nhận có quan hệ tình dục, do đó, việc bảo mật và hạn chế chia sẻ thông tin cá nhân rất quan trọng.
- Cán bộ tư vấn cần dành nhiều thời gian, giải thích cặn kẽ vì VTN/TN ít hiểu biết về cơ thể, SKSS/SKTD.
- Cán bộ tư vấn cần chú ý hỗ trợ một số kĩ năng sống cần thiết để VTN/TN có thể có thái độ, hành vi đúng mực và thực hành an toàn.

2. Các bước tư vấn cơ bản

Các bước tư vấn cho VTN/TN về cơ bản cũng giống như 6 bước (6G) trong tư vấn SKSS (gặp gỡ, gợi hỏi, giới thiệu, giúp đỡ, giải thích, gặp lại) nhưng tư vấn cho VTN chỉ diễn ra thuận lợi và có hiệu quả thực sự khi cán bộ tư vấn tạo được mối quan hệ tin cậy, kiên trì lắng nghe, biết kiềm chế. Bước gặp gỡ ban đầu đóng vai trò rất quan trọng bởi nếu VTN/TN không có ấn tượng tốt với cán bộ tư vấn ngay từ đầu thì họ cũng sẽ không cởi mở và chia sẻ những vấn đề họ gặp phải.

Trường hợp cần có sự tham gia của người thân (gia đình, bạn tình, bạn bè thân, thầy giáo...) phải thảo luận trước với VTN/TN.

3. Những kĩ năng tư vấn cơ bản

Các kĩ năng tư vấn cho VTN/TN về cơ bản cũng giống như tư vấn SKSS gồm kĩ năng lắng nghe, kĩ năng giao tiếp, kĩ năng khuyến khích, đặc biệt là kĩ năng giải quyết vấn đề để giúp VTN/TN xác định vấn đề và tìm cách giải quyết. Tuy nhiên, tư vấn cho VTN/TN đòi hỏi cán bộ tư vấn phải sử dụng các kĩ năng tư vấn một cách thành thục và ở mức độ yêu cầu cao hơn. Lắng nghe VTN/TN không chỉ là thu nhận được những gì họ muốn nói, mà còn thu nhận được cả những điều ẩn chứa bên trong, những điều mà VTN/TN không biết hoặc không thể diễn đạt.

4. Những nội dung cần tư vấn SKSS VTN/TN

4.1. Giúp VTN/TN biết cách nhận biết những tình cảm của bản thân và học cách tự kiểm soát

Hướng dẫn VTN/TN biết cách nhận biết tình cảm của bản thân như buồn chán, thất vọng, phẫn nộ, căng thẳng... và biết cách tự kiểm soát tình cảm, biết cách xử trí trong tình huống cụ thể.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2. Giúp VTN/TN nhận biết những trải nghiệm trong quá khứ, những tác động đến hành vi hiện tại

Hỗ trợ VTN/TN bày tỏ những vấn đề trải nghiệm tiêu cực trong quá khứ, những ảnh hưởng đến hiện tại để giúp VTN/TN học các giải toả, xác định cách phòng tránh và hướng xử trí thích hợp trong tương lai. Nếu VTN/TN từ chối, có thể sử dụng những cách diễn đạt khác dễ dàng hơn đối với VTN/TN như viết ra giấy hoặc điện thoại. Đôi khi trải nghiệm tiêu cực có thể "khêu gợi lại nỗi đau" khiến các em buồn chán và lo lắng hơn.

4.3. Chuẩn bị cho VTN/TN hướng đến những thay đổi và ra quyết định tích cực trong cuộc sống

- VTN/TN thường gặp khó khăn khi phải đối mặt với những thay đổi và phải trải qua một thời kỳ khó khăn để xử lý những hệ quả do sự thay đổi gây nên. Do vậy cán bộ tư vấn cần giúp các em học cách chuẩn bị hướng đến những thay đổi sắp tới trong cuộc sống của các em. Cán bộ tư vấn cần giúp đỡ các em lập kế hoạch chi tiết cho những thay đổi sắp tới và thảo luận với các em về kế hoạch đó.
- VTN/TN cần được hỗ trợ nhằm thay đổi nhận thức, thái độ, hành vi và tự giải quyết vấn đề của họ. Những thái độ và hành vi trong lĩnh vực SKSS/SKTD là không dễ dàng thay đổi. Cán bộ tư vấn cần hướng dẫn cho VTN/TN các kĩ năng sống quan trọng trong cuộc sống: kĩ năng ra quyết định, kĩ năng giải quyết vấn đề, kĩ năng từ chối, kĩ năng thương thuyết.

4.4. Khẳng định các quyền khách hàng của VTN/TN

- Trong quá trình tư vấn, cán bộ tư vấn cần tư vấn phù hợp cho VTN/TN về các quyền khách hàng bao gồm các quyền quan trọng như: quyền được tiếp cận thông tin và dịch vụ, quyền được lựa chọn và ra quyết định, quyền được đảm bảo an toàn, quyền được riêng tư và bí mật thông tin, quyền được tôn trọng tư cách, quyền được làm hài lòng, quyền được chăm sóc liên tục.
- Thông tin cho VTN/TN về chính sách đảm bảo riêng tư và giữ bí mật thông tin của cơ sở y tế và cán bộ y tế.
- Cung cấp đầy đủ thông tin và khẳng định VTN/TN có quyền hỏi và làm rõ thông tin khi mong muốn. Tìm hiểu các yếu tố có thể làm hạn chế việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ của VTN/TN như mức độ kinh tế, trình độ văn hóa, dân tộc, tình trạng di cư, tình trạng khuyết tật, nhân dạng giới, xu hướng tình dục, tình trạng nghiện chất, nghiện internet, nghiện chơi game, v.v…
- Không có thái độ định kiến với khách hàng và đảm bảo khách hàng có đầy đủ thông tin, được hỗ trợ kĩ năng để tự ra quyết định.
- Kết nối với các cơ sở dịch vụ y tế và dịch vụ hỗ trợ như tư vấn, trợ giúp pháp lí, trợ giúp xã hội và giới thiệu cho VTN/TN các cơ sở dịch vụ y tế phù hợp với nhu cầu và khả năng tiếp cận.

5. Những chủ đề cần tư vấn

- Đặc điểm phát triển cơ thể, tâm-sinh lý tuổi VTN.
- Kinh nguyệt bình thường và bất thường tuổi VTN.
- Thai nghén và sinh đẻ ở tuổi VTN.
- Các biện pháp tránh thai ở tuổi VTN.
- Tiết dịch âm đạo hoặc niệu đạo ở tuổi VTN.
- Mộng tinh, thủ dâm.
- Nhiễm khuẩn đường sinh sản và NKLTQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS.
- Tình dục an toàn và lành mạnh.
- Bạo lực và lạm dụng tình dục.
- Lạm dụng chất gây nghiện.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

KINH NGUYỆT VÀ XUẤT TINH Ở VỊ THÀNH NIÊN

Rối loạn kinh nguyệt ở VTN nữ, nếu không liên quan đến thai nghén thường do nguyên nhân hoạt động của hệ thống trục dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng chưa hoàn chỉnh.

Rối loạn xuất tinh ở VTN nam nếu không phát hiện dấu hiệu bất thường qua khám thực thể thường mang tính tạm thời và không cần điều trị, nhưng cần hỗ trợ liệu pháp tâm lý.

Rối loạn kinh nguyệt ở VTN nữ và rối loạn xuất tinh ở VTN nam nếu kéo dài và ảnh hưởng đến sức khỏe và tâm lý, cần khám chuyên khoa.

1. Kinh nguyệt ở VTN nữ

Kinh nguyệt là một hiện tượng sinh lý bình thường, biểu hiện là chảy máu ra ngoài âm đạo do bong niêm mạc tử cung. Kinh nguyệt có tính chất định kỳ hàng tháng, là kết quả của sự thay đổi nội tiết buồng trứng trong cơ thể.

Ở tuổi VTN, kinh nguyệt có thể chưa đều trong khoảng 1-2 năm đầu kể từ khi bắt đầu có kinh do hoạt động của hệ thống trục dưới đồi-tuyến yên-buồng trứng chưa hoàn chỉnh.

1.1. Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng

** Kinh nguyệt bình thường khi:*

- Tuổi bắt đầu có kinh: từ 11-18 tuổi.
- Vòng kinh từ 22-35 ngày, trung bình là 28-30 ngày.
- Thời gian hành kinh từ 3-7 ngày.
- Lượng máu kinh: thay 3-5 lần băng vệ sinh mỗi ngày.
- Máu kinh màu đỏ tươi, không đông, có mùi hơi nồng, không tanh.

** Kinh nguyệt không bình thường còn gọi là rối loạn kinh nguyệt.*

- Vô kinh nguyên phát: quá 18 tuổi chưa hành kinh.
- Vô kinh thứ phát: quá 3 tháng chưa hành kinh nếu trước đó kinh rất đều và quá 6 tháng chưa hành kinh nếu trước đó kinh không đều.
- Vô kinh giả: máu kinh vẫn có nhưng màng trinh kín hoặc cổ tử cung bị dính nên máu kinh không chảy ra ngoài, còn gọi là bế kinh.
- Rong kinh: hành kinh kéo dài trên 7 ngày.
- Kinh ít: lượng máu kinh ra rất ít.
- Kinh nhiều: lượng máu kinh nhiều hơn bình thường, trên 60 ml trong cả kỳ kinh.
- Kinh thưa: vòng kinh dài trên 35 ngày.
- Kinh mau: vòng kinh ngắn dưới 21 ngày.
- Băng kinh: máu kinh ra rất nhiều, trên 150ml trong thời gian một vài ngày gây choáng váng, mệt mỏi đôi khi bị ngất xỉu.
- Rong huyết: ra máu không liên quan đến kỳ kinh.
- Rong kinh: ra máu kinh kéo dài trên 7 ngày.
- Thống kinh: đau bụng nhiều khi hành kinh, có thể bị mệt mỏi và ảnh hưởng sinh hoạt.
- Kinh sớm: có kinh trước 10 tuổi.

1.2. Xử trí

- Đau bụng khi hành kinh: cho thuốc giảm đau loại kháng viêm không corticoid (paracetamol, ibuprofen, diclofenac...) hoặc thuốc viên tránh thai kết hợp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Vô kinh: có thể do rối loạn dinh dưỡng và tâm lý. Tư vấn cho VTN biết rối loạn dinh dưỡng có thể ảnh hưởng xấu đến sự phát triển chung của cơ thể, đồng thời hướng dẫn VTN cách khắc phục các vấn đề về dinh dưỡng hay giúp giải tỏa các vấn đề tâm lý.
- Thuốc viên tránh thai kết hợp có thể giúp điều hòa chu kỳ kinh, giảm đau bụng khi hành kinh.
- Rong huyết hoặc ra máu bất thường có thể là do nhiễm khuẩn hoặc bất thường ở cổ tử cung. Khám và điều trị nếu có nhiễm khuẩn đường sinh sản, và chuyển lên tuyến trên làm xét nghiệm tế bào học cổ tử ung tầm soát ung thư. (xem phần *NKĐSS/NKLTQĐTD*).
- Theo dõi những trường hợp như kinh thưa, kinh mau, kinh ít chưa ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Các trường hợp rối loạn kinh nguyệt khác cần gửi lên tuyến trên để chẩn đoán và xử trí.

1.3. Tư vấn

- Giải thích cho VTN hiểu kinh nguyệt là hiện tượng sinh lý tự nhiên, gây ra do sự thay đổi giải phẫu và sinh lý bình thường của tuổi dậy thì, không phải là bệnh mà lo sợ. Khi hành kinh có thể bị đau bụng, cảm giác choáng váng...
- Hỏi lại để xem hiểu biết của VTN về khái niệm chu kỳ kinh nguyệt, giải thích nếu có sự hiểu lầm. Đặc biệt cần giải thích cho VTN rõ khi đã có kinh nguyệt thì cũng sẽ có khả năng có thai nếu có quan hệ tình dục.
- Nếu VTN lo lắng về các chu kỳ kinh nguyệt không đều thì giải thích để VTN yên tâm là kinh nguyệt không đều trong 1-2 năm khi bắt đầu có kinh có thể là bình thường.
- Giải thích các trạng thái tâm lý bất thường hay xảy ra khi có kinh như cảm giác bứt rứt khó chịu, nhức đầu, lo âu, mất ngủ, biếng ăn...
- Hướng dẫn cụ thể cách giữ vệ sinh khi có kinh nguyệt, cách sử dụng băng vệ sinh.
- Giải thích và hướng dẫn cách phòng tránh thai, nếu cần thì cung cấp các biện pháp tránh thai thích hợp.
- Hướng dẫn thực hành tình dục an toàn, sử dụng bao cao su để phòng các NKLTQĐTD và có thai ngoài ý muốn.
- Có thể mời gia đình đến tư vấn về kinh nguyệt để hỗ trợ cho VTN.

2. Xuất tinh ở VTN nam

2.1. Dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng

- **Xuất tinh**là hiện tượng xuất tiết tinh dịch xảy ra khi nam giới đạt cực khoái. Lượng tinh dịch cho mỗi lần xuất tinh thông thường vào khoảng 3-4 ml.
- Trong giai đoạn dậy thì của VTN nam, tinh hoàn bắt đầu phát triển, sản sinh ra tinh trùng và testosteron. Do đó cơ thể lớn nhanh và xuất hiện các đặc tính sinh dục thứ phát như cơ bắp nở nang, mọc râu, giọng nói ồm ồm, dương vật to ra… Dấu hiệu quan trọng nhất trong thời kỳ dậy thì của nam VTN chính là lần xuất tinh đầu tiên. Thông thường độ tuổi xuất tinh lần đầu tiên ở VTN nam là khoảng 14-16 tuổi. Xuất tinh lần đầu tiên có thể xảy ra trong khi thức, khi các em có những kích thích, xung động về tình dục (xem phim ảnh, nhìn thấy những hình ảnh khêu gợi…) hoặc thủ dâm (tự kích thích bộ phận sinh dục) hoặc xảy ra trong khi ngủ (thường được gọi là "mộng tinh" hoặc "giấc mơ ướt").
- **Thủ dâm:**là một trong những hành vi tình dục có thể xảy ra ở nhiều lứa tuổi, đặc biệt thường gặp ở tuổi VTN. Thủ dâm là việc một người tự kích thích mình để đạt được khóai cảm, thường là dùng tay hoặc dụng cụ để kích thích bộ phận sinh dục. Thủ dâm có thể gặp ở cả nam và nữ. Thủ dâm ở nam giới có thể đạt tới cực khoái và gây phản xạ xuất tinh. Thủ dâm là một cách tự giải tỏa nhu cầu tình dục của bản thân và là một trong những cách thực hành tình dục an toàn. Thủ dâm không phải là một bệnh và không có

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

hại. Tuy nhiên không nên quá lạm dụng thủ dâm, đồng thời cũng cần biết cách giữ vệ sinh và tránh các nguy cơ bị tổn thương, xây xước bộ phận sinh dục khi thủ dâm bằng dụng cụ, không sử dụng chung dụng cụ để thủ dâm cho nhiều người.

- **Mộng tinh:** hiện tượng xuất tinh trong lúc ngủ. Có thể nằm mơ thấy cảnh quan hệ tình dục giữa nam và nữ, mơ thấy đang âu yếm một cô gái… và bị kích thích cao độ dẫn tới xuất tinh. Cũng có trường hợp không phải do nằm mơ mà chỉ đơn thuần là hiện tượng cương cứng dương vật trong khi ngủ, kết hợp với việc giải phóng tinh dịch chứa trong đường ống dẫn tinh. Cần giúp cho VTN nam không xấu hổ, ngượng ngùng hay lo lắng, mà cần hiểu đó là biểu hiện của sự trưởng thành về chức năng sinh sản và tình dục.
- **Xuất tinh sớm:** thông thường thì hiện tượng xuất tinh ở VTN nam còn chưa ổn định và khó xác định được là xuất tinh bình thường, xuất tinh sớm hay xuất tinh muộn. Tuy nhiên trong một số trường hợp, nếu sau một vài năm kể từ lần xuất tinh đầu tiên, VTN nam thấy thường xuyên xảy ra tình trạng vừa cảm thấy bị kích thích (có thể là vừa thấy cảnh nam nữ âu yếm nhau, vừa bắt đầu thủ dâm…) đã có phản xạ xuất tinh, thậm chí mới chỉ vài giây đã dẫn tới xuất tinh, thì đó là biểu hiện của chứng xuất tinh sớm. Nguyên nhân của hiện tượng xuất tinh sớm đa số đều có liên quan đến những yếu tố tâm lý, một vài trường hợp khác là do dị tật bẩm sinh (cấu tạo túi tinh, ống phóng tinh… bất thường), do hậu quả của những phẫu thuật (trường hợp phẫu thuật vùng hậu môn từ khi còn nhỏ như dị tật không có hậu môn…), do nhiễm khuẩn đường sinh dục, đặc biệt do vi khuẩn lao, do sử dụng một số thuốc kéo dài (như các loại thuốc an thần, thuốc chống trầm cảm…).
- **Di tinh:** tình trạng tinh dịch rỉ ra không kiểm soát được và không liên quan đến cực khoái hay phản xạ xuất tinh. Nếu xảy ra thường xuyên có thể do các dị tật của hệ thống sinh dục hay bệnh lý của các cơ thắt…

2.2. Xử trí

- Tư vấn.
  + Giải thích cho VTN hiểu về cơ chế sinh lý, giải phẫu.
  + Giải thích những vấn đề thường gặp liên quan đến xuất tinh.
  + Giúp VTN hiểu về cơ thể và các chức năng sinh dục, hiểu về các đặc điểm cấu tạo và hoạt động của hệ thống sinh dục.
  + Hướng dẫn các thực hành tình dục an toàn và lành mạnh.
  + Tư vấn về các bất thường trong giai đoạn dậy thì và cách xử trí.
  + Tư vấn, hướng dẫn VTN về những hành vi có lợi cho sức khỏe và tăng cường thể lực, các bài tập thể lực…
- Khám thực thể, làm các xét nghiệm cận lâm sàng và điều trị trong những trường hợp cần thiết (đối với những trường hợp có những bất thường về cấu tạo như tinh hoàn lạc chỗ, viêm tắc mào tinh hoàn, khối u…).
- Phối hợp với gia đình để theo dõi và hỗ trợ tiếp theo, đặc biệt là hỗ trợ về tâm lý để giúp nam VTN ổn định và tự tin vào bản thân.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

THĂM KHÁM SỨC KHỎE SINH SẢN CHO VỊ THÀNH NIÊN

Thăm khám cho VTN/TN nhằm 2 mục đích: giải quyết được lý do mà VTN đến cơ sở cung cấp dịch vụ và sàng lọc nhằm phát hiện sớm các bệnh lý, các vấn đề bất thường, bị lạm dụng hay có các hành vi nguy cơ.

1. Các lý do khiến VTN tới cơ sở y tế

1.1. VTN nữ

- Phát triển khác thường về thể chất và kinh nguyệt.
- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Ra khí hư bất thường, các vết loét, sùi…
- Nhiễm khuẩn đường sinh sản.
- Bị bạo hành hoặc lạm dụng tình dục.
- Muốn được hướng dẫn phòng tránh thai và phòng tránh NKLTQĐTD.
- Có những băn khoăn, những điều muốn được giải đáp, muốn được hiểu thêm về bạn tình, về hành vi tình dục…

1.2. VTN nam

- Phát triển khác thường về thể chất.
- Thủ dâm.
- Mộng tinh, di tinh, xuất tinh sớm.
- Tiết dịch niệu đạo.
- NKLTQĐTD.
- Muốn được hướng dẫn phòng tránh thai và phòng tránh NKLTQĐTD.
- Đưa bạn tình đến phá thai/tư vấn khi mang thai, muốn được tư vấn để biết cách giải quyết các vấn đề SKSS liên quan đến bạn tình.

1.3. Một số vấn đề cơ bản cần sàng lọc

- Phát triển tâm sinh lý có phù hợp với lứa tuổi không?
- Hành vi tình dục có an toàn không? Có nguy cơ gì không?
- Có lạm dụng các chất gây nghiện không?
- Có bị lạm dụng về thể chất và tình dục không?
- Tình trạng dinh dưỡng, thị lực, bệnh lý (như lao phổi…)?

2. Hỏi

Dựa vào lý do đến khám của VTN mà lựa chọn những câu hỏi phù hợp:

- VTN nữ: tiền sử kinh nguyệt (kinh nguyệt lần đầu, chu kỳ kinh, tính chất kinh nguyệt và dấu hiệu bất thường), tiền sử sản khoa (đãsinh đẻ, có thai, sảy thai hoặc đã đi phá thai), tiền sử phụ khoa (khí hư, tính chất khí hư, bệnh lý phụ khoa).
- VTN nam: xuất tinh (xuất tinh lần đầu, tính chất các lần xuất tinh) và những thay đổi sinh lý cơ thể.
- Những biểu hiện liên quan đến hội chứng NKĐSS.
- Tiền sử tình dục và hôn nhân: quan hệ tình dục, số bạn tình, biện pháp tránh thai, tình trạng hôn nhân, xâm hại tình dục, kiến thức, thái độ và hành vi tình dục.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tiền sử tâm lý-gia đình-xã hội: thông tin về nơi ở, gia đình và nhà trường, sử dụng chất gây nghiện, trầm cảm hoặc stress, bạo hành trong gia đình, tiền sử sức khỏe của gia đình (cha, mẹ, anh, chị, em), quan hệ bạn bè.

3. Các biện pháp làm giảm căng thẳng khi khám thực thể cho VTN

- Giải thích tại sao việc khám thực thể lại cần thiết.
- Giải thích những việc cần làm trước mỗi bước khám.
- Đảm bảo sự kín đáo khi khám thực thể. Bộc lộ tối thiểu các bộ phận cần khám.
- Làm yên lòng VTN rằng các kết quả khám sẽ được giữ bí mật.
- Duy trì việc giao tiếp giữa người cung cấp dịch vụ và VTN để tạo dựng niềm tin. Giảm căng thẳng và lo sợ của VTN khi nhìn thấy các dụng cụ y tế hoặc nghe thấy các tiếng động gây ra do dụng cụ bằng cách giải thích về các dụng cụ, che phủ các dụng cụ y tế một cách tối đa, nhẹ nhàng trong thao tác…
- Luôn động viên, an ủi VTN trong suốt thời gian khám.
- Cần được sự đồng ý của cha mẹ hoặc người giám hộ VTN trước khi thăm khám.
- Nếu có thể, hãy phân công người khám cùng giới với VTN hoặc đảm bảo có một người cùng giới ở cùng phòng lúc tiến hành khám, đặc biệt nếu người cung cấp dịch vụ là nam giới khám cho VTN nữ.
- Nếu có thể, khu vực khám cho VTN nên trang trí nhẹ nhàng, màu sắc thân thiện, có nhạc nhẹ… để giảm căng thẳng của VTN khi nhận dịch vụ.

4. Khám thực thể vị thành niên nữ

4.1. Trình tự khám

- Quan sát toàn thân, đo chiều cao, cân nặng để đánh giá sự phát triển cơ thể phù hợp lứa tuổi. Tính chỉ số BMI để sàng lọc béo phì và suy dinh dưỡng; quan sát và thăm khám tuyến giáp nếu có thể.
- Khám vú (khi cần thiết), quan sát bộ phận sinh dục ngoài: âm hộ, môi lớn, môi bé, màng trinh, tính chất khí hư…
- Thăm khám âm đạo và đặt mỏ vịt chỉ thực hiện khi có yêu cầu chẩn đoán (nghi ngờ có thai hoặc NKLTQĐTD), được sự đồng ý của cha mẹ hoặc người giám hộ và của VTN. Nếu không đồng ý, cần giải thích lý do và gợi ý có thể thay bằng thăm trực tràng.

4.2. Cận lâm sàng

- Nghi có thai: thử hCG nước tiểu hoặc siêu âm.
- Siêu âm trong các trường hợp cần xác định sự phát triển bình thường hay bất thường của hệ sinh sản (tử cung, buồng trứng..)
- Khí hư: soi tươi, nhuộm Gram.
- Thiếu máu: định lượng huyết sắc tố.

4.3. Xử trí

- Tư vấn, giải thích cho VTN tình trạng sức khỏe hiện tại, cách điều trị và dự phòng.
- Nếu có rối loạn kinh nguyệt, đau bụng kinh: xem bài "*Kinh nguyệt và xuất tinh ở vị thành niên*".
- Nếu có thai: xem bài "*Mang thai ở VTN/TN*".
- Nếu có tiết dịch, các vết loét, sùi sinh dục: xem phần VI "*NKĐSS và nhiễm khuẩn LTQĐTD*".

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Thăm khám VTN nam

5.1. Trình tự khám

- Quan sát toàn thân, đo chiều cao, cân nặng để đánh giá sự phát triển cơ thể phù hợp lứa tuổi.
- Thăm khám bộ phận sinh dục chỉ thực hiện khi có yêu cầu chẩn đoán và phải được sự đồng ý của VTN.
- Khám bộ phận sinh dục: tinh hoàn, dương vật, lông mu và khám hậu môn khi cần thiết.

5.2. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm chất tiết niệu đạo.
- Siêu âm tinh hoàn, tiền liệt tuyến và các xét nghiệm khác (nếu cần).

5.3. Xử trí

- Tư vấn, giải thích cho VTN tình trạng sức khỏe hiện tại của họ, cách điều trị và dự phòng.
- Tiết dịch niệu đạo, các vết loét, sùi sinh dục: xem phần VI "*NKĐSS và nhiễm khuẩn LTQĐTD*".
- Điều trị nhiễm khuẩn khi bị viêm bao qui đầu.
- Các bất thường khác: chuyển tuyến hoặc chuyển chuyên khoa thích hợp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

Hầu hết các BPTT đều có thể sử dụng an toàn và hiệu quả đối với VTN/TN. Tuy nhiên, hiệu quả sử dụng các BPTT thường thấp hơn so với người trưởng thành bởi vì VTN/TN thường hay quên, hay giấu diếm sợ người khác biết, thường không chủ động khi sử dụng BPTT, lo ngại về các tác dụng phụ của BPTT…

1. Một số điểm cần lưu ý khi cung cấp biện pháp tránh thai cho VTN/TN

- Khi cung cấp một BPTT cho VTN/TN, cần cung cấp thông tin về các BPTT dự phòng khác.
- Những tác dụng phụ của các BPTT đối với VTN/TN cần được tư vấn kỹ hơn.
- VTN/TN thường hay quên, không uống thuốc đều đặn, vì thế cần hướng dẫn cách thức uống thuốc để khỏi quên.
- VTN/TN thường ngại sử dụng BPTT và có niềm tin sai lầm rằng họ không thể mang thai trong lần quan hệ đầu tiên.
- VTN/TN thường hiểu lầm về ảnh hưởng của các BPTT đến sức khỏe.
- VTN/TN thường khó hoặc ngại thảo luận với bạn tình về việc sử dụng BPTT, do vậy cần hỗ trợ họ cả những kĩ năng sống như kĩ năng thương thuyết với bạn tình, kĩ năng từ chối… để lựa chọn và sử dụng BPTT phù hợp và hiệu quả.

2. Các biện pháp tránh thai cho VTN/TN

2.1. Kiêng giao hợp (tình dục không xâm nhập)

Là thực hiện các hành vi tình dục mà không có sự tiếp xúc giữa dương vật và âm đạo. Nếu chỉ có sự va chạm bên ngoài giữa dương vật và âm hộ thường sẽ không có thai, nhưng vẫn có nguy cơ mắc một số NKLTQĐTD bao gồm cả HIV.

2.2. Bao cao su

- Là biện pháp thích hợp với VTN/TN vì vừa phòng tránh thai vừa phòng tránh NKLTQĐTD. Có hai loại bao cao su (BCS) tránh thai dành cho nam và nữ.
- VTN/TN nữ thường khó chủ động thuyết phục bạn tình sử dụng BCS, vì vậy cần tuyên truyền vận động VTN/TN nam chủ động sử dụng BCS.
- Tham khảo bài "*Bao cao su*", phần KHHGĐ.

2.3. Viên thuốc uống tránh thai kết hợp

- Là biện pháp tránh thai phù hợp với VTN/TN có quan hệ tình dục nhưng không có nguy cơ mắc NKLTQĐTD.
- Hiệu quả cao nếu sử dụng đúng, giúp kinh nguyệt đều và giảm đau bụng kinh, giảm mụn trứng cá… là những biểu hiện thường gặp ở tuổi VTN/TN.
- Do phải uống thuốc hàng ngày, VTN/TN thường ngại vì gia đình có thể nhìn thấy vỉ thuốc.
- Tham khảo bài "*Viên thuốc tránh thai kết hợp*", phần KHHGĐ.

2.4. Viên thuốc uống tránh thai chỉ có progestin

- Sử dụng cho VTN/TN đã có con và đang cho con bú hoặc có chống chỉ định sử dụng loại thuốc có estrogen.
- Tham khảo bài "*Viên thuốc tránh thai chỉ có progestin*", phần KHHGĐ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.5. Thuốc tránh thai khẩn cấp

- Là thuốc sử dụng sau lần quan hệ tình dục không được bảo vệ trong vòng 5 ngày, càng uống sớm hiệu quả càng cao.
- Phù hợp cho VTN/TN có quan hệ tình dục không được bảo vệ, là BPTT đường uống duy nhất có thể sử dụng sau khi đã có quan hệ tình dục.
- Tham khảo bài "*Biện pháp tránh thai khẩn cấp*", phần KHHGĐ.

2.6. Dụng cụ tránh thai trong tử cung

- Là biện pháp tránh thai sử dụng cho VTN/TN đã sinh con và có nhu cầu tránh thai lâu dài. Không nên áp dụng cho VTN có nhiều bạn tình, VTN/TN có nguy cơ cao mắc các NKLQĐTD.
- Cần thực hiện ở cơ sở y tế, chỉ sử dụng được cho VTN/TN đã sinh con.
- Tham khảo bài "*Dụng cụ tránh thai trong tử cung*", phần KHHGĐ.

2.7. Thuốc tiêm và thuốc cấy tránh thai

- Áp dụng cho VTN/TN có nhu cầu tránh thai thường xuyên và lâu dài.
- Tham khảo bài "*Thuốc tiêm tránh thai*" và *"Thuốc cấy tránh thai",* phần KHHGĐ.

2.8. Biện pháp tránh thai tự nhiên (tính vòng kinh, xuất tinh ngoài âm đạo).

- Hiệu quả thấp, đặc biệt ở lứa tuổi VTN/TN (vì kinh nguyệt của VTN/TN thường không đều, quan hệ tình dục khó chủ động…).
- Không phòng tránh được NKLTQĐTD.
- Tham khảo bài "*Các biện pháp tránh thai truyền thống (tự nhiên)*", phần KHHGĐ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

MANG THAI Ở VỊ THÀNH NIÊN

Đa số các trường hợp mang thai ở VTN là ngoài ý muốn. Mang thai ở VTN gây rất nhiều ảnh hưởng đến cuộc sống và sức khỏe của VTN. Việc quyết định tiếp tục mang thai hay chấm dứt thai kỳ là một quyết định quan trọng và khó khăn đối với VTN. Cần có sự tư vấn của cán bộ y tế và ý kiến của người thân trong gia đình về các nguy cơ cho sức khỏe, ảnh hưởng về tâm lý và các yếu tố kinh tế-xã hội.

1. Các yếu tố dẫn đến mang thai ngoài ý muốn ở VTN

- Sự thiếu hiểu biết về chu kỳ kinh nguyệt, cơ chế thụ thai, các biện pháp tránh thai…
- Thiếu tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc SKSS.
- Quan hệ tình dục không chuẩn bị, không mong muốn.
- Quan hệ tình dục trước hôn nhân, sống thử trước hôn nhân ngày càng phổ biến.

2. Những nguy cơ có thể gặp khi mang thai ở tuổi VTN

2.1. Nguy cơ khi tiếp tục giữ thai và sinh đẻ

- Mang thai ở tuổi VTN ảnh hưởng không tốt đến sức khỏe. Nguy cơ tử vong mẹ ở tuổi VTN cao so với các bà mẹ ở tuổi trưởng thành. Mẹ dễ bị thiếu máu, tiền sản giật, đẻ non, sảy thai, chuyển dạ đình trệ, bất tương xứng thai khung chậu. Trong lúc sinh: đẻ khó, dễ phải can thiệp bằng các thủ thuật và phẫu thuật (forceps, giác kéo).
- Tỷ lệ tử vong trẻ em dưới 1 tuổi sinh ra do các bà mẹ còn ở tuổi VTN cao hơn so với các bà mẹ sinh con ở tuổi trưởng thành. Con của các bà mẹ VTN thường có tỉ lệ nhẹ cân, bệnh tật và tử vong cao gấp nhiều lần so với con của các bà mẹ tuổi trưởng thành.
- Về mặt kinh tế-xã hội: khi có thai VTN phải gián đoạn việc học hành, khó khăn về kinh tế và không kiếm được việc làm, dẫn VTN vào con đường bế tắc. Hạnh phúc gia đình có thể bị rạn nứt, nhiều trường hợp lâm vào hoàn cảnh éo le, ảnh hưởng đến tương lai của VTN. Tỷ lệ li dị cao, dễ bị phân biệt đối xử. Làm mẹ sớm cũng có nguy cơ bị căng thẳng và khủng hoảng tâm lý.

2.2. Nguy cơ khi phá thai ở tuổi VTN

- Do mặc cảm, xấu hổ nên VTN thường tìm kiếm dịch vụ phá thai không an toàn.
- VTN thường không biết các dấu hiệu để nhận biết thai nghén, không biết tìm đến cơ sở y tế sớm, thường để muộn dẫn đến phá thai to.
- Do cơ thể chưa phát triển hoàn chỉnh, tâm lý lại lo sợ nên thủ thuật phá thai ở VTN thường xảy ra nhiều tai biến hơn ở người trưởng thành.
- Những ảnh hưởng tâm lý sau phá thai ở tuổi VTN có thể rất nặng nề và kéo dài.

3. Chẩn đoán thai ở VTN

Khám chẩn đoán thai ở VTN cũng được thực hiện qua các bước tương tự như ở người trưởng thành. Tuy nhiên, khi VTN không đồng ý thăm khám âm đạo và đặt mỏ vịt, có thể chẩn đoán thai dựa trên kết quả xét nghiệm nước tiểu và siêu âm bụng. Sau đó thực hiện khám âm đạo và đặt mỏ vịt nếu thấy cần thiết.

3.1. Hỏi

- Có quan hệ tình dục.
- Chậm kinh, các triệu chứng mang thai.

3.2. Triệu chứng lâm sàng

- Khám vú: căng, quầng vú sẫm màu, có hạt nâu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Khám âm đạo: cổ tử cung mềm, tím; tử cung to, mềm.

3.3. Xét nghiệm

- Thử hCG nước tiểu hoặc siêu âm.

3.4. Chẩn đoán xác định

- Dựa vào hCG (+) hoặc siêu âm có thai kết hợp với các triệu chứng lâm sàng.

4. Tư vấn về mang thai cho VTN

Cán bộ y tế (CBYT) cần cung cấp thông tin về những nguy cơ khi tiếp tục mang thai, sinh đẻ hoặc phá thai để giúp VTN tự quyết định tiếp tục giữ thai hay chấm dứt thai nghén.

4.1. Tư vấn đối với VTN quyết định chấm dứt thai kỳ

4.1.1. Tư vấn trước phá thai

- Bảo đảm dành đủ thời gian để tư vấn và giải thích những thắc mắc của VTN.
- Giải thích để VTN yên tâm, giảm lo lắng căng thẳng.
- Giải thích các phương pháp phá thai, quá trình thực hiện phá thai.
- Hỗ trợ kĩ năng sống cho VTN, giúp các em đối mặt với vấn đề của mình và lựa chọn giải pháp phù hợp. Nếu vị thành niên chưa quyết định được, cho thêm thời gian để suy nghĩ. Khuyến khích các em nói chuyện với người nhà hoặc người tin cậy.
- Chuyển VTN đến cơ sở phá thai an toàn phù hợp, nếu dịch vụ không sẵn có.
- Trong trường hợp VTN thay đổi quyết định, chuyển tới cơ sở y tế có dịch vụ chăm sóc thai nghén.

4.1.2. Tư vấn sau phá thai

- Tư vấn về các dấu hiệu bình thường và bất thường sau phá thai, cách theo dõi và xử trí khi có các dấu hiệu bất thường sau phá thai.
- Hướng dẫn về các biện pháp tránh thai ngay sau phá thai.
- Cung cấp BCS và tư vấn về BPTT khẩn cấp.
- Hỗ trợ và khuyến khích các em trao đổi với bạn tình về hành vi tình dục, về các nguy cơ và các biện pháp bảo vệ.
- Đề phòng suy sụp tinh thần hoặc khủng hoảng tâm lý.

4.2. Tư vấn đối với VTN tiếp tục mang thai và sinh đẻ

- Hướng dẫn VTN đến cơ sở y tế có dịch vụ chăm sóc thai nghén.
- Thai nghén ở VTN thường có nhiều nguy cơ hơn người trưởng thành, đặc biệt khi dưới 16 tuổi. Do đó cần hướng dẫn các cách phát hiện sớm dấu hiệu bất thường cũng như phòng ngừa nguy cơ có thể xảy ra.
- CBYT cần tư vấn về chế độ dinh dưỡng hợp lý cho VTN.
- Các điểm cần lưu ý khi tư vấn trước sinh:
  + VTN mang thai và bạn tình cần được tư vấn sử dụng BCS để phòng NKLTQĐTD.
  + CBYT có thể giúp VTN xây dựng kế hoạch sinh đẻ, xác định người hỗ trợ thể chất và tinh thần trong cuộc đẻ. Cần tổ chức và khuyến khích VTN, người hỗ trợ tham gia các lớp chăm sóc sức khỏe khi mang thai.
- Các điểm cần lưu ý khi tư vấn trong sinh:
  + Hạn chế để VTN một mình, đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ tích cực.
  + Giải thích những gì đang và sẽ xảy ra để giúp giảm căng thẳng, giảm đau và tăng khả năng chịu đựng. Quá trình chuyển dạ nên có mặt của người thân trong gia đình hoặc

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

người hỗ trợ cuộc đẻ mà VTN đã lựa chọn tham gia chăm sóc và hỗ trợ tinh thần cho VTN.

+ Khi hỗ trợ VTN trong quá trình sinh đẻ, cán bộ y tế cần có thái độ kiên nhẫn, hiểu biết, chú ý giải thích, thể hiện sự thương yêu và chăm sóc. Cần đáp ứng các nhu cầu đặc biệt và có thể khác nhau của mỗi VTN nhằm hỗ trợ VTN chịu đựng và vượt qua quá trình chuyển dạ.
+ Trong giai đoạn chuyển dạ tích cực, các cơn co mạnh và nhanh có thể làm cho VTN hoảng sợ. Chuyện trò với VTN trong khi sinh để giảm thiểu sự căng thẳng, sợ hãi và hợp tác tốt hơn.

- Các điểm cần lưu ý trong tư vấn sau sinh:
  + VTN sau khi sinh con trở thành bà mẹ nhưng vẫn đang ở tuổi chưa trưởng thành nên chưa đủ chín chắn để làm mẹ. CBYT phải tận dụng mọi cơ hội để hướng dẫn bà mẹ VTN cách chăm sóc bé và duy trì tình cảm giữa mẹ bé.
  + Những buồn chán, trầm cảm thường xuất hiện ở nhiều bà mẹ sau sinh càng trở nên nặng nề hơn đối với VTN. CBYT cần tiếp tục theo dõi và có kế hoạch thăm bà mẹ VTN tại nhà.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN VỚI VẤN ĐỀ BẠO HÀNH

VTN/TN có thể đến khám tại cơ sở y tế với lý do bị bạo hành hoặc do hậu quả của bạo hành. Tất cả VTN/TN đến khám tại cơ sở y tế cần được sàng lọc bạo hành. Trong trường hợp phát hiện có dấu hiệu bị bạo hành hoặc ảnh hưởng của bạo hành, cán bộ y tế cần giải quyết các vấn đề sức khỏe, tư vấn, hỗ trợ về tinh thần, khuyến khích VTN chia sẻ, cung cấp cho VTN/TN các thông tin cần thiết về dịch vụ xã hội và kết nối với cơ quan pháp luật liên quan tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bạo hành và mong muốn giải quyết của VTN/TN bị bạo hành.

1. Khái niệm

Có thể gặp các hình thức khác nhau của bạo hành ví dụ như:

- Bạo hành về thể chất: hành hạ thân thể như đánh, tát, bạt tai, bắt nhịn ăn, bắt nhốt…
- Bạo hành về tinh thần: hành hạ, uy hiếp về mặt tinh thần như chửi mắng, lăng mạ, làm mất thể diện trước mặt người khác, xao lãng bỏ mặc, bỏ rơi, không công nhận…
- Bạo hành tình dục: quấy rối, lạm dụng, cưỡng ép thực hiện các hành vi tình dục làm tổn hại đến thể chất, tinh thần như hiếp dâm, quấy rối, sờ mó, sử dụng lời nói tục tĩu, bắt buộc chụp hình khoả thân, cưỡng ép bán dâm… Trong nhiều trường hợp, đối tượng gây bạo hành tình dục là người quen, thậm chí người thân của nạn nhân. Nữ VTN/TN bị bạo hành và lạm dụng tình dục nhiều hơn nhưng nam VTN/TN cũng có thể là nạn nhân.

Dù trẻ em nam và nam giới cũng bị bạo hành, số trẻ em nữ và phụ nữ bị bạo hành vẫn chiếm tỉ trọng nhiều hơn. Hầu hết các trường hợp bạo hành này có nguyên nhân bắt nguồn từ các định kiến và bất bình đẳng về giớivà được gọi chung là bạo hành trên cơ sở giới hay bạo hành giới.

VTN/TN đặc biệt là nữ VTN/TN có thể là nạn nhân của buôn bán người-một hình thức bạo hành trên cơ sở giới. Nữ VTN/TN là con của các gia đình di cư từ nông thôn ra thành phố, nghèo, không biết chữ, người dân tộc thiểu số, người khuyết tật, người có rối nhiễu tâm lí, tâm thần hay không sống cùng gia đình (VTN/TN đường phố, mồ côi, sống trong cơ sở nội trú, trại giáo dưỡng, trại giam,…) có nguy cơ cao hơn với bạo hành, đặc biệt là quấy rối và lạm dụng tình dục.

VTN/TN đồng tính, chuyển giới có nguy cơ bị bạo hành cao hơn VTN/TN dị tính. VTN/TN đồng tính, chuyển giới cũng có nguy cơ tự tử do kì thị và bạo hành cao hơn nhiều lần so với VTN/TN dị tính.

VTN/TN đặc biệt nữ VTN/TN lạm dụng chất kích thích như rượu, ma túy có nguy cơ bị bạo lực và lạm dụng cao hơn so với VTN/TN không sử dụng các chất này.

Bạo hành có thể xảy ra tại gia đình, trường học, nơi làm việc, nơi công cộng, trên xe bus, v.v… Bạo hành trong trường học đang gia tăng và gây nhiều hệ lụy về sức khỏe và xã hội.

VTN/TN sống trong môi trường bạo hành (VD như bố bạo hành mẹ…) thì cũng bị ảnh hưởng gián tiếp bởi bạo hành gây lo lắng, căng thẳng, trầm cảm,… Các rối nhiễu tâm lý do bạo hành hay ở trong môi trường bạo hành có thể dẫn đến các rối nhiễu về hành vi như có hành vi phản kháng, nổi loạn, tự tử. Nam VTN/TN có bố là người gây bạo hành có nguy cơ cao cũng trở thành người gây bạo hành so với những nam VTN/TN khác khi lập gia đình. Nữ VTN/TN có mẹ là nạn nhân của bạo hành có nguy cơ trở thành nạn nhân của bạo hành khi kết hôn cao hơn những nữ VTN/TN khác.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2. Các yếu tố nguy cơ của bạo hành

Sự thay đổi về tâm sinh lý ở tuổi VTN/TN nếu không được hướng dẫn, hỗ trợ kịp thời có thể dẫn đến hành vi liên quan đến bị bạo hành hoặc đi bạo hành người khác.

- Ảnh hưởng của thông tin không lành mạnh.
- Hậu quả của việc phải sống trong cảnh bạo hành gia đình.
- Lạm dụng các chất gây nghiện.
- Phản ứng tiêu cực trước những điều xảy ra trong cuộc sống.
- Để chứng tỏ mình với bạn bè, để đua đòi…
- Bán dâm/buôn bán tình dục để kiếm tiền.

3. Các dấu hiệu giúp phát hiện bạo hành tình dục

3.1. Các dấu hiệu hành vi và tinh thần

- Rối loạn tinh thần, cảm giác tự ti.
- Lo lắng, sợ sệt, xa lánh, trốn chạy…
- Trầm cảm, mặc cảm tội lỗi, hổ thẹn, có biểu hiện dọa tự tử, tự tử.
- Mất ngủ, không ăn, ăn không ngon.
- Lạm dụng chất gây nghiện.
- Rối loạn về tình dục, sợ hãi, ghê tởm hành vi tình dục, không có khả năng phân biệt giữa các hành vi tình cảm và tình dục.
- Có hoạt động tình dục sớm.
- Có thể có hành vi xâm hại, lạm dụng người khác.

3.2. Các dấu hiệu thực thể

- Các vết thâm tím, chảy máu, sưng đau, đặc biệt có liên quan đến bộ phận sinh dục.
- Đi lại, ngồi đứng khó khăn, quần áo rách, bẩn, có dính máu.
- Ra máu, dịch âm đạo hoặc dương vật.
- Đau bụng, đau vùng hạ vị.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, có thể đại tiểu tiện không tự chủ.
- Có các dấu hiệu nhiễm bệnh LTQĐTD: tiết dịch âm đạo, tiết dịch niệu đạo, vết loét, sùi…
- Có thai.

4. Hậu quả của bạo hành

- Có thể dẫn đến thương tích, tàn tật, tử vong.
- Các tổn thương về tâm lý: rối loạn hành vi, trầm cảm, lo âu, mất ngủ, tự tử...
- Rối loạn chức năng tình dục: lãnh cảm...
- Bỏ học, bỏ việc, xa lánh mọi người.
- Tâm lý trả thù, bất cần có thể khiến VTN/TN đã bị xâm hại lại trở thành kẻ đi xâm hại.
- Hậu quả về SKSS: có thai ngoài ý muốn, NKLTQĐTD/HIV/AIDS…

5. Hướng dẫn phòng tránh

5.1. Đối với những trường hợp VTN/TN bị bạo hành

- Nhận biết có bạo hành xảy ra với khách hàng VTN/TN.
- Cung cấp thông tin về xâm hại bạo hành ở những nơi có khách hàng (tranh ảnh, tờ rơi, áp phích… ở phòng đợi, tư vấn…).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Bày tỏ thái độ thông cảm, tôn trọng và động viên.
- Hỏi tiền sử và thăm khám kỹ để đánh giá nguy cơ NKLTQĐTD, nguy cơ mang thai và các tổn thương khác.
- Điều trị hoặc chuyển tuyến khi cần (bao gồm cả việc sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp nếu VTN/TN nữ bị cưỡng hiếp trong vòng 120 giờ, chuyển VTN/TN tới các cơ sở chuyên khoa để được tư vấn, xét nghiệm và hỗ trợ điều trị NKLTQĐTD/HIV).
- Tư vấn cho VTN/TN những nội dung liên quan đến bạo hành, hỗ trợ tâm lý cho họ.
- Đảm bảo bí mật và riêng tư đối với những thông tin của nạn nhân.
- Hỗ trợ VTN/TN tìm người giúp đỡ, tìm nơi an toàn, tìm đến các dịch vụ xã hội trợ giúp.
- Ghi chép thật đầy đủ, lưu hồ sơ theo đúng qui định pháp lý.

5.2. Dự phòng và giảm thiểu hậu quả của bạo hành

- Tham gia các hoạt động giáo dục và dự phòng bạo hành tại cộng đồng, trường học.
- Cung cấp các thông tin về bạo hành cho các khách hàng, đặc biệt chú trọng khách hàng VTN/TN, ngay cả khi họ đến cơ sở y tế không phải vì vấn đề bạo hành.
- Phát hiện và ngăn ngừa những dấu hiệu, những biểu hiện có thể dẫn tới bạo hành.
- Hỗ trợ và tư vấn VTN/TN đã bị xâm hại để giúp họ vượt qua stress, lấy lại sự cân bằng tâm lý, tránh được cảm giác muốn trả thù, buông trôi.
- Đảm bảo quyền của VTN/TN, nhấn mạnh quyền bảo vệ tránh mọi hình thức bạo hành.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

DỊCH VỤ SỨC KHỎE THÂN THIỆN VỚI VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

VTN/TN cần một dịch vụ thân thiện, phù hợp và được chính VTN/TN chấp nhận. Các đặc điểm quan trọng nhất của dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN bao gồm tính riêng tư, bảo mật, dễ tiếp cận với cơ sở và hệ thống dịch vụ, thái độ tôn trọng và không phán xét của người cung cấp dịch vụ, chi phí và các thủ tục hành chính thuận tiện, phù hợp với quy định cũng như đáp ứng được nhu cầu-mong muốn của VTN/TN. Trong trường hợp thực hiện thủ thuật, phẫu thuật (bao gồm cả phá thai nội khoa) đối với VTN dưới 16 tuổi, phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ. Trường hợp thăm khám xác định tổn thương do bạo hành, cần tuân thủ các quy định pháp luật và chuyên môn.

1. Khái niệm dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN

Có nhiều định nghĩa về dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN, tuy vậy về khái niệm thì tương đối thống nhất.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, các dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN là "các dịch vụ có thể tiếp cận được và phù hợp với VTN/TN". Dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN cần đảm bảo các tiêu chuẩn chính như địa điểm thuận tiện, giá cả phù hợp (có thể chi trả được hoặc miễn phí nếu cần thiết), an toàn, phục vụ theo phương cách mà VTN/TN chấp nhận được nhằm đáp ứng nhu cầu của VTN/TN và khuyến khích các em trở lại cơ sở y tế khi cần cũng như giới thiệu về dịch vụ tới bạn bè.

2. Lý do cần triển khai dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN

- VTN/TN là nhóm chiếm ưu thế về số lượng trong cơ cấu dân số, là những chủ nhân hiện tại và tương lai của đất nước. Đầu tư cho VTN/TN là đầu tư cho tương lai.
- Việc CSSK VTN/TN sẽ góp phần giảm bệnh tật và tỷ lệ tử vong hiện tại và tương lai, giảm gánh nặng bệnh tật và các chi phí y tế, chi phí xã hội.
- VTN/TN đặt niềm tin vào cán bộ y tế, đồng nghĩa với việc các cơ sở y tế có lợi thế trong việc tiếp cận và cung cấp dịch vụ cho các em. Tuy nhiên trên thực tế, tỷ lệ VTN/TN đến với các cơ sở y tế công lập còn ít, do vậy các cơ sở công lập cần cải thiện chất lượng dịch vụ, làm cho dịch vụ trở nên thân thiện hơn, phù hợp hơn với VTN/TN.
- Khi các dịch vụ CSSK chưa sẵn có hoặc khó tiếp cận được VTN/TN thì chúng ta đã để lỡ hàng loạt cơ hội ngăn ngừa các hành vi có hại cho sức khỏe, để phát hiện, xử trí kịp thời những hành vi và hậu quả của những hành vi này.

3. Các điều kiện cần có của một dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN

- VTN/TN có khả năng tiếp cận dễ dàng.
- Hệ thống các dịch vụ cơ bản, có chất lượng, bền vững và liên tục.
- Đảm bảo tính riêng tư và tin cậy.
- Cán bộ cung cấp dịch vụ có thái độ tích cực, ủng hộ và được đào tạo, biết cách làm việc với VTN/TN.
- Có sự tham gia của VTN/TN trong thiết kế chương trình và phản hồi thường xuyên.
- Có chính sách quảng bá và thu phí phù hợp.
- Có hệ thống giám sát đánh giá thường xuyên và hiệu quả.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Các đặc điểm cơ bản của các dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN

4.1. Về cơ sở

- Vị trí thuận tiện đối với VTN.
- Có sơ đồ, biển chỉ dẫn rõ ràng.
- Dành đủ diện tích và đảm bảo tính riêng tư kín đáo.
- Giờ mở cửa thuận tiện với VTN/TN.
- Môi trường thoải mái và an toàn với VTN/TN: bài trí nhẹ nhàng và phù hợp sở thích của VTN/TN, cảnh quan xung quanh khu vực dịch vụ…

4.2. Về người cung cấp dịch vụ

- Có thái độ tích cực và ủng hộ VTN/TN.
- Có thái độ tôn trọng và đồng cảm với VTN/TN.
- Được đào tạo chuyên biệt để làm việc với VTN/TN.
- Đảm bảo tính riêng tư, bảo mật khi tiếp xúc và cung cấp dịch vụ cho VTN/TN.
- Được bố trí và sắp xếp đủ thời gian tiếp xúc với khách hàng VTN/TN.
- Có sự cam kết cao.
- Có sự tham gia của các tư vấn viên đồng đẳng (nếu có thể được).

4.3. Về tổ chức cung cấp dịch vụ

- **Đón tiếp và cung cấp dịch vụ**

- Giảm thời gian chờ đợi.
- Phí dịch vụ hợp lý.
- Có đầy đủ và đồng bộ các dịch vụ.
- Sẵn sàng đón tiếp cả nữ và nam VTN/TN.
- Trì hoãn thăm khám tiểu khung, bộ phận sinh dục đến khi chuẩn bị tốt tâm lý.
- Chú trọng đặc biệt tới tư vấn.
- Chú trọng yếu tố giới và bình đẳng giới.

- **Truyền thông và quảng bá**

- Sẵn có các tài liệu được thiết kế phù hợp với các nhu cầu cũng như sở thích của VTN/TN và họ có thể lấy mang về một cách thuận tiện, dễ dàng.
- Truyền thông giáo dục và cung cấp thông tin thông qua các kênh phù hợp với VTN/TN (Các hội/nhóm đồng đẳng, internet, mạng xã hội…).
- Phổ biến rộng rãi các cơ sở dịch vụ chăm sóc SKSS/SKTD, các cơ sở cung cấp dịch vụ khám và điều trị NKLTQĐTD/HIV cho VTN/TN và tạo niềm tin cho họ.

- **Qui định, chính sách**

- Có qui định riêng nhằm phối hợp các bộ phận trong cùng một cơ sở cung cấp dịch vụ theo "chuỗi dịch vụ" để tạo điều kiện cho VTN/TN có thể sử dụng được tối đa các dịch vụ.
- Có các chương trình vận động cộng đồng nhằm tạo môi trường chính sách và xã hội ủng hộ cho việc chăm sóc SKSS/SKTD của VTN/TN.
- Có cơ chế liên kết và chuyển tuyến giữa các cơ sở cung cấp dịch vụ khác nhau trong cùng một phạm vi địa bàn hoặc các lĩnh vực can thiệp cần thiết.
- Khuyến khích sự tham gia của VTN/TN trong quá trình thông tin, quảng bá, tư vấn và thiết kế, đánh giá giám sát chương trình.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Khuyến khích các loại hình hoạt động khác nhau ngay tại cơ sở cung cấp dịch vụ và tại cộng đồng như các hoạt động thảo luận nhóm, sinh hoạt câu lạc bộ, nói chuyện chuyên đề…

5. Các loại dịch vụ chăm sóc SKSS/SKTD thân thiện với VTN/TN

5.1. Thông tin và tư vấn về SKSS và giới tính, về kĩ năng sống, tình dục, tình dục an toàn, tư vấn về bạo hành và xâm hại tình dục.

5.2. Các dịch vụ lâm sàng

- Khám, chăm sóc sức khỏe sinh sản, khám tiền hôn nhân.
- Chăm sóc trước, trong và sau sinh.
- Phá thai an toàn và chăm sóc sau phá thai.
- Quản lý và điều trị các trường hợp NKĐSS.
- Quản lý và ngăn ngừa HIV lây truyền từ mẹ sang con.
- Cung cấp các biện pháp tránh thai.
- Thăm khám và điều trị các vấn đề liên quan đến bạo hành và xâm hại tình dục.

5.3. Các dịch vụ cận lâm sàng: xét nghiệm thai, xét nghiệm các bệnh LTQĐTD, HIV, các xét nghiệm và siêu âm, thăm dò chức năng cần thiết trong lĩnh vực SKSS/SKTD tùy theo từng cơ sở.

5.4. Các dịch vụ chuyển tuyến và hỗ trợ chuyển tuyến: bao gồm cả các cơ sở truyền thông, tư vấn và cung cấp dịch vụ trong các lĩnh vực có liên quan như:

- Các cơ sở chăm sóc SKSS/SKTD.
- Các cơ sở làm việc về HIV/AIDS: tư vấn, xét nghiệm, phòng ngừa lây nhiễm HIV và chăm sóc người có HIV, điều trị…
- Các cơ sở tư vấn và điều trị các NKĐSS.
- Các cơ sở làm việc với nạn nhân bị bạo hành hoặc lạm dụng tình dục.
- Các cơ sở tư vấn và điều trị những vấn đề về tâm lý, tâm thần.
- Các cơ sở cung cấp thông tin, tư vấn và các dịch vụ hỗ trợ VTN/TN trong các lĩnh vực khác như: pháp luật, giới thiệu việc làm, hôn nhân và gia đình…

6. Các bước cần tiến hành trong quá trình xây dựng kế hoạch và triển khai cung cấp các dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN

- Đánh giá thực trạng: đánh giá nhu cầu và các vấn đề SKSS/SKTD của VTN/TN địa phương, thực trạng và năng lực của cơ sở y tế…
- Lập kế hoạch cụ thể cho các hoạt động chuẩn bị và triển khai dựa trên đánh giá nhu cầu thực tế.
- Triển khai các hoạt động nhằm làm cho dịch vụ trở nên thân thiện hơn với VTN/TN: cải tạo cơ sở, đào tạo nhân sự, tài liệu truyền thông, thu thập ý kiến đóng góp hoặc phản hồi từ khách hàng VTN/TN…

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SỬ DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN Ở VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

1. Giới thiệu

Sử dụng chất gây nghiện ở tuổi VTN/TN có ảnh hưởng quan trọng đến sức khỏe nói chung và SKSS/SKTD nói riêng của VTN/TN và những người liên quan. Do hệ thần kinh và não bộ vẫn tiếp tục phát triển ở tuổi này, việc sử dụng và lạm dụng nghiện chất có thể dẫn đến: giảm trí nhớ, không thành công trong xây dựng mối quan hệ, việc học tập sa sút, v.v… VTN/TN nghiện chất cũng dễ có các nguy cơ về SKSS do tác động của chất gây nghiện và dùng chung bơm kim tiêm như mang thai ngoài ý muốn, nhiễm HIV và các bệnh LTQĐTD khác, ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi do dùng chất gây nghiện khi mang thai,…

2. Vai trò của cán bộ y tế

- Sàng lọc phát hiện việc sử dụng và lạm dụng chất gây nghiện.
- Đánh giá mức độ ảnh hưởng của việc sử dụng và lạm dụng chất gây nghiện đến vấn đề SKSS mà VTN/TN đang gặp phải, điều chỉnh phác đồ can thiệp về y tế nếu cần và làm việc với các bên liên quan bao gồm cả gia đình phải có môi trường thuận lợi giúp giảm thiểu tác hại.
- Kết nối, chuyển gửi đến các đơn vị phù hợp trong trường hợp có lạm dụng nghiện chất để VTN/TN tiếp tục được chẩn đoán và điều trị.

3. Sàng lọc phát hiện nguy cơ của việc sử dụng và lạm dụng chất gây nghiện

Sử dụng 9 câu hỏi để sàng lọc lạm dụng nghiện chất ở VTN:

	Trong vòng 12 tháng qua,
Câu 1	Bạn có uống chút rượu (hơn vài ngụm) nào không?
Câu 2	Bạn có hút chút cần sa hoặc hashish nào không?
Câu 3	Bạn có dùng bất kỳ chất khác để hưng phấn (“bất kỳ chất gì khác” gồm thuốc trái phép, thuốc không kê đơn và có kê đơn, và những thứ bạn hít hoặc “hút”)
	Sáu câu hỏi được tóm tắt bằng từ **CRAFFT** xuất phát từ 6 chữ đầu của 6 từ tiếng Anh (có thể tham khảo để dễ nhớ hơn)
Câu 4	Bạn có bao giờ đi trên một XE HƠI (**CAR**) do một người lái (kể cả bạn) đang “phê” hoặc đã sử dụng rượu hay ma túy?
Câu 5	Có bao giờ bạn sử dụng rượu hoặc ma túy để THƯ GIÃN (**RELAX**), để cảm thấy dễ chịu hơn và cảm thấy thoải mái hơn/hòa nhập hơn với bạn bè?
Câu 6	Có bao giờ bạn sử dụng rượu hoặc ma túy khi bạn MỘT MÌNH (ALONE)?
Câu 7	Có bao giờ bạn QUÊN (**FORGET**) những việc đã làm khi sử dụng rượu hoặc ma túy?
Câu 8	Có bao giờ GIA ĐÌNH hoặc BẠN BÈ (**FRIENDS**) nói với bạn rằng bạn cần giảm uống rượu hoặc giảm dùng ma túy?
Câu 9	Bạn đã bao giờ gặp RẮC RỐI (**TROUBLE**) trong khi sử dụng rượu hoặc ma túy?

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Nhận định kết quả sàng lọc và phản hồi:

- VTN/TN không sử dụng rượu hay chất gây nghiện nào (trả lời "không" từ câu 1 đến câu 3) và có điểm CRAFFT bằng 0 (trả lời "không" từ câu 4 đến câu 9): không có nguy cơ hoặc nguy cơ rất thấp => khen ngợi, động viên.
- VTN/TN không sử dụng rượu hay chất gây nghiện nào (trả lời "không" từ câu 1 đến câu 3) và có điểm CRAFFT bằng1 (trả lời "có" một trong sáu câu từ câu 4 đến câu 9): nguy cơ thấp => khen ngợi, động viên, nói với VTN/TN nguy cơ không an toàn khi đi với người vừa uống rượu hay dùng ma túy và đề nghị VTN/TN cam kết không tái diễn.
- VTN/TN có sử dụng rượu hoặc chất kích thích nào đó (trả lời "có" một trong ba câu từ câu 1 đến câu 3) và có điểm CRAFFT bằng 0 (trả lời "không" từ câu 4 đến câu 9): nguy cơ thấp => động viên để VTN/TN ngừng sử dụng nghiện chất và đưa lời khuyên ngắn gọn về các tác hại của nghiện chất.
- Điểm CRAFFT bằng 2 hoặc hơn (trả lời "có" hai trong sáu câu từ câu 4 đến câu 9): nguy cơ cao => VTN/TN 'dương tính' với việc sử dụng nghiện chất. CBYT đánh giá mức độ lạm dụng và phụ thuộc nghiện chất và tác động của nghiện chất với vấn đề SKSS mà VTN/TN đang có cũng như các nguy cơ khác. Chuyển gửi VTN/TN đến đơn vị phù hợp để VTN/TN được tư vấn và điều trị thích hợp như các điểm cai nghiện, điểm điều trị Methadone.

4. Đánh giá và phân loại mức độ nghiện chất

Để có chẩn đoán xác định về mức độ sử dụng lạm dụng nghiện chất, CBYT hỏi về tuổi bắt đầu sử dụng, mức độ sử dụng hiện tại, các tác hại và nỗ lực cai:

- Cháu/em bắt đầu khi nào? Mức độ sử dụng hiện nay như thế nào?
- Cháu/em đã khi nào gặp vấn đề ở trường, ở nhà hay là với công an/chính quyền chưa? (Nếu có) Có phải lần đó xảy ra là ngay sau khi cháu/em uống rượu/dùng thuốc không?
- Cháu/em đã thử bỏ bao giờ chưa? Tại sao? Việc đó đã xảy ra như thế nào? Lần đó cháu/em đã cai được bao lâu? Lần đó là khi nào?

Nếu VTN/TN chỉ gặp các vấn đề nhỏ, và đã từng có lúc cai được, khuyến khích VTN/TN cai. Đặt lịch hẹn theo dõi tiếp. Động viên khen ngợi các nỗ lực dù nhỏ của VTN/TN.

Nếu VTN/TN cho biết đã gặp những vấn đề nghiêm trọng hơn như tiêm chích ma túy, các rắc rối với pháp luật, học sút nhiều hay có vấn đề về tâm lý, CBYT cần thảo luận với VTN/TN và gia đình để chuyển gửi đến các đơn vị chuyên biệt về nghiện chất để VTN/TN được tiếp tục đánh giá và điều trị.

5. Đánh giá ảnh hưởng của nghiện chất đến SKSS của VTN/TN và nguy cơ

Sử dụng và lạm dụng nghiện chất có thể làm tăng các hành vi nguy cơ đối với SKSS của VTN/TN:

- Quan hệ tình dục không an toàn.
- Quan hệ tình dục không đồng thuận, quấy rối, lạm dụng tình dục.
- Quan hệ tình dục với nhiều bạn tình khác nhau.
- Sử dụng chung bơm kim tiêm.

CBYT đánh giá các hành vi nguy cơ, tư vấn (xem bài tư vấn SKSS VTN/TN) và làm các xét nghiệm phù hợp (VD: HIV, các bệnh LTQĐTD khác, viêm gan, thai nghén).

Trường hợp VTN/TN đang hoặc sẽ điều trị một vấn đề SKSS, CBYT đánh giá nguy cơ của nghiện chất liên quan tới: tuân thủ điều trị và tương tác thuốc điều trị với chất gây nghiện. CBYT có thể tham khảo ý kiến chuyên khoa để có phác đồ điều trị phù hợp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

6. Một số văn bản nhà nước liên quan tới nghiện chất

Cán bộ y tế tham khảo các Quyết định và Hướng dẫn liên quan sau của Bộ Y tế:

- Quyết định số 5075/QĐ-BYT ngày 12/12/2007 về Ban hành văn bản 'Hướng dẫn chẩn đoán người nghiện ma túy nhóm Opiats (chất dạng thuốc phiện)'.
- Quyết định số 3140/QĐ-BYT ngày 30/8/2010 về ban hành 'Hướng dẫn điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone'.
- Quyết định số 3556/QĐ-BYT ngày 10/9/2014 về việc ban hành 'Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các rối loại tâm thần thường gặp do sử dụng ma túy tổng hợp dạng Amphetamin'.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN CHO NHÓM VỊ THÀNH NIÊN/THANH NIÊN YẾU THẾ

1. Khái niệm chung

1.1. Khái niệm nhóm yếu thế

Thuật ngữ "yếu thế" hay "thiệt thòi" dùng để chỉ một số nhóm xã hội đặc biệt, họ thường gặp các hoàn cảnh khó khăn, vị thế xã hội thấp kém hơn, có thể ở vào tình trạng chưa đủ kinh nghiệm sống, chưa đủ yêu cầu về thể lực, bệnh tật, sức khỏe, có sự thiếu hụt hay khiếm khuyết cơ thể…

Nhóm yếu thế có thể gặp hàng loạt những thách thức, rào cản ngăn cản khả năng hòa nhập cộng đồng. Rào cản đó có thể liên quan đến thể chất (khuyết tật, bệnh tật…), việc làm/nghề nghiệp (mại dâm, di cư, người ăn xin, lang thang cơ nhỡ…), rào cản do các yếu tố địa lý, môi trường (dân tộc ít người, người sống trong vùng thiên tai thảm họa…), hay rào cản từ hoàn cảnh sống, sự kỳ thị của xã hội (nạn nhân của buôn bán người, tù nhân, người chịu ảnh hưởng bởi HIV/AID, người đồng tính, chuyển giới…).

1.2. Khái niệm dịch vụ xã hội

Dịch vụ xã hội là những hình thức cụ thể hóa của các chính sách xã hội, bản chất dịch vụ xã hội là những phương thức nhằm đáp ứng nhu cầu xã hội, đặc biệt là các nhóm đối tượng yếu thế.

Dịch vụ y tế/CSSK/SKSS là 1 trong 4 loại dịch vụ xã hội cơ bản đối với con người, đặc biệt là nhóm yếu thế, bao gồm: 1) Dịch vụ đáp ứng nhu cầu vật chất cơ bản; 2) Dịch vụ y tế/CSSK/SKSS; 3) Dịch vụ giáo dục và 4) Dịch vụ thông tin và giải trí.

2. Cung cấp dịch vụ CSSKcho nhóm VTN/TN yếu thế

2.1. Các rào cản về dịch vụ CSSK đối với nhóm yếu thế: bao gồm 4 nhóm rào cản

- Nhóm rào cản về sự sẵn có của dịch vụ xã hội (bao gồm cả việc làm, CSSK/SKSS…).
- Nhóm rào cản về sự tiếp cận với dịch vụ (do chi phí, khoảng cách, thiếu thông tin/thiếu công khai…).
- Nhóm rào cản từ sự kỳ thị tại gia đình, cơ sở cung cấp dịch vụ, cộng đồng… cũng như vấn đề tự kỳ thị từ bản thân VTN/TN yếu thế.
- Nhóm rào cản thể chế, chính sách ở tất cả các cấp, các góc độ (từ Chính phủ, từ chương trình, các cơ quan/cơ sở cung cấp dịch vụ, các tổ chức xã hội…).

2.2. Phân tích các rào cản dịch vụ chăm sóc SKSS đối với VTN/TN yếu thế

Rào cản về sự sẵn có của dịch vụ:

- Các cơ sở cung cấp dịch vụ SKSS thân thiện với VTN/TN còn chưa đáp ứng yêu cầu cả về số lượng và chất lượng.
- Việc cung ứng các dịch vụ dự phòng, ngăn ngừa và giảm hại phù hợp với VTN/TN còn chưa đáp ứng được nhu cầu (các biện pháp tránh thai cho VTN/TN, bao cao su, tư vấn xét nghiệm tự nguyện, ARV…).
- Dịch vụ tư vấn chưa phù hợp và chưa đáp ứng mong đợi của VTN/TN, đặc biệt là các vấn đề về SKSS/SKTD.
- Các cơ sở y tế không sẵn có những dịch vụ trợ giúp mang tính liên kết, toàn diện như: trợ giúp nạn nhân của bạo hành, trợ giúp tâm lý, trợ giúp pháp lý, nơi lánh nạn…..
- Dịch vụ y tế khẩn cấp tại những vùng khó khăn, những nơi bị ảnh hưởng bởi thiên tai, thảm họa còn chưa sẵn có, sự hạn chế về phương tiện và hệ thống các dịch vụ trợ giúp

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

là rào cản lớn đối với người dân vùng bị nạn. Đặc biệt trong trường hợp này, các dịch vụ SKSS còn chưa được coi trọng và chưa được đầu tư phù hợp.

Rào cản về sự tiếp cận dịch vụ:

- Cơ sở y tế ít được nâng cấp; việc xây dựng bố trí chưa thật thuận lợi cho VTN/TN nói chung, đặc biệt chưa quan tâm đúng mức đối tượng khuyết tật.
- Thông tin và quảng bá về sự sẵn có của các cơ sở dịch vụ, các loại dịch vụ được cung cấp… còn chưa được phổ biến rộng rãi tới VTN/TN theo những kênh phù hợp, VTN/TN còn ít biết về các thông tin này.
- - Rào cản từ cán bộ cung cấp dịch vụ:
  + Thái độ: còn chưa tích cực, thiếu ủng hộ, định kiến, thậm chí còn kỳ thị đối với các nhóm VTN/TN nói chung và VTN/TN yếu thế nói riêng.
  + Kiến thức và kĩ năng: Tiếp cận và cung cấp dịch vụ SKSS cho nhóm VTN/TN yếu thế đòi hỏi người cung cấp dịch vụ không chỉ có những kiến thức và kĩ năng về chăm sóc SKSS chung, mà còn cần rất nhiều kiến thức và kĩ năng chuyên biệt về làm việc với VTN/TN, những hiểu biết và kĩ năng trong lĩnh vực xã hội (các hiểu biết về môi trường, di cư, các kĩ năng sống, cách sử dụng ngôn ngữ ký với nhóm khiếm thính, cách trợ giúp nạn nhân của bạo lực, nạn nhân buôn bán người…).
  + Chưa chú ý sắp xếp đủ thời gian và ưu tiên để có thể cung cấp dịch vụ thân thiện cho VTN/TN yếu thế, đặc biệt nhiều nhóm yếu thế như: nhóm khuyết tật,…

Rào cản bởi sự kỳ thị:

- Kỳ thị từ gia đình: nhiều gia đình của VTN/TN yếu thế cảm thấy e ngại, thậm chí xấu hổ muốn giấu tình trạng của con em mình vì sợ gặp phải sự kỳ thị từ cộng đồng. Thêm vào đó, tâm lý của cha mẹ luôn cho rằng con mình là người thiệt thòi, yếu thế, do đó đã quên đi quyền của các em về SKSS/SKTD.
- Kỳ thị từ cộng đồng, từ người cung cấp dịch vụ: chính sự thiếu kiến thức, thiếu hiểu biết về các nhóm yếu thế khiến bản thân người cung cấp dịch vụ cũng có cái nhìn còn chưa thật khách quan, có khi còn kỳ với một số nhóm yếu thế, nhất là các nhóm như đồng tính, chuyển giới, mại dâm…
- Tự kỳ thị: chính bản thân VTN/TN yếu thế cũng tự kỳ thị, tự tạo rào cản cho mình. Các em sống khép kín, thiếu kĩ năng giao tiếp, thiếu cơ hội bày tỏ nhu cầu của mình… và điều đó càng khiến các em rơi vào vòng luẩn quẩn của bị kỳ thị và tự kỳ thị.

Rào cản về thể chế chính sách:

- Chưa chú trọng đầu tư nghiên cứu, đưa ra các mô hình, các cách tiếp cận phù hợp trong chăm sóc SKSS đối với các nhóm yếu thế.
- Chưa có các kế hoạch, hướng dẫn mang tính tổng thể, thống nhất cả về cung cấp dịch vụ SKSS phù hợp riêng cho các em cũng như các kế hoạch, định hướng giáo dục dạy nghề, việc làm và phát triển... Hiện mới có ngành y tế ban hành hướng dẫn cung cấp dịch vụ SKSS thân thiện, trong khi chương trình chăm sóc SKSS cho VTN liên quan đến nhiều ban ngành, cơ sở cung cấp dịch vụ khác như: các cơ sở tư vấn, truyền thông, các trung tâm trợ giúp pháp lý, tâm lý….
- Việc định hướng xã hội tạo môi trường thuận lợi để đáp ứng nhu cầu chính đáng về chăm sóc SKSS cho VTN, đặc biệt là đối với nhóm yếu thế còn hạn chế.
- Các chính sách xã hội hoá, chính sách mang tính ủng hộ, tạo điều kiện cho hệ thống các tổ chức xã hội, các doanh nghiệp xã hội, các cơ sở y tế ngoài công lập… cùng tham gia tiếp cận và cung cấp dịch vụ SKSS cho nhóm yếu thế còn có nhiều bất cập.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.3. Một số nguyên tắc khi cung cấp dịch vụ SKSS thân thiện với VTN/TN yếu thế

- Người cung cấp dịch vụ cần tự tìm hiểu và trang bị cho mình các kiến thức và kĩ năng cần thiết về tâm sinh lý của từng nhóm VTN/TN yếu thế.
- Tại cơ sở nên trang bị sẵn một số thông tin cần thiết liên quan đến các nhóm yếu thế (Áp phích, tờ rơi về giảm kỳ thị đối với người sống chung với HIV, người đồng tính, tài liệu tham khảo về các nhóm yếu thế, cuốn cẩm nang ngôn ngữ SKSS dành cho người khiếm thính, số điện thoại hỗ trợ của một số nhóm tình nguyện chuyên biệt…) để khi cần có thể tra cứu, sử dụng, tìm kiếm sự hỗ trợ.
- Cần trung thực và chia sẻ chân thành với các em, ngay cả khi gặp phải những câu hỏi, những thông tin còn xa lạ với mình. Học hỏi và tìm hiểu thêm thông tin về vấn đề SKSS của các em từ chính các em, đó là cách học hữu ích nhất đối với nhóm VTN/TN yếu thế.
- Tận dụng các điều kiện sẵn có để cải thiện và làm cho dịch vụ hiện có tại cơ sở mình trở nên thân thiện hơn với VTN/TN, đặc biệt là dễ tiếp cận hơn với các nhóm yếu thế.
- Tận dụng mọi cơ hội tiếp cận với khách hàng là VTN/TN yếu thế để lấy ý kiến đóng góp của họ cho dịch vụ tại cơ sở.
- Khuyến khích khách hàng là VTN/TN yếu thế quay trở lại khi cần, giới thiệu dịch vụ với bạn bè…
- Khi cần có thể huy động sự hỗ trợ từ các thành viên khác, có thể là bạn bè đồng nghiệp có kinh nghiệm, gia đình/người thân của VTN/TN yếu thế cùng đi…
- Cần tận dụng mọi cơ hội để tiếp cận và cung cấp dịch vụ lưu động, đưa dịch vụ đến gần hơn với các nhóm yếu thế.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 8
PHÁ THAI AN TOÀN

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HƯỚNG DẪN CHUNG

Phá thai là chủ động sử dụng các phương pháp khác nhau để chấm dứt thai trong tử cung cho thai đến hết 22 tuần tuổi.

Phần này bao gồm:

- Tư vấn về phá thai.
- Phá thai bằng phương pháp hút chân không (phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần 12).
- Phá thai bằng thuốc đến hết tuần thứ 9 (mifepriston và misoprostol).
- Phá thai bằng thuốc 10-12 tuần (mifepriston và misoprostol).
- Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết tuần 22 (mifepriston và misoprostol).
- Phá thai bằng phương pháp nong và gắp từ tuần 13 đến hết tuần 18.
- Qui trình xử lý bơm hút thai chân không bằng tay.

Các phương pháp trên sẽ được thực hiện theo Thông tư số 43/2013/TT-BYT, ngày 11 tháng 12 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ***"Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuậtđối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh"***

Một số khái niệm:

- Phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

Sử dụng các thủ thuật qua cổ tử cung để chấm dứt thai kỳ, bao gồm hút chân không, nong và gắp.

- Phá thai bằng thuốc.

Sử dụng thuốc để gây sẩy thai. Đôi khi thuật ngữ "phá thai nội khoa" cũng được sử dụng để mô tả phương pháp này.

- Tuổi thai.

Số ngày hoặc số tuần tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng đến khi đình chỉ thai nghén (chu kỳ kinh bình thường).

Các phương pháp phá thai đến hết 12 tuần.

+ ***Phương pháp ngoại khoa:*** phương pháp được khuyến khích là hút chân không.
+ ***Phương pháp nội khoa:*** Các phương pháp dùng thuốc kết hợp giữa mifepriston và misoprostol cho các thai đến hết 9 tuần và từ tuần thứ 10 đến hết 12 tuần. Khi áp dụng phương pháp phá thai bằng thuốc cần phải có sẵn dịch vụ phá thai bằng phương pháp hút chân không để xử trí những trường hợp thất bại.
+ Phương pháp nong và nạo cần được thay thế bằng phương pháp hút chân không.

Các phương pháp phá thai từ tuần 13 đến hết 22 tuần.

+ ***Phá thai bằng thuốc*** được áp dụng cho thai từ tuần thứ 13 đến hết 22 tuần:
+ ***Phương pháp nong và gắp (không khuyến khích):*** sử dụng bơm hút chân không và kẹp gắp thai sau khi cổ tử cung đã được chuẩn bị bằng misoprostol được áp dụng cho thai từ tuần 13 đến hết 18 tuần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI

Tư vấn cho khách hàng phá thai là giúp khách hàng tự quyết định việc phá thai và cùng cán bộ y tế lựa chọn phương pháp phá thai phù hợp trên cơ sở nắm được các thông tin về các phương pháp phá thai, qui trình phá thai, các tai biến, nguy cơ có thể gặp, cách tự chăm sóc sau thủ thuật và các BPTT phù hợp áp dụng ngay sau thủ thuật phá thai.

1. Yêu cầu với cán bộ tư vấn.

1.1. Về kiến thức.

- Nhận thức được nhu cầu và quyền của khách hàng.
- Chính sách, pháp luật của nhà nước về SKSS và các chuẩn mực xã hội.
- Nắm được 6 bước thực hành tư vấn.
- Kiến thức chung về các phương pháp phá thai: chỉ định, chống chỉ định, qui trình, tai biến và cách chăm sóc sau phá thai.
- Kiến thức chung về các biện pháp tránh thai và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Những qui định về chuyển tuyến phù hợp với kỹ thuật phá thai được phép thực hiện.

1.2. Về kỹ năng tư vấn.

- Kỹ năng tiếp đón.
- Kỹ năng lắng nghe.
- Kỹ năng giao tiếp.
- Kỹ năng giải quyết vấn đề.

2. Địa điểm tư vấn.

Nên có phòng tư vấn riêng, tuy nhiên có thể tư vấn ở bất cứ địa điểm nào, cần đảm bảo:

- Riêng tư, kín đáo.
- Thoải mái.
- Yên tĩnh.
- Không bị gián đoạn hoặc bị làm ồn bởi cuộc nói chuyện khác.

3. Qui trình tư vấn.

- Tư vấn thăm khám:
  + Giải thích về quá trình và mục đích thăm khám.
  + Các xét nghiệm cần làm, các thủ tục hành chính.
  + Hỏi tiền sử sản phụ khoa.
  + Hỏi về bạo hành.
  + Hỏi về các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Tư vấn về quyết định phá thai: đưa ra 2 lựa chọn cho khách hàng.
  + Tiếp tục mang thai và sinh con.
  + Phá thai.
- Nếu quyết định cuối cùng là phá thai, tư vấn về các phương pháp phá thai sẵn có tại cơ sở, giúp khách hàng tự lựa chọn phương pháp thích hợp và thực hiện các thủ tục hành chính cần thiết.
- Nghiêm cấm phá thai lựa chọn giới tính.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.1. Tư vấn phá thai bằng thủ thuật.

- Tư vấn về quá trình thủ thuật:
  + Thời gian cần thiết.
  + Phương pháp giảm đau.
  + Cảm giác đau mà khách hàng phải trải qua.
  + Các bước thủ thuật.
  + Giới thiệu người thực hiện thủ thuật.
  + Thông tin về tác dụng phụ và tai biến có thể gặp.
  + Ký cam kết tự nguyện phá thai.
- Tư vấn về các biện pháp tránh thai sau thủ thuật:
  + Khả năng có thai lại sớm, cần áp dụng một BPTT ngay.
  + Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
  + Giới thiệu các địa điểm có thể cung cấp các biện pháp tránh thai.
- Tư vấn về chăm sóc và theo dõi sau thủ thuật:
  + Dùng thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
  + Kiêng giao hợp cho tới khi hết ra máu (thông thường sau 1 tuần).
  + Tư vấn cách tự chăm sóc sau thủ thuật về chế độ vệ sinh, dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt.
  + Tự theo dõi các dấu hiệu bình thường.
  + Các dấu hiệu bất thường.
  + Tiếp tục tư vấn nhắc lại các biện pháp tránh thai.
  + Khám lại sau 1 đến 2 tuần.
  + Lưu ý khách hàng:
    - Khi có dấu hiệu bất thường phải quay lại cơ sở y tế ngay.
    - Sử dụng ngay các biện pháp tránh thai phù hợp.

3.2. Tư vấn phá thai bằng thuốc.

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Giới thiệu các phương pháp phá thai hiện có phù hợp với tuổi thai của khách hàng.
- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.
- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc khi cần liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các biện pháp tránh thai, giúp khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Cung cấp biện pháp tránh thai hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp biện pháp tránh thai.
- Ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi) phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Tư vấn cho các nhóm đối tượng đặc biệt.

4.1. Vị thành niên.

Khi tư vấn cho vị thành niên về phá thai, người cung cấp dịch vụ cần đặc biệt chú ý:

- Dành đủ thời gian cho vị thành niên hỏi và đưa ra quyết định.
- Đảm bảo tính bí mật.
- Tư vấn kỹ hơn về bao cao su để vừa tránh thai vừa phòng các bệnh LTQĐTD.
- Xem chi tiết phần tư vấn cho vị thành niên.

4.2. Phụ nữ là nạn nhân bạo hành.

Khi tư vấn về phá thai cho những phụ nữ đã bị bạo hành cần đặc biệt chú ý:

- Thể hiện sự đồng cảm trong tư vấn, ứng xử thích hợp khi khách hàng sợ hãi hoặc buồn bã.
- Tạo mối quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có hoặc các đoàn thể xã hội để giúp khách hàng vượt qua hoàn cảnh của mình.
- Cung cấp dịch vụ tránh thai sau phá thai mà chính bản thân khách hàng có thể chủ động được.
- Xem thêm bài "Tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành".
- Tư vấn các bệnh LTQĐTD.

4.3. Phụ nữ nhiễm HIV.

Khi tư vấn phá thai cho phụ nữ nhiễm HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý:

- Sang chấn về tâm lý.
- Ngần ngại chưa quyết định phá thai.
- Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.
- Chia sẻ với khách hàng.
- Không tỏ ra kỳ thị, sợ sệt.
- Tư vấn về khả năng lây truyền từ mẹ sang con.
- Đặc biệt là giới thiệu về sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng lây truyền cho người khác.
- Động viên khách hàng.
- Tư vấn cho người nhà về chăm sóc thể chất, tinh thần và phòng bệnh, nếu được khách hàng đồng ý.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 6 đến hết 12 tuần.

1. Chỉ định.

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết 12 tuần.

2. Chống chỉ định.

Không có chống chỉ định tuyệt đối tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục (cần được điều trị).

Chú ý: *Những cơ sở y tế không đủ điều kiện hồi sức, phẫu thuật cấp cứu, không được thực hiện thủ thuật này trong các trường hợp sau:*

+ U xơ tử cung to.
+ Vết mổ ở tử cung.
+ Sau đẻ dưới 6 tháng.
+ Dị dạng đường sinh dục.
+ Các bệnh lý nội-ngoại khoa.

3. Cơ sở vật chất.

- Phòng thủ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.
- Dụng cụ:
  + Phương tiện bảo hộ.
    - Áo choàng y tế, mũ, khẩu trang.
    - Găng tay vô khuẩn.
    - Kính bảo vệ mắt.
  + Bộ dụng cụ hút chân không:
    - Bơm hút 1 van, bơm hút 2 van, bơm MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn.
    - Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong.
    - Van hoặc mỏ vịt.
    - Kẹp cổ tử cung.
    - Nến nong.
    - Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung.
    - Bông gạc và dung dịch sát khuẩn.
  + Thuốc giảm đau, gây tê, hộp chống choáng và thuốc tăng co tử cung.
  + Bộ dụng cụ kiểm tra mô.
  + Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải.

4. Qui trình kỹ thuật.

4.1. Chuẩn bị khách hàng.

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.
- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản khoa. Nếu có bệnh nội khoa (tim mạch, tăng huyết áp...), dị dạng đường sinh dục thì thực hiện thủ thuật này ở tuyến cao hơn.
- Làm test thử thai (nếu cần)

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Siêu âm (nếu cần).
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa: xác định có thai, đánh giá tuổi thai, kiểm tra những dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục và loại trừ các trường hợp cần trì hoãn.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật
- Thai từ 9-12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi hoặc đặt túi cùng âm đạo 400 mcg misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

4.2. Tư vấn (xem phần tư vấn phá thai).

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Tư vấn về các phương pháp phá thai hiện có tại cơ sở.
- Các bước tiến hành hút thai chân không.
- Tai biến có thể xảy ra khi hút thai.
- Tư vấn về theo dõi sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay sau khi hút thai.
- Các dấu hiệu hồi phục sức khỏe và khả năng sinh sản sau hút thai.
- Cung cấp thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT phù hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lặp lại.

4.3. Người thực hiện thủ thuật.

- Rửa tay thường qui bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn dưới vòi nước chảy.
- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

4.4. Qui trình kỹ thuật.

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Đưa ống hút vào buồng tử cung để kiểm tra hướng và độ sâu của buồng tử cung bằng vạch trên ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

4.5. Theo dõi và chăm sóc.

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Cung cấp BPTT hoặc chuyển đến cơ sở cung cấp BPTT. Cung cấp một biện pháp tránh thai tạm thời (như bao cao su hoặc viên tránh thai) nếu biện pháp khách hàng lựa chọn không có sẵn tại cơ sở.
- Có thể đặt DCTC ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Có thể sử dụng các biện pháp tránh thai nội tiết vào ngày phá thai.
- Khám lại sau 1 đến 2 tuần. Lưu ý: Khi có dấu hiệu bất thường phải quay lại cơ sở y tế ngay

4.6. Tai biến và xử trí.

- Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung và đờ tử cung.
- Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung.
- Xử trí:
  + Điều trị theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu đào tạo về phá thai).
  + Chuyển khách hàng đến tuyến điều trị thích hợp.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT 9 TUẦN VÀ TỪ TUẦN THỨ 10 ĐẾN HẾT 12 TUẦN

Là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp mifepriston và misoprostol gây sẩy thai, cho tuổi thai đến hết 12 tuần (84 ngày).

1. Chỉ định.

Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp.

2. Chống chỉ định:

2.1. Tuyệt đối.

- Hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
- Chẩn đoán chắc chắn hoặc nghi ngờ có thai ngoài tử cung.
- Có thai tại vết sẹo mổ cũ ở tử cung.

2.2. Tương đối.

- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Dị dạng sinh dục (chỉ được làm tại tuyến trung ương).
- Có sẹo mổ tử cung cần thận trọng: giảm liều misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc (chỉ được làm tại bệnh viện chuyên khoa phụ sản tuyến tỉnh và trung ương)

3. Điều kiện áp dụng.

- Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế thuận tiện và dễ dàng.

4. Cơ sở vật chất, trang thiết bị và thuốc.

- Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi thực hiện phá thai.
- Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ tiêu chuẩn theo qui định để thực hiện can thiệp khi cần.
- Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.
- Thuốc: mifepriston, misoprostol, giảm đau, cấp cứu chống choáng

5. Qui trình kỹ thuật.

5.1 Chuẩn bị khách hàng.

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng.
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối.
- Khám lâm sàng: khám toàn thân, khám phụ khoa: phát hiện các bệnh LTQĐTD và loại trừ các trường hợp cần trì hoãn.
- Siêu âm xác định thai trong tử cung và tuổi thai

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

5.2 Tư vấn phá thai bằng thuốc (khuyến khích hộ sinh được đào tạo làm công tác tư vấn) (xem thêm phần tư vấn phá thai).

- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại. Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.
- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Cần phải khám lại sau 1 đến 2 tuần
- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.
- Kê đơn thuốc giảm đau.
- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.
- Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.
- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.
- Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.
- Các phương pháp tránh thai nội tiết có thể bắt đầu ngay khi phá thai. Vòng tránh thai có thể đặt khi chắc chắn rằng người phụ nữ không còn mang thai nữa và không có chống chỉ định.

5.3 Qui trình phá thai.

5.3.1. Thai đến hết 63 ngày.

- Uống 200 mg mifepriston.
- Sau khi dùng mifepriston từ 24 đến 48 giờ ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 800 mcg misoprostol tại cơ sở y tế hoặc tại nhà tùy theo tuổi thai và nguyện vọng của khách hàng. Tuổi thai từ tuần thứ 8 đến hết 9 tuần nên dùng misoprostol và theo dõi sẩy thai tại cơ sở y tế.
- Cán bộ y tế nên chọn thời điểm dùng misoprostol để thuận lợi cho khách hàng khi cần hỗ trợ.

5.3.2. Thai từ 64 đến hết 84 ngày.

- Uống 200 mg mifepriston.
- Sau khi dùng mifepriston từ 24 đến 48 giờ:
  + Đặt túi cùng âm đạo 800 mcg misoprostol tại cơ sở y tế.
  + Sau mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol, tối đa là 4 liều đến khi sẩy thai hoàn toàn.
  + Nếu sau 3 giờ khi dùng liều misoprostol thứ 5 mà chưa sẩy thai, uống tiếp 200 mg mifepriston, cho khách hàng nghỉ 9-11 giờ, lặp lại các liều misoprostol như trên cho đến khi sẩy thai.
  + Nếu sau 2 lần theo phác đồ trên vẫn không sẩy thai thì chuyển sang phương pháp phá thai khác.

5.4 Theo dõi và chăm sóc: đối với khách hàng theo dõi tại cơ sở y tế

5.4.1. Theo dõi trong những giờ đầu sau khi dùng Misoprostol

- Dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.4.2. Khám lại sau 2 tuần

- Đánh giá hiệu quả điều trị.
- Sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Sẩy thai không hoàn toàn hoặc sót sản phẩm thụ thai:
  + Dùng 400 mcg Misoprostol ngậm dưới lưỡi hoặc
  + Dùng 600 mcg Misoprostol đường uống, có thể dùng lặp lại
  + Hút buồng tử cung
- Thai tiếp tục phát triển có thể hút thai hoặc tiếp tục liệu trình phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn và trong giới hạn tuổi thai cho phép.
- Ghi chú: nếu ra máu nhiều (ướt đẫm 2 băng vệ sinh dày trong 1 giờ và kéo dài 2 giờ liên tiếp) phải khám lại ngay.

5.5 Tai biến và xử trí

- Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.
- Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHÁ THAI BẰNG THUỐC
TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 22

1. Chỉ định.

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 22 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 52 mm).

2. Chống chỉ định.

2.1. Tuyệt đối.

- Hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
- Có vết sẹo mổ cũ ở thân tử cung.
- Rau cài răng lược.

2.2. Tương đối.

- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Dị dạng sinh dục (chỉ được làm tại tuyến trung ương).
- Có sẹo mổ ở đoạn dưới tử cung cần thận trọng: giảm liều misoprostol và tăng khoảng cách thời gian giữa các lần dùng thuốc (chỉ được làm tại bệnh viện chuyên khoa phụ sản tuyến tỉnh và trung ương)

3. Cơ sở vật chất.

- Phòng thủ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.
- Phương tiện dụng cụ:
  + Phương tiện cấp cứu.
  + Khay đựng mô thai và rau.
  + Dụng cụ kiểm soát buồng tử cung.
  + Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.
- Thuốc: misoprostol và mifepriston, giảm đau, chống choáng và thuốc tăng co.

4. Qui trình kỹ thuật.

4.1. Chuẩn bị khách hàng.

- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa và các bệnh LTQĐTD.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa
- Siêu âm
- Xác định tuổi thai (đối chiếu với siêu âm)
- Xét nghiệm máu
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hay mẹ hoặc người giám hộ).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2. Tư vấn (xem phần tư vấn phá thai).

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai.
- Các phương pháp phá thai phù hợp với tuổi thai hiện có.
- Qui trình phá thai bằng thuốc.
- Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai.
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Khả năng có thai lại sau phá thai.
- Các dấu hiệu thai nghén sớm dễ nhận biết để tránh phá thai lớn.
- Cung cấp thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT phù hợp.
- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.

4.3. Quy trình phá thai

4.3.1.Phác đồ:

A. Tuổi thai từ 13 đến hết 18 tuần:

- Uống 200 mg Mifepristone (1 viên)
- Sau 24-48 giờ đặt túi cùng âm đạo 400 mcg Misoprostol (2 viên). Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg Misoprostol (2 viên) cho tới khi sẩy thai. Nếu sau 5(năm) liều Misoprostol mà không sẩy thai thì ngày hôm sau dùng tiếp 5 (năm) liều 400mcg Misoprostol (2 viên) sau mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má cho tới khi sẩy thai. Nếu không sẩy thai dùng tiếp Misoprostol ngày thứ 3 theo phác đồ trên. Sau 3 ngày không sẩy thai dùng phương pháp khác.

B. Tuổi thai từ 19 đến 22 tuần:

- Uống 200 mg Mifepristone (1 viên)
- Sau 24-48 giờ đặt túi cùng âm đạo 400 mcg Misoprostol (2 viên). Sau mỗi 3 giờ, ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má 400 mcg Misoprostol (2 viên) cho tới khi sẩy thai. Nếu sau 5(năm) liều Misoprostol mà không sẩy thai thì ngày hôm sau dùng tiếp 5 (năm) liều 400mcg Misoprostol (2 viên) sau mỗi 3 giờ ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má cho tới khi sẩy thai. Nếu không sẩy thai chuyển phương pháp khác.

4.3.2. Chăm sóc trong thủ thuật.

- Theo dõi toàn trạng mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 3 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 1,5 giờ/lần.
- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.
- Cho uống thuốc giảm đau đường uống, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạnh nếu cần thiết
- Sau khi sẩy thai và rau: dùng thuốc tăng co tử cung nếu cần. Chỉ định kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.
- Nếu thai đã sổ nhưng rau thai vẫn nằm trong buồng tử cung, theo dõi thêm 1 giờ, nếu rau vẫn chưa sổ thì cho thêm 400 mcg Misoprostol ngậm dưới lưỡi hoặc ngậm bên má để giúp rau thai sổ. Nếu rau thai không sổ, lấy rau thai bằng dụng cụ.
- Xử lý thai, rau, chất thải và dụng cụ.

4.4. Theo dõi và chăm sóc.

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, co hồi tử cung ít nhất là 1 giờ/lần, cho đến khi ra viện.
- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ, nếu sức khỏe của người phụ nữ ổn định với các dấu hiệu sống trở lại bình thường và ra máu âm đạo ở mức độ cho phép.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Kê đơn kháng sinh (nếu cần).
- Tư vấn sau thủ thuật về các biện pháp tránh thai phù hợp.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

4.5. Tai biến và xử trí.

- Tai biến: chảy máu, rách cổ tử cung, sót rau, vỡ tử cung, choáng, nhiễm khuẩn.
- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu đào tạo).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẮP TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 18

Nong và gắp là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách sử dụng thuốc misoprostol để chuẩn bị cổ tử cung, sau đó nong cổ tử cung và dùng bơm hút chân không kết hợp với kẹp gắp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

1. Chỉ định.

Thai từ tuần thứ 13 (tương đương với chiều dài đầu mông 52 mm) đến hết tuần thứ 18 (tương đương với đường kính lưỡng đỉnh 40 mm).

2. Chống chỉ định.

2.1. Tuyệt đối:

- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Tiền sử dị ứng với misoprostol.

2.2. Thận trọng:

- Dị dạng tử cung, u xơ tử cung hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung: có thể giảm liều misoprostol
- Đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính nên điều trị ổn định

3.Cơ sở vật chất

- Phòng kỹ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.
- Phương tiện dụng cụ:
  + Bộ dụng cụ nong, gắp thai, kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ số 8 đến số 17, kẹp gắp thai Sopher, Bierre và thìa nạo cùn.
  + Bộ hút thai chân không với ống hút số 12 đến số 16.
  + Khay đựng mô thai và rau.
  + Các phương tiện xử lý dụng cụ và chất thải.
  + Phương tiện cấp cứu.
  + Máy siêu âm.
- Thuốc: misoprostol, giảm đau, tiền mê, chống choáng và thuốc tăng co tử cung.

4. Qui trình kỹ thuật.

4.1. Chuẩn bị khách hàng.

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.
- Hỏi tiền sử bệnh về nội, ngoại, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng và các bệnh LTQĐTD.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa loại trừ chống chỉ định.
- Siêu âm.
- Xác định tuổi thai (đối chiếu với siêu âm)
- Xét nghiệm máu
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ)

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2. Tư vấn (xem thêm phần tư vấn phá thai).

- Thảo luận về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Các nguy cơ, tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi phá thai to.
- Các phương pháp phá thai to.
- Các bước của thủ thuật nong và gắp.
- Tự theo dõi và chăm sóc sau phá thai
- Các dấu hiệu cần khám lại ngay.
- Khả năng có thai lại sau phá thai và các dấu hiệu thai nghén sớm
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT phù hợp
- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.

4.3. Người thực hiện thủ thuật.

- Rửa tay thường qui bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn dưới vòi nước chảy..
- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, đeo kính bảo hộ.

4.4. Các bước tiến hành thủ thuật.

4.4.1. Chuẩn bị cổ tử cung:

- Ngậm dưới lưỡi hoặc đặt túi cùng âm đạo 400 mcg misoprostol 3 giờ trước thủ thuật
- Đánh giá lại tình trạng cổ tử cung, nếu cổ tử cung chưa được chuẩn bị tốt thì dùng tiếp 400 mcg misoprostol.

4.4.2. Uống kháng sinh dự phòng

4.4.3. Tiến hành thủ thuật.

- Giảm đau toàn thân.
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung, đánh giá tác dụng của thuốc đối với cổ tử cung, không được tiến hành thủ thuật khi cổ tử cung chưa được chuẩn bị tốt.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Kiểm tra độ mở cổ tử cung. Cổ tử cung cần phải mở đủ độ để lọt được ống hút số 12-14. Nếu ống hút không qua được cổ tử cung hoặc cổ tử cung không thể nong được dễ dàng, nhắc lại liều Misoprostol trước khi tiếp tục bước tiếp theo của thủ thuật.
- Nong cổ tử cung nếu cần thiết.
- Dùng bơm hai van với ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.
- Tiến hành gắp thai, rau. Không đưa kẹp gắp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.
- Nếu gắp thai khó khăn thì có thể gắp thai dưới siêu âm.
- Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút để chắc chắn rằng buồng tử cung sạch.
- Kiểm tra các phần thai và rau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.
- Nếu người phụ nữ muốn đặt vòng tránh thai, có thể đặt vòng ngay sau khi kết thúc thủ thuật (tư vấn về nguy cơ tụt dụng cụ tử cung).
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.5. Theo dõi và chăm sóc.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng, co hồi tử cung 30 phút một lần trong vòng 1 đến 2 giờ, sau đó có thể cho khách hàng về.
- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật (xem phần tư vấn chung)
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.
- Cung cấp BPTT mà khách hàng lựa chọn hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

4.6. Tai biến và xử trí.

- Tai biến: choáng, thủng tử cung, rách cổ tử cung, chảy máu, sót thai, sót rau, ứ máu trong tử cung, nhiễm khuẩn.
- Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu phần bài giảng xử trí tai biến).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XỬ LÝ DỤNG CỤ HÚT THAI CHÂN KHÔNG BẰNG TAY

Dụng cụ hút thai chân không bằng tay bao gồm bơm hút và các ống hút, trong điều kiện lý tưởng ống hút chỉ dùng một lần, còn bơm hút có thể dùng lại nhiều lần. Sau khi hút thai nếu muốn sử dụng lại thì các dụng cụ này cần được tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao.

- Qui trình xử lý dụng cụ bao gồm bốn bước:
  + Ngâm khử nhiễm.
  + Rửa sạch.
  + Khử khuẩn mức độ cao hoặc tiệt khuẩn.
  + Bảo quản dụng cụ.

Hiện tại trong các cơ sở y tế phổ biến là bơm hút thai chân không bằng tay một van, hai van với các ống hút mềm Karman và bơm hút thai chân không MVA Plus với các ống hút Ipas EasyGrip. Qui trình xử lý dụng cụ tương tự nhau chỉ có bước **khử khuẩn mức độ cao và tiệt khuẩn** là khác nhaugiữa hai loại bơm hút chân không một van, hai van và loại bơm hút MVA Plus.

1. Cơ sở vật chất.

Có khu vực xử lý dụng cụ riêng, được trang bị các phương tiện và hóa chất để xử lý dụng cụ.

2. Qui trình xử lý dụng cụ.

2.1. Ngâm khử nhiễm.

- Sau khi làm xong thủ thuật, người làm thủ thuật hút và phụt ngay dung dịch clorin 0,5% hoặc dung dịch khử nhiễm tương đương vào ống hút và bơm hút vài lần.
- Hút và phụt dung dịch khử khuẩn qua những ống hút đã sử dụng trong thủ thuật.
- Tháo rời ống hút ra khỏi bơm hút và pít tông ra khỏi ống bơm.
- Ngâm ngập toàn bộ dụng cụ trong dung dịch khử nhiễm trong vòng 10 phút.
- Dùng tay đi găng hoặc dùng kẹp để gắp dụng cụ ra.

Lưu ý:

+ Dụng cụ nhựa cần khử nhiễm trong một xô riêng.
+ Tránh ngâm dụng cụ trong dung dịch clorin quá lâu vì sẽ gây rỉ dụng cụ kim loại và gây biến chất nhanh dụng cụ nhựa.
+ Dung dịch khử nhiễm phải thay hàng ngày hoặc thay mỗi khi bị bẩn.

2.2. Rửa sạch.

- Người rửa dụng cụ phải đi găng, đeo khẩu trang và mặc tạp dề, đeo kính bảo vệ.
- Tháo rời tất cả các bộ phận của bơm hút kể cả vòng đệm cao su.
- Rửa sạch dụng cụ bằng bàn chải mềm, nếu có mô bám vào trong lòng ống thì phụt nước nhiều lần để rửa hoặc dùng tăm bông để rửa ở đầu ống hút.
- Rửa sạch toàn bộ dụng cụ bằng nước xà phòng bột (nên rửa dụng cụ trong chậu ngập nước, không nên rửa dưới vòi nước chảy).
- Rửa lại bơm hút và ống hút bằng nước sạch.
- Lau khô bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Lưu ý:

+ Không được dùng các dụng cụ sắc để tháo vòng đệm cao su mà phải tháo bằng cách đi găng tay vừa bóp vừa đẩy nhẹ để vòng cao su nhô ra khỏi rãnh và dùng tay kia tháo vòng cao su ra.
+ Không được dùng các que sắc nhọn để rửa bên trong lòng ống bơm hoặc để thông lòng ống hút

2.3. Tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn ở mức độ cao.

- Tiệt khuẩn sẽ diệt hết tất cả các vi sinh vật kể cả nha bào, khử khuẩn mức độ cao không diệt được nha bào.
- Bước tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn mức độ cao khác nhau giữa loại bơm hút chân không một van, hai van với các ống hút mềm Karman và loại bơm hút MVA Plus với các ống hút Ipas EasyGrip.
- Bơm hút chỉ cần khử khuẩn ở mức độ cao, ống hút bắt buộc phải tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn mức độ cao.

2.3.1. Tiệt khuẩn.

Có hai cách tiệt khuẩn là tiệt khuẩn bằng hóa chất và tiệt khuẩn bằng nhiệt.

- Tiệt khuẩn bằng hóa chất: áp dụng cho tất cả các loại dụng cụ
  + Ngâm ngập ống hút và bơm hút (phải tháo rời tất cả các bộ phận kể cả vòng đệm cao su) vào dung dịch glutaraldehyd 2% hoặc dung dịch tương đương trong 10 giờ(hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất).
  + Gắp dụng cụ bằng kẹp vô khuẩn.
  + Tráng lại bằng nước tiệt khuẩn.
  + Lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc để khô tự nhiên.

Lưu ý: Thay dung dịch tiệt khuẩn theo chỉ dẫn của nhà sản xuất.

- Tiệt khuẩn bằng nhiệt: áp dụng được cho loại bơm hút MVA Plus và các ống hút Ipas EasyGrip.
  + Tháo rời tất cả các bộ phận bơm và ống hút ra
  + Hấp ướt ở chế độ 121^{o}C, áp suất 106 KPa trong vòng 30 phút.

Lưu ý: Tuyệt đối không được sấy khô bơm và ống hút.

2.3.2. Khử khuẩn mức độ cao.

Có hai cách khử khuẩn mức độ cao là khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất và khử khuẩn mức độ cao bằng nhiệt.

- Khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất: áp dụng cho tất cả các loại dụng
  + Ngâm ngập ống hút và bơm hút (phải tháo rời tất cả các bộ phận kể cả vòng đệm cao su) vào trong dung dịch glutaraldehyd 2% (hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất) hoặc dung dịch clorin 0,5% hoặc dung dịch tương ứng trong vòng 20 phút.
  + Gắp dụng cụ ra bằng kẹp vô khuẩn, hoặc kẹp khử khuẩn ở mức độ cao, hoặc dùng găng tay.
  + Tráng lại bằng nước tiệt khuẩn hoặc nước đun sôi 20 phút để ấm.
  + Lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc để khô tự nhiên.

Lưu ý: Thay dung dịch clorin hàng ngày hoặc dung dịch tương đương theo chỉ dẫn của nhà sản xuất.

- Khử khuẩn mức độ cao bằng nhiệt:

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Bơm hút MVA Plus, ống hút Ipas EasyGrip và ống hút mềm Karman có thể sử lý bằng đun sôi 20 phút: cho ngập dụng cụ đã được tháo rời trong nồi nước và tiến hành luộc sôi trong 20 phút, thời gian tính từ khi nước bắt đầu sôi.
+ Gắp dụng cụ ra bằng kẹp vô khuẩn, hoặc kẹp khử khuẩn ở mức độ cao, hoặc dùng găng tay.
+ Lau khô bằng khăn vô khuẩn hoặc để khô tự nhiên.

Lưu ý: Không được luộc bơm hút chân không một van, hai van vì sẽ làm hỏng vòng đệm cao su.

2.4. Bảo quản và sử dụng.

2.4.1. Bảo quản.

- Dụng cụ cần được cất giữ tại nơi khô ráo, trong các hộp đựng đã được tiệt khuẩn, có nắp đậy kín, trên nắp đề ngày xử lý và hạn sử dụng.
- Với những dụng cụ được xử lý bằng hấp ướt:
  + Gói kín-dụng cụ vẫn được tiệt trùng với điều kiện được gói nguyên xi và khô ráo.
  + Nếu dụng cụ đã được mở-dùng ngay hoặc bảo quản trong hộp khô, tiệt trùng, có nắp đậy trong vòng một tuần.
- Với những dụng cụ được sử lý bằng phương pháp "ướt" (ngâm trong dung dịch glutaraldehyde hoặc clorine hoặc luộc): Bảo quản trong hộp khô tiệt trùng hoặc khử khuẩn ở mức độ cao có nắp đậy chặt chống bụi và các chất gây nhiễm bẩn.
- Dụng cụ tiệt khuẩn thì thời gian sử dụng tối đa là 7 ngày còn nếu xử lý bằng phương pháp khử khuẩn mức độ cao thì thời gian sử dụng tối đa là 3 ngày.
- Dụng cụ luộc thì chỉ sử dụng trong ngày.
- Nếu đã mở hộp dụng cụ ra thì cần phải sử dụng ngay trong ngày và dụng cụ chưa dùng vẫn phải xử lý lại.

Lưu ý:

+ Không nên để số dụng cụ trong hộp nhiều hơn số dụng cụ cần dùng trong ngày để tránh nhiễm khuẩn số dụng cụ còn lại.
+ Khi gắp ống hút ra phải dùng kẹp vô khuẩn gắp vào phía đầu nối với bơm của ống hút.
+ Bơm hút và ống hút phải để trong hộp riêng.

2.4.2. Trước khi sử dụng:

- Lắp lại bơm hút, bôi trơn pít tông bằng silicon hoặc bất kỳ dầu bôi trơn nào khác không phải nguồn gốc từ dầu mỏ.
- Nếu bơm hút không giữ được áp lực chân không hoặc bất kỳ bộ phận nào bị hỏng thì phải thay bộ phận khác hoặc thay bơm khác.
- Kiểm tra các dụng cụ hỏng hoặc hết hạn sử dụng để thay mới.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 9
NAM HỌC

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

MÃN DỤC NAM

1. Định nghĩa

Mãn dục nam là một hội chứng sinh hoá kết hợp với tuổi cao và có đặc trưng là thiếu hụt nồng độ testosterone huyết thanh. Hội chứng này có thể dẫn đến những thay đổi có ý nghĩa trong chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng bất lợi trên chức năng của nhiều cơ quan.

2. Nguyên nhân

Nội tiết tố testosterone trong máu giảm do các nguyên nhân sau:

- Tuổi càng cao, các cơ quan trong đó có tuyến yên-tinh hoàn càng suy thoái.
- Bị các bệnh làm rối loạn hoạt động của hệ thống trục hạ đồi-tuyến yên gây rối loạn sự sản xuất của nội tiết tố có liên quan khác.
- Di truyền từ thế hệ trước.
- Dùng nhiều loại thuốc có tính chất kháng androgen, ví dụ: dùng quá nhiều nội tiết tố estrogen, dùng các loại glucocorticoid, một số loại bucalutamid, flutamid, một số thuốc chữa bệnh khác như cimetidin,…
- Một số bệnh gây nên như: tiểu đường, suy tuyến yên, các khối u vùng tuyến yên-tinh hoàn, u tuyến thượng thận và khối u ở các phủ tạng khác.
- Một số thói quen xấu như: nghiện rượu, thuốc lá, ma túy,…

3. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục dịch vụ kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

4. Chẩn đoán

4.1 Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Các triệu chứng về tình dục và sức khoẻ sinh sản

- Giảm ham muốn tình dục
- Rối loạn cương dương-không giao hợp được
- Tinh trùng yếu nên khó sinh con

4.1.2. Các triệu chứng toàn thân

- Có những rối loạn về hệ thống tim-mạch như: huyết áp cao, thấp bất thường, tim đập nhanh, mặt đỏ bừng, hồi hộp.
- Rối loạn hô hấp: khó thở về đêm, ngáy to.
- Loãng xương: rất dễ gãy xương ở những tư thế bất thường hoặc những chấn thương rất nhẹ.
- Giảm thể tích và trương lực cơ cho nên lười vận động vì dễ mệt mỏi. Toàn thân teo tóp dần.
- Lượng mỡ cơ thể tăng, nhất là béo bụng.
- Da mất nước và răn rúm, tạo ra các nếp nhăn.
- Thần kinh: rất nhạy cảm với các phản xạ.
- Tâm thần: các rối loạn tâm thần (trầm cảm, hay lo âu); khả năng nhận thức và khả năng tập trung giảm.
- Rối loạn hệ thống tạo máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu,…

Kết luận về chẩn đoán lâm sàng chỉ cần 1 triệu chứng về tình dục và 2 triệu chứng toàn thân là cần định hướng việc chẩn đoán về mãn dục nam giới.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

4.2.1. Các xét nghiệm về sinh hóa để đánh giá chức năng các phủ tạng toàn thân trong cơ thể. Những người có hội chứng chuyển hoá như: tăng mỡ máu, đái tháo đường,… có nguy cơ bị biểu hiện tim mạch, đột quỵ, rối loạn tình dục, … cao hơn so với người bình thường.

4.2.2. Các xét nghiệm về chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, Xquang,…) để chẩn đoán các bệnh lý khác và chẩn đoán phân biệt.

4.2.3. Các xét nghiệm về nội tiết tố chủ yếu là các nội tiết tố sinh sản: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone để tìm các bệnh rối loạn về nội tiết.

4.2.4. Tiêu chuẩn vàng để xác định mãn dục nam giới là lượng testosterone trong máu hạ thấp dưới mức bình thường (bình thường lượng testosterone trong máu là: 10-35 nmol/lít). Nên tiến hành xét nghiệm vào buổi sáng.

5. Điều trị

Bổ sung hoặc tăng cường testosterone vào cơ thể.

5.1. Chỉ định

Những người có biểu hiện của mãn dục nam và nồng độ testosterone trong máu thấp hơn giá trị của người nam giới khoẻ mạnh trẻ hơn (thường lấy mức 12 nmol/lít).

5.2. Các dạng thuốc dòng testosterone

Liều bổ sung testosterone phụ thuộc đường dùng và loại thuốc sử dụng. Liều dùng thường được khuyến cáo như sau:

- Đường uống:

  Testosterone undecanoate (Andriol Testocaps): 40-80 mg, 2-3 lần/ngày (uống trong bữa ăn).

- Đường tiêm: Sử dụng 1 trong 3 loại sau:
  + Testosterone enantate hoặc testosterone cypionate: 75-100 mg, tiêm bắp hàng tuần hoặc 150-200 mg tiêm bắp cách 2 tuần 1 mũi.
  + Testosterone undecanoate: 1000 mg, tiêm bắp mũi đầu tiên và mũi thứ 2 sau mũi đầu tiên 6 tuần, sau đó cứ 12 tuần tiêm nhắc lại 1 mũi.
  + Sustanon 250 mg/ống 1 ml, tiêm bắp cách 2-3 tuần 1 ống.
- Viên cấy dưới da: viên 200 mg, cứ 4-6 tháng cấy 4-6 viên.
- Miếng dán da không ở bìu: dán 1-2 miếng (mỗi miếng 5 mg testosterone), dán hàng đêm lên da lưng, đùi, cánh tay (lưu ý tránh vùng tỳ đè).
- Dạng bôi: bôi 50-100 mg testosterone/ngày (Androgel 50mg) vào vùng da được che phủ (mặt trong đùi hoặc lưng hoặc bụng) trong 30 ngày.

5.2. Chống chỉ định

Chống chỉ định bổ sung testosterone cho những người bệnh đang có bệnh ung thư tuyến tiền liệt.

Cần theo dõi tuyến tiền liệt thường xuyên trước và trong khi bổ sung testosterone, trong vòng 1 năm kể từ khi bắt đầu điều trị thì theo dõi vào thời điểm 3-6 tháng và 12 tháng, trong thời gian sau đó là hàng năm. Có thể tiến hành thêm siêu âm tuyến tiền liệt qua trực tràng.

6. Những điểm cần tư vấn về tình dục ở tuổi già

- Khi có tuổi, nhìn chung hoạt động tình dục giảm sút nhưng ham muốn tình dục và khả năng tình dục có thể vẫn còn.
- Nếu tình dục của một người không đổi trong suốt cuộc đời thì những thay đổi sinh học liên quan đến tuổi ít rõ rệt.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tình dục là bình thường và tự nhiên, người có tuổi cần nhận biết khả năng tình dục của mình và trở nên thoái mái hơn với khả năng tình dục của mình.
- Có nhiều cách hoạt động tình dục chứ không phải chỉ quan hệ tình dục qua đường âm đạo như sờ tay, hôn, thủ dâm…; có nhiều cách làm đa dạng hóa cách biểu hiện tình dục của mình và điều đó là chấp nhận được.
- Có thể có hoạt động tình dục ở lứa tuổi 70 và trên 70.
- Sức khỏe tình dục có thể làm lợi cho sức khỏe chung ở từng cá nhân có tuổi.
- Nếu có băn khoăn về sức khỏe và chức năng tình dục (về tương tác thuốc, các vấn đề sức khỏe mạn tính, các phẫu thuật…), cần tư vấn và điều trị.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SUY SINH DỤC NAM

1. Định nghĩa

Suy sinh dục nam giới là một hội chứng lâm sàng do tinh hoàn không sản sinh ra đủ testosterone (suy giảm testosterone) và lượng tinh trùng bình thường. Nguyên nhân do rối loạn một trong các thành phần của trục nội tiết dưới đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục.

Phân loại suy sinh dục nam:

+ Suy sinh dục tiên phát: Rối loạn trục nội tiết dưới đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục ở tinh hoàn, ảnh hưởng tới quá trình sinh tinh và làm tăng nồng độ gonadotropin.
+ Suy sinh dục thứ phát: Rối loạn trục nội tiết dưới đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục ở mức độ trung ương (tuyến dưới đồi, tuyến yên), nồng độ gonadotropin thấp dưới mức bình thường.

2. Nguyên nhân

2.1. Tại tinh hoàn

2.1.1. Bị cắt tinh hoàn trong một số trường hợp bệnh lý hay chấn thương.

2.1.2. Chấn thương: dập nát dẫn đến xơ hóa hoàn toàn tinh hoàn.

2.1.3. Viêm mạn tính dẫn đến xơ teo tinh hoàn.

2.1.4. Teo tinh hoàn do tinh hoàn không ở bìu mà lạc chỗ sang vị trí khác như: ở trên nếp mu, ở trong ổ bụng, ở ống bẹn.

2.1.5. Một số người mắc một số bệnh như ung thư tuyến tiền liệt phải dùng nhiều loại thuốc điều trị nội tiết kháng androgen.

2.2. Ngoài tinh hoàn

- *Các bệnh rối loạn về gen* gây loạn sản tinh hoàn như các hội chứng: Hội chứng Klinefelter (47, XXY), Hội chứng Turner (45, X), Hội chứng Turner với X chromatin dương tính, Hội chứng Turner với X chromatin âm tính.
- *Các bệnh lý về rối loạn men sinh học.*
- *Bệnh suy tuyến yên (bẩm sinh hay mắc phải)* gây suy giảm các hormone LH và FSH.

3. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

4. Chẩn đoán

4.1. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

- Giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương dương, khó đạt được khoái cảm tình dục, giảm cương dương vật tự phát (dạ cương), …
- Khám thực thể: tinh hoàn teo nhỏ, tinh hoàn không có ở bìu (sờ thấy tinh hoàn trong ống bẹn hoặc không sờ thấy hoàn toàn tinh hoàn ở trong bìu).
- Các triệu chứng nghĩ tới suy giảm nội tiết tố nam giới:
  + Sự phát triển cơ quan sinh dục không bình thường, tinh hoàn nhỏ, tinh hoàn ẩn, không có tinh trùng.
  + Giảm ham muốn tình dục và hoạt động tình dục, giảm cương dương vật tự phát (dạ cương).
  + Khó chịu ở ngực, vú to; ít lông ở nách, lông mu.
  + Giảm chiều cao cơ thể, xương dễ gãy, tỷ trọng khoáng xương thấp; giảm khối cơ và lực cơ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Các triệu chứng khác ít đặc hiệu hơn của suy giảm nội tiết tố nam giới:
  + Tính tích cực, năng lượng sống, sự tự tin giảm; cảm giác buồn, trầm cảm; mất tập trung và giảm trí nhớ; rối loạn giấc ngủ; giảm khả năng làm việc.
  + Thiếu máu nhẹ; lượng mỡ cơ thể tăng, BMI tăng,...

4.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

4.2.1. Định lượng cả 5 hormon: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone để tìm các rối loạn về nội tiết tố sinh sản

- Xét nghiệm thấy testosterone máu giảm.
- Nếu testosterone máu giảm, kết hợp với LH, FSH giảm: bệnh nhân bị suy sinh dục thứ phát.
- Nếu testosterone máu giảm, kết hợp với LH, FSH tăng: bệnh nhân bị suy sinh dục tiên phát.

4.2.1. Các xét nghiệm về nhiễm sắc thể và gen

- Nhiễm sắc thể XY.
- Vật thể Barr.
- Phản ứng di truyền TDF để tìm dấu vết của gen hình thành tạo tinh hoàn.

4.2.3. Chẩn đoán hình ảnh để tìm hình ảnh tinh hoàn và các bộ phận của nam giới.

- Siêu âm.
- Chụp cắt lớp vi tính vùng tiểu khung.
- Nhấp nháy đồ.
- Nội soi thăm dò bụng

4.2.4. Các xét nghiệm khác:

- Tinh dịch đồ.
- Chụp cộng hưởng từ vùng tuyến yên.
- Test kích thích hCG,…

5. Điều trị

Mục đích của điều trị là cải thiện chức năng tình dục, hành vi và chất lượng cuộc sống; tạo ra và duy trì các đặc tính sinh dục thứ phát; cải thiện khả năng có con,…

5.1. Bổ sung LH, FSH dưới dạng thuốc tiêm (dùng GnRH, gonadotropin).

Điều trị GnRH hoặc gonadotropin chỉ hiệu quả trong trường hợp suy sinh dục thứ phát. Vì vậy, cần khẳng định chẩn đoán chắc chắn trước khi cân nhắc điều trị.

Mặc dù các yếu tố này có thể được sử dụng để gây dậy thì ở những trẻ nam và để điều trị suy giảm androgen trong suy sinh dục thứ phát, mục đích sử dụng chính vẫn là khởi tạo và duy trì khả năng sinh tinh ở người suy sinh dục nam có nguyện vọng sinh con.

Chống chỉ định dùng cho những nam giới bị ung thư tuyến tiền liệt, ung thư vú hoặc u prolactin chưa được điều trị.

Pregnyl 1500 IU, 5000 IU, 10000 IU/ ống (tiêm bắp). Liều lượng tùy theo lứa tuổi.

Bồi phụ nội tiết tố FSH dưới dạng thuốc tiêm: Menogon (75UI), Puregon (50UI), IVF-M (75UI),...

5.2. Testosterone

Có các dạng bổ sung testosterone như trình bày trong phần *Mãn dục nam*. Lưu ý rằng nếu bệnh nhân đang có nhu cầu sinh sản thì nên dùng dạng chuyển hoá của testosterone như

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

dihydrotestosterone (mesterolone); còn nếu bệnh nhân không có nhu cầu sinh sản thì có thể dùng testosterone.

Mesterolone có hai dạng uống hoặc tiêm. Với dạng uống: 25mg/viên, 2-4 viên/ngày.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

VÔ SINH NAM

1. Đại cương

Định nghĩa: một cặp vợ chồng sau 12 tháng chung sống, trong sinh hoạt tình dục không sử dụng bất kỳ biện pháp tránh thai nào mà chưa có con được xếp vào nhóm vô sinh. Vô sinh nam là vô sinh do nguyên nhân từ nam giới (có hay không kết hợp với nguyên nhân từ phía nữ).

- Vô sinh I: người vợ chưa có thai lần nào.
- Vô sinh II: người vợ đã có thai ít nhất 1 lần.

2. Nguyên nhân

Có rất nhiều nguyên nhân gây vô sinh nam giới. Có thể chia thành các nhóm:

- - Yếu tố tình dục (rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh,…).
- - Nhiễm khuẩn hệ tiết niệu-sinh dục: viêm tinh hoàn-mào tinh hoàn, viêm niệu đạo, viêm tuyến tiền liệt…
- - Những bất thường bẩm sinh: Bất thường về thể nhiễm sắc giới tính (hội chứng Klinefelter và các biến thể của hội chứng này: 47XXY, 48XXXY…), các khuyết tật về gen (hội chứng Kallmann, hội chứng Prader-Willi…), các bất thường khác (tật không tinh hoàn, tinh hoàn không xuống bìu, bất sản ống dẫn tinh, hội chứng chỉ có tế bào Sertoli, cấu trúc bất thường của tinh trùng…), tinh dịch bất thường tự phát (hội chứng OAT) hoặc không tìm thấy nguyên nhân.
- - Các yếu tố mắc phải: Nghiện rượu, hút thuốc lá, sau hóa trị liệu, nhiễm độc tia xạ, tiền sử mắc bệnh quai bị biến chứng đến tinh hoàn…; Giãn tĩnh mạch tinh; Các rối loạn nội tiết tố (suy sinh dục, thiếu FSH đơn thuần, bài tiết nội tiết quá mức …; Các yếu tố miễn dịch (kháng thể kháng tinh trùng gây hiện tượng ngưng kết và bất động tinh trùng); Các bất thường khác (tắc ống dẫn tinh, chấn thương mất tinh hoàn…).

3. Chẩn đoán

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Hỏi bệnh

- Tiền sử thói quen hút thuốc, uống rượu, nhiễm độc, tiếp xúc hóa chất…
- Tiền sử hôn nhân và thai sản: lấy vợ mấy năm, thời gian từ khi muốn có con đến nay.
- Tiền sử bệnh tật: quai bị, bệnh mạn tính, bệnh viêm nhiễm-lây truyền qua đường tình dục, ….
- Đặc điểm nhu cầu sinh lý, sinh hoạt tình dục xem có rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh…
- Tiền sử gia đình về sinh sản: trong gia đình có ai chậm con không?
- Phía vợ: đã khám cho vợ chưa? các bất thường liên quan đến sức khỏe sinh sản của người vợ: nhu cầu đòi hỏi về sinh lý, tình hình kinh nguyệt (chu kỳ kinh, màu sắc kinh nguyệt, đau khi có kinh), đau khi giao hợp…

3.1.2. Khám bệnh

- Toàn thân: trạng thái tinh thần kinh, hình dáng bên ngoài…
- Thực thể: bệnh nội tiết, tim mạch, hệ tiết niệu…

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Tại chỗ: bộ phận sinh dục ngoài: dị tật (không có tinh hoàn trong bìu, lỗ đái thấp, cong vẹo dương vật…), viêm nhiễm, chảy mủ hoặc dịch bất thường. Sờ thấy búi giãn tĩnh mạch tinh. Có sờ thấy ống dẫn tinh không?…

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Xét nghiệm tinh dịch đồ: đánh giá số lượng, tính chất vật lý của tinh dịch, số lượng và chất lượng tinh trùng.

3.2.2. Xét nghiệm sinh hóa tinh dịch: túi tinh chứa nhiều fructose, tuyến tiền liệt chứa phosphatase acid và kẽm, mào tinh hoàn chứa carnitin. Dựa vào các đặc điểm này có thể chẩn đoán tắc đoạn nào của đường xuất tinh.

3.2.3. Xét nghiệm kháng thể kháng tinh trùng: chú ý loại kháng thể và hiệu giá kháng thể.

3.2.4. Xét nghiệm đầy đủ 5 hormone: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosteron.

3.2.5. Xét nghiệm về di truyền học (về thể nhiễm sắc, về gen).

3.2.6. Xét nghiệm về mô học

- Chọc hút dịch mào tinh hoàn tìm tinh trùng.
- Sinh thiết tinh hoàn (dùng kim sinh thiết hoặc phẫu thuật sinh thiết).

3.2.7. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm hệ tiết niệu-sinh dục (lưu ý: tuyến tiền liệt, túi tinh, tinh hoàn, mào tinh hoàn, tĩnh mạch tinh) xem có bất thường không? Có giãn tĩnh mạch tinh không? Đo kích thước tinh hoàn…
- Chụp ống dẫn tinh: mục đích tìm chỗ tắc trên đường dẫn tinh.

4. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc

Điều trị vô sinh nam giới cần dựa vào nguyên nhân.

5.2. Điều trị nội khoa

- Điều trị kháng sinh đặc hiệu cho các trường hợp viêm nhiễm đường tiết niệu-sinh dục.
- Dùng corticoid trong vô sinh có kháng thể kháng tinh trùng.
- Điều chỉnh nội tiết tố trong các trường hợp có rối loạn nội tiết tố: nhóm LH, nhóm FSH, nhóm androgen,…
- Điều trị rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh,…
- Dùng thuốc y học cổ truyền (một số bài thuốc bổ trợ).

5.3. Điều trị ngoại khoa

5.3.1 Phẫu thuật một số bệnh gây ảnh hưởng đến đời sống tinh trùng

Thắt tĩnh mạch tinh, hạ tinh hoàn, phẫu thuật điều trị tràn dịch màng tinh hoàn…

5.3.2 Phẫu thuật tạo hình phục hồi đường dẫn tinh và dương vật

- Nối ống dẫn tinh-ống dẫn tinh, nối ống dẫn tinh-mào tinh hoàn.
- Phẫu thuật dị tật lỗ đái, xơ cứng vật hang dương vật…
- Cắt nội soi mở rộng ụ núi hoặc mở rộng cổ túi tinh trong những trường hợp bị chít hẹp không phóng xuất được tinh dịch.

5.3.3 Các phương pháp hỗ trợ sinh sản: thụ tinh nhân tạo (bơm tinh trùng vào buồng tử cung người vợ, thụ tinh trong ống nghiệm…)

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

1. Định nghĩa

Rối loạn cương dương là tình trạng không có khả năng đạt được và duy trì độ cương cứng của dương vật để tiến hành cuộc giao hợp một cách trọn vẹn.

2. Nguyên nhân

- Rối loạn cương dương do bệnh lý rối loạn nội tiết.
- Rối loạn cương dương do thần kinh.
- Rối loạn cương dương do tâm thần.
- Rối loạn cương dương do rối loạn vận mạch.
- Rối loạn cương dương do các biến dạng của dương vật.
- Rối loạn cương dương do một số thuốc.

3. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

4. Chẩn đoán

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Tập trung vào 4 nhóm triệu chứng sau:

- Hoàn toàn mất ham muốn tình dục.
- Vẫn có ham muốn tình dục nhưng dương vật không thể cương cứng được để giao hợp như ý muốn.
- Dương vật cương cứng tốt nhưng không đúng lúc.
- Dương vật cương cứng trong thời gian rất ngắn, chưa kịp đưa vào âm đạo hoặc chưa kịp xuất tinh đã mềm xìu.

4.1.2. Bảng chỉ số quốc tế về chức năng cương dương vật

(The International Index of Erectile Function-IIEF).

Thang điểm này gồm 15 câu hỏi, mỗi câu hỏi cho điểm từ 0 đến 5. Điểm chức năng cương là tổng số điểm của các câu hỏi. Nếu từ 59 điểm trở xuống là rối loạn cương dương.

Mức độ rối loạn cương dương được quy định như sau: 6-20 điểm: mức độ nặng, 31-59 điểm: mức độ nhẹ, 21-30 điểm: mức độ trung bình.

4.2. Tiền sử các bệnh nội khoa và ngoại khoa

- Các bệnh nội khoa: tim mạch, huyết áp, tiểu đường,…
- Các bệnh ngoại khoa: chấn thương vùng chậu, tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và bộ phận sinh dục.

4.3. Khám bộ phận sinh dục và tầng sinh môn để phát hiện các bệnh

- Biến đổi hình thể giải phẫu của dương vật: lỗ đái lệch thấp, dương vật ngắn và nhỏ bẩm sinh, bệnh xơ cứng vật hang,…
- Các bệnh vùng bẹn bìu: tinh hoàn ẩn, giãn tĩnh mạch tinh,…
- Đánh giá các phản xạ vùng bẹn bìu-tầng sinh môn như: cảm giác quanh hậu môn, cảm giác trương lực cơ vòng hậu môn, phản xạ cơ hành hang.

4.4. Các xét nghiệm

- Xét nghiệm sinh hoá máu: Đường, acid uric, cholesterol máu,…

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Định lượng nội tiết tố: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone.

5. Điều trị

Điều trị rối loạn cương dương tuỳ thuộc vào nguyên nhân và các cơ chế đi kèm. Sau đây là một số hướng dẫn điều trị cơ bản.

5.1. Điều trị không dùng thuốc

5.1.1. Thay đổi lối sống và sinh hoạt

- Thay đổi lối sống có thể làm giảm các yếu tố nguy cơ: tăng hoạt động thể chất, giảm thừa cân/béo phì, bỏ thuốc lá ở nam giới,… có thể cải thiện tình trạng cương dương vật.
- Các thuốc cũng có thể có tác động sâu sắc đến chức năng cương: điều trị tăng huyết áp là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây rối loạn cương dương do thuốc, các thuốc kháng anpha-adrenergic không đặc hiệu và thuốc lợi tiểu thiazide thường phối hợp với rối loạn cương,… Đơn giản chỉ cần thay thế các thuốc này sang nhóm khác là có thể cải thiện chức năng cương.

5.1.2. Tư vấn tâm lý

Tư vấn tâm lý được sử dụng cho nhiều nhóm rối loạn cương dương, đặc biệt hiệu quả cho nhóm rối loạn cương dương do nguyên nhân tâm lý.

5.1.3. Dụng cụ hút chân không

Dụng cụ hút chân không có thể tạo được độ cương dương vật mức độ sinh lý mà không ảnh hưởng lên các yếu tố nguy cơ.

5.2. Điều trị rối loạn cương dương bằng thuốc

5.2.1. Các thuốc ức chế PDE5

Nam giới đang dùng các thuốc kháng anpha adrenergic điều trị bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt cần lưu ý khi phối hợp với chất ức chế PDE5 vì có nguy cơ giảm huyết áp.

- Trừ khi có chống chỉ định, các thuốc ức chế PDE5 là lựa chọn đầu tiên để điều trị rối loạn cương dương.
- Có thể dùng một trong số các loại thuốc sau:
  + Sildenafil (Viagra, Medovigor) 50-100 mg/viên. Tuần dùng từ 1-2 ngày; mỗi ngày dùng 1 lần, uống 1 viên trước khi giao hợp 30 phút.
  + Tadalafil (Cialis) 10-20 mg/viên. Cách dùng như trên.
  + Vardenafil (Levitra) 10-20 mg/viên. Cách dùng như trên.
- Các tác dụng không mong muốn của thuốc là đỏ bừng mặt, đau đầu, đau cơ, rối loạn nhìn,…
- Chống chỉ định: Bệnh tim mạch mức độ nặng (nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng), người mắc bệnh toàn thân nặng được khuyến cáo không nên quan hệ tình dục, dị ứng thuốc, đang dùng các nitrat gây giãn mạch, nam giới có bệnh lý về võng mạc.

5.2.2. Tiêm vật hang

- Nếu các chất ức chế PDE5 không có tác dụng hoặc có chống chỉ định, có thể dùng các cách điều trị bằng thuốc khác. Tiêm thuốc trực tiếp vào vật hang để gây cương dương vật là một lựa chọn. Các thuốc có thể dùng là: papaverine, phentolamine, alprostadil. Các chất này có thể dùng đơn độc hoặc dùng phối hợp.
- Các tác dụng phụ có thể là: đau chỗ tiêm, cương đau dương vật kéo dài, tăng nguy cơ gây xơ vật hang (chủ yếu với papaverine và phentolamine).

5.2.3. Thuốc đặt niệu đạo

Alprostadil cũng có thể dùng làm thuốc đặt niệu đạo trong trường hợp không muốn dùng đường tiêm vật hang.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.2.4. Bổ sung testosterone

Cần lưu ý các nguy cơ của việc bổ sung testosterone lên tạo máu và tuyến tiền liệt.

Khi dùng testosterone, bệnh nhân cần được theo dõi hàng năm về các chỉ tiêu: thăm trực tràng, kháng nguyên đặc hiệu của tuyến tiền liệt (PSA) máu và công thức máu. Bất kỳ sự tăng PSA hoặc thay đổi khi thăm trực tràng nên được kiểm chứng bằng sinh thiết tuyến tiền liệt để loại trừ ung thư tuyến tiền liệt. Nam giới có tiền sử ung thư tuyến tiền liệt cần được lưu ý về các nguy cơ của điều trị bổ sung testosterone.

Bổ sung testosterone có thể bằng đường uống, đường tiêm, đường qua da hoặc viên cấy ghép.

5.3. Điều trị phẫu thuật

Điều trị phẫu thuật khi có chỉ định.

5.3.1. Các phẫu thuật trên hệ thống động mạch:

- Hồi phục tuần hoàn động mạch chủ bụng.
- Hồi phục tuần hoàn động mạch dương vật.

5.3.2. Các phẫu thuật trên hệ thống tĩnh mạch:

- Làm tắc mạch mu sâu.
- Buộc cắt tĩnh mạch mu sâu và cách nhánh bên.
- Buộc cắt tĩnh mạch ngoại vi và các đường rò rỉ tĩnh mạch.

5.3.3. Phẫu thuật đặt vật hang nhân tạo.

5.3.4. Phẫu thuật tạo hình trên dương vật (Phẫu thuật điều trị bệnh xơ cứng vật hang,...).

5.4. Điều trị bằng đông y, châm cứu

Một số bài thuốc đông y hoặc châm cứu có thể được sử dụng để điều trị rối loạn cương dương như: Hữu quy hoàn, *Tán dục đan* gia giảm, *Bát vị quế phụ* gia giảm,… hoặc châm cứu ôn bổ thận dương, sơ can giải uất,…

5.5. Điều trị bằng thảo dược, thực phẩm chức năng

Một số chất như L-arginin, Yohimbine, … có trong các thảo dược, thực phẩm chức năng có tác dụng lên chức năng cương. Vì vậy, có thể sử dụng các loại này để sử dụng điều trị hỗ trợ cương dương cho người bệnh.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XUẤT TINH SỚM

1. Định nghĩa

Xuất tinh sớm là tình trạng mất khả năng kiểm soát và duy trì phản xạ xuất tinh, gây nên tình trạng xuất tinh mặc dù chưa tới lúc muốn xuất tinh, hậu quả tạo nên sự hụt hẫng cho một hoặc cả hai người nam và nữ.

2. Nguyên nhân

2.1. Nguyên nhân tâm lý

Để có thời gian giao hợp bình thường phải có sự thăng bằng nhịp nhàng giữa các quá trình hưng phấn và ức chế. Hưng phấn quá mức có thể dẫn đến xuất tinh sớm.

Việc thủ dâm lâu dài có thể hình thành nên một phản xạ xuất tinh sớm có điều kiện, từ đó dẫn đến việc xuất tinh sớm trong những lần quan hệ tình dục thực sự về sau.

2.2. Nguyên nhân thực thể

2.2.1. Quá tăng nhạy cảm dương vật

2.2.2. Các bệnh viêm nhiễm vùng chậu hông

2.2.3. Một số bệnh rối loạn nội tiết như: suy sinh dục, mãn dục nam, tăng prolactin máu, … đều gây ảnh hưởng đến chức năng cương và chức năng xuất tinh.

2.2.4. Giả thiết về sự tăng nhạy cảm của các thụ quan serotonin

Sự tăng nhạy cảm của các thụ quan serotonin (thụ quan 5- HT2C và 5-HT1A) ở thần kinh trung ương dẫn đến hiện tượng xuất tinh sớm đã được nhiều tác giả thừa nhận.

3. Chẩn đoán

3.1. Hỏi bệnh

Chẩn đoán xuất tinh sớm chủ yếu dựa vào hỏi bệnh. Các câu hỏi có thể chia thành các nhóm như sau:

- *Câu hỏi để chẩn đoán:*
  - + Thời gian xuất tinh là bao lâu? Thời gian xuất tinh (IELT-Intravaginal Ejaculation Latency Time) là thời gian tính từ lúc đưa dương vật vào âm đạo cho tới khi xuất tinh.
  - + Anh có thể trì hoãn xuất tinh được không?
  - + Anh có cảm thấy hụt hẫng do xuất tinh sớm không?
- *Câu hỏi để phân biệt xuất tinh sớm nguyên phát hay thứ phát:*
  - + Anh có bị xuất tinh sớm ngay từ lần quan hệ tình dục đầu tiên và trong mọi lần (hoặc hầu như mọi lần) quan hệ tình dục với mọi bạn tình hay là trước đây xuất tinh bình thường, gần đây mới bị trục trặc?
- *Câu hỏi đánh giá rối loạn cương dương:*
  - + Dương vật của anh có cương đủ cứng để giao hợp không?
  - + Anh có bị khó khăn để duy trì độ cương dương vật cho tới lúc xuất tinh khi quan hệ tình dục không?
  - + Anh có bao giờ phải cố gắng quan hệ để tránh mất độ cương khi giao hợp không?
- *Câu hỏi đánh giá sự ảnh hưởng lên mối quan hệ:*
  - + Bạn tình của anh có thái độ như thế nào khi anh bị xuất tinh sớm?
  - + Xuất tinh sớm có tác động lên mối quan hệ chung của anh với bạn tình hay không?
- *Câu hỏi đánh giá ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống:*

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Anh có phải tránh quan hệ tình dục do mặc cảm không?
+ Anh có cảm thấy lo âu, buồn chán vì xuất tinh sớm không?

- *Các câu hỏi khác:*
  + Anh đã bao giờ sử dụng thuốc điều trị xuất tinh sớm chưa?
  + Anh đã từng lạm dụng hoặc nghiện thuốc gì khác không?
  + Anh có đang bị bệnh gì khác hay không?

3.2. Công cụ chẩn đoán

IELT + Bảng câu hỏi đánh giá xuất tinh sớm PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool)

Điểm PEDT được tính bằng cách cộng điểm tất cả 5 câu hỏi:

Tổng điểm ≤ 8: Không bị xuất tinh sớm.

Tổng điểm = 9 hoặc 10: Có thể đang bị xuất tinh sớm.

Tổng điểm ≥ 11: Bị xuất tinh sớm.

3.3. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng chủ yếu để đánh giá các yếu tố nguy cơ và căn nguyên sinh bệnh, gồm:

- Khám thực thể: khám bộ phận sinh dục và tuyến tiền liệt,…
- Khám toàn thân: bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hoá, bệnh tâm-thần kinh...

3.4. Xét nghiệm

Nhìn chung, các xét nghiệm cận lâm sàng ít giá trị cho chẩn đoán xuất tinh sớm. Có thể làm một số xét nghiệm khi cần thiết: xét nghiệm máu (nội tiết tố, sinh hoá,…), xét nghiệm nước tiểu,…

3.5. Chẩn đoán xác định

Dựa vào kết quả trả lời các câu hỏi, xác định:

- Bệnh nhân có xuất tinh sớm hay không?
- Nếu có xuất tinh sớm, thì xuất tinh sớm có phải là bị sau rối loạn cương dương hoặc bệnh lý nào khác không?
- Xuất tinh sớm thuộc loại nguyên phát (xảy ra ngay từ những lần quan hệ tình dục đầu tiên và trong mọi lần hoặc hầu như mọi lần quan hệ tình dục) hay thứ phát (trước đây xuất tinh bình thường, gần đây mới bị trục trặc).

4. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

5. Điều trị

Nguyên tắc điều trị:

- Ở những bệnh nhân mà xuất tinh sớm do rối loạn cương dương hoặc các bệnh lý khác, nên điều trị rối loạn cương dương trước.
- Nếu xuất tinh sớm không phải do nguyên nhân khác:
  + Với xuất tinh sớm nguyên phát: ưu tiên điều trị bằng thuốc trước, phối hợp với điều chỉnh hành vi/liệu pháp tâm lý, có thể kết hợp với tư vấn về mối quan hệ.
  + Với xuất tinh sớm thứ phát: ưu tiên điều chỉnh hành vi/liệu pháp tâm lý, phối hợp với dùng thuốc, có thể kết hợp với tư vấn về mối quan hệ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.1. Dùng thuốc

5.1.1. Các thuốc đường uống: Các thuốc có thể dùng để điều trị xuất tinh sớm:

Các thuốc đường uống	***Tên thương mại***	***Liều khuyến cáo***
Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin không chọn lọc		
Clomipramine	Anafranil	25-50 mg/ngày hoặc 25mg, 4-24 giờ trước khi quan hệ tình dục
Thuốc ức chế tái hấp thu serotonin chọn lọc		
Fluoxetine	Prozac, Fluozac	20-40 mg/ngày hoặc 20mg, 3-4 giờ trước khi quan hệ tình dục
Paroxetine	Paxil	10, 20, 40 mg/ngày hoặc 20mg, 3-4 giờ trước khi quan hệ tình dục
Sertraline	Zoloft	25-200 mg/ngày hoặc 50mg, 4-8 giờ trước khi quan hệ tình dục
Dapoxetine	Priligy	30, 60 mg, uống 1-3 giờ trước khi quan hệ tình dục

Liều dùng: nên dùng từ liều thấp lên liều cao.

Cho đến nay, Dapoxetine (Priligy) đã được phê chuẩn để điều trị xuất tinh sớm ở trên 50 quốc gia.

5.1.2. Thuốc gây tê tại chỗ

- Dùng xylocain, lidocain, prilocaine dạng gel hoặc dạng xịt lên đầu dương vật trước khi giao hợp 20-30 phút. Sau đó rửa sạch rồi mới quan hệ.
- Nhật Bản, Trung Quốc công bố kem SS điều chế từ thảo dược.

5.2. Thủ thuật phong bế đám rối thần kinh cùng

Người bệnh ở tư thế quỳ, đầu thấp mông cao. Xác định khe khớp giữa S5-S6, sau đó bơm 20ml dung dịch xylocain 0,5% vào khoang cùng. Mỗi tuần 1-2 lần, trong 5-6 tuần liên tục.

5.3. Phẫu thuật

Cắt bỏ dây thần kinh cảm giác ngoại vi quanh đầu dương vật nhằm mục đích làm giảm sự quá nhạy cảm ở đầu dương vật.

5.4. Điều trị bằng điều chỉnh hành vi/liệu pháp tâm lý

Tập luyện bằng các phương pháp điều chỉnh hành vi/liệu pháp tâm lý làm cho người bị xuất tinh sớm có thể kiểm soát được sự xuất tinh, tự tin hơn trong quan hệ tình dục.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XUẤT TINH RA MÁU

1. Định nghĩa

Xuất tinh ra máu là tình trạng có máu lẫn trong tinh dịch khi xuất tinh.

Thông thường xuất tinh máu là bệnh lành tính và tự khỏi nhưng rất hay tái phát (đối với những người trẻ tuổi, dưới 40). Trong một số trường hợp thì đây lại là một triệu chứng của một bệnh lý ác tính (đối với người có tuổi, trên 40).

2. Nguyên nhân

2.1. Viêm và nhiễm khuẩn

Viêm là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất. Quá trình viêm gây kích thích niêm mạc dẫn đến hiện tượng sung huyết và phù nề các ống, các tuyến của đường dẫn tinh, túi tinh, tuyến tiền liệt, ụ núi và niệu đạo. Từ đó gây xuất tinh ra máu.

Các nguyên nhân gây viêm là do nhiễm khuẩn, chấn thương, sỏi túi tinh, hay calci hóa tiền liệt tuyến. Nhiễm khuẩn thường gặp như: enterobacteria (chủ yếu là Escherichia coli), Chlamydia, Gram dương, trực khuẩn lao và một số loại virus. Cần chú ý là lao là nguyên nhân chủ yếu ở Việt Nam.

2.2. Tắc túi tinh và các nang túi tinh

Các nguyên nhân gây căng và giãn túi tinh lâu ngày làm đứt vỡ các mạch máu dưới niêm mạc.

2.3. Ung thư

Các loại ung thư thường gặp phải kể đến như là ung thư tuyến tiền liệt, ung thư đường dẫn tinh, ung thư tinh hoàn, u lympho.

2.4. Các bệnh toàn thân

Các bệnh toàn thân thường gặp là rối loạn đông máu, hemophilie, xơ gan, tăng huyết áp.

2.5. Nhóm do các thủ thuật (do thầy thuốc gây ra)

Sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, đặt dụng cụ niệu đạo, chiếu xạ trong ung thư tuyến tiền liệt, sau thắt ống dẫn tinh, sau cắt tinh hoàn,…

2.6. Giãn tĩnh mạch niệu đạo

Trong trường hợp này tinh dịch thường không có máu mà bệnh nhân thấy đái máu một bãi sau khi cương dương vật hoặc chảy máu ra ngoài niệu đạo sau khi cương dương vật mà chưa xuất tinh.

3. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

- Lâm sàng: tinh dịch có màu đỏ, màu nâu hoặc màu rỉ sắt.
- Cận lâm sàng: Xét nghiệm có nhiều hồng cầu trong tinh dịch.

4.2. Chẩn đoán nguyên nhân

4.2.1. Các xét nghiệm nước tiểu

Phân tích nước tiểu, nuôi cấy vi khuẩn nước tiểu và làm kháng sinh đồ, tìm tế bào ác tính trong nước tiểu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.2.2. Các xét nghiệm tinh dịch

Làm tinh dịch đồ để tìm hồng cầu và bạch cầu, nuôi cấy tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ, tìm tế bào ác tính trong tinh dịch.

4.2.3. Các xét nghiệm máu

Công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng, các xét nghiệm đánh giá chức năng đông máu, kháng nguyên đặc hiệu của tuyến tiền liệt (PSA), đặc biệt đối với bệnh nhân trên 40 tuổi.

4.2.5. Các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân lao đường tiết niệu

Ngoài các xét nghiệm công thức bạch cầu, tốc độ máu lắng để tìm nguyên nhân, cần làm thêm các xét nghiệm sau: Mantoux, kháng thể kháng lao, phản ứng PCR với trực khuẩn lao (bệnh phẩm là tinh dịch).

4.2.6. Siêu âm ổ bụng

Đánh giá tình trạng gan, thận, bàng quang, tuyến tiền liệt.

4.2.7. Siêu âm qua trực tràng

Là phương tiện chẩn đoán hữu hiệu để chẩn đoán các bệnh lý khu vực túi tinh và tuyến tiền liệt như: calci hóa tiền liệt tuyến, sỏi túi tinh, giãn túi tinh, nang túi tinh hoặc nang ống phóng tinh.

4.2.8. Soi niệu đạo và bàng quang

Soi bàng quang và niệu đạo có thể phát hiện các tổn thương ở niệu đạo, tuyến tiền liệt. Thông thường, soi bàng quang-soi niệu đạo khi dương vật cương có thể xác định được giãn mao mạch và tĩnh mạch của niệu đạo cũng như của tuyến tiền liệt hay các u máu niệu đạo một cách dễ dàng.

4.2.9. Chụp cộng hưởng từ vùng tiểu khung

Cộng hưởng từ là một phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất trong thăm dò túi tinh và tuyến tiền liệt, được chỉ định trong các trường hợp nghi ngờ bệnh lý trên siêu âm qua trực tràng.

4.2.10 Nội soi túi tinh

- Được chỉ định trong các trường hợp xuất tinh ra máu kéo dài trên 3 tháng mà không tìm thấy nguyên nhân nào. Hoặc xuất tinh ra máu kéo dài mà có phát hiện bất thường túi tinh qua siêu âm hay chụp cộng hưởng từ.
- Nếu người nam giới phàn nàn là có xuất tinh ra máu, cần xác định xem là có thực sự là xuất tinh ra máu hay không? Hay chỉ là ngộ nhận hoặc chỉ là chảy máu từ dương vật (ví dụ như rách hãm da bao quy đầu dương vật) hoặc nhầm lẫn với máu từ kinh nguyệt của người bạn tình.
- Khi xác định là có xuất tinh ra máu, 3 yếu tố then chốt giúp đánh giá tiếp theo: tuổi của bệnh nhân, thời gian kéo dài của triệu chứng, và sự xuất hiện của các triệu chứng hoặc các yếu tố nguy cơ phối hợp.
- Nam giới dưới 40 tuổi có một vài đợt xuất tinh ra máu và không có yếu tố nguy cơ hoặc triệu chứng phối hợp có thể chỉ cần đánh giá các bệnh tiết niệu sinh dục thông thường (ví dụ như viêm nhiễm đường tiết niệu), được điều trị nếu có chỉ định và tái theo dõi.
- Nam giới từ 40 tuổi trở lên có xuất tinh ra máu tái diễn nhiều lần hoặc điều trị không khỏi, có các triệu chứng hoặc yếu tố nguy cơ phối hợp, cần đánh giá rộng rãi hơn, bao gồm cả việc đánh giá xem có ung thư (ví dụ như ung thư tuyến tiền liệt) hay không.
- Xuất tinh ra máu ít, có phối hợp với căn nguyên do thầy thuốc gây ra thường nhẹ; vì vậy, theo dõi là cách thức điều trị phù hợp nhất.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5. Điều trị

Nếu xuất tinh ra máu cần điều trị thì cần điều trị dựa vào nguyên nhân.

5.1. Điều trị nội khoa

Chỉ định cho các trường hợp viêm và nhiễm khuẩn.

5.1.1. Trong trường hợp nhiễm khuẩn do các vi khuẩn thông thường

Điều trị theo kháng sinh đồ là hợp lý nhất.

Nếu không có kháng sinh đồ thì sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm.

- Lựa chọn những loại kháng sinh nào phổ rộng tác dụng với họ Enterobacteria (chủ yếu là Escherichia coli); đặc biệt là ở những người trẻ, thuốc phải có tác dụng với cả Chlamydia.
- Nhóm quinolon: ciprofloxacin, norfloxacin, levofloxacin, hay gatifloxacin. Liều uống 400-500 mg/ngày trong vòng 2 tuần đến 1 tháng.
- Nếu không có quinolon, thay thế bằng:
  + Trimethoprim/sulfamethoxazol (bactrim) 480 mg/viên, 2-4 viên/ngày + doxycyclin 100 mg/viên, 1-2 viên/ngày, dùng trong 10-15 ngày.
  + Cũng có thể dùng: Metronidazol 250mg, uống 2-4 viên/ngày + clindamycin/ erythromycin dùng trong 2 tuần.

  Dùng phối hợp với các thuốc chống viêm giảm phù nề, thuốc cầm máu.
- Alpha chymotrypsin 4,2 mg/viên, dùng 4 viên/ngày trong 7 ngày.
- Các thuốc cầm máu: Transamin 500 mg/viên, 2-4 viên/ngày, trong 5-10 ngày.

5.1.2. Trường hợp lao sinh dục-tiết niệu

Điều trị theo phác đồ chữa lao.

5.2. Điều trị ngoại khoa

Việc điều trị ngoại khoa phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể: có thể chỉ định phẫu thuật mở hay nội soi (nội soi qua đường niệu đạo hoặc nội soi qua ổ bụng).

Chỉ định trong các trường hợp sau:

- Bệnh lý tại chỗ như tắc túi tinh, nang túi tinh hay sỏi túi tinh.
- Các bệnh ung thư tuyến tiền liệt, ung thư đường dẫn tinh (ống dẫn tinh, túi tinh) và ung thư tinh hoàn.
- Giãn tĩnh mạch niệu đạo.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LỖ ĐÁI LỆCH THẤP

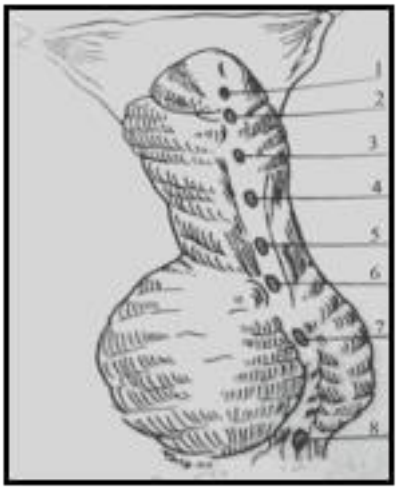
1. Đại cương

Lỗ đái lệch thấp là một dị tật bẩm sinh của dương vật làm cho niệu đạo, vật hang, vật xốp, qui đầu phát triển không hoàn toàn. Lỗ niệu đạo có thể nằm ở bất kỳ vị trí nào trên thân dương vật, thậm chí ở bìu hay tầng sinh môn.

Điều trị bệnh lỗ đái lệch thấp cần phải làm thẳng đứng dương vật, tạo hình lại niệu đạo đưa lỗ niệu đạo ra đúng vị trí qui đầu. Mục tiêu của quá trình điều trị là tạo nên một dương vật bình thường về chức năng và giải phẫu.

2. Phân loại lỗ đái lệch thấp

Việc phân loại lỗ đái lệch thấp dựa vào vị trí lỗ niệu đạo mở ra trên dọc chiều dài của dương vật và tầng sinh môn.



Các vị trí của lỗ niệu đạo

2.1. Lỗ đái lệch thấp đoạn trước

- Phần thấp qui đầu (1).
- Rãnh qui đầu (2).

2.2. Lỗ đái lệch thấp đoạn giữa hay đoạn thân dương vật

- Phần đầu của thân dương vật (3).
- Giữa thân dương vật (4).
- Phần gốc của thân dương vật (5).

2.3. Lỗ đái lệch thấp đoạn sau

Đây là thể nặng nhất của bệnh bao gồm:

- Chỗ nối dương vật-bìu (6).
- Ở bìu (7).
- Tầng sinh môn (8).

3. Những dị tật phối hợp với lỗ đái lệch thấp

3.1. Tinh hoàn không xuống bìu và thoát vị bẹn

Tinh hoàn không xuống bìu và thoát vị bẹn là hai dị tật phổ biến nhất phối hợp với lỗ đái lệch thấp. Tinh hoàn ẩn và thoát vị bẹn xuất hiện với tỷ lệ 9%. Tỷ lệ này tăng lên khi lỗ đái lệch thấp đoạn sau.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.2. Dị tật đường tiết niệu

Dị tật đường tiết niệu ở những bệnh nhân lỗ đái lệch thấp đơn thuần không nhiều. Nhưng khi lỗ đái lệch thấp có phối hợp với bất thường ở các cơ quan khác thì tỷ lệ này rất cao. Khoảng 46% có bất thường đường tiết niệu trên với lỗ đái lệch thấp và dị tật không có hậu môn.

3.3. Túi bầu dục tuyến tiền liệt (utriculus masculinus)

Túi bầu dục tuyến tiền liệt là một túi nhỏ mở rộng khỏi niệu đạo vào nhu mô tuyến tiền liệt. Bất thường này thấy ở khoảng 11% trong các trường hợp lỗ đái lệch thấp đoạn sau.

3.4. Rối loạn biệt hoá giới tính

Dị tật rối loạn biệt hoá giới tính cần phải đặt ra ở tất cả các trường hợp lỗ đái lệch thấp đoạn sau phối hợp với tật tinh hoàn không xuống bìu. Cần tiến hành làm xét nghiệm nhiễm sắc đồ và xét nghiệm nội tiết tố để xác định.

4. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

5. Chẩn đoán

- Chẩn đoán lỗ đái lệch thấp dựa vào lâm sàng và cần được xác định lúc mới sinh. Xác định loại lỗ đái lệch thấp.
- Đánh giá chẩn đoán cần bao gồm việc đánh giá các bất thường phối hợp.
- Đái tia nhỏ và niệu đạo phình ra như quả bóng đòi hỏi phải loại trừ hẹp miệng sáo niệu đạo

6. Điều trị

- Chỉ áp dụng ở tuyến có chuyên khoa sâu về tiết niệu-nam học, nơi có chuyên gia phẫu thuật.
- Vì phẫu thuật có nhiều rủi ro biến chứng cho nên cần tư vấn đầy đủ cho bố mẹ bệnh nhân.
- Nguyên tắc: Cắt bỏ các mô xơ quanh vật hang dương vật để dựng thẳng đứng dương vật, rồi dùng các vạt da hoặc mô để cuộn thành ống niệu đạo, đưa lỗ đái ra đầu dương vật. Vạt da và mô sử dụng có thể là:
  + Vạt da có cuống.
  + Vạt da hoặc mảnh mô niêm mạc tự do.
- Tuổi phẫu thuật phù hợp nhất để sửa chữa lỗ đái lệch thấp thường là 6-18 tháng tuổi. Với sửa chữa lại lỗ đái lệch thấp, chưa có hướng dẫn cụ thể.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

XƠ CỨNG VẬT HANG

1. Đại cương

Bệnh xơ cứng vật hang còn gọi là bệnh La Peyronie. Đặc điểm của bệnh là sự hình thành các mảng xơ hoặc cục xơ cứng ở dương vật. Mảng xơ này phát triển trong lớp mô cương (vật hang) và có thể nằm ở mặt lưng hay mặt bụng của dương vật.

Bệnh tiến triển từ từ hay đột ngột với mức độ từ nhẹ đến nặng. Trong một số trường hợp nặng, mảng xơ cứng co kéo làm cho dương vật cong, gập và gây đau mỗi khi cương làm cản trở hoạt động tình dục của người bệnh.

Bản chất của các mảng xơ là lành tính. Khi mảng xơ phát triển ở mặt lưng dương vật sẽ làm cho dương vật cong gấp khúc lên trên còn khi phát triển ở mặt bụng của dương vật sẽ làm cho dương vật cong gấp khúc xuống dưới. Cũng có thể mảng xơ nằm ở cả hai mặt làm cho dương vật lồi lõm và ngắn lại.

2. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

3. Chẩn đoán

Chỉ cần dựa vào lâm sàng là đủ: yêu cầu tối thiểu là phải hỏi bệnh một cách cẩn thận (để đánh giá mức độ đau dương vật, sự ảnh hưởng tới quan hệ tình dục, và/hoặc sự hụt hẫng) và khám thực thể cơ quan sinh dục (để đánh giá sự bất thường của dương vật).

3.1. Dấu hiệu và triệu chứng của bệnh bao gồm:

- Đau khi cương. Đau tăng lên khi quan hệ tình dục.
- Dương vật vẹo hoặc cong khi cương, khó đưa vào trong âm đạo.
- Giảm hoặc mất khả năng cương cứng.

3.2. Khám thực thể khi dương vật cương

- Xuất hiện một dải xơ ở một hoặc hai bên vật hang dương vật.
- Đường kính của dương vật giảm đi.
- Dương vật biến dạng (lồi lõm và ngắn).

4. Điều trị

Các thầy thuốc nên thảo luận với bệnh nhân về các lựa chọn điều trị hiện có, những lợi ích cũng như bất lợi/nguy cơ liên quan tới từng lựa chọn điều trị. Phẫu thuật chỉ nên được tiến hành bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

4.1. Điều trị nội khoa

Theo dõi hoặc điều trị nội khoa cho tất cả các trường hợp từ 1-2 năm trước khi có chỉ định điều trị ngoại khoa.

- Colchicine 1mg/viên, uống 1-2 viên/ngày, chia 2 lần.
- Vitamin E 400 UI/viên, uống 1-2 viên/ngày, chia 2 lần.
- Dexamethasone (Decadron) 4 mg/ống, tiêm tại chỗ vào mảng xơ hoặc cục xơ với liều 0,2-0,5 mg/mỗi mảng xơ, 1 lần/tuần trong 10 tuần. Có thể lặp lại nhiều đợt nếu cần.

  Mỗi đợt điều trị khoảng 2-3 tháng. Có thể điều trị nhiều đợt nếu cần thiết.

  Có thể dùng thêm các thuốc sau: Superoxide dismutases, Interferon-α-2b, verapamil,…

4.2. Điều trị hỗ trợ

- Dùng dụng cụ hỗ trợ cho bệnh nhân xơ cứng vật hang có kèm theo rối loạn cương dương (dụng cụ EREKTOR, ống hút chân không,…).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Xoa bóp và luyện tập dương vật để tăng sức khỏe và sửa chữa tổ chức xơ của bệnh:
  + Gia tăng tuần hoàn máu và bạch mạch tới vùng chậu dưới. Tăng dòng máu tới dương vật làm tăng cung cấp oxy cho xung quanh vùng xơ sẹo, kéo theo hoạt động oxy hóa monoamine (cần oxy), vì vậy làm hạn chế quá trình xơ hóa tổ chức. Tăng lưu thông bạch mạch từ dương vật giúp các sản phẩm độc từ tổ chức tổn thương và tổ chức xơ sẹo dễ thoát đi, các thương tổn dễ liền hơn.
  + Tăng cung cấp năng lượng tới vùng chậu dưới.
- Dùng sóng xung ngoài cơ thể (extracorporeal shock wave therapy-ESWT).

4.3. Điều trị ngoại khoa

4.3.1 Chỉ định:

- Bệnh ở mức độ nặng, bệnh nhân đau, dương vật cong quá mức cản trở việc quan hệ tình dục.
- Theo dõi 1-2 năm mà không có tiến triển tốt lên.
- Điều trị nội khoa thất bại.

4.3.2. Hướng dẫn phẫu thuật:

- Các thầy thuốc có thể tiến hành khâu gập nếp vật hang bên đối diện, ở bệnh nhân có độ cương dương vật đủ cứng để tiến hành giao hợp (có hoặc không dùng thuốc và/hoặc dùng ống hút chân không), với mục đích cải thiện độ cong dương vật.
- Các thầy thuốc có thể tiến hành rạch mở hoặc và/hoặc tạo vạt ghép phục hồi vùng khuyết vật hang cho những bệnh nhân có độ cương dương vật đủ cứng để tiến hành giao hợp (có hoặc không dùng thuốc và/hoặc dùng ống hút chân không) để cải thiện độ cong dương vật.
- Các thầy thuốc có thể tiến hành phẫu thuật đặt vật hang nhân tạo cho những bệnh nhân có rối loạn cương dương kèm theo và/hoặc biến dạng dương vật làm cho người bệnh không thể quan hệ tình dục được mặc dù có dùng thêm thuốc và/hoặc ống hút chân không.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TINH HOÀN ẨN

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Tinh hoàn ẩn là những tinh hoàn dừng lại trên đường di chuyển của tinh hoàn từ bụng xuống bìu trong thời kỳ bào thai. Các thể lâm sàng có thể gặp: Tinh hoàn nằm trong ổ bụng, ở lỗ bẹn sâu, trong ống bẹn và ngoài lỗ bẹn nông.

1.2. Nguy cơ của tinh hoàn ẩn

Nếu không điều trị có thể gặp nguy cơ: Ung thư hoá, khả năng vô sinh, thoát vị bẹn, xoắn tinh hoàn hay chấn thương tinh hoàn hoặc tổn thương về tâm sinh lý do không có hay chỉ có một tinh hoàn dưới bìu.

2. Nguyên nhân

2.1. Rối loạn trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến sinh dục: suy tuyến yên, làm thiếu gonadotropin gây tinh hoàn ẩn và chứng dương vật nhỏ lại.

2.2. Sai lệch tổng hợp testosterone: do thiếu men 17 α hydroxylase, 5 α reductase,…

2.3. Hội chứng giảm khả năng cảm nhận của các thụ thể androgen.

2.4. Estrogen cũng có tác dụng làm hỏng sự đi xuống của tinh hoàn: mẹ mang thai dùng diethylstilbestrol, hay kháng androgen (ví dụ: flutamide).

2.5. Phát triển bất thường của dây chằng tinh hoàn-bìu.

2.6. Các yếu tố cơ học gây cản trở sự di chuyển của tinh hoàn như: cuống mạch của tinh hoàn ngắn, xơ hoá vùng ống bẹn,…

3. Phân tuyến kỹ thuật: Theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

4. Chẩn đoán

4.1. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

Thăm khám vùng bẹn bìu: Bìu kém phát triển, tinh hoàn ẩn càng cao thì bìu càng kém phát triển. Tinh hoàn ẩn thể cao khi khám không sờ thấy tinh hoàn.

4.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

4.2.1. Siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng hay nội soi ổ bụng là các phương tiện thăm dò từ thấp đến cao nhằm xác định chính xác vị trí của tinh hoàn ẩn.

4.2.2. Xét nghiệm nhiễm sắc thể nên được tiến hành một cách hệ thống để phát hiện các trường hợp giới tính không xác định.

4.2.3. Nghiệm pháp hCG là một nghiệm pháp được sử dụng để xác định xem tinh hoàn có hay không có trong trường hợp cả hai tinh hoàn đều không sờ thấy.

4.2.4. Các xét nghiệm nội tiết tố: LH, FSH, prolactin, estradiol và testosterone.

4.2.5. Các xét nghiệm chỉ điểm khối u: α FP, β- hCG, LDH nên làm để phát hiện các trường hợp ác tính.

Hướng dẫn về chẩn đoán:

- Các thầy thuốc cần phải hỏi về tình hình lúc thai nghén của những đứa trẻ nghi ngờ bị tinh hoàn ẩn.
- Các thầy thuốc tuyến cơ sở nên sờ để đánh giá vị trí và chất lượng tinh hoàn vào mỗi lần đứa trẻ đi khám.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Các thầy thuốc nên chuyển đứa trẻ với tiền sử ẩn tinh hoàn (phát hiện lúc mới sinh) mà không tự xuống được lúc 6 tháng tuổi tới chuyên gia phẫu thuật phù hợp để đánh giá kịp thời.
- Các thầy thuốc nên chuyển những đứa trẻ có khả năng tinh hoàn ẩn mới được chẩn đoán (mắc phải) sau 6 tháng tới chuyên gia phẫu thuật phù hợp.
- Các thầy thuốc cần phải tư vấn chuyên gia phù hợp về những đứa trẻ mới sinh mà cả hai tinh hoàn không sờ thấy được để đánh giá khả năng bị rối loạn biệt hoá giới tính.
- Các thầy thuốc nên đánh giá khả năng bị rối loạn biệt hoá giới tính khi đứa trẻ có kèm theo tật lỗ đái lệch thấp, nhất là những thể nặng của lỗ đái lệch thấp.
- Ở những đứa trẻ bị tinh hoàn 2 bên không sờ thấy được không bị tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, các thầy thuốc nên xét nghiệm đo chất ức chế Müller (MIS-Müllerian Inhibiting Substance hoặc hormone chống Müller [AMH-Anti-Müllerian Hormone]) và cân nhắc làm các xét nghiệm hormone bổ sung để đánh giá khả năng không có tinh hoàn.
- Ở những đứa trẻ bị tinh hoàn lên xuống không cố định, các thầy thuốc nên đánh giá vị trí của tinh hoàn ít nhất là hàng năm để đánh giá khả năng xuống của tinh hoàn.

5. Điều trị

Cần phát hiện và điều trị sớm.

5.1. Điều trị nội khoa

Các thuốc nội tiết được dùng là:

- HCG (Gonadotropin, Pregnyl 1000 đơn vị, 1500 đơn vị/ống)
  + Không nên quá 15.000 đơn vị/đợt vì có thể gây tác dụng phụ.
  + Trẻ từ 1-2 tuổi, dùng liều 300 đơn vị tiêm bắp, 3 ngày tiêm 1 lần với tổng liều 9 lần; trẻ từ 3-7 tuổi, liều 700 đơn vị cho 1 lần tiêm; trẻ lớn hơn 7 tuổi, liều 1500 đơn vị cho 1 lần tiêm.
- GnRH được dùng dưới dạng xịt mũi với liều 1,2 mg/ngày.
- Có thể sử dụng phối hợp GnRH và hCG.

5.2. Điều trị phẫu thuật

5.2.1. Chỉ định

Điều trị nội khoa không kết quả.

5.2.2. Nguyên tắc

- Đưa tinh hoàn ra ngoài ổ phúc mạc, đóng ổ phúc mạc.
- Phẫu tích, bóc tách, kéo dài cuống tinh hoàn để cố gắng hạ được tinh hoàn xuống bìu.

Phẫu thuật điều trị bệnh tinh hoàn ẩn là một phẫu thuật bảo tồn, do vậy nên được tiến hành khi có các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm.

Hướng dẫn điều trị:

- Nếu tinh hoàn không tự xuống bìu lúc đứa trẻ 6 tháng tuổi, các chuyên gia nên tiến hành phẫu thuật trong vòng 1 năm sau đó.
- Ở những đứa trẻ trước tuổi dậy thì bị tinh hoàn ẩn có thể sờ thấy được, các chuyên gia phẫu thuật nên thực hiện hạ tinh hoàn đường bìu hoặc đường bẹn.
- Ở những đứa trẻ trước tuổi dậy thì bị tinh hoàn ẩn không sờ thấy được (tinh hoàn ẩn thể cao), các chuyên gia phẫu thuật nên thực hiện thăm khám dưới siêu âm để đánh giá lại khả năng sờ thấy tinh hoàn. Nếu vẫn không sờ thấy được, tiến hành phẫu thuật thăm dò; nếu phát hiện thấy tinh hoàn thì nên tiến hành phẫu thuật hạ tinh hoàn đường bụng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Vào thời điểm thám sát tinh hoàn ở những đứa trẻ không sờ thấy được tinh hoàn, các chuyên gia phẫu thuật nên xác định trạng thái của mạch tinh hoàn để xác định bước tiếp theo của phẫu thuật.
- Ở những đứa trẻ có tinh hoàn bên đối diện bình thường, các chuyên gia phẫu thuật có thể tiến hành cắt tinh hoàn ẩn nếu thấy cuống tinh hoàn hoặc ống dẫn tinh quá ngắn, tinh hoàn biến dạng hoặc mềm nhẽo hoặc ở lứa tuổi sau dậy thì.
- Các thầy thuốc nên khuyên những đứa trẻ có tiền sử tinh hoàn ẩn hoặc chỉ có một tinh hoàn và bố mẹ của chúng về nguy cơ lâu dài tiềm tàng và cung cấp sự giáo dục về vô sinh và nguy cơ ung thư.
- Đối với nam giới trưởng thành, cần phải tiến hành phẫu thuật ngay:
    + Nếu tinh hoàn chưa bị ung thư hóa thì tiến hành phẫu thuật hạ tinh hoàn, kết hợp với cân bằng nội tiết tố
    + Nếu tinh hoàn bị ung thư hóa thì cần cắt bỏ tinh hoàn, nạo vét hạch kết hợp với điều trị chống ung thư hỗ trợ,...

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

GIÃN TĨNH MẠCH TINH

1. Đại cương

Định nghĩa: Giãn tĩnh mạch tinh (TMT) là hiện tượng giãn bất thường của tĩnh mạch tinh và đám rối tĩnh mạch tinh. 90% giãn TMT xảy ra ở một bên và thường là ở bên trái.

Lý do chủ yếu để người bệnh đi khám là đau tức vùng bẹn bìu hoặc hiếm muộn con cái.

2. Nguyên nhân

Cơ chế gây giãn TMT là do không có van hoặc thiểu năng hệ thống van, vì vậy có trào ngược máu từ tĩnh mạch thận vào đám rối TMT.

3. Chẩn đoán

3.1. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng

Khám bệnh nhân ở tư thế đứng, trong một phòng ấm để tạo điều kiện thư giãn cơ dartos của bìu và giúp cho đánh giá chính xác hơn các tĩnh mạch tinh. Thăm khám cẩn thận vùng bìu. Sờ thừng tinh giữa hai ngón tay trỏ và ngón tay giữa. Trong những trường hợp điển hình, có thể dễ dàng nhìn thấy búi giãn tĩnh mạch ở phía trên và sau tinh hoàn. Mức độ giãn có thể gia tăng hơn khi làm nghiệm pháp Valsalva.

3.2. Các triệu chứng cận lâm sàng

3.2.1. Siêu âm Doppler mầu

Siêu âm Doppler mầu mạch tinh hoàn để đánh giá chính xác mức độ giãn TMT. Bình thường khẩu kính tĩnh mạch tinh dưới 2mm.

Gọi là giãn TMT khi có ít nhất một tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch có đường kính lớn hơn 2mm, có hồi lưu khiến phình to hơn sau khi bệnh nhân đứng dậy hoặc cho làm nghiệm pháp Valsalva.

3.2.2. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng

Là những xét nghiệm cần thiết khi có giãn TMT nhằm loại trừ các trường hợp giãn TMT thứ phát do các khối u sau phúc mạc hay ở tiểu khung chèn ép.

3.2.3. Xét nghiệm nội tiết tố

Các xét nghiệm về nội tiết tố chủ yếu là các nội tiết tố sinh sản: LH, FSH, testosterone để tìm xem có rối loạn về nội tiết không. Trong điều kiện của Việt Nam, hiện nay các bệnh viện tuyến tỉnh và các trung tâm nam học chịu trách nhiệm làm điều này.

3.2.4. Tinh dịch đồ

Chỉ định trong những trường hợp vô sinh nhằm đánh giá ảnh hưởng của giãn TMT đối với chức năng sinh sản tinh trùng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

3.3. Phân độ giãn tĩnh mạch tinh

3.2.1. Độ 0: Giãn TMT chưa có biểu hiện lâm sàng, chỉ phát hiện được khi làm các thăm dò cận lâm sàng như siêu âm (TMT > 3mm, có trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsalva trên siêu âm Doppler).

3.2.2. Độ 1: Giãn TMT chỉ sờ thấy khi làm nghiệm pháp Valsalva.

3.3.3. Độ 2: Giãn TMT sờ thấy (không cần làm nghiệm pháp Valsalva) nhưng không nhìn thấy.

3.3.4. Độ 3: Giãn TMT nhìn thấy hiện rõ ở da bìu.

4. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

5. Điều trị giãn tĩnh mạch tinh

5.1. Lợi ích tiềm tàng của điều trị giãn tĩnh mạch tinh:

Điều trị giãn tĩnh mạch tinh nên được chỉ định cho những cặp vợ chồng vô sinh phù hợp bởi vì:

- Điều trị giãn tĩnh mạch tinh đã được chứng minh có cải thiện các dữ liệu tinh dịch đồ ở hầu hết nam giới.
- Điều trị giãn tĩnh mạch tinh có thể cải thiện khả năng có con.
- Nguy cơ của điều trị giãn tĩnh mạch tinh ít.

5.2. Chỉ định:

Điều trị giãn tĩnh mạch tinh nên được chỉ định:

- Khi xuất hiện tất cả các biểu hiện sau:
  + Giãn tĩnh mạch tinh có thể sờ thấy được (độ 2-3).
  + Cặp đôi bị vô sinh.
  + Phía nữ có khả năng sinh sản bình thường hoặc nếu không bình thường thì cũng có tiềm năng có thể chữa khỏi.
  + Nam giới có > 1 dữ liệu bất thường trên tinh dịch đồ hoặc trên kết quả xét nghiệm chức năng tinh trùng.
- Ở nam giới trưởng thành bị giãn tĩnh mạch tinh có thể sờ thấy được và phân tích tinh dịch đồ bất thường nhưng hiện tại không cố gắng có con.
- Ở nam giới trưởng thành có bằng chứng giảm kích thước tinh hoàn cùng bên giãn TMT.
- Giãn TMT gây triệu chứng đau tức vùng bìu kéo dài ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động hàng ngày.

5.3. Theo dõi giãn tĩnh mạch tinh nên được chỉ định

- Ở nam giới trẻ tuổi, các chỉ số tinh dịch đồ bình thường; xét nghiệm tinh dịch đồ cứ 1 - 2 năm 1 lần.
- Ở nam giới trưởng thành có kích thước tinh hoàn cùng bên giãn TMT bình thường.

5.4. Điều trị:

Các lựa chọn điều trị bao gồm:

- Điều trị giãn TMT (phẫu thuật [mở-nội soi-vi phẫu] hoặc gây tắc mạch qua da) (đây là lựa chọn đầu tiên ở nam giới có chất lượng tinh dịch không đạt tiêu chuẩn và vợ bình thường). Tốt nhất hiện nay là phẫu thuật vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh.
- IVF có hoặc không kết hợp với ICSI (đây là lựa chọn đầu tiên khi có nhu cầu độc lập làm IVF/ICSI).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

5.5. Theo dõi sau điều trị

- Làm xét nghiệm tinh dịch đồ cứ 3 tháng 1 lần trong ít nhất 1 năm hoặc cho tới khi có thai.
- Cân nhắc bơm tinh trùng và hỗ trợ sinh sản (ART) nếu tình trạng vô sinh vẫn tiếp diễn sau khi điều trị giãn tĩnh mạch tinh thành công về mặt giải phẫu.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

CÁC RỐI LOẠN BIỆT HÓA GIỚI TÍNH SINH DỤC

1. Đại cương

Biệt hoá giới tính sinh dục là một quá trình phức tạp do nhiều yếu tố quyết định: giới tính nhiễm sắc thể, giới tính tuyến sinh dục và giới tính hình thể. Rối loạn biệt hóa giới tính sinh dục bao gồm những bệnh nhân có buồng trứng, nhưng cơ quan sinh dục lại biệt hoá nam tính hay không rõ ràng về giới tính, đó là trường hợp lưỡng tính giả nữ; hoặc gặp bệnh nhân có tinh hoàn nhưng cơ quan sinh dục ngoài và các ống sinh dục biệt hoá nam tính không hoàn toàn còn gọi là lưỡng tính giả nam,…

Rối loạn ở bất cứ một giai đoạn nào của quá trình biệt hoá giới tính sinh dục trong thời kỳ phôi đều ảnh hưởng đến sự phát triển của cơ quan sinh dục và sinh sản.

Biệt hóa giới tính bình thường:

+ Trong giai đoạn hình thành thai nhi có vai trò của nhiễm sắc thể X và Y, gen quyết định giới tính vùng Y (sex determining region Y-SRY) và một số gen khác như: gen WT1, gen SF1, gen DAX1….

+ Trong quá trình phát triển thai có các quá trình biệt hóa tinh hoàn và buồng trứng, biệt hóa các ống sinh dục, biệt hóa cơ quan sinh dục ngoài.

+ Khi sinh ra và lớn lên có sự biệt hóa giới tính về phương diện tâm lý.

2. Nguyên nhân

Khi có sự rối loạn ít nhất một trong số các yếu tố tham gia quá trình biệt hóa giới tính bình thường kể trên sẽ gây nên biệt hóa giới tính bất thường.

3. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

4. Chẩn đoán

4.1. Chẩn đoán xác định

4.1.1. Lâm sàng

- Hỏi bệnh:
  - + Biểu hiện bất thường giới tính về hành vi, ví dụ người bệnh có hình thể ngoài là nam giới nhưng cư xử như người nữ, thích chơi với bạn nam,…
  - + Quá trình phát triển tình cảm, dậy thì, hôn nhân và con cái. Ngoại trừ các trường hợp lưỡng tính giả nữ, hầu hết các bệnh nhân không rõ ràng về giới tính sinh dục ít có khả năng sinh sản.
- Khám bệnh:
  - + Toàn thân: Trạng thái tinh thần kinh, hình dáng bên ngoài, hệ thống lông và râu phát triển có bất thường? (ví dụ: kém phát triển)…
  - + Thực thể: bệnh nội tiết (ví dụ: đái tháo đường,…), tim mạch (ví dụ: giãn tĩnh mạch, tim bẩm sinh,…), hô hấp (ví dụ: bệnh phổi mãn tính,…), tiết niệu (ví dụ: dị tật hệ tiết niệu,…), cơ bắp (cơ bắp nhẽo), vú to (ở bệnh nhân Klinefelter),…
  - + Tại chỗ: Bộ phận sinh dục ngoài: dị tật (không có tinh hoàn trong bìu, lỗ đái thấp, có cả tinh hoàn và âm đạo,…).

4.1.2. Cận lâm sàng

- Siêu âm: có thể phát hiện được các bất thường tạng như: dị dạng thận, bệnh lý tim mạch,…

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Chụp cắt lớp vi tính: bổ sung cho siêu âm trong phát hiện các bệnh lý bất thường.
- Nội soi ổ bụng tìm tinh hoàn, các khối bất thường, tử cung và buồng trứng,…
- Xét nghiệm nhiễm sắc thể và bản đồ gen.
- Xét nghiệm nội tiết tố sinh sản để xác định giới.

4.2. Chẩn đoán thể bệnh

4.2.1. Các rối loạn biệt hoá do loạn sản tinh hoàn bao gồm:

- Hội chứng Klinefelter (thể bệnh thường gặp có bộ nhiễm sắc thể 47,XXY): là bệnh thiểu năng sinh dục nguyên phát hay gặp và thường gây vô sinh nam; lúc trưởng thành có hình dáng nam giới, tinh hoàn rắn và nhỏ, vô tinh và vú phì đại. Người bệnh có ít nhất 2 nhiễm sắc thể X và một số nhiễm sắc thể Y, ngoại trừ một số trường hợp rất ít chỉ có 2 nhiễm sắc thể XX.
- Hội chứng Turner (bộ nhiễm sắc thể 45,X). Các dấu hiệu điển hình: thân hình bé nhỏ, dậy thì đến muộn, các tuyến sinh dục loạn sản và teo, nhiều mô xơ, làn da ở gáy cổ nhẽo; bộ mặt có những nét đặc biệt như cằm nhọn, khoé mắt lồi, tai vểnh, cổ ngắn và bạnh hai bên; có thể gặp những rối loạn ở bộ phận khác như: tăng huyết áp, hẹp động mạch chủ, thận dị dạng, cẳng tay khoèo, vẹo cột sống,…; các ống sinh dục ở cơ quan sinh dục ngoài thường biệt hoá nữ. Chẩn đoán hội chứng Turner dựa vào bộ nhiễm sắc thể 45,X với chiều cao giảm rõ rệt, loạn sản tuyến sinh dục kèm theo các bất thường của cơ thể, dậy thì muộn kèm theo nồng độ FSH huyết tương tăng cao.
- Loạn sản tuyến sinh dục: có các dạng:
  + Loạn sản tuyến sinh dục với bộ nhiễm sắc thể 46,XX và 46,XY: người bệnh có hình dáng phụ nữ, tuyến sinh dục teo nhỏ và không có những biểu hiện đặc trưng của hội chứng Turner.
  + Loạn sản tuyến sinh dục 46,XX do đột biến hay khuyết tật gen làm ảnh hưởng đến quá trình phát triển của buồng trứng.
  + Loạn sản tuyến sinh dục 46,XY do đột biến hay khuyết tật gen. Người bệnh có cơ quan sinh dục ngoài biệt hoá nữ nhưng các tuyến sinh dục teo, ống Müller vẫn tồn tại nhưng âm vật phì đại.
- Lưỡng tính thật (khi bệnh nhân vừa có tinh hoàn vừa có buồng trứng ở một hay cả hai bên tuyến sinh dục, vì vậy biệt hoá ở cơ quan sinh dục ngoài rất đa dạng). Cơ quan sinh dục ngoài có thể giống nam hay giống nữ, nhưng phần lớn khó phân biệt; hay gặp tinh hoàn ẩn và lỗ đái lệch thấp (tinh hoàn hay buồng trứng tinh hoàn-ovotestis-có thể nằm trong bìu, môi lớn, vùng bẹn hay ở trong ổ bụng), tử cung cũng hay gặp nhưng thường teo nhỏ. Chẩn đoán cần tiến hành xét nghiệm tìm bộ nhiễm sắc thể 46,XX/46,XY và phát hiện buồng trứng tinh hoàn ở vùng bìu-môi lớn.
- Lưỡng tính giả nữ (khi bệnh nhân có buồng trứng, nhưng cơ quan sinh dục lại biệt hoá nam tính hay không rõ ràng về giới tính). Người bệnh là nữ có đầy đủ buồng trứng và các cấu trúc Müller bình thường nhưng cơ quan sinh dục ngoài không phân định giới tính. Thai nhi nữ bị nam tính hoá do ảnh hưởng của androgen có nguồn gốc từ bản thân thai nhỉ hay từ mẹ.
- Lưỡng tính giả nam (khi bệnh nhân có tinh hoàn nhưng cơ quan sinh dục ngoài và các ống sinh dục biệt hoá nam tính không hoàn toàn). Nguyên nhân dẫn đến lưỡng tính giả nam bao gồm: Tinh hoàn không đáp ứng với hCG và LH, khuyết tật trong sinh tổng hợp testosterone, các mô đích không đáp ứng được với androgen, các rối loạn di truyền.

4.2.2. Các rối loạn biệt hoá giới tính khác

- Hội chứng không có tinh hoàn bẩm sinh (bệnh nhân có bộ nhiễm sắc thể 46,XY nhưng khuyết tật ở tinh hoàn).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Hội chứng tồn tại ống Müller (có cơ quan sinh dục ngoài nam bình thường nhưng vẫn có các ống Müller).
- Lỗ đái lệch thấp: nguyên nhân do di truyền, các tế bào Leydig kém hiệu quả, đề kháng ở tế bào đích, bất thường của thụ thể androgen,…
- Dương vật bé: nguyên nhân do thiểu năng testosterone của thai nhi, thiếu men 5α reductase, khuyết tật tại thụ thể androgen.
- Một số khuyết tật rất hiếm: không có dương vật,…

5. Điều trị

5.1. Nguyên tắc

Cần xác định thể bệnh và dựa vào nguyên nhân. Mục đích của người thầy thuốc trong điều trị các bệnh nhân không rõ ràng về giới tính sinh dục là chẩn đoán tình trạng bệnh lý và định hướng giới tính để nuôi dạy trẻ có cuộc sống phù hợp và tình dục thích ứng sau tuổi dậy thì.

5.2. Liệu pháp tâm lý

Khi giới tính đã được định hướng, cần tiếp tục củng cố giới tính đó bằng các phương pháp ngoại khoa, nội tiết và tâm lý. Việc định hướng về giới tính tốt nhất phải được thực hiện trước 2 tuổi (là tuổi bắt đầu phát triển trí tuệ).

5.3. Điều trị nội khoa

Cần xác định rõ nguyên nhân trước khi quyết định điều trị. Ví dụ:

+ Hội chứng Klinefelter: điều trị androgen thay thế, đặc biệt lúc dậy thì muộn hay khi nồng độ testosterone quá thấp.
+ Hội chứng Turner: điều trị nhằm nâng chiều cao lên, thúc đẩy các đặc điểm sinh dục phụ và tạo điều kiện cho người bệnh có kinh nguyệt đúng lúc. Điều trị bằng nội tiết tố tăng trưởng phối hợp với nội tiết tố nữ.

Một số trường hợp phải kết hợp với phẫu thuật.

5.4. Điều trị ngoại khoa

Mục đích của điều trị ngoại khoa là trả lại đúng giới tính bằng tạo hình. Các phẫu thuật tạo hình nên tiến hành trước 6-12 tháng tuổi. Âm vật có thể tạo hình sớm nhưng âm đạo có thể đợi đến tuổi thanh niên.

Tinh hoàn có loạn sản ở người bệnh có nhiễm sắc thể Y cần được loại bỏ sớm đề phòng ung thư tinh hoàn.

Ở những người bệnh có kháng androgen hoàn toàn, các tinh hoàn có thể giữ lại cho đến lúc thanh niên để tạo nguồn estrogen nếu như các tinh hoàn không nằm ở môi lớn. Lúc đó, có thể cắt bỏ tinh hoàn và tiếp tục sử dụng nội tiết tố thay thế vào tuổi dậy thì.

Sự khẳng định giới tính chủ yếu dựa vào sự định hướng giới tính để nuôi dạy trẻ, cách thức phẫu thuật và sự củng cố về tâm lý thời niên thiếu kết hợp với các biện pháp tăng cường nội tiết tố vào lúc dậy thì.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

1. Đại cương

Tuyến tiền liệt là tuyến sinh dục phụ của nam giới, nằm xung quanh niệu đạo, tham gia sản xuất một phần tinh dịch. Bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt là tình trạng tăng sản lành tính tuyến tiền liệt. Bệnh xảy ra ở hầu hết nam giới khi có tuổi.

Bệnh xảy ra có phối hợp với các triệu chứng đường tiểu dưới làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống do tác động tới hoạt động thường ngày và gây rối loạn giấc ngủ.

2. Phân tuyến kỹ thuật: theo danh mục kỹ thuật do Bộ Y tế quy định.

3. Chẩn đoán

3.1. Thăm khám bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt

Mục đích của việc thăm khám là đánh giá sự xuất hiện của các triệu chứng đường tiểu dưới để khẳng định đó là biểu hiện của bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt và để việc điều trị không chỉ dựa vào giải quyết triệu chứng mà còn làm giảm quá trình tiến triển của bệnh và phòng các biến chứng.

- *Thăm khám ban đầu:* Các thăm khám ban đầu nên bao gồm:
  + Tiền sử y khoa để xác định các nguyên nhân gây rối loạn tiểu tiện khác và các bệnh phối hợp khác có thể gây biến chứng điều trị.
  + Khám thực thể: bao gồm thăm trực tràng và khám phản xạ thần kinh.
  + Phân tích nước tiểu bằng que thử hoặc xét nghiệm vi thể cặn nước tiểu để sàng lọc đái máu, đường niệu và viêm nhiễm đường tiết niệu.
  + Xét nghiệm kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt (PSA-Prostate-specific antigen).

Nên tiến hành làm biểu đồ nước tiểu khi đái đêm là triệu chứng nổi trội. Xét nghiệm tế bào niệu là một lựa chọn ở nam giới có triệu chứng kích thích nổi trội, đặc biệt có tiền sử hút thuốc lá hoặc các yếu tố nguy cơ khác, để giúp chẩn đoán ung thư bàng quang. Không khuyến cáo làm xét nghiệm creatinin máu thường quy.

- Đánh giá các triệu chứng:

Việc định lượng các triệu chứng rất quan trọng để xác định mức độ nặng của bệnh, dữ liệu hoá đáp ứng điều trị và phát hiện sự tiến triển bệnh ở những nam giới được chỉ định chờ đợi theo dõi. Sử dụng:

  + Bảng chỉ số quốc tế về các triệu chứng tuyến tiền liệt IPSS (International Prostate Symptom Score)
  + Các công cụ đánh giá khác bao gồm Bảng chỉ số ảnh hưởng của phì đại lành tính tuyến tiền liệt (BPH Impact Index-Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index).

3.2. Các xét nghiệm chẩn đoán khác

- Xét nghiệm chẩn đoán bổ sung như niệu động học, nội soi niệu quản-bàng quang và siêu âm (siêu âm qua ổ bụng hoặc qua trực tràng) không được khuyến cáo làm ngay từ đầu để đánh giá các triệu chứng đường tiểu dưới nhưng là lựa chọn trong những trường hợp định sử dụng điều trị can thiệp xâm nhập.
- Ghi chép biểu đồ dòng tiểu và đo thể tích nước tiểu tồn lưu không cần thiết trong trường hợp định chờ đợi theo dõi hoặc điều trị nội khoa. Tuy nhiên, chúng có thể giúp ích ở những bệnh nhân có tiền sử y khoa phức tạp, những người có các triệu chứng đường tiểu dưới không thay đổi sau điều trị căn bản và ở những người có nguyện vọng điều trị xâm nhập.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Chụp bàng quang và chẩn đoán hình ảnh đường tiết niệu trên bằng siêu âm và chụp niệu đồ tĩnh mạch không được khuyến cáo ở những bệnh nhân điển hình trừ khi người bệnh có đái máu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, suy thận, hoặc có tiền sử sỏi tiết niệu hoặc phẫu thuật đường tiết niệu.

4. Các lựa chọn điều trị bệnh phì đại lành tu\ính tuyến tiền liệt

4.1. Chờ đợi theo dõi

Chờ đợi theo dõi chỉ định cho những bệnh nhân bị triệu chứng nhẹ hoặc không ảnh hưởng cuộc sống.

4.2. Điều trị nội khoa

4.2.1. Thuốc chẹn alpha

- Alfuzosin, doxazosin, tamsulosin và terazosin là những lựa chọn điều trị phù hợp cho những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới do phì đại lành tính tuyến tiền liệt và có hiệu quả điều trị lâm sàng tương đương nhau. Các thuốc này nên là lựa chọn đầu tiên nếu các triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu nổi trội.
- Các thầy thuốc và bệnh nhân cần phải lưu ý tới một tình trạng phẫu thuật gọi là Hội chứng mống mắt mềm trong mổ (IFIS-Intraoperative Floppy Iris Syndrome).

Có thể sử dụng thuốc chẹn anpha cùng với việc đặt ống thông niệu đạo để cải thiện hiệu quả sau khi rút ống thông niệu đạo ở những bệnh nhân bí đái.

4.2.2. Các thuốc ức chế men 5 anpha reductase: Finasteride và dutasteride là:

- Lựa chọn điều trị phù hợp và hiệu quả cho những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới phối hợp với tuyến tiền liệt to lên có thể chứng minh được.
- Chỉ định cho những bệnh nhân có phì đại tuyến tiền liệt có triệu chứng nhưng không làm người bệnh khó chịu, để đề phòng sự tiến triển của bệnh.
- Không phù hợp cho nam giới có triệu chứng đường tiểu dưới nhưng không có bằng chứng là tuyến tiền liệt to.

4.2.3. Thuốc kháng cholinergic

- Phù hợp và hiệu quả ở nam giới có các triệu chứng kích thích nổi trội và lượng nước tiểu tồn lưu không lớn (ít hơn 250 ml).
- Đo lượng nước tiểu tồn lưu cần được thực hiện trước khi bắt đầu điều trị thuốc kháng cholinergic. Cần lưu ý khi sử dụng thuốc kháng cholinergic ở người bệnh có lượng nước tiểu tồn lưu 250-300 ml.

4.2.4. Thảo dược

Hiện nay, có một số thảo dược được sử dụng cho những bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt nhưng không có thực phẩm chức năng, thuốc có nguồn gốc thảo dược, cách điều trị không quy ước nào được khuyến cáo dùng cho BN có TC ĐTD do PĐLTTTL.

4.3. Điều trị xâm nhập tối thiểu

Điều trị nhiệt vi sóng qua niệu đạo (TUMT-Transurethral Microwave Heat Treatment) và lấy tổ chức tuyến qua kim chọc niệu đạo (TUNA-Transurethral Needle Ablation).

- TUNA là lựa chọn điều trị hiệu quả trong việc giải quyết từng phần các triệu chứng của bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt.
- TUMT hiệu quả trong việc giải quyết từng phần các triệu chứng đường tiểu dưới do phì đại lành tính tuyến tiền liệt và có thể cân nhắc sử dụng cho bệnh nhân có các triệu chứng mức độ trung bình hoặc nặng.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4.4. Điều trị phẫu thuật

Bệnh nhân có thể chọn can thiệp phẫu thuật như là cách điều trị đầu tiên nếu như các triệu chứng gây phiền toái cho họ.

Các bệnh nhân khi có các biến chứng của bệnh được điều trị tốt nhất bằng phẫu thuật:

- Bí đái không cải thiện (ít nhất sau 1 lần rút ống thông niệu đạo vẫn bí đái). Ở những bệnh nhân không thể phẫu thuật được, điều trị bằng cách đặt ống thông niệu đạo cách hồi hoặc đặt ống thông niệu đạo lưu lại là lựa chọn.
- Suy thận do phì đại tuyến tiền liệt
- Nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, đái máu đại thể tái diễn hoặc sỏi bàng quang hoặc điều trị bằng các phương pháp khác không hiệu quả.
- Túi thừa bàng quang không phải là chỉ định tuyệt đối của phẫu thuật, trừ khi có phối hợp với nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn hoặc rối loạn chức năng bàng quang tiến triển.

Các lựa chọn tiếp cận phẫu thuật (phẫu thuật mở hoặc nội soi) và sử dụng nguồn năng lượng (điện cực hay laser, đơn cực hay lưỡng cực) là các quyết định về mặt kỹ thuật, dựa trên kích thước tuyến tiền liệt, sự quen thuộc của phẫu thuật viên và bệnh phối hợp của bệnh nhân.

Lựa chọn tiếp cận nên dựa vào sự biểu hiện của từng cá nhân người bệnh, bao gồm giải phẫu, kinh nghiệm phẫu thuật viên và sự bàn luận về lợi ích-nguy cơ của các biến chứng.

Các lựa chọn điều trị phẫu thuật như sau:

+ Cắt tuyến tiền liệt mở
+ Cắt tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo
+ Cắt tuyến tiền liệt bằng laser
+ Xẻ dọc tuyến tiền liệt qua niệu đạo
+ Bốc hơi tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN 10
NHỮNG NỘI DUNG KHÁC

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

HƯỚNG DẪN KHÁM SỨC KHỎE TRẺ EM ĐỊNH KỲ

Hướng dẫn này được sử dụng để khám định kỳ cho trẻ từ 0-6 tuổi

Nguyên tắc khi khám trẻ:

- Rửa tay trước và sau khi khám trẻ
- Làm quen và tạo không khí thân thiện với trẻ
- Phòng khám trẻ: thoáng, mát và bảo đảm ấm vào mùa lạnh
- Công cụ hỗ trợ: Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ trẻ em (Sổ TDSKBMTE)

Đối với trẻ đến khám lần đầu:

1. Phần hỏi

- Chào hỏi bà mẹ và trẻ
- Yêu cầu bà mẹ đưa Sổ TDSKBMTE. Kiểm tra các thông tin về hành chính, tiền sử sức khỏe xem còn thiếu thông tin gì để bổ sung đầy đủ.
- Nếu trẻ chưa có Sổ TDSKBMTE hoặc quên mang theo. Hỏi các thông tin sau:
  + Trẻ: Họ và tên; ngày, tháng, năm sinh; giới tính; con thứ mấy
  + Mẹ: Họ và tên; tuổi; địa chỉ thường trú; dân tộc
  + Khai thác tiền sử sức khỏe của trẻ:
    - Tiền sử khi sinh (đẻ thường/sinh mổ), đẻ non hay đủ tháng, cân nặng khi sinh, tình trạng khi sinh (khóc ngay, ngạt…).
    - Tiền sử bệnh tật từ khi sinh đến thời điểm hiện tại.
  + Khai thác tiền sử bệnh tật của mẹ trong thời gian mang thai: chú ý các bệnh lây truyền từ mẹ sang con như giang mai, viêm gan B, HIV… hoặc các bệnh ảnh hưởng đến thai nhi như Zika, Rubela...

2. Khám toàn thân

- Quan sát chung toàn trạng: vóc dáng, tương xứng giữa các bộ phận cơ thể cũng như sắc thái, biểu cảm của trẻ
- Đo cân nặng, chiều cao và vòng đầu (cho trẻ <24 tháng)
- Khám da, niêm mạc, sờ kiểm tra hạch ngoại vi
- Kiểm tra các bộ phận khác như mắt, mũi, răng, miệng, tai, bụng và các chi
- Khám bộ phận sinh dục ngoài
- Khám tim, phổi
- Nếu bà mẹ có quan tâm đến vấn đề sức khỏe nào đó của trẻ, khám kỹ bộ phận đó để xác định xem trẻ có dấu hiệu bệnh lý không?
- Nếu phát hiện trẻ bị bệnh, không cần đánh giá tiếp mà làm thủ tục chuyển đến cơ sở khám, chữa bệnh phù hợp cho trẻ. Yêu cầu người nhà thông báo kết quả sau điều trị và hẹn đến khám định kỳ lần sau.

3. Đánh giá tình trạng phát triển về thể chất

- Dựa vào kết quả cân nặng và chiều cao để xác định tình trạng dinh dưỡng của trẻ.
- Đối với trẻ có cân nặng/chiều cao thấp so với độ tuổi: đo chu vi vòng cánh tay để phân loại tình trạng suy dinh dưỡng.
- Đối với trẻ < 24 tháng: Đánh giá vòng đầu có bình thường không?

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Đánh giá về phát triển tinh thần, vận động

Tùy theo độ tuổi của trẻ, đánh giá sự phát triển tinh thần vận động theo các mốc thời gian như hướng dẫn ở ***Sổ TDSKBMTE hoặc trong Tài liệu đào tạo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ sức khỏe sinh sản***.

- Đánh giá về phát triển thể lực:
  + Dáng vóc, tốc độ lớn
  + Các vận động thô: về độ mạnh, giữ cân bằng, vận động, di chuyển như: cử động tay, chân; lẫy; bò; trườn, ngồi; đi, đứng; chạy nhảy v.v.
  + Các vận động tinh: phối hợp giữa vận động và các bộ phận khác của cơ thể như tai, mắt: nhìn và cười với người thân; chuyển đồ vật từ tay này sang tay khác; vẽ; xếp hình; sự khéo léo.v.v
- Đánh giá về phát triển về ngôn ngữ: biểu cảm bằng phát ra âm thanh, khả năng hiểu và kết nối biểu hiện thành lời nói.
  + Cười, hóng chuyện
  + Nói được từ đơn giản
  + Nhắc lại lời nói của người khác
  + Ghép các từ có nghĩa
  + Nói câu hoàn chỉnh
  + Nói được câu phức tạp, có nghĩa
- Đánh giá về phát triển cảm xúc cá nhân và giao tiếp xã hội
  + Nhận lạ, quen
  + Biểu lộ cảm xúc vui, buồn
  + Khả năng nhận biết
  + Giao tiếp, trao đổi với bạn bè, mọi người xung quanh

5. Kiểm tra về Tiêm chủng

Kiểm tra Sổ TDSKBMTE hoặc hỏi bà mẹ xem trẻ đã được tiêm chủng đầy đủ và theo đúng lịch chưa?

- Nếu chưa đủ, hướng dẫn tiêm đủ và đúng lịch
- Nếu tiêm đủ, ghi vào Sổ và nhắc mẹ/người chăm sóc trẻ ngày tiêm chủng tiếp theo.

6. Giáo dục sức khỏe:

Dựa vào các thực hành chăm sóc trẻ của bà mẹ, hành vi thói quen không có lợi theo phong tục tập quán địa phương và tình trạng sức khỏe hiện tại của trẻ để lựa chọn các nội dung tư vấn chăm sóc sức khỏe phù hợp

- Nếu bà mẹ đã làm đúng, trẻ phát triển tốt: khen ngợi và khuyến khích bà mẹ tiếp tục.
- Nếu có những thực hành chưa đúng: tư vấn, hướng dẫn thay đổi và cải thiện về các thực hành đó.

Nội dung giáo dục sức khỏe bao gồm:

- Hướng dẫn cách nuôi dưỡng trẻ:
  + Trẻ dưới 2 tuổi: cho trẻ bú mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu; sau 6 tháng bắt đầu cho trẻ ăn bổ sung hợp lý và tiếp tục cho trẻ bú mẹ kéo dài đến 24 tháng hoặc lâu hơn.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

+ Trẻ từ 2 tuổi-6 tuổi: ăn chung với chế độ ăn của gia đình nhưng cần ưu tiên đảm bảo chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng và cân đối với 4 nhóm thực phẩm cơ bản.

- Hướng dẫn cách theo dõi và chăm sóc sức khỏe cho trẻ tại gia đình:
  + Theo dõi sự phát triển theo biểu đồ tăng trưởng
  + Chăm sóc răng miệng, vệ sinh thân thể
  + Bảo đảm môi trường an toàn cho trẻ, phòng tránh tai nạn, thương tích
  + Hướng dẫn nhận biết các dấu hiệu bất thường cần đưa trẻ đến khám tại cơ sở y tế
- Giải đáp, hướng dẫn tất cả câu hỏi, thắc mắc của bà mẹ/người chăm sóc trẻ
- Bảo đảm bà mẹ/người chăm sóc trẻ hiểu và nhớ những điều bạn tư vấn bằng cách yêu cầu nhắc lại nội dung cơ bản, cần thiết đối với con họ.

7. Ghi chép

- Ghi đầy đủ nội dung khám, kết quả và ngày hẹn khám lần sau vào Sổ TDSKBMTE. Nếu chưa có, ghi vào SổY bạ của trẻ.
- Ghi nội dung khám vào sổ "Khám bệnh" (sổ A1) lưu tại cơ sở y tế: lưu ý ghi phần sức khỏe trẻ em vào một quyển sổ A1 riêng.

8. Kết luận-dặn dò:

- Thông báo cho bà mẹ/người chăm sóc trẻ biết kết quả khám trẻ.
- Nhắc bà mẹ/người chăm sóc trẻ thời gian cho lần khám sau và lịch tiêm chủng lần tiếp theo.
- Đối với trẻ bị suy dinh dưỡng: tư vấn kỹ hơn về nuôi dưỡng và hẹn khám định kỳ sớm hơn.
- Đối với trẻ có dấu hiệu bất thường hoặc nghi ngờ về bệnh lý: hướng dẫn theo dõi chặt chẽ hơn hẹn khám lại sớm hơn hoặc chuyển gửi trẻ đến cơ sở y tế thích hợp để được theo dõi, xử trí tiếp.
- Chào và hẹn gặp lại

<u>Đối với trẻ đến khám theo dõi định kỳ</u>:

Những lần khám trẻ định kỳ tiếp tục cũng theo các bước như trên nhưng không cần hỏi lại các thông tin về hành chính, tiền sử sinh đẻ. Cần chú ý thêm một số nội dung sau:

- Nếu trẻ có bệnh phải điều trị hoặc cần theo dõi về một vấn đề nào đó từ lần khám trước: kiểm tra lại xem trẻ đã hồi phục hoặc bình thường lại chưa?
- Nếu trẻ bị suy dinh dưỡng: đánh giá mức độ suy dinh dưỡng so với lần trước. Chú ý tư vấn nuôi dưỡng để cải thiện, duy trì ổn định tình trạng trẻ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

BẠO HÀNH ĐỐI VỚI PHỤ NỮ

1. Định nghĩa.

Bạo hành đối với phụ nữ là bất cứ hành động bạo lực nào trên cơ sở giới gây ra, hoặc có thể gây ra tổn hại cho phụ nữ về mặt thể chất, tình dục hoặc về tâm lý hay kinh tế, bao gồm cả việc đe doạ thực hiện những hành động đó, ép buộc hay cố tình tước đoạt một cách tùy tiện sự tự do, dù xảy ra ở nơi công cộng hay đời sống riêng tư**.**

Bạo hành đối với phụ nữ vi phạm nghiêm trọng những quyền con người cơ bản nhất và mang mầu sắc bất bình đẳng giới rõ rệt. Đây cũng là nguyên nhân suy giảm sức khỏe cho phụ nữ ở độ tuổi sinh sảnthậm chí gây tử vong.

2. Nhận diện các biểu hiện bạo hành.

- *Bạo hành tâm lý:* lấn át ý kiến, mắng chửi, xúc phạm nhân phẩm, bôi nhọ danh dự, uy tín, lăng nhục, cô lập, đe doạ bỏ rơi, hành hạ con cái (nhất là con riêng của vợ) nhằm làm cho người phụ nữ đau khổ.
- *Bạo hành thể chất:* tạt tai, túm tóc, tát, đấm, đá, bóp cổ, giam hãm hay nhốt, tạt acid, dùng hung khí… gây thương tổn cho người phụ nữ, thậm chí gây chết người.
- *Bạo hành về sinh sản và tình dục:* bị ngược đãi trong khi mang thai, cưỡng bức tình dục; không cho sử dụng biện pháp tránh thai, ép buộc vợ phải sinh bằng được con trai, xúi giục vợ đi vào con đường làm mại dâm hay mỹ nhân kế vì mục đích tư lợi.
- *Bạo hành về kinh tế:* không cho vợ kiếm việc làm, buộc vợ phải lệ thuộc về kinh tế, chiếm đoạt tiền và tài sản riêng của vợ.

3. Hậu quả bạo hành đối với sức khỏe phụ nữ.

Các hậu quả cụ thể bao gồm:

3.1. Hậu quả gây tử vong: giết người, tự tử, tử vong mẹ.

3.2. Hậu quả thể chất: thương tật, sức khỏe yếu, xuất hiện các bệnh mạn tính, tàn tật vĩnh viễn,những hành vi sức khỏe tiêu cực (hút thuốc, lạm dụng rượu, ma túy).

3.3. Hậu quả đến sức khỏe sinh sản:các bệnh nhiễm trùng đường sinh sản/lây truyền qua đường tình dục, HIV, có thai không mong muốn, phá thai không an toàn, biến chứng do phá thai, sẩy thai, rối loạn kinh nguyệt, rối loạn chức năng tình dục, trẻ sơ sinh thiếu cân…

3.4. Hậu quả đến sức khỏe tinh thần: stress sau chấn thương, trầm cảm, lo sợ, trạng thái hoảng loạn, rối loạn về ăn uống, rối loạn tiêu hóa.

3.5. Các hậu quả khác:

- *Về kinh tế-xã hội:* gây tốn kém cho ngân sách y tế-xã hội của quốc gia, ảnh hưởng đến thu nhập của từng gia đình (chữa trị thương tích, giảm năng suất lao động, con cái không được chăm sóc chu đáo, cản trở cơ hội được học hành và có việc làm của phụ nữ...).
- *Đối với trẻ em:* trẻ em trong những gia đình thường xuyên phải chứng kiến cảnh bố mẹ xung đột sau này có nhiều khả năng trở thành những kẻ vũ phu, lặp lại những hành vi như cha mẹ hoặc có những vấn đề về hành vi như lo sợ, trầm cảm, stress sau chấn thương. Trẻ em cũng có nguy cơ bị chết do hành vi bạo hành từ cha mẹ.
- *Tiếp cận với rượu, ma túy*: để tự xoa dịu khi có những vấn đề gây hoảng loạn, giúp họ đối phó với những ý nghĩ dằn vặt, những ký ức liên quan đến sự cố gây chấn thương. Rượu và ma túy có thể là một giải pháp tức thời, có hiệu quả nhanh nhưng lại có thể dẫn đến những vấn đề nghiêm trọng hơn, mất khả năng kiểm soát bản thân.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

4. Một số giả thuyết về nguyên nhân.

Không có nguyên nhân duy nhất cho mọi hình thái bạo hành. Bạo hành đối với phụ nữ là vấn đề rất phức tạp do nhiều nguyên nhân khác nhau, theo các nhà tâm lý có thể có vai trò của yếu tố sinh học thần kinh, yếu tố nhân cách (nội tâm), yếu tố xã hội và những tình huống tác động đến đời sống gia đình.

- Ý thức gia trưởng, trọng nam khinh nữ, có nguồn gốc từ những ảnh hưởng của tư tưởng phong kiến, đặc biệt là định kiến giới (nam giới tự coi mình ở vị trí cao hơn vợ, có quyền bắt vợ phải phục tùng).
- Sự tuyên truyền, giáo dục và can thiệp chưa đủ mạnh của cộng đồng để ngăn chặn tệ nạn bạo hành đối với phụ nữ.
- Sự thiếu hiểu biết của người dân về pháp luật liên quan đến mối quan hệ bất bình đẳng giới giữa nam và nữ còn hạn chế, sự yếu đuối, cam chịu, ít hiểu biết và phụ thuộc kinh tế của chính phụ nữ đã nuôi dưỡng thêm sự đối xử bất bình đẳng của số đàn ông có tư tưởng gia trưởng.

5. Vai trò của cán bộ y tế.

- Vấn đề bạo hành phụ nữ là vấn đề lớn và phức tạp, không dễ có giải pháp, ngành y tế không thể đơn độc giải quyết nhưng với thái độ nhạy cảm và những nỗ lực thì có thể góp phần làm giảm bạo hành phụ nữ.
- Cán bộ y tế cần nhận thức rằng bạo hành phụ nữ do chồng/bạn tình có tác động xấu trực tiếp đến nhiều vấn đề sức khỏe quan trọng như làm mẹ an toàn, KHHGĐ và phòng tránh các bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS.
- Cung cấp thông tin về bạo hành phụ nữ cần bắt đầu ngay từ phòng chờ của người bệnh. Trưng bày những panô, áp phích với những thông điệp phòng chống bạo hành phụ nữ và giới thiệu các địa chỉ giúp đỡ phụ nữ bị bạo hành.
- Người cán bộ y tế cơ sở có vai trò rất lớn trong việc phát hiện dấu hiệu của bạo hành khi phụ nữ đến cơ sở y tế khám bệnh hoặc đến do những lý do khác. Cán bộ y tế có thể là những người đầu tiên tiếp xúc với phụ nữ bị tổn thương do bạo hành, cung cấp thông tin và hỗ trợ phụ nữ bị bạo hành. Do đó họ phải được đào tạo về kỹ năng tiếp xúc và ghi chép hồ sơ, bệnh án, sổ sách chuyên biệt cho những khách hàng này.
- Những nhà quản lý y tế cũng có thể giúp cộng đồng hiểu rõ hơn về bạo hành phụ nữ vì họ ý thức được đó là nguyên nhân quan trọng gây ra tình trạng suy yếu và huỷ hoại sức khỏe phụ nữ, cung cấp thông tin cho các cơ quan truyền thông đại chúng, đề ra những hướng dẫn để có thể nâng cao khả năng nhận biết và xử trí những trường hợp bạo hành hay lạm dụng phụ nữ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SÀNG LỌC VÀ ĐÁP ỨNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ ĐỐI VỚI BẠO HÀNH PHỤ NỮ

1. Nguyên tắc khi sàng lọc phụ nữ bị bạo hành.

- Thực hiện sàng lọc với tất cả khách hàng nữ đến nhận dịch vụ. Bất kỳ một phụ nữ nào đến cơ sở y tế nhận dịch vụ SKSS cũng có thể là nạn nhân của bạo hành và trong rất nhiều trường hợp khó có thể biết được ai là nạn nhân. Vì thế, tất cả khách hàng đến nhận dịch vụ SKSS cần được sàng lọc, phát hiện bạo hành ngay từ phòng khám.
- Đảm bảo bí mật thông tin của khách hàng. Chỉ hỏi khi không có mặt người khác, ngoài khách hàng và nhân viên y tế.
- Sau khi khám nếu cần hỏi thêm những câu hỏi liên quan đến bạo hành chờ khách hàng khi đã mặc đầy đủ quần áo để họ cảm thấy được tôn trọng.
- Hỏi khách hàng với thái độ không phán xét và đồng cảm. Tùy từng khách hàng mà đặt câu hỏi trực tiếp hay gián tiếp. Cán bộ y tế cần thật kiên nhẫn, tế nhị vì giúp phụ nữ nói ra được những ấm ức là bước quan trọng để chống tệ nạn bạo hành.
- Nếu người khám là nam giới, thì cần có mặt của một nhân viên y tế nữ khác khi khám khách hàng bị bạo hành.

2. Qui trình sàng lọc.

2.1. Hỏi và quan sát khách hàng xem họ có bị xâm phạm về mặt thể chất, tâm lý và tình dục không.

- Để khách hàng không cảm thấy đột ngột, nên giải thích vì sao lại cần hỏi những câu hỏi này. Ví dụ: "Bạo hành đối với phụ nữ là vấn đề liên quan đến sức khỏe, vì thế chúng tôi hỏi tất cả khách hàng nữ về vấn đề này để có thể giúp đỡ họ".
- Ví dụ câu hỏi để sàng lọc bạo hành do chồng/bạn tình: "Có rất nhiều phụ nữ đến cơ sở y tế của chúng tôi đã từng bị người thân trong gia đình như chồng/bạn tình đánh đập, chửi mắng hoặc bị cưỡng ép phải quan hệ tình dục? Điều đó có xảy ra với chị không?"
- Ví dụ câu hỏi sàng lọc về cưỡng ép tình dục, hiếp dâm: "Có bao giờ chị bị người thân hoặc thậm chí người lạ bắt phải quan hệ tình dục mà chị không muốn không?"

2.2. Khám thực thể: theo đúng qui trình khám chữa bệnh. Lưu ý các dấu hiệu có thể liên quan đến bạo hành.

2.2.1. Các dấu hiệu thực thể.

- Đi lại hoặc ngồi khó khăn.
- Tổn thương ở mắt, những vết bầm tím, chảy máu, bỏng hoặc rách da không có lý do.
- Quần áo hoặc quần áo lót rách nát, dính máu.
- Đau bụng.
- Suy dinh dưỡng.

2.2.2. Các dấu hiệu tổn thương liên quan đến SKSS.

- Rối loạn chức năng tình dục, lãnh cảm.
- Bị bệnh phụ khoa, sẩy thai, đau vùng tiểu khung mạn tính.
- Tổn thương bộ phận sinh dục nữ.
- Không sử dụng biện pháp tránh thai nào mặc dù không muốn có thai.
- Hút thai nhiều lần.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Mắc các bệnh LTQĐTD, nhiễm HIV/AIDS.
- Vết thương trong quá trình mang thai: vết thương ở bụng.
- Đại, tiểu tiện không tự chủ.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát.

2.2.3. Các dấu hiệu tình cảm và hành vi.

- Có biểu hiện rối loạn tinh thần sau bạo hành.
- Thiếu lòng tự tin, sợ hãi, bồn chồn, xấu hổ, trầm cảm, xa lánh mọi người.
- Mặc cảm phạm tội, không dám biểu lộ sự tức giận.
- Mất ngủ, ăn không ngon.
- Biện hộ hay nói nhẹ đi về hành vi của chồng.
- Toan tính tự tử.

3. Xử trí.

3.1 Xử trí khi phát hiện khách hàng bị bạo hành.

- Hỏi toàn bộ tiền sử về bạo hành và ghi chép vào hồ sơ của bệnh viện.
- Điều trị:
  + Đảm bảo những thương tổn thực thể của khách hàng đều được điều trị chu đáo hoặc chuyển khách hàng tới các khoa khác trong cùng cơ sở nếu cần, hoặc chuyển lên tuyến trên.
  + Trong trường hợp người bệnh bị hãm hiếp, cung cấp thuốc tránh thai khẩn cấp khi sự việc xảy ra càng sớm càng tốt (xem bài "*Các biện pháp tránh thai khẩn cấp*"); cung cấp xét nghiệm thai hoặc chuyển lên tuyến trên.
  + Nếu khách hàng có thai ngoài ý muốn: cần tư vấn và tạo điều kiện cho khách hàng đến cơ sở y tế cung cấp dịch vụ phá thai nếu họ muốn.
- Tư vấn, cung cấp thông tin nâng cao nhận thức về bạo hành phụ nữ và quyền được chăm sóc bảo vệ: nhấn mạnh sự an toàn của khách hàng và con cái họ.
- Giới thiệu khách hàng bị bạo hành đến các cơ sở hỗ trợ khác ngoài y tế (tư vấn, chuyên gia tâm lý, công an, tòa án, chính quyền, hội phụ nữ...).
- Hẹn khám lại.

3.2 Nếu khách hàng không tiết lộ về bạo hành nhưng nhân viên y tế nghi ngờ, hoặc khách hàng trả lời đã từng bị bạo hành nhưng hiện tại không bị.

- Chia sẻ với khách hàng và nói cho họ biết bạo hành phụ nữ có thể sẽ xảy ra với họ.
- Cung cấp những thông tin về bạo hành phụ nữ.
- Giới thiệu với khách hàng cơ sở y tế sẵn sàng giúp đỡ nạn nhân bị bạo hành.
- Để ý thái độ và hành vi của người đàn ông đưa khách hàng đến, phát hiện những biểu hiện đáng ngờ.
- Ghi chép nghi ngờ này vào hồ sơ bệnh viện để có thể theo dõi sau này.
- Giới thiệu khách hàng bị bạo hành đến các cơ sở hỗ trợ khác ngoài y tế (tư vấn, công an, tòa án, chính quyền, hội phụ nữ...).

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ BỊ BẠO HÀNH

1. Mục đích.

- Xác định mức độ an toàn của khách hàng, của con cái họ và thảo luận kế hoạch an toàn.
- Xác định các nguy cơ liên quan đến SKSS, SKTD và giúp khách hàng phòng các nguy cơ này.
- Giúp khách hàng nhận biết được họ đang là nạn nhân của bạo hành và biết được bạo hành là hành vi không chấp nhận được.
- Giúp khách hàng chia sẻ, giải toả cảm xúc, động viên, an ủi khách hàng, giúp khách hàng tự tin và có thể tự ra quyết định.
- Cung cấp cho khách hàng các địa chỉ hỗ trợ trong và ngoài hệ thống y tế và giúp khách hàng liên hệ với các cơ quan hỗ trợ nếu cần.

2. Các bước tư vấn.

Tuân thủ các nguyên tắc, kĩ năng và các bước của bài "*Tư vấn sức khỏe sinh sản*". Chú trọng các nội dung cụ thể liên quan đến bạo hành trong từng bước tư vấn như sau:

- Gặp gỡ:
  + Nói với khách hàng việc khách hàng cho cán bộ y tế biết mình đang bị bạo hành là một việc rất tốt vì điều đó sẽ giúp cán bộ y tế hỗ trợ khách hàng hiệu quả hơn.
  + Làm rõ với khách hàng cuộc tư vấn có thể không làm giảm bạo hành ngay được nhưng sẽ giúp khách hàng giảm thiểu nguy cơ liên quan đến SKSS, SKTD của khách hàng, giúp đảm bảo an toàn cho khách hàng và con cái họ. Đặc biệt qua cuộc tư vấn này, nhân viên y tế có thể giúp khách hàng kết nối đến các hỗ trợ trong và ngoài y tế khác khi việc hỗ trợ nằm ngoài khả năng của cơ sở.
  + Khẳng định với khách hàng về tính bí mật thông tin của cuộc tư vấn cũng như quyền của khách hàng không phải trả lời tất cả các câu hỏi. Khách hàng có thể dừng cuộc tư vấn nếu muốn.
- Gợi hỏi:
  + Hỏi tiền sử của khách hàng (tên, tuổi, hoàn cảnh gia đình, mức độ bị bạo hành, hình thức bạo hành...). Cần tìm hiểu hiện trạng bị bạo hành của khách hàng ở tất cả các khía cạnh như thể xác, tinh thần, tình dục và kinh tế.
  + Đánh giá nguy cơ bị mang thai ngoài ý muốn và mắc bệnh LTQĐTD bao gồm cả HIV.
  + Tìm hiểu nguy cơ về an toàn tính mạng của bản thân khách hàng và con cái sau cuộc thăm khám này.
  + Tìm hiểu nguy cơ khách hàng bị gây khó khăn trong việc thực hiện chăm sóc và điều trị trong lần thăm khám này.
- Giới thiệu: tùy từng trường hợp cụ thể mà việc cung cấp thông tin có thể khác nhau. Các thông tin cơ bản cần cung cấp là:
  + Khái niệm bạo hành, thái độ với bạo hành và quyền của phụ nữ.
  + Nguy cơ về bệnh LTQĐTD\HIV và nguy cơ mang thai ngoài ý muốn.
  + Các nguy cơ khác về SKSS và SKTD do bạo hành gây ra.
  + Thông tin về các biện pháp tình dục an toàn, các cách thức giúp đảm bảo an toàn tính mạng cho khách hàng và con cái.
  + Thông tin về các địa chỉ hỗ trợ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

- Giúp đỡ: cùng khách hàng lập kế hoạch cụ thể cho từng vấn đề sau:
  + An toàn tình dục.
  + An toàn của bản thân khách hàng và con cái trong trường hợp nguy cấp.
  + Chăm sóc các vấn đề liên quan đến nói chung và cụ thể là SKSS và SKTD do bạo hành gây ra.
  + Giảm nguy cơ bị bạo hành.

Thảo luận chi tiết với khách hàng về các việc cần làm trong từng kế hoạch, thời gian thực hiện, phương pháp, phương tiện.

- Giải thích:
  + Tìm hiểu các khó khăn khách hàng có thể gặp phải khi thực hiện các kế hoạch ở trên.
  + Cung cấp các thông tin cần thiết như thông tin về các cá nhân và tổ chức có thể hỗ trợ khách hàng, thông tin về nơi mua hoặc nhận bao cao su...
  + Cung cấp các kĩ năng cần thiết như kĩ năng sử dụng bao cao su, kĩ năng thương thuyết, kĩ năng kiềm chế cảm xúc, kĩ năng thư giãn...
  + Giúp khách hàng kết nối với các cá nhân và đơn vị hỗ trợ trong và ngoài cơ sở y tế.
- Gặp lại: hẹn khách hàng thời gian gặp lại. Nói khách hàng có thể liên hệ bất cứ khi nào khách hàng cảm thấy cần. Cho khách hàng địa chỉ liên hệ trong trường hợp khẩn cấp.

3. Các điểm nên làm khi tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành.

- Đảm bảo tính riêng tư, kín đáo, tận dụng mọi thời điểm mà cán bộ tư vấn có thể tiếp xúc riêng với khách hàng (ví dụ: tại phòng khám, khi đưa khách hàng đi làm xét nghiệm...).
- Lắng nghe tích cực, làm cho khách hàng cảm thấy tin tưởng hơn và sẵn sàng thổ lộ.
- Giúp khách hàng mạnh mẽ hơn: luôn khen ngợi và cho khách hàng biết có nhiều người cũng gặp hoàn cảnh như vậy. Tìm các điểm khách hàng đã làm tốt và khen khách hàng.
- Cung cấp các tài liệu tuyên truyền để khách hàng tìm hiểu thêm sau buổi tư vấn.
- Để khách hàng tự quyết định, người tư vấn chỉ đưa ra các lựa chọn chứ không quyết định thay cho khách hàng.
- Cần chuẩn bị sẵn khăn giấy trong phòng tư vấn vì khách hàng có thể khóc.

4. Các điểm cần tránh khi tư vấn

- Không nên tư vấn cho người bị bạo hành khi có mặt người khác (ví dụ như người nhà, người bệnh khác) trừ khi khách hàng yêu cầu vì có thể gây nguy hiểm cho họ.
- Không phán xét người phụ nữ, không để họ có cảm giác có lỗi và xấu hổ.
- Không nên quyết định thay khách hàng, nhưng cần giúp khách hàng nghĩ ra các giải pháp phù hợp và để khách hàng tự quyết định.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

SỔ THEO DÕI SỨC KHỎE BÀ MẸ VÀ TRẺ EM

1. Công dụng của Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em

Sổ theo dõi SKBMTE là công cụ để theo dõi, chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em liên tụctừ khi mang thai cho đến khi trẻ được 6 tuổi. Quá trình theo dõi bao gồm 3 giai đoạn:

- Trong thời gian mang thai: theo dõi sức khỏe của bà mẹ và thai nhi
- Trong đẻ, ngay sau đẻ và đến 6 tuần sau đẻ: theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh
- Từ 6 tuần sau đẻ đến khi trẻ 6 tuổi: Theo dõi sự phát triển và sức khỏe của trẻ nhỏ.

Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ trẻ em tích hợp đầy đủ các công cụ theo dõi sức khỏe khác như: Sổ/phiếu khám thai; Sổ y bạ (sổ khám bệnh) của cả bà mẹ trong thời gian mang thai; Sổ y bạ (sổ khám bệnh) của trẻ; Phiếu/Sổ tiêm chủng; Biểu đồ tăng trưởng; Sổ khám, theo dõi sức khỏe định kỳ của trẻ. Ngoài những phần dành cho cán bộ y tế ghi, sổ còn có dành cho gia đình những trang tự ghi chép quá trình sự phát triển của trẻ và cung cấp những thông tin cần thiết cho gia đình về chăm sóc phụ nữ mang thai và trẻ nhỏ.

2. Cấu trúc của Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em

Cấu trúc Sổ theo dõi SKBMTE gồm 5 phần. Nội dung cơ bản của từng phần:

Phần I. Các thông tin cơ bản

Gồm 4 nội dung:

- Thông tin về gia đình
- Thông tin về trẻ
- Thông tin về mẹ (gồm tiền sử sản khoa; tiền sử bệnh tật; thông tin về lần mang thai này; tiêm vắc xin phòng uốn ván)

Phần II. Chăm sóc thai nghén

Gồm 2 nội dung:

- Các trang khám thai: ghi chép mỗi lần khám thai
- Các trang khám sức khỏe cho bà mẹ mang thai: Thay thế cho sổ y bạ (sổ khám bệnh) của bà mẹ trong thời gian mang thai.

Phần III. Chăm sóc bà mẹ trong đẻ, sau đẻ mẹ và con

Gồm các trang dùng để theo dõi, chăm sóc sức khỏe của bà mẹ và con trong các giai đoạn: Trong đẻ và ngay sau đẻ; Ngày đầu sau đẻ; Tuần đầu sau đẻ; 2 tuần đến 6 tuần sau đẻ.

Phần IV. Chăm sóc sức khỏe trẻ em

Gồm các nội dung:

- Theo dõi, chăm sóc sức khỏe và sự phát triển của trẻ trong các giai đoạn: Từ 7 tuần đến 3 tháng tuổi; 4- 6 tháng tuổi; 7-9 tháng tuổi; 10-12 tháng tuổi; 13- 18 tháng tuổi; 19- 23 tháng tuổi; 2-4 tuổi và 5- 6 tuổi.
- Biểu đồ tăng trưởng
- Lịch tiêm chủng ở trẻ em và theo dõi tiêm chủng: Thay thế cho phiếu/sổ tiêm chủng.
- Các trang khám theo dõi sức khỏe trẻ: Thay thế cho sổ y bạ (sổ khám bệnh) của trẻ.

Phần V. Thông tin dành cho bà mẹ và gia đình

- Thông tin về chăm sóc thai nghén,
- Thông tin về chăm sóc trong đẻ, sau đẻ và chăm sóc sơ sinh
- Thông tin về chăm sóc và xử trí một số bệnh thường gặp ở trẻ em

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

(Mẫu Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em tại Phụ lục; Mẫu phiên bản điện tử http://somevabe.com)

3. Sử dụng Sổ theo dõi sức khỏe bà mẹ và trẻ em

Sổ do một cơ sở y tế cấp cho bà mẹ giữ, theo dõi, ghi chép tại nhà. Bà mẹ luôn mang theo Sổ trong tất cả các lần đi khám thai, đi đẻ, khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh, tiêm chủng, chăm sóc dinh dưỡng và các chăm sóc sức khỏe khác cho bà mẹ và trẻ.

Người ghi chép thông tin vào sổ:

(a)  Trang có biểu tượng này là trang dành cho phụ nữ mang thai, bà mẹ và thành viên gia đình theo dõi và ghi chép. Trường hợp gia đình không thực hiện được việc ghi chép, các tình nguyện viên, công tác viên có thể trợ giúp.

(b)  Trang có biểu tượng này là trang dành cho cán bộ y tế ghi chép.

Cán bộ y tế có trách nhiệm ghi chép đầy đủ vào các phần tương ứng khi thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bà mẹ và trẻ em, đồng thời nhắc nhở bà mẹ mang theo trong tất cả các lần khám thai, khám bệnh, sinh đẻ và khi đưa trẻ đi tiêm chủng, khám sức khỏe định kỳ hoặc khám bệnh.

Trong các phần ghi chép theo dõi sức khỏe cho bà mẹ và trẻ đều có các ô màu Trắng và màu Vàng. Nếu thông tin ghi vào ô màu Trắng có nghĩa là sức khỏe mẹ và/ hoặc trẻ bình thường. Nếu thông tin ghi vào ô màu Vàng có nghĩa là mẹ và/ hoặc trẻ có vấn đề về sức khỏe cần được tư vấn hoặc thăm khám.

Khi cấp phát Sổ, cán bộ y tế cần hướng dẫn, giải thích cho bà mẹ và gia đình về cách ghi chép, theo dõi, đánh giá tình trạng sức khỏe của bà mẹ và trẻ dựa trên các ghi chép đó, đồng thời giới thiệu về các trang cung cấp thông tin cần thiết dành cho bà mẹ và gia đình.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

1. Đại cương

- ***Tình dục đồng giới (TDĐG)*** là tình trạng một người có xu hướng và sở thích quan hệ tình dục với người cùng giới. Ở nam giới gọi là đồng giới nam, ở nữ giới gọi là đồng giới nữ.
- ***Tính dục người được cấu thành từ 4 yếu tố:*** Giới sinh học (thể nhiễm sắc XY, ngoại hình, hormon), bản sắc giới (sự tự ý thức về bản thân mình thuộc vào giới nào), vai trò xã hội của giới (đó là các hành vi, thái độ cư xử, thái độ ứng xử theo kiểu của nam hay của nữ) và xu hướng tình dục.
- ***Xu hướng tình dục*** là sự hấp dẫn bền vững về mặt tình cảm và tình dục với một người thuộc giới nào đó.

  Có 4 xu hướng tình dục:

  + Xu hướng tình dục khác giới (heterosexuality): có ham muốn và sinh hoạt tình dục với người khác giới như bình thường.
  + Xu hướng tình dục đồng giới (homosexuality): chỉ ham muốn và quan hệ tình dục với người cùng giới.
  + Xu hướng tình dục lưỡng giới (bisexuality): có ham muốn và thích quan hệ tình dục với cả hai giới.
  + Không có xu hướng tình dục với bất cứ giới nào (asexuality): không ham muốn quan hệ tình dục với bất cứ giới nào.

Quan điểm hiện nay cho rằng xu hướng tình dục được hình thành ở một cá thể ngay từ rất sớm do tác động qua lại của rất nhiều yếu tố sinh học, tâm lý và xã hội.

2. Nguyên nhân tình dục đồng giới

Có một số thuyết lý giải cho xu hướng tình dục đồng giới.

2.1. Thuyết phân tâm học của Freud

Theo Freud, bình thường thời kỳ phát triển tính dục ở cả trẻ trai và trẻ gái đều tồn tại một phức hợp Ơ đíp. Nhờ phức hợp này mà trẻ trai hình thành nên nhân cách của một người đàn ông còn ở trẻ gái sẽ hình thành nên nhân cách của một người phụ nữ. Hiện tượng đồng giới xảy ra khi xuất hiện mặc cảm Ơ đíp. Trẻ trai, do mặc cảm và quá lo sợ vì đã yêu mẹ một cách dục tính nên đã quay lại yêu người đồng giới, còn trẻ gái thì ngược lại do không thể yêu cha một cách dục tính nên đã quay lại yêu người đồng giới với mình.

2.2.Thuyết về di truyền học

Qua nhiều nghiên cứu trên các cặp sinh đôi cùng trứng và khác trứng, các nhà di truyền cho rằng gen đóng một vai trò quan trọng trong việc hình thành xu hướng tình dục đồng giới, nhưng đó không phải là yếu tố duy nhất mà còn có tác động của các yếu tố môi trường.

2.3. Rối loạn nội tiết tố

Ở nam giới, nội tiết tố nữ tăng cao, ngược lại nội tiết tố nam giới lại giảm thấp cho nên tính nết giống phụ nữ và sở thích về tình dục thích đàn ông. Ngược lại, ở nữ giới nội tiết tố nam tăng cao, nội tiết tố nữ thấp cho nên hình thể bên ngoài giống đàn ông, tính nết giống đàn ông và sở thích tình dục thích phụ nữ.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

2.4. Tập quán sinh hoạt

Sống trong một thời gian quá dài với tập thể những người cùng giới nên việc giải quyết nhu cầu tình dục qua quan hệ tình dục với người đồng giới đã thành thói quen và trở thành một phản xạ có điều kiện.

3. Chăm sóc, hỗ trợ tâm lý

3.1. Hỏi

Những điều kiện sinh hoạt trong gia đình từ nhỏ, tâm lý và hoàn cảnh sống hiện tại để tìm hiểu các yếu tố như bản sắc giới, xu hướng tình dục...

3.2. Khám thực thể

- Tìm các dị tật bẩm sinh trên đường sinh dục.
- Khám tìm các thương tổn do tình dục đồng giới gây nên: loét, viêm, dấu hiệu nghi ngờ bạo hành tình dục...

3.3. Cận lâm sàng

- Định lượng các hormon: LH, FSH, prolactin, estradiol và testosteron.
- Xét nghiệm nhiễm sắc đồ.
- Tư vấn xét nghiệm HIV tự nguyện và các bệnh lây truyền qua đường tình dục(vì những người tình dục đồng giới có nguy cơ cao mắc bệnh này).

3.4. Chăm sóc

- Tư vấn, hỗ trợ tạo điều kiện thay đổi môi trường sống, điều trị tâm lý nếu cần.
- Nếu có rối loạn nội tiết tố thì phải bồi phụ nội tiết để cân bằng theo từng giới.
- Điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV và các tổn thương đường sinh dục (nếu có). Chuyển gửi đến các cơ sở điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện nếu cần.

3.5. Tư vấn và hỗ trợ tâm lý

- Không kỳ thị, thành kiến, phân biệt đối xử với người có tình dục đồng giới và tình dục lưỡng giới.Thấu hiểu về hoàn cảnh và thách thức đặc biệt mà người thân của những người có tình dục đồng giới và tình dục lưỡng giới phải đối mặt.
- Tư vấn về các nguy cơ sức khỏe của tình dục đồng giới và tình dục lưỡng giới. Những người tình dục đồng giới có nguy cơ cao mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV, nhất là những người có quan hệ tình dục qua đường hậu môn.
- Chuyển gửi đến các nhóm, tổ chức, cơ quan bảo trợ xã hội phù hợp để hỗ trợ về tâm lý, kinh tế, pháp lý nếu cần thiết.

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

PHẦN PHỤ LỤC

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

DANH SÁCH CÁC CÁ NHÂN VÀ TỔ CHỨC THAM GIA QUÁ TRÌNH XÂY DỰNG VÀ CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN QUỐC GIA VỀ CÁC DỊCH VỤ CHĂM SÓC SKSS

Tổ chuyên gia trong nước

Nhóm Hướng dẫn chung/Làm mẹ an toàn

Ts. Phạm Thị Hoa Hồng
Ths. Nguyễn Hoàng Ngọc
Ts. Hồ Sỹ Hùng
Bs. Trần Ngọc Hải
Ths. Đàm Thị Quỳnh Liên
Ts. Phan Trung Hòa
Ts. Lê Thiện Thái
PGs. Ts. Lưu Thị Hồng
Ths. Nguyễn Thị Thủy
PGs. Ts. Đặng Thị Minh Nguyệt
Ts. Lê Hoàng
Ts. Nguyễn Mạnh Thắng
Ths. Nguyễn Bích Vân
PGs.Ts. Phạm Bá Nha

Nhóm Chăm sóc sơ sinh

Gs. Ts. Nguyễn Công Khanh
PGs. Ts. Đinh Thị Phương Hòa
PGs. Ts. Khu Thị Khánh Dung
Bs.CK2. Đinh Phương Anh
Ths. Nguyễn Thị Thu Hà
Bs.CK2. Hoàng Thị Minh Trí
Ts. Trần Thị Hoàng
Bs.CK2. Lê Nguyễn Nhật Trung
Ths. Phạm Thị Minh Tâm
Bs.CK2. Nguyễn Thị Từ Anh

Nhóm Nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục

PGs.Ts. Trần Lan Anh
Ts. Nguyễn Duy Hưng

Nhóm Sức khoẻ sinh sản vị thành niên/Tư vấn

Ths. Hoàng Tú Anh
Ths. Nguyễn Quốc Chinh
Ths. Nguyễn Thu Giang

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Nhóm Kế hoạch hoá gia đình và Phá thai an toàn

Bs.CK2. Bạch Cẩm An
Bs. Trần Đình Chiến
PGs. Ts. Lưu Thị Hồng
Ts. Nguyễn Duy Khê
Bs.CK2. Nguyễn Thị Hồng Minh
Bs. Nguyễn Thị Như Ngọc
Ts. Hoàng Thị Diễm Tuyết
Bs. Phan Bích Thủy
Ts. Ngô Thị Yên

Nhóm Nam học

Ts. Nguyễn Xuân Hợi
Ts. Nguyễn Quang

Nhóm Phụ khoa

Ts. Lê Tự Phương Chi
PGs. Ts. Lưu Thị Hồng
PGs.Ts. Nguyễn Vũ Quốc Huy
Bs. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
PGs.Ts. Lê Quang Vinh

Nhóm thư ký giúp việc các tổ chuyên gia

Ths. Nguyễn Mai Hương
Ths. Nguyễn Thị Huyền Linh
Bs. Vũ Tuyết Mai
Cn. Trần Minh Nghĩa
Ths. Đỗ Thu Thuỷ
Bs. Hoàng Anh Tuấn
ThS. Nghiêm Thị Xuân Hạnh

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn

Các tổ chức quốc tế hỗ trợ tài chính và kỹ thuật cho quá trình soạn thảo

Tổ chức Y tế thế giới (WHO)

Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF)

Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA)

Tổ chức Marie Stopes International Việt Nam

Tổ chức Cứu trợ trẻ em tại Việt Nam (Save the Children)

Tổ chức Ipas International

Tổ chức Gynuity Health Projects

Tổ chức Asia Safe Abortion Partnership (ASAP)

Tổ chức Concept Foundation

LawSoft * Tel: +84-8-3930 3279 * www.ThuVienPhapLuat.vn