

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 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Hà Nội, 2009

MỤC LỤC

Các từ viết tắt.....	vii
Lời giới thiệu.....	ix
Cách sử dụng "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".....	xi
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 khỏe sinh sản.....	5
Truyền máu và các dịch thay thế trong sản phụ khoa.....	8
Sử dụng kháng sinh trong sản khoa.....	11
Các nguyên tắc vô khuẩn trong dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.....	13
Quy 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 tuyến xã.....	17
Trang bị thiết yếu về sức khỏe sinh sản cho một trạm y tế xã.....	20
Cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản tại tuyến xã.....	23
Bạo hành đối với phụ nữ.....	26
Sàng lọc và đáp ứng của nhân viên y tế đối với bạo hành phụ nữ.....	28
Tư vấn cho phụ nữ bị bạo hành.....	30
Tư vấn, chăm sóc trước khi có thai.....	32
PHẦN 2. LÀM MẸ AN TOÀN.....	35
A. CHĂM SÓC TRƯỚC ĐẼ.....	37
Tư vấn cho phụ nữ có thai.....	39
Chẩn đoán trước sinh.....	41
Hướng dẫn chi tiết chăm sóc trước sinh.....	42
Quản lý thai.....	48
B. CHĂM SÓC TRONG KHI ĐẼ.....	51
Tư vấn cho sản phụ trong chuyển dạ và ngay sau đẻ.....	53
Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ.....	55
Chẩn đoán chuyển dạ.....	57
Theo dõi chuyển dạ dễ thường.....	59
Theo dõi liên tục con co tử cung và nhịp tim thai.....	63
Biểu đồ chuyển dạ.....	66
Đỡ đẻ thường ngôi chòm.....	69
Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.....	72
C. CHĂM SÓC SAU ĐẼ.....	75
Làm rốn trẻ sơ sinh.....	77
Kiểm tra rau.....	78
Cắt và khâu tầng sinh môn.....	80
Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh ngày đầu sau đẻ.....	82
Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh tuần đầu sau đẻ.....	85
Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh 6 tuần đầu sau đẻ.....	88
D. CÁC BẤT THƯỜNG TRONG THAI NGHÉN, CHUYỂN DẠ VÀ SINH ĐẼ.....	91
Thai nghén có nguy cơ cao.....	93
Chảy máu trong nửa đầu thai kỳ.....	97
Chảy máu trong nửa cuối thai kỳ và trong chuyển dạ.....	102

Chảy máu sau đẻ	105
Choáng sản khoa	109
Tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật	112
Sinh đôi	115
Ngôi bất thường	116
Dọa đẻ non và đẻ non	119
Thai quá ngày sinh	121
Vỡ ối non.....	122
Sa dây rốn.....	123
Thai chết trong tử cung.....	125
Nhiễm HIV khi có thai	126
Xử trí phù phổi cấp trong chuyển dạ	128
Chuyển dạ đình trệ	129
Theo dõi cuộc đẻ với sản phụ có sẹo mổ ở tử cung.....	130
Suy thai cấp	131
Sử dụng oxytocin	132
Sử dụng thuốc giảm co tử cung trong chuyển dạ	134
Sốt sau đẻ.....	135
Phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm, xử trí và chuyển tuyến các cấp cứu sản khoa	140
Đờ ỉa tại nhà và xử trí đẻ rơi	146
E. CÁC THỦ THUẬT VÀ PHẪU THUẬT.....	151
Các phương pháp vô cảm trong sản khoa	153
Các phương pháp gây chuyển dạ.....	160
Kỹ thuật bấm ối.....	163
Nghiệm pháp lọt ngôi chòm.....	165
Đờ đầu trong ngôi mông.....	167
Xoay thai trong	169
Xử trí thai thứ hai trong sinh đôi.....	171
Forceps	173
Giác kéo.....	175
Bóc rau nhân tạo	177
Kiểm soát tử cung	179
Phẫu thuật lấy thai.....	180
Phẫu thuật thai ngoài tử cung.....	182
Kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.....	183
G. PHẦN KHÁC.....	185
Chọc dò túi cùng sau và mở túi cùng sau.....	187
Tuổi mãn kinh.....	189
Khám phụ khoa	192
Khám vú	194
Các bệnh lành tính tuyến vú.....	195
Các tổn thương lành tính cổ tử cung.....	197
U xơ tử cung	199
Nang buồng trứng	200
Tổn thương tiền ung thư cổ tử cung	202
Ung thư xâm lấn cổ tử cung.....	204
Ung thư vú	206

PHẦN 3. CHĂM SÓC SƠ SINH.....	209
Giao tiếp và hỗ trợ tinh thần đối với gia đình trẻ bệnh.....	211
Chuyển viện an toàn cho trẻ sơ sinh.....	213
Cho trẻ ra viện.....	215
Phối hợp chuyên ngành sản khoa và nhi khoa trong chăm sóc trẻ sơ sinh.....	216
Nguyên tắc sử dụng kháng sinh cho trẻ sơ sinh.....	218
Thuốc thiết yếu trong chăm sóc trẻ sơ sinh tại các tuyến.....	219
Trang thiết bị thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh tại các tuyến y tế.....	220
Chăm sóc trẻ sơ sinh đẻ non/nhẹ cân.....	221
Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng-gu-ru.....	222
Dị tật sơ sinh cần can thiệp sớm.....	224
Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ.....	225
Hạ thân nhiệt ở trẻ sơ sinh.....	227
Rối loạn nước điện giải.....	228
Vàng da tăng bilirubin tự do.....	229
Suy hô hấp sơ sinh.....	230
Viêm phổi.....	231
Thở áp lực dương liên tục (CPAP).....	232
Xuất huyết ở trẻ sơ sinh.....	233
Nhiễm khuẩn huyết sơ sinh.....	234
Nhiễm khuẩn mắt.....	236
Nhiễm khuẩn rốn.....	238
Trẻ sinh ra từ mẹ bị viêm gan B, lao, lậu, giang mai, HIV.....	240
Hội chứng co giật.....	243
Cấp cứu sặc sữa.....	244
Hồi sức sơ sinh ngay sau đẻ.....	245
Truyền máu.....	247
Đặt catheter tĩnh mạch rốn.....	249
Nuôi dưỡng trẻ sơ sinh bằng đường tĩnh mạch.....	250
Thay máu ở trẻ sơ sinh.....	251
Lấy máu động mạch.....	252
Lấy máu gót chân.....	253
Đặt nội khí quản.....	254
Chọc hút và đặt ống dẫn lưu màng phổi.....	255
Kỹ thuật đặt ống thông dạ dày cho trẻ sơ sinh.....	256
Kỹ thuật chiếu đèn điều trị vàng da.....	257
Chọc dò tuỷ sống.....	258
Hạ đường huyết sơ sinh.....	259
PHẦN 4. KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH.....	261
Tư vấn kế hoạch hóa gia đình.....	263
Dụng cụ tránh thai trong tử cung.....	266
Bao cao su.....	274
Viên thuốc tránh thai kết hợp.....	276
Viên thuốc tránh thai chỉ có Progestin.....	281
Thuốc tiêm tránh thai.....	286
Thuốc cấy tránh thai.....	291
Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh.....	297
Triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt vòi tử cung.....	300

Biện pháp tránh thai khẩn cấp.....	304
Các biện pháp tránh thai truyền thống (tự nhiên).....	307
Biện pháp tránh thai cho bú vô kinh.....	309
Tiêu chuẩn phòng thủ thuật.....	311
PHẦN 5. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN VÀ NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC.....	313
Hướng dẫn chung.....	315
Hội chứng tiết dịch âm đạo.....	322
Hội chứng tiết dịch niệu đạo ở nam giới.....	325
Sùi mào gà sinh dục.....	328
Hội chứng đau bụng dưới.....	331
Hội chứng loét sinh dục.....	334
Hội chứng sưng hạch bẹn.....	338
Danh mục thuốc điều trị nhiễm khuẩn đường sinh sản/nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.....	341
PHẦN 6. SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN.....	345
Hướng dẫn chung.....	347
Những đặc điểm giải phẫu, tâm sinh lý trong thời kỳ vị thành niên.....	348
Kỹ năng sống liên quan đến sức khỏe sinh sản/sức khỏe tình dục của vị thành niên và thanh niên	
Tình dục an toàn và lành mạnh.....	353
Tư vấn về sức khỏe sinh sản vị thành niên và thanh niên.....	355
Kinh nguyệt và xuất tinh ở vị thành niên.....	357
Thăm khám sức khỏe sinh sản cho vị thành niên và thanh niên.....	361
Các biện pháp tránh thai cho vị thành niên và thanh niên.....	364
Mang thai ở vị thành niên.....	366
Vị thành niên và thanh niên với vấn đề bạo hành.....	369
Dịch vụ sức khỏe thân thiện với vị thành niên và thanh niên.....	372
PHẦN 7. PHÁ THAI AN TOÀN.....	377
Hướng dẫn chung.....	379
Tư vấn về phá thai.....	380
Phá thai bằng phương pháp hút chân không.....	384
Phá thai bằng thuốc đến hết tuần thứ 9.....	387
Phá thai bằng thuốc từ tuần 13 đến hết tuần 22.....	390
Phá thai bằng phương pháp nong và gắp từ tuần 13 đến hết tuần 18.....	393
Xử lý dụng cụ hút thai chân không bằng tay.....	396
PHẦN 8. NAM HỌC.....	399
Mãn dục nam giới.....	401
Suy sinh dục nam.....	404
Vô sinh nam.....	406
Rối loạn cương dương.....	409
Xuất tinh sớm.....	412
Xuất tinh ra máu.....	414
Lỗ đài lệch thấp.....	417
Xơ cứng vật hang.....	419
Tình hoàn ẩn thể cao.....	421
Giãn tĩnh mạch tinh.....	423
Tình dục đồng giới.....	425
Các rối loạn biệt hóa giới tính sinh dục.....	427

PHẦN PHỤ LỤC.....	431
Quyết định Số 17/2005/QĐ-BYT ngày 01/7/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ V	433
Quyết định số 120/2008/QĐ-TTg ngày 29/8/2008 của Thủ tướng chính phủ về việc quy định điều kiện xác định người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.....	449
Quyết định số 4361/QĐ-BYT ngày 07/11/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	455
Quyết định số 06/2007/QĐ-BYT ngày 19/01/2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế truyền máu.....	481
Quyết định số 12/2005/QĐ-BYT ngày 28/03/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Quy định chuyên môn trong công tác xét nghiệm HIV để bảo đảm an toàn truyền máu”	508
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 sức khỏe sinh sản.....	511

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.
DCTC	Dụng cụ tử cung
đv, IU	Đơn vị
HIV/AIDS	Virus gây suy giảm miễn dịch ở người/hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.
KHHGD	Kế hoạch hoá gia đình.
LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục.
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.
VTN	Vị thành niên.
VTN/TN	Vị thành niên/thanh niên.

LỜI GIỚI THIỆU

Hội nghị quốc tế về Dân số và Phát triển họp tại Cairo 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 các dịch vụ chăm sóc SKSS, việc chuẩn hóa các hoạt động chuyên môn là vấn đề cần 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. Cuốn "Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS" được Bộ Y tế ban hành lần thứ nhất năm 2002 đã bước đầu đưa công tác chăm sóc SKSS cho nhân dân đi vào nề nếp, hạn chế sai sót và đáp ứng được phần lớn yêu cầu quan trọng trên.

Hướng dẫn Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS năm 2002 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, là cơ sở pháp lý cho việc thực hiện dịch vụ chăm sóc SKSS, là cẩm nang hướng dẫn cho cán bộ y tế trong quá trình cung cấp dịch vụ và cũng là cơ sở để xây dựng các tài liệu đào tạo cho cán bộ y tế, công tác giám sát, công tác đánh giá chất lượng dịch vụ chăm sóc SKSS tại các cơ sở y tế.

Tuy nhiên, sau 5 năm thực hiện Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS, nhiều tiến bộ khoa học kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em đã được triển khai áp dụng và nhiều quy định trong Hướng dẫn chuẩn quốc gia đã không còn phù hợp với thực tế cần được bổ sung, sửa đổi. Chính vì vậy Bộ Y tế chủ trương rà soát, bổ sung và cập nhật Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS để thay thế cho Hướng dẫn chuẩn trước đây.

Tài liệu Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS được biên soạn với sự tham gia của các đồng chí lãnh đạo và chuyên viên các Vụ, Cục của Bộ Y tế, các Viện, Bệnh viện đầu ngành về Sản Phụ khoa, Nhi khoa và Da liễu, của các chuyên gia trong và ngoài nước với sự hỗ trợ cả về tài chính và kỹ thuật của Văn phòng Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA), Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF), Tổ chức Y tế thế giới (WHO), IPAS, Pathfinder International, Quỹ Ford foundation, Tổ chức Cứu trợ nhi đồng Mỹ (SCUS). 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 của các tổ chức trong nước và quốc tế hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc SKSS tại Việt Nam.

Đây là lần thứ hai 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 2009
Thứ trưởng Bộ Y tế

Ts. Trần Chí Liêm

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 thắng lợi "Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001 - 2010", 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 Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS năm 2002 đã đáp ứng được một phần quan trọng đòi hỏi cấp bách nêu trên.

Tuy nhiên, sau 5 năm thực hiện Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS, nhiều tiến bộ khoa học kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em đã được triển khai áp dụng và nhiều quy định trong Hướng dẫn chuẩn quốc gia đã không còn phù hợp với thực tế cần được bổ sung, sửa đổi. Chính vì vậy Bộ Y tế chủ trương rà soát, bổ sung, cập nhật để ban hành Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS mới.

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 nhằm 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 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 2009 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 2009 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 8 phần dựa theo 8 nội dung ưu tiên liên quan đến chăm sóc SKSS:

Phần I: Những hướng dẫn chung

Phần này bao gồm những chủ đề có liên quan đến toàn bộ các nội dung của cuốn sách 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 tuyến 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, ...

Phần II: 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 III: 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 đẻ, chăm sóc trong khi đẻ, chăm sóc sau đẻ và các bất thường trong thai nghén và chuyển dạ, các thủ thuật, phẫu thuật và một số vấn đề về phụ khoa.

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

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

Phần VI: Sức khỏe sinh sản vị thành niên

Phần này chủ yếu đề cập đến các vấn đề bất thường về SKSS thường gặp ở vị thành niên và các hướng dẫn khi thăm khám cũng như tiếp xúc với vị thành niên.

Phần VII: Phá thai an toàn

Phần này trình bày các phương pháp phá thai hiện đang áp dụng tại Việt Nam.

Phần VIII: Nam học

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

Trong các nội dung từ phần II đến phần VIII, các hướng dẫn chung và các vấn đề tư vấn chuyên biệt của từng phần được đưa lên đầu, riêng các vấn đề liên quan đến tư vấn cụ thể cho từng chủ đề được lồng ghép vào trong từng chủ đề để tiện áp dụng khi cung cấp dịch vụ.

Các nội dung liên quan đến nội dung Làm mẹ an toàn, Kế hoạch hóa gia đình và Phá thai an toàn đã được Bộ Y tế ban hành trong cuốn "Quy trình kỹ thuật bệnh viện" và những nội dung về HIV/AIDS liên quan đến lĩnh vực chăm sóc SKSS đã được Bộ Y tế ban hành những năm trước nếu không phù hợp với Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc SKSS 2009 thì phải thực hiện theo Hướng dẫn quốc gia.

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. Đặc biệt trong từng chủ đề của tài liệu đều chú trọng đến hướng dẫn xử trí theo tuyến 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 (trừ một số phần chuyên khoa sâu như Nam học, các phương pháp vô cảm trong sản khoa...) sẽ được đề cập một cách cụ thể trong giáo trình đào tạo.

Ban soạn thảo

PHẦN 1

NHỮNG QUI ĐỊNH CHUNG

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

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Mối quan hệ giữa y tế nhà nước và cộng đồng.

1.1. Tại tuyến xã.

Người cung cấp dịch vụ:

- Thường xuyên làm việc với cộng đồng để cải thiện SKSS.
- Giải thích được những nguyên nhân gây ảnh hưởng đến 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).
- Tạo điều kiện thuận lợi, chia sẻ với cộng đồng về vấn đề họ gặp phải, đặt kế hoạch để tìm ra biện pháp giải quyết.
- Cùng làm việc với cộng đồng để giải quyết các vấn đề 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.

1.2. 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 đồng 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.
- 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 nhà nước.

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.

Tuyến trên:

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

- Các cơ sở y tế nhà nước và y tế tư nhân đều là những nơi cung cấp dịch vụ chăm sóc SKSS theo quy định của Bộ Y tế.
- Nhân viên y tế của y tế nhà nước và tư nhân có mối quan hệ bình đẳng với nhau trên mọi phương diện.
- Hoạt động của y tế nhà nước 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 nhà nước 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 nhà nước 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.

TƯ VẤN TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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. 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 quy 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.

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

2.1. 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.

2.2. 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.

3. Các kỹ năng tư vấn cơ bản.

3.1. 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).

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. 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.
- Hãy nhạy cảm với khả năng 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.
- 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.

4. Các bước của quá trình tư vấn.

4.1. 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.

4.2. Gọi hỏi.

- Gọi 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.
- Gọi 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.

4.3. 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.

4.4. 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.

4.5. 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.

4.6. 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 gọi hỏi là quan trọng nhất. Có gọi 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.

5. Địa điểm tư vấn.

- Cần kín đáo, bảo đảm tính riêng tư.
- Cần có tranh ảnh, thông tin, chỉ dẫn, tài liệu hướng dẫn liên quan đến SKSS.

TRUYỀN MÁU VÀ CÁC DỊCH THAY THẾ TRONG SẢN PHỤ KHOA

Tuyên áp dụng.

Truyền máu: từ tuyến huyện trở lên.

Truyền dịch: từ tuyến xã trở lên.

Người thực hiện.

Truyền máu:

Người chỉ định: bác sĩ (thông qua hội chẩn).

Người theo dõi: bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ, điều dưỡng viên.

Truyền dịch:

Người chỉ định: bác sĩ (đối với xã không có bác sĩ: nữ hộ sinh, y sĩ).

Người theo dõi: bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ, điều dưỡng viên.

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 không chế chảy máu và chờ đợi lấy máu truyền nếu cần thiết.

1.1. Chỉ định.

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

1.2. Dịch thay thế.

- 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, choáng).
- 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 tuyến huyện trở lên.
- Có bác sĩ chỉ định.

2.2. Chỉ định.

- Mất máu nhiều trong sản phụ khoa.
- 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.
- Cố gắng chỉ truyền những thành phần mà người bệnh cần (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu....) nếu có.
- 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.
 - + Truyền máu theo đúng hướng dẫn chung của quốc gia.
 - + Nếu sản phụ mất máu nhiều cần truyền dịch và cho thở oxygen trong khi chờ truyền máu.
 - + Cán bộ y tế 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).
- 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.

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

SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG SẢN KHOA

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ (đối với xã không có bác sĩ: nữ hộ sinh, y sĩ).

Nhiễm khuẩn trong thời kỳ thai nghén 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, cây 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 kỵ khí, phối hợp với metronidazol (cần nhắc, thận trọng sử dụng thuốc này trong quý I của thai kì).

3. Chống chỉ định.

- Tetracyclin: vì nguy cơ gây độc cho gan của mẹ và 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 quái thai trong 3 tháng đầu. Nếu sử dụng thì kết hợp với sử dụng các loại vitamin.

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

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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 tiêu 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, nốt, ghẻ, có ổ nhiễm khuẩn không. Nếu có thì nên hoãn cuộc phẫu thuật trừ trường hợp cấp cứu.
- Vùng sắp phẫu thuật (bụng, bìu...) 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.

Chú ý: Rửa tay là một bước quan trọng nhất 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.
 - + 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 đỡ...), 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 đê,... 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, thủy 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.

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

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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°C (áp lực 1,2 kg/cm²) 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.

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°C phải duy trì 60 phút.
 - + Nếu nhiệt độ 160°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 màu (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 đồ.

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.

THUỐC THIẾT YẾU CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI TUYẾN XÃ

I. QUAN NIỆM VỀ THUỐC THIẾT YẾU:

1. Thuốc thiết yếu là:

- Những thuốc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe 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 khỏe 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:

- Đảm bảo có hiệu quả, hợp lý, an toàn,
- Phải sẵn có với số lượng đầy đủ, có dạng bào chế phù hợp với điều kiện bảo quản, cung ứng, sử dụng,
- Phù hợp với mô hình bệnh tật, phương tiện kỹ thuật, trình độ cán bộ chuyên môn của tuyến sử dụng,
- Đa số là đơn chất, nếu là đa chất phải chứng minh được sự kết hợp đó có hiệu quả hơn khi dùng từng thành phần riêng rẽ về tác dụng cũng như độ an toàn. Nếu 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, khả năng cung ứng.
- Giá cả hợp lý.

II. DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU CHĂM SÓC SKSS

Theo Quyết định số 17/2005/QĐ-BYT của Bộ Trưởng Bộ Y tế về ban hành danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần V

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 (nơi không có bác sĩ, cho phép nữ hộ sinh, y sĩ sử dụng trong trường hợp cấp cứu). |

1.2. Có Opi

- | | | |
|------------|----------|-----------|
| - Morphine | 10 mg/ml | tiêm bắp. |
|------------|----------|-----------|

2. Thuốc kháng sinh.

- | | | |
|-----------------|----------------|-------------------|
| - Ampicillin | 250 mg, 500 mg | uống. |
| - Erythromycin | 250 mg | uống. |
| - Doxycyclin | 100 mg | uống. |
| - Co-trimoxazol | 480 mg | 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.
- Cloramphenicol 1 g tiêm.
- Gentamycin 80 mg/ml tiêm.

3. Thuốc hạ huyết áp

Tuyến cơ sở không có nhiệm vụ điều trị cao huyết áp, nhưng nếu có tiền sản giật nặng cần chuyển viện thì ngoài việc cho thuốc an thần (diazepam) cũng nên kết hợp cho thuốc hạ huyết áp.

- Aldomet (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.
- 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.

7. Thuốc an thần

- Diazepam 5 mg (viên) uống.
5 mg/ml tiêm (nơi không có bác sĩ, cho phép nữ hộ sinh, y sĩ chỉ định).

8. Nhóm Vitamin và chất khoáng

- Vitamin A viên, 5000 đv uống, viên bọc đường.
- Vitamin B1 25 mg/ml ống tiêm.
10 mg viên uống.
- Vitamin C 100 mg ống tiêm.
100 mg viên uống.
- Vitamin K₁ 1 mg/ml, 10 mg/ml ống tiêm (kèm bơm tiêm 1 ml).
- Viên sắt acid folic mỗi viên 60 mg sắt và 0,5 mg acid folic.

9. Nhóm thuốc tránh thai

Tuyến cơ sở cần có ít nhất 3 loại thuốc tránh thai:

- Viên tránh thai kết hợp nên có 2 loại, ví dụ: Rigevidon, Ideal.
- Viên tránh thai chỉ có progestin: Exluton.
- Thuốc tiêm tránh thai DMPA 150 mg.

TRANG BỊ THIẾT YẾU VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN CHO MỘT TRẠM Y TẾ XÃ

Bộ khám thai	: 01
Bộ đỡ đẻ	: 03
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
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 cò).
- Phương tiện thử 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 máu : 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 máu) : 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)

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
- Chi khâu (catgut)

5. Bộ hồi sức sơ sinh.

- Ống hút nhót : 01
- Máy hút (đạp chân hoặc chạy điện) : 01
- Dây nối ống hút nhót 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 (*test phát hiện tổn thương nghi ngờ cổ tử cung bằng mắt thường lugol và acid acetic*) : 01

8. Bộ hút thai chân không bằng tay 1 van.

- 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 : 01

9. Vật tư tiêu hao.

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

10. Các dụng cụ khác.

- Tủ thuốc.
- Bàn đé.
- Bàn dịch vụ.
- Bàn khám phụ khoa.
- Bàn dụng cụ.
- Giường nằm (có đủ cọc màn).
- Nồi luộc (điện).
- Tủ sấy khô.
- Nồi hấp ước.
- Hộp nhựa có nắp (để khử khuẩn bằng hóa chất).
- Nilon.
- Hộp khăn trải.
- Bàn làm rón 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, bóp bóng cho người lớn.
- Xô nhựa, giỏ nhựa dùng để khử nhiễm.
- Hộp cứng đựng dụng cụ sắc nhọn.
- Kính bảo hộ.
- Găng, ủng.

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

CƠ SỞ CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN TẠI TUYẾN XÃ

Cần có các phòng như sau

- Phòng khám thai và tư vấn
- Phòng đẻ + thủ thuật
- Phòng khám phụ khoa
- Phòng nằm của sản phụ

Cơ sở có đủ điều kiện có thể bố trí 6 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 10 quyền khách hàng.

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.

- Đẻ khám thai: bộ khám thai, xem bài “*Trang thiết bị thiết yếu cho tuyến xã*”
- Đẻ 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 m².
- 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.

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, tấm 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 m².
- Trần sạch, tường ốp gạch men, tối thiểu cao 1,6 m.
- Cửa bảo đảm chống bụi, chống ruồi muỗi, chống gió.
- Nền lát gạch men không thấm, thoát nước.
- 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, cất khâu tầng sinh môn.
- Góc hồi sức sơ sinh gồm một bàn làm rón 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, chi, 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 hút thai).

- 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.

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, hồ 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. Vệ sinh nơi rửa tay, tắm giặt và nguồn nước.

- Lau rửa thường xuyên, tránh đọng nước.
- Thùng rửa tay có nắp đậy, được kiểm tra và rửa thường xuyên.
- Các công trình và vật liệu gây ô nhiễm hay gây độc (buồng tắm, buồng vệ sinh, hố rác, các túi chứa hóa chất diệt khuẩn, máy phun thuốc diệt côn trùng...) không được gần nguồn nước hoặc nơi chứa nước.
- Giếng nước có chu vi bảo vệ phải trên 10 m, sào giếng có đường kính ít nhất 3 m.

7.4. Thu gom và xử lý rác thải.

- Hố xí sạch sẽ, không có ruồi. Phân được thu gom và không được sử dụng làm phân bón. Tốt nhất sử dụng hố xí tự hoại.
- Phân biệt các loại rác thông thường (không phải rác y tế), rác hữu cơ (lá cây, rau, quả...), thu gom chung trong cộng đồng hoặc gom ở trạm đốt hàng tuần.
- Rác y tế (bông, băng, máu, dịch...) không gom vào rác thông thường, đốt ở hố rác hoặc lò đốt đơn giản.
- Bơm tiêm, kim tiêm thu gom vào hộp an toàn và đưa đi huỷ.

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 dọa 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 màu sắc bất bình đẳng giới rõ rệt. Đây cũng là nguyên nhân gây tử vong và suy giảm sức khỏe cho phụ nữ ở độ tuổi sinh sản.

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 dọa 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 gái điếm 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, tàn tật vĩnh viễn, sức khỏe yếu... những hành vi sức khỏe tiêu cực: hút thuốc, lạm dụng rượu, ma túy và xuất hiện các bệnh mạn tính.

3.3. Hậu quả đến sức khỏe sinh sản: có thai không mong muốn, các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản, HIV, rối loạn kinh nguyệt, nạo thai không an toàn, biến chứng do nạo thai, sảy thai, trẻ sơ sinh thiếu cân, viêm nhiễm tiêu khung, rối loạn chức năng tình dục.

3.4. Hậu quả đến sức khỏe tinh thần: stress sau chấn thương, trầm cảm, lo hãi, trạng thái hoang loạn, rối loạn về ăn uống, rối loạn tiêu hóa.

3.5. Các hậu quả khác:

- *Về kinh tế-xã hội*: gây tổn 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 cũng rất có thể 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 oan do hành vi bạo hành từ cha mẹ chúng.
- *Tiếp cận với rượu, ma túy*: để tự xoa dịu khi có những vấn đề gây hoang 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.

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 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, KHHGD 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 hủy 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.

SÀNG LỌC VÀ ĐÁP ỨNG CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ ĐỐI VỚI BẠO HÀNH PHỤ NỮ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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 một 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 ám 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. Quy 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: “Đã 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.
- Tồn thương ở mắt, những vết bầm tím, chảy máu, bong 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, sảy 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.
- 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 y tế:
 - + 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 hăm 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 giúp đỡ 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.
- Đề 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 giúp đỡ khác ngoài y tế (tư vấn, công an, tòa án, chính quyền, hội phụ nữ...).

TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ BỊ BẠO HÀNH

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế và cán bộ tư vấn.

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 tỏa 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, kỹ 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.
- Gọi 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.
- 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 kỹ năng cần thiết như kỹ năng sử dụng bao cao su, kỹ năng thương thuyết, kỹ năng kiềm chế cảm xúc, kỹ 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.

TƯ VẤN, CHĂM SÓC TRƯỚC KHI CÓ THAI

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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 khám trước khi có thai 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, 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 việc chủ động đi khám sức khỏe để phát hiện các bệnh mạn tính tiềm ẩn nhằm điều trị bệnh kịp thời (bệnh tim mạch, tăng huyết áp, thiếu máu, tiểu 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 tiềm năng tái phát, nhiễm *Chlamydia*, rubella, về việc sử dụng thuốc trong quá khứ, thói quen hàng ngày, nghề nghiệp, môi trường sống và làm việc, người thân trong gia đình, các nhiễm khuẩn LTQĐTD, đặc biệt nhiễm lậu, giang mai, herpes sinh dục, 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. Với acid folic là một dạng folat tổng hợp 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.

- Làm 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.
- Vận động không uống rượu, không hút/nghiện thuốc lá, thuốc lào (kể cả tiếp xúc với khói thuốc lá) ảnh hưởng đến con, 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.

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 iod, bột canh iod 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.
- Khám nội khoa định kỳ hàng năm và điều trị các bệnh huyết áp, tim mạch và các bệnh kinh niên (như bệnh tiểu 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.
- Người phụ nữ được trang bị kiến thức làm mẹ và chăm sóc con.
- 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 hoặc không bị nóng để sản xuất tinh trùng của tinh hoàn được bình thường.

PHẦN 2

LÀM MỆ AN TOÀN

A
CHĂM SÓC TRƯỚC ĐỀ

TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ CÓ THAI

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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.
- 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.
- Nhận biết những dấu hiệu nguy hiểm thường gặp khi có thai để kịp thời đi khám.
- 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 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), về lợi ích của khám thai sớm, khám định kỳ theo hẹn, 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, nguy cơ ngôi bất thường, chuyển dạ kéo dài, chảy máu trong giai đoạn sổ rau vì dễ bị đỡ từ 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.

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

Nên tư vấn về sự cần thiết của việc khám thai nhiều lần và đều đặn hơn các trường hợp bình thường khác và nói rõ vấn đề 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 có 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 cán bộ y tế 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.

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. Tư vấn xét nghiệm HIV cho mọi bà mẹ nếu có thể.

2.12. Đối với trường hợp nghi HIV (+)

- Xem bài “*Nhiễm HIV khi có thai*” và “*Quy trình phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con*”
- Tư vấn và chuyển tuyến trên.

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 về bạo hành phụ nữ*”.
- Sẵn sàng điều trị dự phòng các bệnh LTQĐTD.

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.

CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH

Tuyên áp dụng.

Từ tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản được đào tạo về chẩn đoán trước sinh.

Chẩn đoán trước sinh nhằm phát hiện sớm nhất các bất thường của thai ở trong tử cung.

Nhóm 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. Tuyên 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. Tuyến 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. Tuyến tỉnh và trên tuyến tỉnh.

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

4. Xử trí.

- Tuyên xã.
 - + Tư vấn, chuyển tuyến trên.
- Tuyến huyện.
 - + Siêu âm sàng lọc.
 - + Tư vấn, chuyển tuyến trên.
- Tuyến tỉnh trở lên.
 - + Thành lập hội đồng chuyên gia đa chuyên ngành (sản khoa, chẩn đoán hình ảnh, nhi khoa, ngoại khoa, thầy thuốc của các phòng xét nghiệm...) hội chẩn để quyết định thái độ xử trí đối với từng trường hợp cụ thể.
 - + Bác sĩ sản khoa 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 đình chỉ thai nghén, người bệnh phải ký giấy chấp thuận. Nếu thai trên 22 tuần nên làm cho thai chết trong tử cung trước khi đình chỉ thai nghén để cho nhân viên y tế và gia đình giảm bớt sang chấn tinh thần.
 - + Tư vấn về lần có thai tiếp theo.

HƯỚNG DẪN CHI TIẾT CHĂM SÓC TRƯỚC SINH

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Phần 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 (ghi theo địa chỉ hộ khẩu 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 bệnh gì, nếu có, mắc bệnh 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.

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 tiểu 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:
 - + Số thứ nhất là số lần đẻ đủ tháng.
 - + Số thứ hai là số lần đẻ non.
 - + Số thứ ba là số lần sảy 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 sảy 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: băng huyết, nhiễm khuẩn.

- + Cân nặng con khi đẻ.
- + Giới tính con.
- + Tình trạng con khi đẻ ra: khóc ngay, ngạt, chết ...

1.2.4. Hỏi về tiền sử phụ khoa.

Có điều trị vô sinh, điều trị nội tiết, có các bệnh NKĐSS, bệnh LTQĐTD, đốt 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, tại sao 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, lao...
- 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.

- Nếu có bảng quay tính ngày dự kiến đẻ thì càng tiện.
- Nếu không nhớ ngày đầu của kỳ kinh cuối thì có thể dựa trên kết quả siêu âm (tốt nhất là trong 3 tháng đầu của thai kỳ) để xác định tuổi thai.
- 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 thì ngày đầu của kỳ kinh cuối được tính là trước ngày bơm 14 ngày. Dự tính ngày sinh được tính như cách trên.

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.
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 1 (khi thai khoảng 11 - 13 tuần): xác định tuổi thai.

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.
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 2 (khi thai khoảng 20 - 24 tuần).
- 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 xuông của đầu (trong vòng 1 tháng trước dự kiến đẻ).
- Cử động thai, số lượng thai, tình trạng ối.
- Có điều kiện nên làm siêu âm lần 3 khi tuổi thai 30 - 32 tuần.
- 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 được quan sát âm đạo, cổ tử cung qua đặt mỏ vịt.

*** Lưu ý: khi làm siêu âm nhân viên y tế không được cho thai phụ biết giới tính thai nhi**

4. Các xét nghiệm cần thiết.

4.1. Thử protein nước tiểu.

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

4.2. Thử huyết sắc tố.

- Thử huyết sắc tố bằng giấy thử.
- Tại tuyến huyện, xã có trang bị phải thử thêm hematocrit.

4.3. Các xét nghiệm khác.

- Nếu có thiếu máu thì xét nghiệm phân xem có giun không.
- Thử HIV, giang mai và viêm gan (xem “*Quy trình phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con*”).
- Xét nghiệm khí hư (nếu cần).

5. Tiêm phòng uốn ván.

- Với người chưa tiêm phòng uốn ván lần nào: tiêm mũi đầu khi phát hiện thai nghén bất kỳ ở tháng nào; tiếp theo tiêm mũi thứ hai sau mũi tiêm đầu ít nhất một tháng và phải cách thời gian dự kiến đẻ ít nhất 1 tháng.
- Với những người đã tiêm đủ 2 mũi, nếu:
 - + Lần tiêm trước trước < 5 năm: tiêm 1 mũi.
 - + Lần tiêm trước trước > 5 năm: tiêm 2 mũi.
- Với người đã tiêm ba mũi hoặc bốn mũi, cần tiêm nhắc lại một mũi.
- Với người đã tiêm đủ năm mũi phòng uốn ván theo đúng lịch, nếu mũi tiêm cuối cùng cách đã 10 năm trở lên thì nên tiêm thêm một mũi nhắc lại.

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).
- 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.

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.
- Duy trì cuộc sống thoải mái, tránh căng thẳng.
- Ngủ ít nhất 8 giờ mỗi ngày. Chú trọng ngủ trưa.
- Tránh bơm rửa trong âm đạo.

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

- Ghi sổ khám thai: nếu là lần đầu ghi đủ tất cả các mục trong 26 cột của sổ khám. Nếu là lần khám sau ghi tất cả những mục đã hỏi và khám (một số mục như tên, tuổi, tiền sử... không cần ghi lại).
- Ghi vào phiếu “Theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà” (phần theo dõi, khám thai) hoặc vào “phiếu khám thai” thông thường đang sử dụng ở các cơ sở khám bệnh.
- Trong phần ghi phiếu khám, ngoài tình hình thai phụ và các số liệu thăm khám đo đạc 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 (nếu có) và thời gian hẹn tái khám.
- Tại xã, nếu dùng “Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ và sơ sinh tại nhà” thì phải ghi lại trên phiếu thứ hai lưu ở trạm và để phiếu lưu này vào ngăn (hộp, hay túi) luân chuyển phiếu khám vào đúng ô có tháng qui định của lần khám sau. Nếu chỉ có phiếu khám thai đưa cho thai phụ lưu giữ thì viết thêm phiếu hẹn cho thai phụ và đặt phiếu này vào ô của tháng đã hẹn đến khám tiếp.
- 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.

9. Kết luận - dặn dò.

- Thông báo cho thai phụ biết kết quả của lần khám thai có bình thường hay không, tình trạng mẹ và thai phát triển thế nào, cần lưu ý những điểm gì trong thời gian từ sau khi khám đến lần khám tiếp theo.

- Ở xã, khi khám phát hiện những dấu hiệu bất thường, cần giải thích và hướng dẫn chu đáo cho thai phụ đi khám hội chẩn ở tuyến trên.
- Cung cấp thuốc thiết yếu và hướng dẫn cách dùng (nếu cần thiết).
- Dặn dò.

9.1. Với thai ba tháng đầu.

- Hẹn tiêm phòng uốn ván.
- Hẹn thăm lần 2 sau.
- Thông báo cơ sở y tế gần nhà nhất để nếu cần thì tới.

9.2. Với thai ba tháng giữa.

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

9.3. Với thai ba tháng cuối.

- Hẹn thăm 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.

Trước khi kết thúc cuộc khám, nên hỏi một số điều kết luận và dặn dò quan trọng để thai phụ nhắc lại xem họ có hiểu và nhớ đúng hay không.

Chú ý: Điều trị HIV/AIDS và bệnh LTQĐTD

Xem “*Qui trình phòng chống lây nhiễm HIV từ mẹ sang con*” và phần “*Nhiễm khuẩn đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục*”

QUẢN LÝ THAI

Tuyên áp dụng.

Tuyên xã.

Người thực hiện.

Nữ hộ sinh hoặc y sĩ phụ trách công tác chăm sóc SKSS tại trạm y tế xã.

Tổ chức hỗ trợ.

Mạng lưới y tế thôn bản và các đoàn thể quần chúng tại xã.

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 thể 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.
- Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà 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 26 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: bề 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 3 - 5 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.

2. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà hoặc phiếu khám thai.

2.1. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà (TDSKBM TN): là một quyển sổ tổng hợp nhiều chi tiết để cán bộ y tế tất cả các tuyến theo dõi và ghi chép tại đó mỗi lần người phụ nữ được thăm khám (kể cả khám thai và sinh đẻ), trong đó có các phần chính như sau:

- **Phần bản thân:** Ghi những yếu tố chính về bản thân như: họ và tên, ngày sinh, địa chỉ, số đăng ký...
- **Phần tiền sử sản khoa:** ghi các tiền sử sản khoa chính với các ô trắng ghi chữ "không" và các ô có màu ghi chữ "có". Khi đăng ký ghi phiếu này cho người phụ nữ, nếu loại tiền sử nào không có thì ghi hoặc đánh dấu vào ô trắng (không) nếu đã có thì ghi hoặc đánh dấu vào ô có màu (có).
- **Phần chăm sóc thai nghén hiện tại:** để ghi các dữ kiện về từng lần khám thai (có 3 hoặc 5 cột dọc dành cho 3 - 5 lần khám trong suốt quá trình thai nghén). Mỗi dữ kiện phát hiện khi khám thai nếu bình thường thì ghi vào ô trắng; nếu bất thường ghi vào ô có màu.

Thai phụ nào trong tiền sử sản khoa và trong phần chăm sóc thai nghén **có từ một dấu hiệu hay tình trạng được ghi ở ô có màu trở lên** thì thai phụ đó thuộc **nhóm thai nghén có nguy cơ cao**, cần được theo dõi và quan tâm đặc biệt, nếu cần phải gửi đi khám hội chẩn ở tuyến trên và xã không được đỡ đẻ để tránh tai biến có thể xảy ra.

Tiếp theo, phiếu TDSKBMTN còn có phần theo dõi các diễn biến chuyển da, việc sinh đẻ, tình trạng sơ sinh và diễn biến của sản phụ trong 6 tuần hậu sản.

Sau phần này phiếu TDSKBMTN còn phần **"kế hoạch hóa gia đình sau đẻ"** và **"Lời khuyên của cán bộ y tế"**.

Như vậy tại những nơi đang sử dụng phiếu TDSKBMTN thì phiếu này chính là phiếu để cán bộ y tế ghi mỗi lần khám thai tại phần "Chăm sóc thai nghén hiện tại".

Cách sử dụng:

- Phiếu được lập cho phụ nữ từ tuổi 15 đến 49. Sau 49 tuổi, phiếu không được sử dụng nữa.
- Khi có thai, phiếu này sẽ là phiếu theo dõi khám thai định kỳ theo hẹn của cán bộ y tế.
- Phiếu sẽ được lập hai bản ghi giống hệt nhau cho mỗi phụ nữ; một phiếu trao cho thai phụ giữ để biết ngày hẹn khám lần sau hoặc để đi khám bất kỳ lúc nào và ở bất kỳ cơ sở y tế nào khác; phiếu còn lại để lưu tại trạm (khi chưa có thai thì lưu ở các ô trong tủ hồ sơ phân loại theo thôn xóm; khi có thai thì lưu phiếu này trong hộp (hay túi) luân chuyển phiếu hẹn).

2.2. Phiếu khám thai.

Ở những nơi chưa thực hiện được việc lập phiếu TDSKBMTN 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.

Phiếu TDSKBMTN 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 mẫu bìa nhỏ ghi các thông tin về thai phụ vào tháng dự kiến đẻ của thai phụ đó. Mẫu 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 màu 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 màu 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 mẫu 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.
- 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 KHHGD của toàn xã (thông qua số tôm màu 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 lật ra chuyển xuống dưới).
 - + Đảm bảo 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 TDSKBMTN 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 TDSKBMTN thì viết vào phiếu hẹn để vào các ngăn (túi) đó.

B

CHĂM SÓC TRONG KHI ĐẸ

TƯ VẤN CHO SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN ĐẠ VÀ NGAY SAU ĐẼ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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.

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 cụt - cụt (khi đau do cơn co), cách nín hơi, rặn đẻ và cách thổi 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.

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. Cho sản phụ tiếp xúc với con mới sinh càng sớm càng tốt.
- 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 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.

4. Tư vấn cho các trường hợp đặc biệt.

4.1. Sản phụ gặp biến chứng.

- Phải giải thích cho sản phụ và gia đình biết các diễn biến có thể gặp phải trước mắt và về sau.
- Phải có chương trình chăm sóc thăm hỏi.

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

4.6. Sản phụ nhiễm HIV/AIDS và bệnh LTQĐTD.

Xem bài “*Nhiễm HIV khi có thai – phần Làm mẹ an toàn*” và “*Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con - phần Phụ lục*”

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG MỘT CUỘC CHUYỂN DẠ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, nữ hộ sinh, hoặc cán bộ y tế được bổ túc về sản khoa.

Yêu cầu tất cả người cung cấp dịch vụ từ tuyến xã trở lên phải tiên lượng một cuộc chuyển dạ, phát hiện khi hỏi bệnh, thăm khám và trong quá trình theo dõi, giúp cho người thầy thuốc đánh giá dự đoán về một cuộc đẻ. Các yếu tố tiên lượng về một cuộc chuyển dạ được trình bày sau đây có thể chỉ liên quan đến tuyến xã hoặc tuyến huyện hoặc tuyến tỉnh. Chính vì vậy tùy theo các dấu hiệu được phát hiện mà các tuyến sẽ thực hiện theo nhiệm vụ và chức năng của mình.

1. Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ.

Đây là những dấu hiệu, những triệu chứng thể hiện trong quá trình mang thai và quá trình theo dõi chuyển dạ, cần phải khám xét thật kỹ lưỡng để tiên lượng và có phương án xử trí ngay tại tuyến xã hoặc chuyển lên tuyến trên. Cũng cần nói thêm rằng các yếu tố tiên lượng cuộc đẻ áp dụng cho tất cả các tuyến có sơ sở sản khoa.

1.1. Toàn trạng và sức khỏe của người mẹ.

- Người mẹ hoàn toàn khỏe mạnh, tâm lý thoải mái hoặc bị chi phối bởi lý do sức khỏe, gia đình và xã hội.
- Người mẹ mắc các bệnh có trước hoặc trong khi mang thai. Tùy theo từng loại bệnh mà tiên lượng cuộc đẻ sẽ được theo dõi đẻ thường hoặc đẻ bằng forceps hoặc phẫu thuật lấy thai. Ví dụ như người mẹ bị bệnh tim thì phải đẻ bằng forceps nếu không kèm theo các nguyên nhân đẻ khó khác; cũng bị mắc bệnh tim nhưng đã suy tim thì phẫu thuật lấy thai là hợp lý.
- Một số yếu tố khác có liên quan tới người mẹ như con số tuổi dưới 18 hoặc trên 35, con rạ tuổi trên 40. Đẻ quá dày hoặc quá nhiều (khoảng cách giữa 2 lần đẻ dưới 3 năm, đẻ trên 4 lần).

1.2. Sự tương ứng giữa thai nhi với khung chậu và phần mềm của người mẹ.

Nếu có sự tương xứng giữa thai nhi và khung chậu cuộc đẻ sẽ được theo dõi đẻ qua đường âm đạo. Khung chậu hẹp, khung chậu méo, khung chậu lệch, tăng sinh môn cứng, các khối u tiền đạo bao gồm khối u ở tử cung, ở khung chậu và ở trong âm đạo... là những yếu tố gây đẻ khó. Tùy theo từng loại khung chậu mà tiên lượng cuộc đẻ khác nhau, chẳng hạn như khung chậu hẹp toàn diện mà thai có trọng lượng bình thường thì phẫu thuật lấy thai. Khung chậu méo mà thai nhi là ngôi chỏm thì phải làm nghiệm pháp lọt ngôi chỏm và tiên lượng cuộc đẻ phụ thuộc vào kết quả của nghiệm pháp lọt ngôi chỏm... Các khối u tiền đạo thì tùy thuộc vào kích thước và vị trí khối u mà cuộc đẻ sẽ phải phẫu thuật lấy thai hay không...

1.3. Ngôi, thế, kiểu thế và một số yếu tố có liên quan tới thai nhi và phần phụ của thai.

Để tiên lượng một cuộc đẻ, yếu tố ngôi, thế, kiểu thế của thai nhi trong buồng tử cung cũng góp phần đáng kể. Những ngôi thai có thể đẻ được qua đường âm đạo như ngôi chỏm, ngôi mặt cằm trước, ngôi mông; những ngôi bất buộc phải phẫu thuật lấy thai như

ngôi vai, ngôi mặt cằm sau, ngôi trán hoặc ngôi thóp trước đã cố định. Ngay cả những ngôi có thể theo dõi để đường âm đạo thì kiểu thể sau có tiên lượng không tốt bằng ngôi có kiểu thể trước.

- Thai quá ngày sinh hoặc chưa đến ngày sinh.
- Đa thai.
- Con hiếm, tiền sử vô sinh, phải áp dụng các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản
- Thai dị dạng.
- Rau tiền đạo.
- Sa dây rốn.

Những yếu tố trên đây đều góp phần vào tiên lượng một cuộc đẻ, tùy thuộc vào từng yếu tố mà thái độ xử trí có khác nhau.

1.4. Các yếu tố động trong chuyển dạ.

Khi theo dõi một cuộc chuyển dạ, có 5 dấu hiệu bắt buộc cần theo dõi sau đây:

- **Cơ co tử cung:** là động lực chính của cuộc chuyển dạ. Nếu cơn co tử cung nhịp nhàng, đều đặn và phù hợp với độ xóa, mở của cổ tử cung là tiên lượng tốt. Nếu cơn co không đồng bộ, quá mau hoặc quá mạnh, quá yếu là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.
- **Xóa mở cổ tử cung:** nhịp nhàng, phù hợp với cơn co tử cung là tiên lượng tốt. Ngược lại, nếu cổ tử cung dầy, cứng, phù nề, mở chậm hoặc không mở thêm là tiên lượng xấu. Vì vậy cần nắm vững các giai đoạn của cuộc chuyển dạ để có tiên lượng cho cuộc chuyển dạ.
- **Độ lọt của ngôi thai:** đầu luôn luôn chồm vệt, ngôi thai không tiến triển, đầu không cúi, có hiện tượng chùng khớp sọ hoặc không lọt sẽ có tiên lượng xấu. Ngược lại, nếu dưới tác dụng của cơn co tử cung, ngôi thai sẽ từ cao lỏng tiến đến chúc, chặt rồi lọt qua khung chậu của người mẹ là tiên lượng tốt cho cuộc chuyển dạ.
- **Đầu ối:** Nếu đầu ối dẹt, biểu hiện sự bình chỉnh của thai nhi và khung chậu là tốt. Đầu ối phồng, màng ối dày, ối vỡ non hoặc ối vỡ sớm, đầu ối hình quả lê (trong thai chết lưu) có thể là tiên lượng không tốt cho cuộc chuyển dạ.
- **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 biến đổi đều là các dấu hiệu cần theo dõi chặt chẽ trong cuộc chuyển dạ để phát hiện thai suy.

1.5. Các tai biến có thể xảy ra trong cuộc chuyển dạ.

- Chảy máu (rau tiền đạo, rau bong non, vỡ tử cung).
- Dọa vỡ tử cung, vỡ tử cung.
- Sa dây rốn, sa tay.
- Tắc mạch ối.

2. Kết luận.

- Tiên lượng một cuộc chuyển dạ cho chính xác là điều khó nhưng lại là điều mà người thầy thuốc sản khoa nào cũng phải thực hiện để tránh các tai biến có thể xảy ra cho mẹ và con. Sử dụng biểu đồ chuyển dạ là cần thiết trong quá trình theo dõi chuyển dạ nhằm phát hiện sớm những chuyển dạ bất thường.

CHẨN ĐOÁN CHUYÊN DẠ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, nữ hộ sinh, hoặc cán bộ y tế được bổ túc về sản khoa.

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, nếu tần số đạt 3 cơn trong 10 phút, mỗi cơn kéo dài trên 20 giây thì chuyển dạ là chắc chắn.
- Sản phụ thấy ra dịch nhầy có máu (nhựa chuối) ở âm đạo.
- Cổ tử cung xóa hết hoặc gần hết và nếu đã mở từ 2 cm trở lên thì chắc chắn.
- 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).

	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

Chú ý:

- Có thể xác định thêm chuyển dạ bằng monitor sản khoa.
- Hạn chế khám âm đạo trong quá trình chuyển dạ.

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.
 - + Nằm theo dõi hoặc chuyển tuyến trên nếu thai nghén có nguy cơ cao.
 - + Nếu ối vỡ mà chưa chuyển dạ tuyến xã chuyển tuyến trên, tuyến huyện và tuyến tỉnh cho đẻ chỉ huy, cho kháng sinh chống nhiễm khuẩn khi ối đã vỡ trên 6 giờ.
 - + Nếu sản phụ ở xa tiền sử đẻ khó, cán bộ chuyên khoa chưa xác định chuyển dạ thật: Cho nằm lưu theo dõi thêm, đề phòng khi chuyển dạ có nguy cơ cho mẹ và thai.

THEO DÕI CHUYỂN DẠ ĐẸ THƯỜNG

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, nữ hộ sinh, hoặc cán bộ y tế được bổ túc về sản khoa.

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

- Tốt nhất bà mẹ phải được theo dõi chuyển dạ tại cơ sở y tế. Người nữ hộ sinh cần giải thích những ích lợi của việc đẻ tại cơ sở y tế để được chăm sóc chu đáo. Trong trường hợp không thể đến được cơ sở y tế, nên mời cán bộ đã được đào tạo về đỡ đẻ đến đỡ đẻ tại nhà.
- Phải theo dõi chuyển dạ bằng biểu đồ chuyển dạ một cách toàn diện, có hệ thống, phải thành thạo các thao tác chuyên môn, phải biết ghi và phân tích được một biểu đồ chuyển dạ, phát hiện các yếu tố bất thường trong chuyển dạ, 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 nữ hộ sinh cần phải chuẩn bị những dụng cụ tối thiểu cần thiết và đảm bảo vô khuẩn cùng với những dụng cụ để chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ. Nếu sản phụ đẻ tại nhà phải chuẩn bị nước sạch và sử dụng gói đỡ đẻ sạch (hoặc bộ dụng cụ đã được hấp vô khuẩn trong túi đỡ đẻ cấp cứu).
- Khi đỡ đẻ, đỡ rau, kiểm tra rau, làm 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 mới hy vọng góp phần hạ tỷ lệ nhiễm tai biến sản khoa.
- Tận tình, kiên nhẫn và tỉ mỉ là những đức tính cần thiết của người chăm sóc chuyển dạ.
- Trong khi theo dõi quá trình chuyển dạ, cán bộ y tế cần động viên, hỗ trợ về tinh thần giúp cho sản phụ giảm bớt lo lắng.
- Khuyến khích sản phụ đi lại, không nên nằm một chỗ.
- Hướng dẫn cách thở khi không có cơn co và khi có cơn co tử cung.
- Khuyến khích sản phụ đi tiểu 2 giờ/lần.

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 hỏi 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 tuyến xã, phải chuyển tuyến khi:
 - Huyết áp tối đa 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 “*Choáng sản khoa*”).
- + Tuyến trên phải có xử trí kịp thời khi huyết áp cao hoặc choáng.
- Thân nhiệt
 - + Đo thân nhiệt 4 giờ/lần.
 - + Bình thường $\leq 37^{\circ}\text{C}$. Khi nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$, 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.
 - + Quan sát diễn biến toàn thể 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 tuyến 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 (xem bài “*Sử dụng thuốc giảm co*”). 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 để 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 “*Thai suy*”). 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 màu xanh, màu đỏ hoặc nâu đen, hôi, đa ối, thiếu 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 số

(xem bài “Đỡ đẻ thường ngôi chỏm”)

2.1.8. Theo dõi khi sổ rau

(xem bài “Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ” và bài “Kiểm tra rau”).

Tóm tắt các yếu tố cần theo dõi

Yếu tố	Pha tiềm tàng	Pha tích cực
Mạch	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Huyết áp	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Nhiệt độ	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Tim thai	1 giờ/lần	30 phút/lần
Cơ co tử cung	1 giờ/lần	30 phút/lần
Tình trạng ối	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ lọt của ngôi (nắn ngoài)	1 giờ/lần	30 phút/lần
Chồng khớp (qua thăm trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần
Độ mở cổ tử cung (qua thăm trong)	4 giờ/lần	2 giờ/lần

2.2. Với cuộc chuyển dạ có dấu hiệu bất thường.

- Về nguyên tắc không được theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ tại tuyến xã.
- Người hộ sinh tại các tuyến trên trong trường hợp này phải theo dõi theo y lệnh của thầy thuốc. Ví dụ khi sản phụ chuyển dạ bị sốt cao thì sau khi đã dùng các biện pháp hạ nhiệt bao nhiêu phút sau phải đo lại nhiệt độ; hoặc khi sản phụ chuyển dạ với tình trạng tăng huyết áp thì ngoài việc theo y lệnh dùng thuốc hạ áp, người hộ sinh phải theo dõi huyết áp theo y lệnh của thầy thuốc (không thể cứ 4 giờ/lần như nói ở phần trên). Các dấu hiệu bất thường khác trong chuyển dạ (như nhịp tim thai, cơ co tử cung, độ mở của cổ tử cung) cũng tương tự như vậy.
- Khi theo dõi chuyển dạ, trong và sau mỗi lần thăm khám, người hộ sinh phải nói cho sản phụ biết tình hình cuộc chuyển dạ lúc đó để họ yên tâm.

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°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 chõng 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, thiếu ối và thai quá ngày sinh.

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

Tuyên áp dụng.

Các cơ sở chăm sóc sản khoa có monitor sản khoa.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh được đào tạo.

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. Phương pháp theo dõi liên tục nhịp tim thai tương ứng với cơn co tử cung trong chuyển dạ.

2.1. 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. 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.

3. 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.

3.1. Theo dõi liên tục nhịp tim thai không sử dụng oxytocin.

3.1.1. Chỉ định.

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

3.1.2. 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.

3.1.3. 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 (< 5 nhịp/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 có đả kích hoặc các chỉ số sinh học của thai nhi hoặc can thiệp để lấy thai ra).

Test được cho là bệnh lý khi nhịp tim thai chậm kèm theo đường nhịp tim thai cơ bản bất thường

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

3.2.1. 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.

3.2.2. Chống chỉ định tuyệt đối.

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

3.2.3. Chống chỉ định tương đối.

- Đa ối, tiền sử đẻ non, đa thai.

3.2.4. Thời điểm làm thử nghiệm.

- Chỉ làm khi tuổi thai sau 34 tuần.

3.2.5. 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.

3.2.6. 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.

3.3. Thử nghiệm kích thích đầu vú:

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

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

4.1 Theo dõi:

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

BIỂU ĐỒ CHUYỂN DẠ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, nữ hộ sinh, hoặc cán bộ y tế được bổ túc về sản khoa.

1. Chỉ định.

- Tất cả các trường hợp chuyển dạ có tiên lượng đẻ được theo 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.
- Khi sản phụ đã được theo dõi bằng biểu đồ chuyển dạ thì từ lúc đó trở đi người theo dõi chuyển dạ không phải ghi tình hình diễn biến của họ trong phiếu theo dõi của bệnh án sản khoa, 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, bị ngất xỉu, co giật...

2. Loại trừ.

- Phẫu thuật lấy thai chủ động.
- Những trường hợp cấp cứu sản khoa cần xử trí ngay khi chưa chuyển dạ (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.

- Chỉ bắt đầu ghi biểu đồ chuyển dạ khi sản phụ đã có chuyển dạ thực sự (thời điểm này có thể khác với thời điểm sản phụ vào viện). 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.
- Cơ co tử cung.

4.2. Tình trạng của thai.

- Nhịp tim thai (đếm trong 1 phút).
- Nước ối: màu sắc, số lượng.
- Sự chùng 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.

- Biểu đồ chuyển dạ bắt đầu được ghi khi sản phụ có chuyển dạ thực sự.
- 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.
- 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 chông 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 sang pha tích cực, nằm trên đường báo động, tương ứng với mức chỉ độ mở của cổ tử cung lúc đó. Cùng với sự chuyển vị trí ghi ký hiệu về cổ tử cung, phải chuyển ô ghi giờ trong ngày đến ô thích hợp với tình trạng cổ tử cung lúc đó và tất cả các ký hiệu ghi nhận về mọi diễn biến khác cũng phải chuyển theo.

5.3. Pha tích cực.

- Cổ tử cung mở từ 3 - 10 cm và xóa hoàn toàn.
- Cổ tử cung đã mở từ 3 cm trở lên 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: thông thường không kéo dài quá 8 giờ. Nếu kéo dài trên 8 giờ, tuyến xã cần chuyển tuyến trên để đánh giá và xử trí.
- Pha tích cực: đường mở cổ tử cung 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 1 cm/giờ) thì tuyến xã phải chuyển lên tuyến trên.

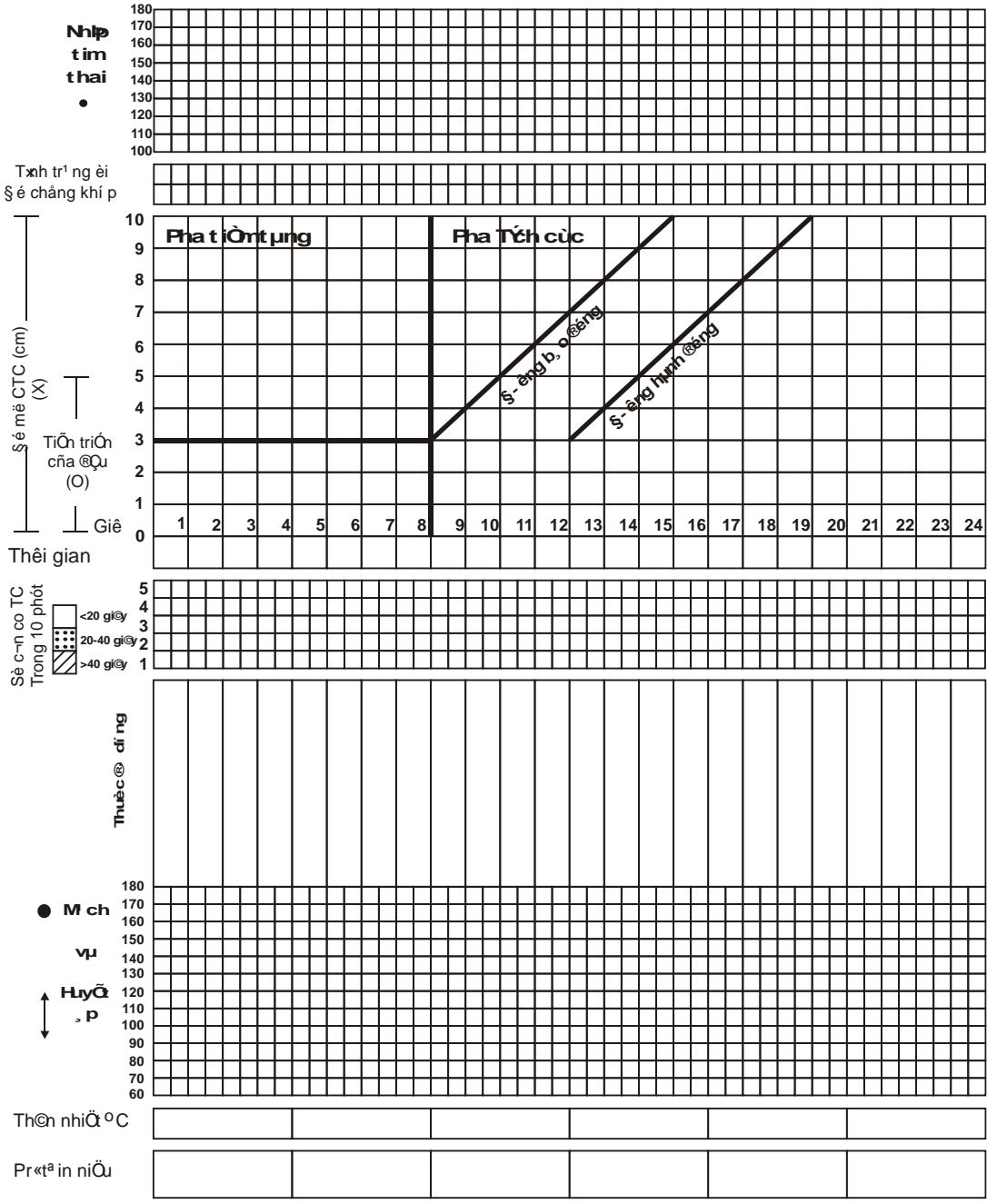
6.2. Tại các tuyến trên.

- Phải tìm nguyên nhân để khó để xử trí.

Biểu đồ chuyển đổi

Hä vụ t^h n: PARA Sè nhÛp viÖn

Nguy/giê b^h t^h ghi biÖu t^h òi t^h vì giê



ĐỠ ĐẸ THƯỜNG NGÔI CHỖM

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi, cô đỡ thôn bản đã được đào tạo về đỡ đẻ.

1. Định nghĩa.

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm kiểu chỏm vệ là thủ thuật tác động vào thì số 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.
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa)
- 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, trái khăn vô khuẩn.

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.

- Ổ 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 để vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

5.2. Kỹ thuật đỡ đẻ ngôi chỏm kiểu chằm vệ.

5.2.1. Người đỡ đẻ chỉ bắt tay vào đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

- Cổ tử cung mở hết.
- Ổi 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 một rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.

5.2.2. Các thao tác hầu hết làm trong cơn rặn của sản phụ và cần phải:

- Nhẹ nhàng.
- Giúp cho thai sổ từ từ.
- Kiên nhẫn động viên sản phụ, không thúc ép, giục giã, sốt ruột.
- Nhớ là đỡ đẻ chứ không phải kéo thai.

5.2.3. Các thao tác đỡ đẻ gồm có.

Đỡ đầu

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chằm 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 chằm 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.
- Chỉ hút dịch hoặc lau miệng thai nhi khi nước ối có phân su.

Đỡ vai

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chằm quay về bên đó (chằm trái - ngang hoặc chằm 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, nhắc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ổ thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

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, tiêm bắp 10 đv oxytocin khi chắc chắn không còn thai nào trong tử cung (xem “Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ”).
- Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp (hoặc để thai nằm nghiêng trên phần bàn đẻ đã được kéo ra hoặc cho nằm sấp trên bụng mẹ) rồi tiến hành cặp cắt rốn. Nếu người đỡ chính còn bế giữ thai thì động tác cặp cắt rốn do người đỡ phụ thực hiện.

- Chuyển thai ra bàn hồi sức, giao cho người phụ chăm sóc, làm rốn, đánh giá chỉ số Apgar phút thứ 1 và thứ 5.

6. Kỹ thuật đỡ đẻ kiểu chằm cùng.

Cách theo đỡ đẻ cơ bản giống như đỡ đẻ ngôi chằm vệ chỉ khác một số điểm sau:

- Khi đỡ đầu vì ngôi chòm sỏ kiểu chằm 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 chằm 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 sỏ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).
- Tiếp tục đỡ vai và các phần khác của thai như với đỡ ngôi chòm chằm vệ

Chú ý:

- Ngôi chòm sỏ chằm cùng thường diễn biến lâu, sỏ khó hơn và dễ gây sang chấn cho mẹ vì vậy cần cắt rộng tầng sinh môn trước khi đỡ đầu thai nhi.
- Thai nhi sỏ chằm cùng cũng dễ bị ngạt vì thế cũng phải hồi sức thai thật tốt.

7. Theo dõi và xử lý tai biến.

7.1. Theo dõi.

- Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp.
- Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ.
- Hạ bàn đỡ nằm ngang khi thai đã sỏ ra ngoài.
- Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi tử cung để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.
- Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

7.2. Xử trí.

- Ngay sau khi sỏ thai, rau bong dờ dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay.
- Nếu rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động): khâu lại sau khi đã sỏ rau và kiểm tra bánh rau.
- Nếu bị băng huyết do đờ tử cung phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Thai ngạt: phải hồi sức thai.

XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN 3 CỦA CHUYỂN DẠ

Tuyên áp dụng.

Mọi trường hợp đẻ đường dưới tại cơ sở y tế từ trung ương đến xã và các trường hợp đẻ tại nhà có nhân viên y tế hỗ trợ.

Người thực hiện.

Bác sĩ, nữ hộ sinh/y sĩ sản nhi, cô đỡ thôn bản đã được đào tạo về đỡ đẻ và xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ.

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động ở giai đoạn sau khi sổ thai để giúp rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

1. Chỉ định.

Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

2. Cách thức tiến hành.

2.1. Tư vấn.

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế.

2.2. Phương tiện, dụng cụ.

Ngoài các dụng cụ, thuốc men, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ đẻ và kiểm tra rau, cần có thêm oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.

2.3. Quy trình thực hiện.

- **Bước 1: Nấn tử cung ngay sau khi thai sổ ra ngoài** để chắc chắn trong tử cung không còn thai nào nữa.
- **Bước 2: Tiêm bắp oxytocin** vào mặt trước đùi cho sản phụ 10 đv oxytocin đã chuẩn bị trước.
- **Bước 3: Cặp và cắt dây rốn** ở gần sát âm hộ bà mẹ để khi kéo dây rốn dễ dàng hơn (không nên vội vàng cắt rốn ngay).
- **Bước 4: Kéo dây rốn có kiểm soát.**
 - + *Kiểm tra sự co hồi của tử cung:* một tay giữ căng dây rốn chờ đợi tử cung co lại, tay còn lại đặt trên bụng sản phụ đánh giá tử cung đã co tốt.
 - + *Đỡ rau:* một tay người đỡ đẻ đặt trên bụng sản phụ, phía trên xương mu, ấn nhẹ vào mặt trước đoạn dưới tử cung, đẩy nhẹ lên phía xương ức tránh tử cung bị kéo xuống dưới khi kéo dây rốn. Tay kia giữ kẹp dây rốn, kéo dây rốn nhẹ nhàng và liên tục dọc theo ống đẻ, kéo như vậy trong vòng 2 - 3 phút, nếu rau không sổ trong giai đoạn này, dừng lại 5 phút rồi kéo lại.
 - + *Màng rau:* hạ thấp bánh rau xuống để lợi dụng sức nặng của bánh rau kéo màng ra. Cũng có thể dùng hai bàn tay đỡ bánh rau và xoay nhẹ để màng rau ra hết.

- + *Xoa nắn tử cung*: sau khi rau sỏ, xoa ngay đáy tử cung qua thành bụng đến khi tử cung co tốt.
- **Kiểm tra rau**: khi đã chắc chắn tử cung co tốt và không thấy chảy máu mới tiến hành kiểm tra bánh rau, màng rau, dây rốn như thường lệ (xem qui trình “*Kiểm tra rau*”).
- **Theo dõi sản phụ sau đẻ**: xoa đáy tử cung 15 phút/lần trong vòng 2 giờ đầu cho đến khi chắc chắn tử cung đã co hồi tốt.

2.4. *Khó khăn và cách xử trí:*

- Kéo dây rốn nhưng bánh rau không bong và không xuống dần trong tử cung: không được kéo giật, không được kéo mạnh, chờ đợi một lát rồi tiếp tục kéo lại. Nếu vẫn không kết quả, chờ cho rau bong tự nhiên rồi đỡ ra. Nếu rau vẫn không bong:
 - + Tuyến xã:
 - Nếu chảy máu: bóc rau nhân tạo tại chỗ.
 - Nếu không chảy máu: chuyển tuyến trên.
 - + Tuyến huyện trở lên có thể đặt 1 - 4 viên misoprostol (200 - 800 mcg) ngậm dưới lưỡi, sau 15 phút nếu rau không bong tiến hành bóc rau nhân tạo.
- Trường hợp dây rốn bị đứt trong khi kéo: thực hiện bóc rau nhân tạo (tuyến xã cũng chuyển bệnh viện).
- Sau khi xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ mà vẫn chảy máu, tham khảo bài “*Chảy máu sau đẻ*”.

C
CHĂM SÓC SAU ĐỀ

LÀM RỒN TRẺ SƠ SINH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế cung cấp dịch vụ.

Làm rốn là buộc hoặc kẹp dây rốn và cắt ngắn sau khi đã cặp, cắt dây rốn trong lúc đẻ.

1. Chuẩn bị.

- Bộ làm rốn.
- Khăn vô khuẩn, bông, gạc vô khuẩn, cồn 70°.
- Bàn làm rốn có đủ ánh sáng và đủ ấm.
- Kẹp rốn, chỉ lạnh vô khuẩn.

2. Các bước tiến hành.

- Dùng một tấm gạc che quanh chân rốn, sát khuẩn dây rốn bằng cồn 70°.
- Buộc rốn bằng chỉ lạnh vô khuẩn. Có thể dùng kẹp rốn nhựa vô khuẩn cặp rốn thay cho buộc chỉ.
- Cắt bỏ phần dây rốn còn lại trên nút buộc.
- Sát khuẩn mặt cắt.
- Cắt phần chỉ buộc rốn còn thừa.
- Không băng kín rốn. Để rốn khô và sạch. Có thể phủ một lớp gạc mỏng vô khuẩn trong ngày đầu tiên.

3. Theo dõi và xử trí tai biến.

3.1. Theo dõi.

- Chảy máu rốn.

3.2. Xử trí.

- Chảy máu rốn: buộc lại.
- Chảy máu chân rốn: khâu cầm máu.
- Nhiễm khuẩn rốn: tham khảo bài “*Nhiễm khuẩn rốn*”.

KIỂM TRA RAU

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế cung cấp dịch vụ.

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.

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.

CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi được đào tạo về đỡ đẻ và cắt khâu tầng sinh môn.

1. Chỉ định.

1.1. Người mẹ.

- Âm hộ hẹp, tầng sinh môn ngắn và rạn.
- Âm hộ và tầng sinh môn phù nề.

1.2. Thai nhi.

- Thai to.
- Thai non yếu, thiếu tháng, thai suy.
- Các ngôi thai có khó khăn khi sổ.

1.3. Thủ thuật đẻ đường dưới (nếu cần).

2. Chuẩn bị.

2.1. Phương tiện.

- Bộ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Thuốc gây tê, phương tiện sát khuẩn

2.2. Sản phụ.

Tư vấn cho sản phụ.

3. Các bước tiến hành.

3.1. Nguyên tắc.

Cắt khi âm hộ, tầng sinh môn đã phòng căng trong lúc có cơn co tử cung và sản phụ đang rặn.

3.2. Kỹ thuật.

- Gây tê vùng âm hộ tầng sinh môn ở thời điểm giữa 2 cơn rặn.
- Cắt ở vị trí 7 giờ, chệch 45° so với đường trục âm hộ, dài 4 - 5 cm tùy mức cần thiết.
- Thường chỉ cắt một bên là đủ, rất hiếm hữu trong những thai to, sổ khó có thể cắt cả hai bên.
- Dùng kéo thẳng, đầu tù, lưỡi dài và sắc.
- Khâu phục hồi:
 - + Khâu sau khi sổ rau và đã kiểm tra rau.
 - + Sát khuẩn âm hộ, tầng sinh môn.
 - + Đặt một bác to vào âm đạo, khâu theo các lớp giải phẫu, đảm bảo khâu hết đỉnh vết cắt, không để khoảng trống đường hầm

4. Theo dõi và xử trí tai biến.

4.1. Theo dõi.

- Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu.
- Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

4.2. Xử trí.

- Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.
- Nhiễm khuẩn: cắt chỉ tầng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

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

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Tất cả cán bộ y tế và y tế thôn bản/cô đỡ thôn bản trực tiếp chăm sóc cho bà mẹ và sơ sinh khi đẻ.

1. Theo dõi - chăm sóc trong 2 giờ đầu.

Cho mẹ	Cho con
<p>- Sản phụ vẫn nằm ở phòng đẻ.</p> <p>- Nếu mẹ và con đều bình thường, ngay lúc này có thể cho con nằm cạnh mẹ và hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú.</p> <p>Theo dõi: Thở trạng, mạch, huyết áp, co hồi tử cung, ra máu tại các thời điểm 15 phút, 30 phút, 45 phút, 60 phút, 90 phút và 120 phút.</p>	<p>- Bảo đảm trẻ thở được bình thường: ngay khi đỡ trẻ ra, hơi nghiêng đầu trẻ để dãi dớt dễ chảy ra ngoài. Nếu có biểu hiện ngạt, phải xử trí cấp cứu ngay..</p> <p>- Giữ ấm: nhiệt độ phòng từ 26°C - 28°C, không có gió lùa. Luôn để trẻ nằm với mẹ, tốt nhất là đặt trẻ tiếp xúc da kề da trên ngực mẹ. Mặc ấm, đội mũ. Không tắm cho trẻ trước 6 giờ sau đẻ.</p> <p>- Cho bú mẹ ngay trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ. Không cho bất cứ thức ăn, nước uống nào khác.</p> <p>- Thực hiện chăm sóc thường qui: khám toàn thân, chăm sóc rốn, mắt, tiêm vitamin K1, tiêm vaccin viêm gan B và BCG.</p> <p>Theo dõi:</p> <p>- Ngay khi đẻ ra: chỉ số Apgar phút thứ 1, thứ 5 và thứ 10.</p> <p>- Toàn trạng: thở, màu sắc da, thân nhiệt, tiêu hóa: 15 - 20 phút trong 2 giờ đầu.</p>

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		Cho con	
<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>	<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
Mạch nhanh trên 90 lần/phút.	Kiểm tra ngay HA, cầu an toàn, ra máu.	Khó thở, ngừng thở, tím tái, cơ mềm nhẽo.	Hồi sức thở - hồi sức tim - chuyển tuyến.
HA hạ (tối đa < 90 mmHg).	Xử trí choáng sản khoa.	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.
Tăng HA (tối đa > 140, hoặc tăng 30 mmHg; tối thiểu > 90 hoặc tăng 15 mmHg so với trước).	Xử trí tiền sản giật.	Chảy máu rốn.	Làm rốn lại.
Tử cung mềm, cao trên rốn.	Xử trí đỡ tử cung.		
Chảy máu trên 250 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).		

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

Cho mẹ	Cho con
<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Theo dõi từ giờ thứ 7:</p> <p>Toàn trạng, co hồi tử cung (rắn - tròn), băng vệ sinh (kiểm tra lượng máu mất)</p>	<p>Theo dõi trẻ 1 giờ/1 lần:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Theo dõi từ giờ thứ 7:</p> <p>Theo dõi trẻ 6 giờ/lần</p> <p>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?).</p>

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

Cho mẹ	
<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Tử cung mềm, cao quá rốn. - Băng vệ sinh thấm ướt máu sau 1 giờ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Xoa bóp tử cung, ấn đáy lấy máu cục. - Tiêm thuốc co tử cung (10 đv oxytocin). - Kiểm tra, xử trí theo bài “<i>Chảy máu sau đẻ</i>”.

Cho con	
<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
Chưa bú mẹ hoặc khó khăn khi cho con bú.	Hướng dẫn bà mẹ cách cho con bú
Trẻ lạnh hoặc phòng lạnh.	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (xem bài “ <i>Xử trí suy hô hấp</i> ”).
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

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

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

Tuyên áp dụng.

Tuyến xã và thôn bản.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế và y tế thôn bản/cô đỡ thôn bản trực tiếp chăm sóc cho bà mẹ và sơ sinh sau đẻ.

1. Hỏi.

Về mẹ	Về con
<ul style="list-style-type: none">- 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).	<ul style="list-style-type: none">- Bú mẹ?- Toàn trạng- Ngủ.- Đại tiểu tiện.

2. Khám.

Cho mẹ	Cho con
<ul style="list-style-type: none">- 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.	<ul style="list-style-type: none">- Toàn trạng.- Thở.- Thân nhiệt.- Da: có vàng không, có sần, mụn không?- Rốn: có ướt/sưng/có mũ?- Bú mẹ .

3. Hướng dẫn chăm sóc.

Cho mẹ	Cho con
<ul style="list-style-type: none"> - 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 KHHGD, về nuôi con bằng sữa mẹ. - Hẹn đến thăm hoặc hẹn sản phụ đến khám tại trạm vào 6 tuần sau đẻ. 	<ul style="list-style-type: none"> - 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. Có thể phủ một lớp gạc mỏng vô khuẩn. 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 “Sốt sau đẻ”.	Màu sắc da: xanh tái, vàng da đậm tăng dần .	Chuyển tuyến có khả năng điều trị.
Sản dịch: có mũ, mùi hôi.	Xử trí “Sốt sau đẻ”.	Thở bất thường: nhịp thở nhanh hoặc chậm:(≥ 60 hoặc < 40 lần/phút, co rút lồng ngực nặng).	

Cho mẹ		Cho con	
<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>	<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
Rò, rỉ nước tiểu, són phân.	Gửi tuyến trên khám và điều trị.	Thân nhiệt: sốt cao ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) hoặc hạ thân nhiệt ($< 36,5^{\circ}\text{C}$).	Chuyển tuyến có khả năng điều trị.
Tăng 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 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 “ <i>Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ</i> ”)		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.	

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

Tuyên áp dụng.

Tuyên xã và thôn bản.

Người thực hiện.

Tất cả cán bộ y tế và y tế thôn bản/cô đỡ thôn bản trực tiếp chăm sóc cho bà mẹ và sơ sinh sau đẻ.

1. Hỏi.

Về mẹ	Về con
<p>Tình hình chung:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 KHHGD- Những nỗi lo lắng, thắc mắc liên quan đến sức khỏe mẹ và con. <p>Những bất thường:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sốt.- Đau bụng dưới.- Tìm hiểu và hỗ trợ những vấn đề bà mẹ lo lắng.	<ul style="list-style-type: none">- 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
<ul style="list-style-type: none">- 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 mô vệt kiểm tra nếu nghi có viêm sinh dục.	<ul style="list-style-type: none">- 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
<ul style="list-style-type: none"> - Sau mỗi lần đại, tiểu tiện phải rửa và lau khô âm hộ. - Có thể tắm hàng ngày bằng nước sạch và ấm. - 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. 	<p>Giống như phần chăm sóc trẻ trong vòng 1 tuần sau đẻ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chăm sóc chung hàng ngày. - Cho con bú mẹ hoàn toàn. - 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. <p>Đánh giá sự phát triển của trẻ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Xử trí và hướng dẫn bà mẹ xử trí một số vấn đề thông thường:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	
<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>	<i>Phát hiện</i>	<i>Xử trí</i>
Tất cả đều bình thường.	<ul style="list-style-type: none"> - Thảo luận thực hiện KHHGD. - Ghi phiếu theo dõi. 	Tất cả đều bình thường	<ul style="list-style-type: none"> - 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.	<ul style="list-style-type: none"> - Đánh giá bữa bú. - Chuyển tuyến trên để khám.
Nhiễm khuẩn.	Điều trị nhiễm khuẩn.	Nếu có bất thường. (xem “ <i>Chăm sóc bà mẹ và trẻ sơ sinh trong vòng 1 tuần sau đẻ</i> ”)	Chuyển tuyến.
Cương vú, nứt núm vú.	Đánh giá bữa bú, cho lời khuyên phù hợp.		
Bệnh lý nặng.	Chuyển tuyến.		

D
CÁC BẤT THƯỜNG
TRONG THAI NGHÉN, CHUYỂN DẠ
VÀ SINH ĐẼ

THAI NGHÉN CÓ NGUY CƠ CAO

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyển (theo phân tuyển kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi.

Thai nghén có nguy cơ cao là tình trạng thai nghén không có lợi cho mẹ, thai 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 cơ địa của 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 đẻ.
- Những bất thường về giải phẫu của đường sinh dục như tử cung đôi, tử cung hai sừng, vách ngăn tử cung... dễ gây đẻ non.

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 (sản giật).
- Bệnh thận: nguy cơ cao huyết áp mạn dẫn tới sản giật, tiền sản giật.
- Tiểu đường: gây thai to và dễ tử vong.
- Bệnh tim: đặc biệt là bệnh tim có biến chứng gây tử vong cao.
- Bệnh nội tiết: Basedow, tiểu đường dễ gây biến chứng cho mẹ và cho thai nhi.
- 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, thương hàn...
- 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 cơn, trichomonas âm đạo.
- Bệnh não: viêm não, động kinh, tâm thần...
- Nhiễm khuẩn niệu - sinh dục: tụ cầu, Coli, Proteus.
- Bệnh di truyền có tính chất gia đình như: chảy máu, tiểu đường, sinh đôi, đa thai...
- Bệnh ngoại khoa: gãy xương chậu, bệnh trĩ, tạo hình bàng quang do chấn thương...

1.3. Nhóm bệnh và các yếu tố bất thường phát sinh trong kỳ thai này.

Chẳng hạn như bệnh sốt rét, bệnh thiếu máu, tiền sản giật do thai nghén, ngôi bất thường, thai to (thường liên quan đến bệnh tiểu đường).

1.4. Nhóm có tiền sử sản khoa nặng nề:

- Sảy thai liên tiếp nhiều lần: thường do bất thường của hai vợ chồng, thiếu 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.....
- Tiền sử đẻ non, con dưới 2500 g gây nguy cơ cho sơ sinh.
- Hoạt động của nội tiết sinh dục kém dễ gây sảy thai, đẻ non...
- Bất đồng nhóm máu ABO gây nguy cơ cho thai.
- Tiền sử sản giật dễ bị sản giật ở những lần có thai sau.
- Trẻ dị dạng bẩm sinh, bất thường thể nhiễm sắc thì dễ bị dị dạng ở các lần sau.
- Tiền sử bị đình chỉ thai nghén thì lần có thai này cũng dễ bị nguy cơ đó. Chẳng hạn như tiền sử đình chỉ thai nghén do tiền sản giật nặng thì thai lần này cũng dễ bị như vậy.
- Tiền sử phẫu thuật lấy thai dễ có nguy cơ phẫu thuật lại hoặc tiền sử đẻ forceps, giác kéo... dễ bị can thiệp lại ở lần có thai này.
- Các lần đẻ quá gần hoặc quá xa nhau.

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

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

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

2.1. Khám toàn trạng.

- Chiều cao sản phụ dưới 145 cm thì đẻ khó.
- Khám cân nặng: tăng 20 % trọng lượng khi có thai là bình thường.
- Huyết áp.
- Da, niêm mạc, khám vú, khám tim mạch, khám phổi, khám mắt, khám ngoại khoa (vẹo, gù).

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 suốt quá 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 cân nhắc 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.

Cần biết những yếu tố sau đây để tiên lượng thai nghén có nguy cơ cao trong chuyển dạ.

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

- Bệnh của mẹ có tăng lên trong đẻ: tăng huyết áp, hôn mê gan, lao phổi
- Đa ối, thiếu ối, ối vỡ non, vỡ sớm, nhiễm khuẩn ối...
- Ngôi thai bất thường: ngôi trán, ngôi vai...
- Rối loạn con co tử cung: cường tính, không đều...
- Bất thường về dây rốn: ngắn, quấn cổ, sa dây rốn...
- Suy thai.
- Cổ tử cung không tiến triển.
- Mẹ rạn yếu, chuyển dạ kéo dài.
- Chỉ định sản khoa không đúng về forceps, về sử dụng oxytocin.
- Cho sơ sinh: thoát vị cơ hoành (bẩm sinh), ngạt, xẹp phổi, chảy máu phổi, non tháng nhẹ cân < 2500 g.

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...
- Thử nghiệm sắc: cho phụ nữ > 35 tuổi, tiền sử đẻ con bị bệnh Down hoặc rối loạn thể nhiễm sắc khác.
- Theo dõi nhịp tim thai (ống nghe tim thai, monitor sản khoa).
- Test gáy con 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:

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

- Đánh giá nguy cơ cho mẹ trong chuyển dạ: có trước như tiền sản giật, hen phế quản, tăng huyết áp, bệnh tim... trong chuyển dạ sẽ nặng lên như sản giật, suy tim, phù phổi cấp...

5. Chăm sóc thai nghén có nguy cơ.

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 ở lại tuyến của mình 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.
- Tích cực điều trị thai suy và sơ sinh ngạt.

5.1. Biện pháp chung.

- Quản lý thai nghén để sớm xác định các yếu tố nguy cơ.
- Loại bỏ thai nghén không mong muốn bằng biện pháp sản khoa thích 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.

5.2. Biện pháp riêng.

- Điều trị nội khoa các bệnh nội khoa của sản phụ: tim, phổi...
- 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.
- Đình chỉ thai nghén để cứu mẹ.

CHẢY MÁU TRONG NỬA ĐẦU THAI KỲ

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi theo qui định của từng tuyến (xem chi tiết trong bài).

1. Bệnh cảnh thường gặp.

- Dọa sảy thai, sảy 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 choáng 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 sảy thai, sảy thai.

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

3.1.1. Dọa sảy thai.

Triệu chứng

- Có chậm kinh và tình trạng nghén.
- 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 hoặc có thai, âm vang thai và 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 tiến triển 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 sảy thai liên tiếp chuyển tuyến tỉnh.
- Nếu không muốn giữ thai thì chấm dứt thai nghén.

3.1.2. Đang sảy thai.

Triệu chứng

- Đau bụng nhiều từng cơn vùng hạ vị.
- Máu ra ngày càng nhiều, có khi choáng.
- 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 choáng truyền dịch trong khi chuyển tuyến hoặc chờ tuyến trên xuống xử trí.

Tuyến huyện:

- Nong cổ tử cung nếu cần rồi gấp bọc thai ra và hút.
- Nếu có choáng: truyền dung dịch mặn đẳng trương 0,9% hoặc Ringer lactat
- Cho oxytocin 5 đv x 1 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. Sảy thai hoàn toàn.

Triệu chứng

- Thường gặp khi sảy 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. Sảy thai không hoàn toàn: sót rau.

Triệu chứng

- Sau khi thai sảy, 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 uống 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.

3.1.5. Sảy thai nhiễm khuẩn.

Triệu chứng

- Thường đi sau một phá thai không an toàn (không bảo đảm vô khuẩn) hoặc sảy 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.
- Phải cho kháng sinh gentamycin 80 mg x 01 ống (tiêm bắp) hoặc amoxicillin 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 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. Sảy thai đã chết.

Sảy 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 sảy 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, tim thai không có.
- 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 túi ối méo mó, không có 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.

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: ngâm 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 mổ cũ ở tử cung: chống chỉ định dùng misoprostol. Có thể truyền oxytocin tĩnh mạch gây sảy thai.

3.2. Thai ngoài tử cung.

Triệu chứng

- Có 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 trứng 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 cà phê) 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 các âm vang thai trong buồng tử cung mà có thể thấy những âm vang bất thường ở một bên vòi tử cung.
- Nếu thai ngoài tử cung đã vỡ: người bệnh có cơn đau dữ dội, đột ngột, có choáng do mất máu, bụng chướng nhẹ, có 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 đây, đặc biệt túi cùng sau phòng 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 choáng 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 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 choáng.
 - + 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.

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 tuyết rơi.

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 sảy 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.

CHẢY MÁU TRONG NỬA CUỐI THAI KỲ VÀ TRONG CHUYỂN DẠ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

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, 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 choáng.
- Khám: ngôi cao hoặc ngôi bất thường.
- Tim thai: bình thường, có thể suy thai nếu mẹ bị choáng.
- 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 mổ vết để quan sát (chỉ định làm ở phòng phẫu thuật).
- Không thăm khám âm đạo bằng tay.

1.2. Xử trí.

Tuyến xã

- Khi nghĩ đến 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 choáng, cần sơ bộ chống choáng bằng truyền dịch (nước muối sinh lý hoặc Ringer lactat) cho thuốc giảm co tử cung rồi chuyển lên tuyến có trung tâm 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

- Chân đoán xác định bằng siêu âm.
- 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.
 - + Nếu rau bám mặt sau: rạch da đường ngang, rạch đoạn dưới tử cung lấy thai.
 - + 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 choáng.

2. Rau bong non.

Là rau bám ở vị trí bình thường nhưng 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.
- 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 choáng nhẹ.

Thể nặng:

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

2.2. Xử trí.

Tuyên xã.

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

Tuyển huyện và tuyển tỉnh.

- Hồi sức chống choáng (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.

3. Dọa vỡ tử cung.

3.1. Triệu chứng.

- Sản phụ đau nhiều do cơn co tử cung mạnh và mau.
- Vòng Bandl 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.

Tuyển 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, morphin 10 mg x 1 ống (tiêm bắp) để giảm đau.
- Tư vấn, gửi đi tuyến trên ngay và có nhân viên y tế đi kèm.

Tuyển huyện và tuyển tỉnh.

- Cho thuốc giảm co tử cung: nifedipin 10 mg x 1 viên ngậm dưới lưỡi, hoặc morphin 10 mg x 1 ống (tiêm bắp) để giảm đau.
- 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 choáng.
- 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 choáng.

4.2. Xử trí.

Tuyển xã.

- Hồi sức chống choáng, 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.

Tuyển huyện và tuyển tỉnh.

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

CHẢY MÁU SAU ĐẸ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

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 choáng hoặc bắt đầu có choáng phải xử trí ngay theo phác đồ xử trí choáng.
- Đánh giá tình trạng mất máu.
- 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.
- Gọi tuyến trên hoặc chuyển tuyến trên 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 choáng nếu không xử trí kịp thời.

3.1.2 Xử trí.

Tuyên 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 ngâm dưới lưỡi.
- Truyền dịch chống choáng.
- 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.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh

- Xử trí như tuyến xã.
- 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 choáng.
- 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 chỗ 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. Sốt 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 choáng.

Xử trí.

Tuyến xã.

- Truyền dịch tĩnh mạch ngay.
- Cho thuốc giảm đau (morphin 10 mg x 1 ống tiêm bắp) và tiến hành kiểm soát tử cung.
- Tiêm bắp 5 - 10 đv oxytocin hoặc/và ergometrin 0,2 mg.
- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu và co hồi tử cung.
- Nếu có choáng 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.
- 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 choáng, 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 choáng, 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 tuyến trên.

Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

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

4. Dự phòng.

- Đảm bảo công tác quản lý thai nghén tốt, phát hiện sớm các nguy cơ cao để chuyển lên để 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.

CHOÁNG SẢN KHOA

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Cán bộ y tế tham gia cung cấp dịch vụ.

Trong thực hành lâm sàng, choáng 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.

Choáng là một tình trạng suy sụp tuần hoàn do nhiều nguyên nhân khác nhau, làm giảm hoặc ngừng cung cấp máu, oxygen 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 choáng thường gặp là choáng do mất máu (băng huyết sau đẻ, sảy thai...) 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.
- Thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Tùy từng nguyên nhân gây choáng mà có biểu hiện lâm sàng khác nhau.

3. Xử trí.

3.1 Xử trí ban đầu.

Đứng trước một trường hợp choáng, 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 như người bệnh nôn).
- Hút đờm dãi nếu người bệnh tiết nhiều đờm dãi và cho người bệnh thở oxygen qua mũi với tốc độ 6 - 8 lít/phút. Tại tuyến xã nếu không có bình oxygen có thể cho người bệnh thở oxygen qua túi đựng oxygen, tốt nhất nên cho oxygen đi qua một bình chứa nước để đảm bảo đủ độ ẩm.
- Bù khối lượng tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch tốc độ nhanh các 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 nếu như choáng do chảy máu và khối lượng dịch bù vào gấp 2 - 3 lần khối lượng máu đã mất.

- Trong trường hợp mất máu (do băng huyết) cần phải truyền máu cho người bệnh. Việc quyết định truyền máu hay không chủ yếu dựa vào lâm sàng và xét nghiệm hemoglobin < 50 g/lít. Nên tiến hành thử máu tại giường bệnh.
- Kiểm tra thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn 15 phút/lần.
- Trong trường hợp băng huyết phải bằng mọi cách cầm máu ngay lập tức.
- Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận, tình trạng đông máu...
- Trong trường hợp choáng 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. Xác định và xử trí nguyên nhân gây choáng.

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

3.2.1. Choáng do mất máu.

- Xác định nguyên nhân chảy máu và xử trí cầm máu ngay lập tức: có thể chảy máu do sảy thai, sảy 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.

Tuyển xã.

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

Tuyển huyện.

- 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 oxygen.
- Trợ tim mạch: dopamin truyền tĩnh mạch (ống 50 mg, liều khởi đầu là < 5 mcg/kg/phút, tăng dần liều lượng có thể tới 20 mcg/kg/phút).
- Chống rối loạn đông máu bằng tiêm fibrinogen tĩnh mạch (lọ 1 - 3 g).
- Điều trị nguyên nhân gây chảy máu.
- Nếu tình trạng nặng chuyển tuyển tỉnh hoặc mời tuyển tỉnh hỗ trợ.

3.2.2. Choáng do nhiễm khuẩn và nhiễm độc.

Triệu chứng.

- Mệt mỏi, lơ mơ, chân tay lạnh, vật vã.
- Sốt cao, rét run.
- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, kẹt hoặc dao động.
- Thở nhanh, sâu.
- Da xanh, vàng. Có những mảng hay nốt xuất huyết ở da.
- Nước tiểu ít.

Tuyến xã.

Tiêm bắp kháng sinh ampicilin 1 g và gentamycin 160 mg, hồi sức và chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện.

- Thở oxygen, 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).
- Nếu tình trạng nặng chuyển tuyến tỉnh hoặc mời tuyến tỉnh hỗ trợ.

3.3. Đánh giá lại.

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

- 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 > 30 ml/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 choáng.
- 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.
- Tùy theo nguyên nhân mà lúc đó sẽ tiến hành xử trí theo nguyên nhân, ví dụ choáng do nhiễm khuẩn hậu sản thì phải phẫu thuật để cắt tử cung. Choáng do chảy máu phải phẫu thuật để thắt động mạch tử cung, hạ vị hoặc cắt tử cung tùy từng hoàn cảnh cụ thể.

TĂNG HUYẾT ÁP, TIỀN SẢN GIẬT VÀ SẢN GIẬT

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

Định nghĩa tăng huyết áp.

- Khi huyết áp tâm trương trên 90 mmHg hoặc huyết áp tâm thu trên 140 mmHg đối với người không biết số đo huyết áp bình thường của mình;
- Khi huyết áp tâm trương tăng 15 mmHg hoặc huyết áp tâm thu tăng trên 30 mmHg so với huyết áp bình thường trước khi có thai.

Thai nghén gây tăng huyết áp có thể gặp.

- Tăng huyết áp không kèm theo protein niệu hoặc phù.
- Tiền sản giật nhẹ.
- Tiền sản giật nặng.
- Sản giật.

1. Triệu chứng và chẩn đoán.

Triệu chứng	Chẩn đoán
Huyết áp tâm trương 90 mmHg hoặc cao hơn, trước 20 tuần tuổi thai.	Tăng huyết áp mạn tính trước khi có thai.
<ul style="list-style-type: none">- Huyết áp tâm trương 90 - 110 mmHg đo 2 lần cách nhau 4 giờ, sau 20 tuần tuổi thai.- Không có protein niệu.	Thai nghén gây tăng huyết áp.
<ul style="list-style-type: none">- Huyết áp tâm trương 90 - 110 mmHg, 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.
<ul style="list-style-type: none">- Huyết áp tâm trương 110 mmHg trở lên sau 20 tuần tuổi thai và protein niệu +++ hoặc hơn.- Ngoài ra có thể có các dấu hiệu sau:<ul style="list-style-type: none">- Tăng phản xạ.- Đau đầu tăng, chóng mặt.- Nhìn mờ, hoa mắt.- Thiểu niệu (dưới 400 ml/24 giờ).- Đau vùng thượng vị.- Phù phổi.- 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	Tiền sản giật nặng. Ba triệu chứng gồm: tan máu vi thể (biểu hiện bằng bilirubin tăng), các enzym của gan tăng (SGOT và SGPT tăng cao từ 70 đv/l trở lên) và số lượng tiểu cầu giảm dưới 100000/mm ³ máu sẽ tạo nên hội chứng HELLP.
<ul style="list-style-type: none">- 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.

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.

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

2.2.2. Tuyến huyện.

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 100 mmHg, uống aldomet 250 mg x 2 viên x 2 lần/ngày. Những ngày sau 250 mg/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 lí 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 - 4 g tiêm tĩnh mạch thật chậm với tốc độ 1 gam/phút hoặc pha loãng trong dung dịch glucose truyền tĩnh mạch. Sau đó cứ 1 giờ tiêm bắp sâu 1 g/lần. Phải theo dõi phản xạ gân xương hàng ngày, để 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 100 mmHg, có thể tiêm bắp nhắc lại nếu cần thiết. Nếu không có hydralazin thì dùng nifedipin 10 mg ngâm 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.

Điều trị 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 để phòng cắn phải lưỡi, hít phải đờm dãi, cho người bệnh thở oxygen.
- Cho thuốc chống co giật duy trì 24 giờ hoặc sau cơn giật cuối cùng.
- 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:
 - + Người bệnh ổn định:
 - Ở tuổi thai 28 - 34 tuần, điều trị corticoid (hoặc cho betamethason 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ hoặc cho dexamethason 6 mg/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.
 - + Người bệnh 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 như suy thai.

SINH ĐÔI

Tuyên áp dụng.

Tuyển huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

1. Chẩn đoán.

- Tử cung to hơn so với tuổi thai.
- Nắn thấy 3 hoặc nhiều hơn 3 cực (1 hoặc 2 đầu, 1 hoặc 2 mông).
- Nghe thấy 2 ổ tim thai ở 2 vị trí khác nhau (cách nhau ≥ 10 cm) với tần số khác nhau.
- Thăm âm đạo có thể xác định được ngôi thể của thai thứ nhất.
- Có thể dựa vào siêu âm để xác định chắc chắn.
- Chẩn đoán phân biệt với: thai to, đa ối, có thai và khối u trong ổ bụng.

2. Xử trí.

2.1. Tuyển xã.

- Tư vấn, chuyển tuyến trên.

2.2. Tuyển huyện.

- Phần lớn thai đôi có thể đẻ đường dưới được vì trọng lượng thường không to.
- Nên gây tê ngoài màng cứng nếu có điều kiện để sẵn sàng giảm đau khi phải nội xoay thai thứ hai.
- Nếu thai thứ nhất là ngôi mông thì nên phẫu thuật lấy thai.
- Đỡ đẻ thai thứ nhất giống như đỡ đẻ cho một thai.
- Nguy cơ có thể xảy ra cho thai thứ hai sau khi đẻ thai thứ nhất: tử cung co lại làm rau bong và có thể gặp ngôi bất thường.
- 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 nội xoay thai và đại kéo thai.
- Có thể dùng oxytocin truyền tĩnh mạch 5 đv trong 500 ml dung dịch glucose 5 % nếu cơn co tử cung yếu hoặc sau khi thai thứ nhất số 15 phút không có cơn co tử cung (chỉ dùng sau khi đã xác định thai thứ hai là ngôi chỏm hoặc ngôi mông).
- Chú ý đề phòng chảy máu vì sau đẻ dễ bị ðờ tử cung.
- Nội xoay thai thứ hai: xem bài “*Xoay thai trong*”

NGÔI BẤT THƯỜNG

Tuyển áp dụng.

Tuyển huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

1. Ngôi mặt.

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

1.1. Chẩn đoán.

- Ngôi đầu, nắn ngoài, có dấu hiệu nhát rìu nếu là kiểu cầm sau, nếu là kiểu cầm trước sờ thấy cầm 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 móm của ngôi là móm cầm, 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.

Tuyển xã

Tư vấn, chuyển tuyến trên.

Tuyển huyện

- Cuộc đẻ ngôi mặt diễn ra lâu và khó khăn hơn đẻ ngôi chỏm.
- Chỉ có ngôi mặt cầm 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 cầm sau tự quay được về cầm trước cũng có thể đẻ đường âm đạo.
- Phẫu thuật lấy thai cho những trường hợp ngôi mặt cầm sau hoặc cầm 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 giữa 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 góc mũi, 2 hố mắt, trán và thóp trước (ngôi trán) hoặc thấy thóp trước ở chính giữa tiêu khung (ngôi thóp trước).
- Không bao giờ sờ thấy thóp sau và móm cầm.
- Cần chẩn đoán phân biệt với ngôi mặt và ngôi chỏm.

2.2. Xử trí.

Tuyển 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.

Tuyển huyện trở lên.

Phẫu thuật lấy thai khi có chẩn đoán xác định.

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.

Tuyển 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.

Tuyển 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 chéo, trục của thai không trùng với trục của tử cung.
- Mốc của ngôi là móm 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, sờ thấy đầu ở mạng sườn hoặc hố chậu, chiều cao tử cung thấp hơn so với tuổi thai, thăm âm đạo thấy tiểu khung rộng, ối rất phồng. Khi có chuyển dạ nếu ối vỡ, cổ tử cung mở có thể sờ thấy móm 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.

Tuyển 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.

Tuyển 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.

DẠ ĐẼ NON VÀ ĐẼ NON

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

1. Dọa đẻ non.

1.1. Chẩn đoán.

- Tuổi thai từ hết 22 đến hết 37 tuần.
- Có cơn co tử cung gây đau.
- Cổ tử cung đóng.
- Có thể có ra máu hay chất nhầy màu hồng.
- Siêu âm đo chiều dài cổ tử cung.

1.2. Xử trí.

Tuyến xã.

- Nằm nghỉ tuyệt đối cho tới khi hết cơn co.
- Tư vấn.
- Cho: salbutamol viên 2 mg, ngậm 2 viên đến 4 viên/ngày (chia đều).
- Không đỡ: chuyển tuyến trên.

Tuyến huyện.

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Tư vấn.
- Hoặc truyền tĩnh mạch salbutamol: pha 5 mg vào 500 ml dung dịch glucose 5 %, đặt thai phụ nằm nghiêng trái, truyền với tốc độ XX giọt/phút (tức 10 mcg/phút). Nếu cơn co không đỡ có thể tăng liều dần lên, tối đa có thể tới 45 giọt/phút (trên 20 mcg/phút). Không truyền salbutamol khi có dị ứng thuốc, bệnh tim nặng, chảy máu nhiều, nhiễm khuẩn ôi.
- Cho: salbutamol viên 2 mg, ngậm 2 viên đến 4 viên/ngày nếu cơn co tử cung nhẹ hay tiếp theo sau khi truyền tĩnh mạch.
- Dùng corticoid: chỉ định dùng cho tuổi thai từ 28 đến hết 34 tuần, chỉ dùng một đợt. Hiệu quả xuất hiện sau khi bắt đầu dùng thuốc 24 giờ.
 - + Hoặc cho betamethason 12 mg, tiêm bắp 2 liều cách nhau 24 giờ.
 - + Hoặc cho dexamethason 6 mg/lần, tiêm bắp 4 lần, cách nhau 12 giờ.

Tuyến tỉnh.

- Nằm nghỉ tuyệt đối.
- Tư vấn.
- Cho thuốc cắt cơn co tử cung:
 - + Nifedipin: nên dùng trong trường hợp tiểu đường, chảy máu trong rau tiền đạo, đa thai:

- Liều tấn công: nifedipin 10 mg, ngậm dưới lưỡi. Nếu còn cơn co, cứ 20 phút ngậm 1 viên, tổng liều không quá 4 viên.
- Liều duy trì: sau viên cuối của liều tấn công 3 giờ, dùng nifedipin tác dụng chậm 20 mg, uống 1 viên, cứ 6 giờ đến 8 giờ một lần.
- Nếu nifedipin thất bại, sau liều cuối 2 giờ có thể dùng salbutamol

Phải theo dõi huyết áp sau khi dùng nifedipin 15 phút.

Chống chỉ định dùng khi huyết áp thấp (< 90/50 mmHg)

+ Hoặc salbutamol (như trên).

- Cho corticoid nếu trước đó chưa được dùng.

(Lưu ý: Không điều trị dọa đẻ non cho thai từ 36 tuần trở lên).

2. Đẻ non.

2.1. Chẩn đoán.

- Tuổi thai từ hết tuần 22 đến trước khi hết 37 tuần.
- Cổ tử cung xóa, có khi đã mở.
- Cơn co tử cung đều đặn, gây đau.
- Có dịch nhày màu hồng.

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:

- Chuyển lên tuyến tỉnh nếu thai quá non (dưới 32 tuần).
- Nghỉ ngơi hoàn toàn.
- Cho corticoid nếu chưa được dùng.
- Tư vấn.
- Cố gắng làm chậm cuộc đẻ trong 24 giờ sau khi tiêm corticoid bằng cách cho nifedipin hay salbutamol.
- Chờ cuộc đẻ tiến triển bình thường (chỉ kiểm soát tử cung khi có chỉ định, không kiểm soát tử cung hàng loạt).
- Thông báo cho bác sĩ nhi khoa.
- Chuẩn bị phương tiện hồi sức, chăm sóc sơ sinh thiếu tháng.

Tuyến tỉnh:

- Dùng nifedipin hay salbutamol để làm chậm cuộc đẻ.
- Dùng corticoid nếu trước đó chưa được dùng.
- Xử trí như tuyến huyện.

THAI QUÁ NGÀY SINH

Tuyên thực hiện.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

1. Chẩn đoán và đánh giá.

- Thai quá ngày sinh là thai ở trong bụng mẹ quá 287 ngày (quá 41 tuần) tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng.
- Thực hiện xác định tuổi thai bằng siêu âm nếu có điều kiện trong vòng 20 tuần đầu tiên của thai kỳ.
- Phải cho nằm viện theo dõi 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.

Nếu nghi ngờ quá ngày sinh (thai trên 287 ngày trở đi), chuyển tuyến ngay sau khi tư vấn.

2.2. Tuyến huyện và tuyến tỉnh.

2.2.1. Chẩn đoán.

- Dựa vào tuổi thai (tính từ ngày đầu của kỳ kinh cuối, có giá trị nếu vòng kinh bình thường).
- Dựa vào siêu âm để xác định tuổi thai đối với thai trước 20 tuần nếu ngày đầu kỳ kinh cuối không xác định hoặc kinh không đều.

2.2.2. Xử trí.

- Theo dõi chỉ số nước ối bằng siêu âm (thiểu ối là một dấu hiệu của suy tuần hoàn rau - thai và thai thiếu oxygen) và bằng soi ối (nước ối lẫn phân su thường gặp ở thai quá ngày sinh). Theo dõi tình trạng thai nhi bằng test không đả kích (non stress test) 2 - 3 ngày/lần. Nếu test không đáp ứng thì phải làm test có đả kích (stress test) (vê núm vú, truyền oxytocin), hoặc gây chuyển dạ (xem "*Các phương pháp gây chuyển dạ*"). Nếu test không đả kích hoặc test đả kích bệnh lý thì phải phẫu thuật lấy thai.
- Nếu cổ tử cung không thuận lợi (chỉ số Bishop dưới 5) thì làm mềm cổ tử cung bằng misoprostol 50 mcg ngậm dưới lưỡi, cứ 4 - 6 giờ/lần, ngày không quá 3 liều.
- Nếu cổ tử cung thuận lợi (chỉ số Bishop > 5) thì gây chuyển dạ bằng bấm ối và truyền oxytocin tĩnh mạch.
- Trẻ quá ngày sinh cần được chăm sóc: ủ ấm, thông đường hô hấp, cho vitamin K₁ và theo dõi sự phát triển của trẻ.

VỠ ỒI NON

Tuyên thực hiện.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

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 khô 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 nifedipin ngâm dưới lưỡi 10 mg 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.

SA DÂY RỖN

Tuyên thực hiện.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

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 10 mg uống, hoặc salbutamol viên 2 mg 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 nhanh: cho đẻ.
 - + Nếu không đủ điều kiện đẻ đường dưới: chuyển tuyến.
 - + Dùng thuốc giảm co tử cung, như nifedipin 10 mg uống hoặc salbutamol viên 2 mg 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 500 ml 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.

Tuyển 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:
 - + Để đường dưới nếu đủ điều kiện.
 - + Phẫu thuật lấy thai ngay nếu không đủ điều kiện để đường dưới.
- Nếu thai đã chết, không còn tính chất cấp cứu, theo dõi để đường dưới nếu không có các nguyên nhân đẻ khó khác.

THAI CHẾT TRONG TỬ CUNG

Tuyên thực hiện.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

Thai chết trong tử cung là thai chết khi tuổi thai từ 22 tuần trở lên cho đến trước khi 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 chõng 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 sọ huyết dưới 2 g, sản phụ có bệnh nội khoa khác: tuyến huyện chuyển tuyến tỉnh
- Gây chuyển dạ bằng thuốc misoprostol 100 mcg, cứ 4 - 6 giờ/lần, ngâm dưới lưỡi hoặc đặt âm đạo. Nếu thai ra không hoàn toàn sau đó chảy máu nhiều thì phải dùng thủ thuật hút, nạo lấy ra. Nếu cần dùng thêm oxytocin.
- Hỗ trợ tinh thần cho sản phụ.

NHIỄM HIV KHI CÓ THAI

Tuyên thực hiện.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi.

1. Chẩn đoán nhiễm HIV.

- Mẫu huyết thanh được coi là dương tính với HIV khi dương tính cả 3 lần xét nghiệm bằng 3 loại sinh phẩm với các nguyên lý và kháng nguyên khác nhau (phương cách III).
- Chỉ những phòng xét nghiệm đạt tiêu chuẩn được Bộ Y tế cho phép mới được quyền thông báo kết quả xét nghiệm HIV dương tính.

2. Xử trí.

Tư vấn việc lây truyền HIV từ mẹ sang con để thai phụ quyết định giữ thai hay phá thai.

- Thai dưới 22 tuần: tư vấn về phá thai hoặc giữ thai.
- Thai từ 22 tuần: quản lý và điều trị.
- Nếu xin phá thai.
 - + Tùy tuổi thai để tiến hành phá thai (xem phần *Phá thai an toàn*).
 - + Tư vấn về các biện pháp tránh thai sau khi phá thai.
 - + Sau phá thai, chuyển thai phụ về Trung tâm Phòng chống AIDS để quản lý và điều trị theo mã số.
- Nếu muốn giữ thai.
 - + Quản lý thai nghén.
 - + Tư vấn về nguy cơ lây truyền cho con và khả năng phòng bệnh.
 - + Khi chuyển dạ nên phẫu thuật lấy thai.
 - + Phác đồ AZT + nevirapin cho mẹ.
 - AZT uống 300 mg x 2 lần/ngày từ tuần thai thứ 28.
 - Khi chuyển dạ AZT 600 mg và nevirapin 200 mg.
 - + Phác đồ sử dụng nevirapin.
 - Khi bắt đầu chuyển dạ hoặc trước khi phẫu thuật lấy thai 4 giờ cho uống nevirapin 200 mg.
 - + Phác đồ 3 thuốc
 - AZT/d4T + 3TC + NFV/SQV/r hàng ngày cho đến khi đẻ.
 - Liều dùng: (zidovudin) + nevirapin (NVP)
 - AZT(zidovudin) 300 mg uống x 2 lần/ngày hoặc d4T 30 mg cho người mẹ nặng dưới 60 kg và 40 mg nếu người mẹ nặng trên 60 kg, uống 2 lần/ngày.
 - 3TC 150 mg uống 2 lần/ngày.
 - Nelfinavir 1250 mg (ảnh hưởng tới gen) uống x 2 lần/ngày hoặc saquinavir/ritonavir 1000 mg/100 mg x 2 lần/ngày.
 - + Cho sơ sinh AZT hay nevirapin.
 - AZT sirô 2 mg/kg, 6 giờ một lần, bắt đầu 8 - 10 giờ sau sinh, kéo dài 6 tuần.
 - Nevirapin sirô 2 mg/kg/lần uống trong vòng 72 giờ sau sinh.

- + Tư vấn về việc không cho bú sữa mẹ tránh lây truyền bệnh và tư vấn về cách dùng các sản phẩm thay thế sữa mẹ (tham khảo bài “*Tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ*” và “*Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con*” của Bộ Y tế).
- + Quản lý mẹ và con và tiếp tục điều trị bệnh cho mẹ bằng thuốc chống retrovirus và dự phòng các bệnh nhiễm khuẩn cơ hội.

XỬ TRÍ PHÙ PHÔI CẤP TRONG CHUYỂN DẠ

Tuyển áp dụng.

Tuyển huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ gây mê hồi sức.

1. Xử trí chung.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở, nghe tim phổi.
- Cho nằm đầu cao.
- Hút đờm rãi làm thông đường hô hấp.
- Thở oxygen.
- Tư vấn cho gia đình biết tình trạng nặng của bệnh, nguy cơ cho mẹ và cho con.
- Tuyển xã phải tiêm dưới da 10 mg morphin và chuyển lên tuyển huyện ngay, có nhân viên y tế đi kèm, cho người bệnh thở oxygen (nếu có), tư thế đầu cao khi chuyển.

2. Xử trí đặc hiệu.

2.1. Phù phổi cấp huyết động.

- Cho thai phụ ngồi thẳng, chân thông.
- Garo ba chi luân chuyển.
- Đặt nội khí quản hút đờm rãi, thở oxygen 60 % với dung lượng 8 - 12 lít/phút.
- Tiêm tĩnh mạch:
 - + Thuốc lợi tiểu (thuốc được lựa chọn thường là lasix 20 mg 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: ví dụ như cedilanit 0,4 mg x 1 - 2 ống.
 - + Tiêm dưới da 10 mg morphin.
 - + Nếu cần thì phải trích máu tĩnh mạch. Khuyến cáo nên trích 300 ml máu.
- Xử trí sản khoa:
 - + Phẫu thuật lấy thai khi hết cơn phù phổi cấp.
 - + Forceps khi đủ điều kiện.

2.2. Phù phổi cấp do tổn thương.

- Đặt nội khí quản thở máy, hô hấp hỗ trợ, thở oxygen.
- Dopamin truyền tĩnh mạch.
- Truyền huyết tương.
- Kháng sinh liều cao.
- Methyl prednisolon: 30 mg tiêm tĩnh mạch, cách 4 giờ/lần
- Có thể phẫu thuật lấy thai khi có chỉ định.

CHUYỂN DẠ ĐÌNH TRỆ

Tuyên thực hiện.

Tuyên huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi (xem chi tiết trong bài).

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 bị kéo dài quá 8 giờ, pha tích cực kéo dài quá 7 giờ.
- Khám thấy độ lọt của ngôi không tiến triển.
- Xuất hiện tình trạng chùng khớp sọ, có 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 có bệnh gây biến dạng khung chậu (bại liệt, lao, chấn thương).
 - + Rối loạn cơn co tử cung: cơn co thừa 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 u tiểu khung).
- Do thai:
 - + Các ngôi bất thường (trán, mặt, mông, vai).
 - + Thai to (ước từ 3500 g trở lên).
 - + Thai bất thường (não úng thủy, bụng cóc).
- Nguyên nhân khác.
 - + Dây rốn ngắn.

3. Xử trí.

- Tuyên xã: chuyển tuyến trên.
- Tuyên 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.
 - + Hủy thai nếu có chỉ định.

THEO DÕI CUỘC ĐẸ VỚI SẢN PHỤ CÓ SẸO MỔ Ở TỬ CUNG

Tuyên áp dụng.

Tuyển huyện có phẫu thuật trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

Các sẹo mổ do bóc u xơ, u cơ tử cung, mổ thân 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. Tuyên xã và cơ sở tương đương.

Có nhiệm vụ theo dõi, quản lý thai nghén, tư vấn về nguy cơ ban đầu và chuyển sản phụ lên tuyến trên để quản lý thai trước ba tháng cuối của thai kỳ.

3. Tuyển 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. Tuyển tỉnh.

- Nếu chuyển dạ tiến triển thuận lợi: tùy theo kinh nghiệm và khả năng của thầy thuốc có thể cho đẻ thường, giác kéo hoặc forceps và có thể không cần kiểm soát tử cung sau đẻ.
- Nếu cuộc chuyển dạ tiến triển bất thường thì phẫu thuật lấy thai.

SUY THAI CẤP

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

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.
- Bằng monitor sản khoa (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).
- Thiếu ối (trên siêu âm hoặc khi bấm ối)

2. Xử trí.

2.1. Tuyến xã.

Khi thấy suy thai cấp và cơn co mau thì cho thuốc giảm co tử cung, 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 với salbutamol (xem bài “*Thuốc giảm co tử cung trong chuyển dạ*”).
 - + Nếu đang truyền oxytocin thì ngừng truyền.

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.

SỬ DỤNG OXYTOCIN

Tuyển áp dụng.

Tuyển huyện có khả năng phẫu thuật trở lên.

(riêng tuyển xã chỉ sử dụng trong xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ và sau đẻ).

Người thực hiện.

Bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi.

Thuốc oxytocin là thuốc gây co bóp tử cung cả về tần số và cường độ.

1. Chỉ định.

- Xử trí tích cực giai đoạn ba trong chuyển dạ, sau khi sỏ 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 “Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ”).
- Đề phòng và điều trị băng huyết do òr tử cung (Tham khảo bài “Chảy máu sau đẻ”).
- Trong trường hợp chuyển dạ nếu cơn co tử cung thưa và yếu hoặc do òi vỡ sớm mà cơn co không đủ cho cuộc chuyển dạ tích cực. Cách thực hiện như sau:
 - + Dung dịch glucose 5 % x 500 ml pha với oxytocin 5 ðv (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.

SỬ DỤNG THUỐC GIẢM CƠ TỬ CUNG TRONG CHUYỂN ĐẠ

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

(NHS/YSSN đối với những xã không có bác sĩ, trong trường hợp cấp cứu)

1. Thuốc sử dụng.

Dùng một trong các thuốc sau.

- Alverin (spasmaverin) 40 mg (viên uống) hoặc ống 40 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 - 2 ống.
- Salbutamol viên 2 mg, ống 0,5 mg tiêm bắp. Chống chỉ định trong trường hợp chảy máu nhiều.
- Nitroglycerin 1 mg ngậm dưới lưỡi.
- Nifedipin 10 mg ngậm dưới lưỡi (xem bài “*Đọa đẻ non*”). Nifedipin an toàn hơn so với các thuốc giảm co khác.

2. Chỉ định.

- Con co tử cung quá mạnh hoặc quá mau gây suy thai.
- Rau tiền đạo có chảy máu.
- Đọa vỡ tử cung.
- Đọa đẻ non (thai trước 34 tuần).

3. Cách dùng.

3.1. Tuyến xã.

Trước khi chuyển lên tuyến trên các sản phụ có chỉ định dùng thuốc giảm co:

- Nifedipin.
- Salbutamol viên 2 mg uống (không được dùng loại tiêm).
- Spasmaverin

3.2. Tuyến huyện.

Điều trị như tuyến xã, sau đó sử dụng thuốc dựa theo đánh giá tình trạng thực tế của sản phụ. Có thể sử dụng nitroglycerin.

SỐT SAU ĐẸ

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

1. Định nghĩa.

Sốt sau đẻ là sốt từ trên 24 giờ sau khi sinh với thân nhiệt từ 38°C trở lên. Đây là triệu chứng do nhiều nguyên nhân khác nhau với mức độ nặng nhẹ khác nhau.

2. Các nguyên nhân.

2.1. Bệnh nội ngoại khoa.

- Nhiễm khuẩn vết mổ .
- Viêm bàng quang.
- Viêm bể thận cấp.
- Sốt rét.
- Viêm phổi, lao phổi.
- Thương hàn, viêm gan...

2.2. Nhiễm khuẩn hậu sản.

- Nhiễm khuẩn âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn.
- Viêm nội mạc tử cung, viêm toàn bộ tử cung, viêm tử cung phần phụ, viêm phúc mạc tiêu khung, viêm phúc mạc toàn bộ, nhiễm khuẩn huyết.

2.3. Sốt sau đẻ do các bệnh về vú.

Cương vú, viêm vú, áp xe vú.

3. Các dấu hiệu và xử trí.

3.1. Nhiễm khuẩn vết mổ.

- Dấu hiệu chính: vết mổ sưng, có dịch tiết là máu hay mủ, tấy đỏ quanh vết khâu.
- Xử trí: cắt chỉ cách quãng, dẫn lưu cho thoát dịch, kháng sinh, rửa vết mổ bằng dung dịch sát khuẩn và thay băng tối thiểu ngày 2 lần.

3.2. Sốt sau đẻ do các bệnh về vú.

3.2.1. Cương vú:

- Dấu hiệu chính: vú sưng đau cả hai bên, xuất hiện muộn 3 - 5 ngày sau đẻ.
- Xử trí:
 - + Nếu người mẹ cho con bú, khuyến khích tăng số lần cho con bú.
 - + Vắt sữa bằng tay hoặc bằng bơm hút.
 - + Giảm đau tức: chườm lạnh, xoa sau lưng, làm ướt đầu vú cho con dễ bắt vú. Sau khi cho bú: chườm lạnh, băng nâng hai bầu vú không quá chặt.
 - + Thuốc: paracetamol 500 mg x 2 - 4 viên/ngày.

- + Nếu người mẹ không cho bú: tránh kích thích đầu vú, chườm lạnh, băng chặt vú, paracetamol 500 mg x 2 - 4 viên/ngày; parlodol 2,5 mg x 2 viên trong 5 ngày (để cắt sữa).

3.2.2. Viêm vú

- Dấu hiệu chính: vú cương, đau, đỏ, đầu vú thường nứt nẻ, thường bị một bên.
- Xử trí:
 - + Kháng sinh:
 - + Amoxicillin 500 mg uống 1 viên x 4 lần/ngày, 10 ngày hoặc
 - + Erythromycin 250 mg uống 1 viên x 4 lần/ngày, 10 ngày.
 - + Khuyến khích người mẹ tiếp tục cho bú thường xuyên. Bôi parafin nếu có nứt đầu vú.
 - + Băng nâng đỡ vú không quá chặt.
 - + Chườm lạnh vú sau khi cho bú.
 - + Paracetamol 500 mg (khi cần).
 - + Lý liệu pháp.

3.3. Áp xe vú.

- Dấu hiệu chính: vú căng to, sưng đỏ, có chỗ ấn mềm, chọc dò có mủ.
- Xử trí:
 - + Tuyến xạ chuyển tuyến trên.
 - + Dẫn lưu mủ và điều trị kháng sinh.
 - + Nôn gây mê (ketamin).
 - + Rạch theo đường nan hoa (tránh gây thương tổn cho đường dẫn sữa).
 - + Cho ngón tay đi găng vô khuẩn vào phá các vách ngăn trong ổ áp xe, nặn mủ.
 - + Nhét gạc vào ổ áp xe để dẫn lưu mủ (rút sau 24 giờ và thay thế bằng 1 gạc chèn khác nhỏ hơn).
 - + Điều trị kháng sinh (sau khi đã trích áp xe).
 - + Cloxacillin 500 mg uống 1 viên x 4 lần/ngày, trong 10 ngày hoặc
 - + Erythromycin 500 mg uống 1 viên x 4 lần/ngày, trong 10 ngày.
 - + Tiếp tục cho bú: nếu bên vú áp xe còn chảy máu, mủ thì cho bú bên lành và vắt bỏ sữa ở vú bên đau. Sau 48 giờ lại cho bú cả hai bên.
 - + Băng đỡ vú.
 - + Chườm lạnh.
 - + Paracetamol 500 mg x 2 - 4 viên/ngày.

4. Sốt do nhiễm khuẩn hậu sản.

4.1. Nhiễm khuẩn ở tầng sinh môn, âm hộ, âm đạo, cổ tử cung.

Triệu chứng

- Vết rách hoặc chỗ khô sưng tấy, đỏ, đau đôi khi có mủ
- Tử cung co hồi tốt, sản dịch có thể hôi hoặc rất hôi.
- Có thể sốt nhẹ 38C - 38,5C

Xử trí

- Khám âm đạo loại trừ sót gạc.
- Vệ sinh tại chỗ và kháng sinh.
- Nếu sau khi dùng kháng sinh, vết khô vẫn sưng, đỏ, rỉ nước vàng thì cắt chỉ ngắt quăng.

- Nếu toàn bộ vết khâu nhiễm khuẩn, bung hết chỉ thì phải rửa vết thương cho đến khi hoàn toàn không có mủ, nước vàng, mô dưới da hồi phục trở lại mới được khâu lại tầng sinh môn (xã phải chuyển tuyến).

4.2. Viêm nội mạc tử cung.

Thường do kiểm soát tử cung, nhiễm khuẩn ôi, chuyển dạ kéo dài hoặc đôi khi có thể do sót rau. Viêm nội mạc tử cung không điều trị sẽ dẫn đến các biến chứng trầm trọng hơn như viêm tử cung toàn bộ, viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết...

Triệu chứng.

- Mệt mỏi, lo lắng.
- Người mẹ sốt 38°C - 39°C từ 2 ngày sau khi đẻ.
- Tử cung co hồi chậm, mềm, ấn đau.
- Sản dịch hôi, đôi khi có lẫn mủ.

Điều trị.

Tuyến xã.

- Hạ sốt bằng đắp khăn ẩm và cho uống nước.
- Cho thuốc co hồi tử cung (oxytocin 5 đv x 1 - 2 ống/ngày, tiêm bắp).
- Dùng kháng sinh thích hợp có thể tiêm hoặc uống trong 7 ngày.
- Nếu sau 24 giờ không hạ sốt thì phải chuyển tuyến.

Tuyến huyện.

- Tại huyện xử trí như ở xã và điều chỉnh kháng sinh tùy tình trạng bệnh
- Nếu bé sản dịch: nong cổ tử cung cho dịch thoát ra ngoài.
- Nếu sót rau: hút hoặc nạo lấy rau sau khi cho kháng sinh.
- Sau điều trị các triệu chứng giảm, cho kháng sinh tiếp đến 5 - 7 ngày rồi và xuất viện.
- Nếu các triệu chứng không giảm chuyển tuyến tỉnh.

4.3. Viêm tử cung toàn bộ.

Triệu chứng.

- Đây là hình thái lâm sàng tiến triển nặng lên của viêm nội mạc tử cung, sản dịch rất hôi thối, màu nâu đen.
- Tử cung to, mềm, ấn rất đau, di động tử cung đau, đôi khi ấn gây tiếng kêu lạo xạo như có hơi, đặc biệt có thể có ra huyết vào khoảng ngày thứ 8 - 10.

Xử trí.

Điều trị cần sử dụng kháng sinh liều cao và phối hợp nhiều loại.

4.4. Viêm tử cung và phần phụ.

- Xử trí tại tuyến tỉnh.
- Từ tử cung, tình trạng nhiễm khuẩn có thể lan rộng sang các cơ quan phụ cận như dây chằng rộng, vòi tử cung, buồng trứng...

Triệu chứng.

- Xuất hiện muộn ngày thứ 8 - 10 sau đẻ.
- Sốt cao kéo dài kèm theo đau bụng dưới.
- Tử cung to, co hồi chậm, ấn đau.
- Bên cạnh tử cung thấy xuất hiện một khối cứng, đau, bờ không rõ rệt.

Điều trị.

- Kháng sinh phối hợp, liều cao.
- Nếu khối viêm tiến triển thành túi mũ nằm thấp sát túi cùng thì rạch túi cùng để dẫn lưu mũ qua âm đạo.
- Tiến triển có thể khỏi dần nếu điều trị hữu hiệu và kịp thời.
- Có thể gây biến chứng viêm phúc mạc hay túi mũ vỡ vào bàng quang, âm đạo, trực tràng.

4.5. Viêm phúc mạc tiểu khung.

Từ tử cung và các cơ quan phụ cận, nhiễm khuẩn có thể lan sang phúc mạc vùng tiểu khung.

Triệu chứng.

- Có thể xuất hiện sớm khoảng 3 ngày sau đẻ hoặc chậm hơn khoảng ngày thứ 7 - 10 sau một thời kỳ nhiễm khuẩn ở tử cung hay âm hộ, âm đạo.
- Sốt cao 39°C - 40°C, có thể rét run.
- Đau nhiều ở vùng bụng dưới, ấn bụng có phản ứng ở vùng này.
- Khám âm đạo thấy tử cung còn to, di động kém, đau, túi cùng sau đầy, phù nề.
- Trường hợp túi mũ nằm ở túi cùng sau, kích thích trực tràng gây hội chứng giả lỵ.

Điều trị.

Nội khoa với kháng sinh liều cao. Nếu có bọc mũ ở túi cùng thì chuyển viện để dẫn lưu qua đường âm đạo. Phẫu thuật bụng dẫn lưu khi có biến chứng viêm phúc mạc toàn bộ.

4.6. Viêm phúc mạc toàn bộ.

Triệu chứng:

- Toàn thân mệt mỏi, sốt cao, gầy sút cân, hốc hác, mạch nhanh, khó thở, nôn.
- Bụng chướng, đau.
- Phản ứng thành bụng.
- Cảm ứng phúc mạc
- Thăm túi cùng rất đau.

Điều trị.

- Dùng kháng sinh liều cao, kết hợp.
- Nâng thể trạng.
- Viêm phúc mạc toàn bộ phải cắt tử cung dẫn lưu ổ bụng. Đây là nơi phát sinh ra ổ mũ.

4.7. Nhiễm khuẩn huyết.

- Do thủ thuật hoặc dụng cụ không vô khuẩn.
- Do điều trị các tình trạng nhiễm khuẩn không đúng cách, dùng kháng sinh, không đủ liều lượng, không đủ thời gian.
- Có thể do can thiệp phẫu thuật quá sớm khi chưa bao vây được ổ nhiễm khuẩn khu trú tại bộ phận sinh dục bằng kháng sinh, tạo điều kiện cho vi khuẩn lan tràn vào máu.

Triệu chứng và chẩn đoán.

- Thường là sốt cao, rét run nhiều lần trong ngày. Có những thể bán cấp, không sốt cao nhưng sốt kéo dài.
- Toàn trạng suy nhược, có thể đi đến choáng, hạ huyết áp, mê man.
- Cây máu để chẩn đoán xác định (tuyến trên).

- Ở các trường hợp nặng, ngoài ổ nhiễm khuẩn đầu tiên còn có những ổ nhiễm khuẩn thứ phát như ở thận, gan, phổi, não...

Xử trí.

- Kháng sinh liều cao, kết hợp, đường tĩnh mạch.
- Truyền dịch, điều chỉnh cân bằng nước điện giải.
- Giải quyết ổ nhiễm khuẩn nguyên phát: cắt tử cung (đa số trường hợp cắt tử cung bán phần để lại hai phần phụ, sản phụ còn trẻ và thường thì hai phần phụ hầu như không bị hoại tử sau khi cắt tử cung bán phần).
- Tiên lượng rất xấu. Vấn đề chính là phòng bệnh.

5. Viêm tắc tĩnh mạch.

- Là bệnh hiếm gặp ở nước ta. Thường xuất hiện vào ngày thứ 18 sau đẻ với các triệu lâm sàng sau đây: sốt cao, đau tại nơi viêm tắc tĩnh mạch, người bệnh không đi lại được nếu viêm tắc các tĩnh mạch ở chi dưới. Nếu viêm tắc các tĩnh mạch trong ổ bụng thì người bệnh đau bụng, nhất là viêm tắc tĩnh mạch mạc treo, bệnh có thể biểu hiện ở các tĩnh mạch ở phổi, ở não....với các triệu chứng đau ở các cơ quan này, đôi khi bị liệt.
- Xét nghiệm thấy tăng sinh sợi huyết, có thể chụp tĩnh mạch thấy cục gây tắc (thrombus).

Điều trị.

- Dùng kháng sinh toàn thân.
- Thuốc chống đông như heparin.
- Cố định chi có viêm tắc tĩnh mạch.
- Nếu cục gây tắc to có thể tiến hành phẫu thuật lấy bỏ.

PHÁT HIỆN CÁC DẤU HIỆU NGUY HIỂM, XỬ TRÍ VÀ CHUYỂN TUYỂN CÁC CẤP CỨU SẢN KHOA

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyển (theo phân tuyển kỹ thuật).

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

Chuyển tuyển các cấp cứu sản khoa là công việc phải thực hiện của các tuyển dưới (xã và huyện) và cũng còn là việc của tuyển trên khi cần chỉ viện, chuyên chở người bệnh từ các tuyển dưới về bệnh viện.

1. Thái độ cần có của nhân viên y tế trước một cấp cứu sản khoa tại tất cả các tuyển.

- Bình tĩnh.
- Khẩn trương.
- Tích cực.

2. Những dấu hiệu nguy hiểm cần phát hiện ngay.

2.1. Tại bộ máy hô hấp.

- Tím tái.
- Khó thở.
- Bệnh cảnh thường gặp: thiếu máu nặng, suy tim, hen, viêm phổi, phù phổi cấp.

2.2. Tại bộ máy tuần hoàn.

- Da lạnh, ẩm ướt.
- Mạch: nhanh, nhỏ.
- Huyết áp: tụt thấp hay tăng cao.
- Bệnh cảnh thường gặp: choáng (chảy máu, nhiễm khuẩn), tăng huyết áp, tiền sản giật nặng...

2.3. 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.
- Bệnh cảnh thường gặp: sảy 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.

2.4. Hôn mê hoặc/và co giật.

Bệnh cảnh thường gặp: sản giật, sốt rét, động kinh, uôn ván, viêm não - màng não.

2.5. Sốt cao.

- Bệnh cảnh thường gặp: sảy thai nhiễm khuẩn, sốt 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.

2.6. Đau bụng dữ dội.

- Bệnh cảnh thường gặp: u buồng trứng xoắn, viêm ruột thừa, sỏi tiết niệu, viêm thận - bể thận, thai ngoài tử cung vỡ, dọa sảy và sảy, chuyển dạ đẻ, nhiễm khuẩn ối, rau bong non, dọa vỡ tử cung, các bệnh ngoại khoa khác ở bụng.

3. Xử trí ban đầu.

Bệnh cảnh cấp cứu	Tại tuyến xã	Tại tuyến huyện	Tại tuyến tỉnh
3.1. Chảy máu: 3.1.1. Hướng xử trí chung:	- Tập trung nhân viên sơ cứu. - Tư vấn, cho người bệnh và gia đình. - Nếu có choáng: truyền ngay natri clorid 0,9% và/hoặc Ringer lactat. - Đồng thời xử trí nguyên nhân chảy máu. - Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn		
3.1.2. Chảy máu nửa đầu thai kỳ: - Đang sảy (sảy thường cũng như sảy trứng).	- Không được xử trí tại xã.	- Tiến hành hút, nạo sạch buồng tử cung.	Xử trí như tuyến huyện.
- Sảy không hoàn toàn (không trọn, sót rau).	- Hồi sức chống choáng (nếu cần). - Tiêm bắp oxytocin hoặc ergometrin hoặc cho misoprostol 400 - 600 mcg ngậm dưới lưỡi hoặc đặt âm đạo	- Sau thủ thuật: thuốc co tử cung, kháng sinh (nếu cần thiết).	Xử trí như tuyến huyện.
- Nếu sản phụ chảy máu nhiều nguy hiểm đến tính mạng.	- Chuyển tuyến. - Tiêm thuốc co tử cung (trường hợp thấy khối thai thập thò có thể dùng kẹp hình tim gấp ra rồi chuyển).	Đồng thời tiến hành hồi sức chống choáng và hút buồng tử cung	Xử trí như tuyến huyện.
- Thai ngoài tử cung chưa vỡ.	- Chuyển tuyến.	- Nếu chẩn đoán xác định: phẫu thuật cắt bỏ khối thai	- Nếu chẩn đoán xác định: phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi. Có thể bảo tồn vòi tử cung bằng điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa.
- Thai ngoài tử cung vỡ	- Chuyển tuyến kết hợp hồi sức, hoặc mời tuyến trên chi viện.	- Phẫu thuật cấp cứu kết hợp hồi sức, truyền máu hoàn hồi (nếu có thể).	Phẫu thuật cấp cứu, hồi sức, truyền máu và truyền máu hoàn hồi nếu có thể

Bệnh cảnh cấp cứu	Tại tuyến xã	Tại tuyến huyện	Tại tuyến tỉnh
-Thai trứng.	- Chưa sảy: chuyển tuyến. - Đang sảy: hồi sức và chuyển tuyến (gọi tuyến trên hỗ trợ).	- Chưa sảy: chuyển tuyến. - Đang sảy: hồi sức, hút buồng tử cung, chuyển tuyến kèm theo bệnh phẩm.	- Chưa sảy + đang sảy: hồi sức, hút buồng tử cung.
<i>3.1.3. Chảy máu nửa sau thai kỳ hoặc khi chuyển dạ:</i> - Nếu nghĩ đến rau tiền đạo:	- Không thăm khám âm đạo. - Có thể cho thuốc giảm co nếu có cơn co tử cung. - Chuyển tuyến.	- Xác định chẩn đoán bằng siêu âm, không thăm âm đạo. - Vào viện theo dõi và phẫu thuật cấp cứu phụ thuộc tình trạng chảy máu, tùy loại rau tiền đạo và tùy tuổi thai.	- Như với tuyến huyện. - Theo dõi với thai non tháng (truyền máu nếu cần) và điều trị dự phòng nếu đẻ non.
- Rau bong non:	- Chuyển tuyến ngay kết hợp hồi sức nếu có choáng hoặc mời tuyến trên chi viện.	- Phòng ngừa và chống choáng tích cực. - Cho đẻ đường dưới hay phẫu thuật cấp cứu tùy tình huống cụ thể.	- Như với tuyến huyện. Tăng cường hồi sức chống choáng và truyền máu (nếu cần).
- Doạ vỡ tử cung:	- Thông tiểu. - Giảm đau và giảm co. - Chuyển tuyến khẩn cấp.	- Lấy thai đường dưới bằng forceps nếu đủ điều kiện hoặc phẫu thuật lấy thai ngay.	- Như với tuyến huyện.
- Vỡ tử cung:	- Tập trung hồi sức chống choáng. - Chuyển khẩn cấp đến cơ sở phẫu thuật hoặc xin chi viện của tuyến trên.	- Hồi sức chống choáng kết hợp phẫu thuật cấp cứu, cắt tử cung bán phần.	- Như với tuyến huyện nhưng có thể đặt vấn đề bảo tồn tử cung (khâu vết rách) nếu có thể. - Truyền máu khi cần.
- Chảy máu sau đẻ:	- Cầm máu ngay bằng các biện pháp cơ học. - Đồng thời truyền dịch hồi sức chống choáng. - Cho 10 đv oxytocin và/hoặc 1000 mg misoprostol đặt âm đạo. - Tìm mọi cách chuyển tuyến sớm.	- Xử trí bước đầu như ở xã. - Tìm nguyên nhân để giải quyết kể cả phẫu thuật cắt tử cung nếu cần. - Truyền máu nếu có thể	- Xử trí giống như ở tuyến huyện. - Sẵn sàng truyền máu khi cần thiết. - Có thể áp dụng các phẫu thuật bảo tồn (thắt động mạch tử cung, hạ vị...)

Bệnh cảnh cấp cứu	Tại tuyến xã	Tại tuyến huyện	Tại tuyến tỉnh
<p>3.2. Hôn mê hoặc/và co giật:</p> <p>3.2.1. Tiền sản giật nặng:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiêm bắp diazepam 10 mg. - Thông tiểu. - Thuốc hạ áp. - Theo dõi sát các dấu hiệu tinh thần và lượng nước tiểu. - Chuyển tuyến. 	<ul style="list-style-type: none"> - Xử trí như tuyến xã. - Có thể cho thuốc hạ áp nếu cần. - Theo dõi chặt chẽ tình trạng tâm thần và nước tiểu. - Chuyển tuyến. 	<p>Theo dõi và điều trị toàn diện đối với tiền sản giật nặng và sản giật cho cả mẹ và thai bằng tất cả các biện pháp nội khoa, sản khoa và ngoại khoa khi có chỉ định.</p>
3.2.2. Sản giật:	<ul style="list-style-type: none"> - Tiêm bắp 10 mg diazepam. - Magnesi sulfat 15 %, 20 ml bắp. - Phòng cản phải lưới, ngừa hít phải đờm rãi, phòng ngã. - Cho thuốc hạ áp nếu cần - Theo dõi sát các dấu hiệu tinh thần và lượng nước tiểu - Chuyển tuyến. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu là tiền sản giật nặng và sản giật, sau khi tạm ổn định chuyển tuyến tỉnh. - Chuyển tuyến. 	
3.2.3. Các bệnh khác:	<ul style="list-style-type: none"> - Tiêm diazepam 10 mg bắp. - Chuyển tuyến 	<ul style="list-style-type: none"> - Hội chẩn xác định bệnh rồi chuyển điều trị ở khoa thích hợp. 	<ul style="list-style-type: none"> - Xử trí như với tuyến huyện.
<p>3.3. Sốt cao:</p> <p>3.3.1. Khi có thai:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chuyển tuyến. - Có thể hạ nhiệt. - Trước khi chuyển có thể dùng kháng sinh nếu nghi sốt nhiễm khuẩn. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nhập viện theo dõi, chẩn đoán nguyên nhân sốt và điều trị theo nguyên nhân đã xác định. 	<ul style="list-style-type: none"> - Như với tuyến huyện.
3.3.2. Sau sẩy hoặc đẻ:	<p>Nếu dưới 39^oC có thể theo dõi, điều trị tại xã:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hạ nhiệt bằng thuốc và chườm mát. - Kháng sinh và thuốc co tử cung nếu có chảy máu. - Chuyển tuyến: nếu điều trị sau 3 ngày không hết sốt hoặc sốt trên 39^oC. 	<p>Cho mọi trường hợp sốt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nhập viện theo dõi, chẩn đoán nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân đã xác định. - Có thể hút, nạo buồng tử cung nếu sốt rau, sau khi đã điều trị kháng sinh 24 giờ. - Chuyển tuyến tỉnh nếu là viêm phúc mạc toàn thể hoặc/và nhiễm khuẩn huyết. 	<ul style="list-style-type: none"> - Như với tuyến huyện. - Theo dõi, điều trị mọi nhiễm khuẩn kể cả viêm phúc mạc toàn bộ hoặc/và nhiễm khuẩn huyết bằng các phương pháp nội khoa và ngoại khoa.

Bệnh cảnh cấp cứu	Tại tuyến xã	Tại tuyến huyện	Tại tuyến tỉnh
3.3.3. <i>Do các bệnh nội, ngoại khoa khác:</i>	- Chuyển tuyến.	- Tùy theo nguyên nhân đưa về theo dõi và điều trị tại các khoa phù hợp.	- Như với tuyến huyện.
3.4. Đau bụng dữ dội:	- Không được tiêm bất cứ thuốc giảm đau nào. - Nếu kèm theo choáng cần hồi sức, chống choáng. - Chuyển tuyến hoặc mời tuyến trên chi viện.	- Cho nhập viện theo dõi, chẩn đoán xác định nguyên nhân và xử trí tùy theo nguyên nhân đó. - Nếu có choáng: vừa hồi sức chống choáng vừa xử trí nguyên nhân.	- Như với tuyến huyện.

4. Chuyển tuyến.

4.1. Nhân lực.

- Mọi cơ sở y tế phải có người thường trực cấp cứu liên tục.
- 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.

4.2. 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.

4.3. Về 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.

4.4. Chăm sóc người bệnh khi vận chuyển:

- Giữ ấm người bệnh nhưng không ủ quá nhiều chăn, nhất là khi sốt cao hoặc có tình trạng choáng.
- 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 choáng (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.

4.5. 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.

ĐỠ ĐẸ TẠI NHÀ VÀ XỬ TRÍ ĐẸ RƠI

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến, đặc biệt là tuyến xã và thôn bản.

Người thực hiện.

Mọi cán bộ y tế nhất là các cán bộ làm dịch vụ chăm sóc SKSS kể cả các cô đỡ thôn bản hoặc nhân viên y tế thôn bản đã được đào tạo.

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 bà mẹ 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 hông.
- Người đỡ đẻ cắt ngắn móng tay và rửa tay sạch với xà phòng (có người nhà sản phụ giúp dùng gáo dội).
- Đeo 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.
- Ới đã vỡ (hoặc nếu màng ối còn trùm phía trước đầu thai thì phải bấm ối).
- Khi có cơn co tử cung sản phụ mệt rãn và khi rãn, 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 rãn 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 rãn tiếp.
- Trong mỗi cơn rãn đó, giữ tầng sinh môn vít nhẹ cho đầu cúi tốt hơn.
- Khi chớm 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 thể chằm ngang (trái hoặc phải).
- Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ không. Nếu có khi đỡ phân 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 đỡ vai sau. Giữ tầng sinh môn để không bị rách.
- Đỡ thân và chi dưới của thai khi thai sổ hẳn ra ngoài, giữ thai nằm ngang rồi đặt sấp lên bụng mẹ để cặp cắt (hoặc buộc) dây rốn khi dây rốn hết đập.

1.5. Chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ.

1.5.1. Nếu có dụng cụ cặp, cắt rốn bằng kéo sau khi sổ thai.

- Cặp kẹp thứ nhất vào dây rốn cách bụng sơ sinh một đoạn khoảng 20 cm.
- Vuốt dây rốn từ vị trí kẹp thứ nhất về phía người mẹ rồi cặp kẹp thứ hai cách kẹp thứ nhất khoảng 2 cm.
- Dùng kéo cắt dây rốn ở giữa 2 kẹp đó.
- Đưa trẻ ra nơi làm rốn bằng các dụng cụ có trong túi đỡ đẻ sạch.

1.5.2. Cắt rốn và làm rốn ngay sau đẻ bằng dụng cụ có trong túi đỡ đẻ sạch.

- Đặt bé nằm trên bụng mẹ (có lót khăn sạch và có người nhà giữ bé).
- Đặt một miếng gạc lên bụng bé, sát với chân cuống rốn.
- Dùng bông thấm cồn 70° bôi từ chân rốn lên cao khoảng 5 - 6 cm. Không để cồn rơi xuống da bụng trẻ.
- Dùng sợi chỉ thứ nhất buộc chặt nút đầu tiên cách chân rốn khoảng 2 cm.
- Cũng buộc như thế nút thứ hai phía ngoài nút buộc thứ nhất 1 cm (cách chân rốn khoảng 3 cm).
- Buộc nút thứ ba cách nút thứ hai 1 cm.
- Nâng dây rốn lên bằng sợi chỉ mới buộc rồi dùng lưỡi dao bào cắt đứt dây rốn ở giữa nút buộc thứ hai và thứ ba.
- Khi đã cắt xong, dùng miếng gạc trên bụng bé bóp vào cuống rốn xem có rỉ máu không. Nếu máu còn rỉ ra cần buộc thêm một nút chỉ nữa ở giữa 2 nút chỉ đã có trên cuống rốn.
- Cầm sợi chỉ nâng cuống rốn bôi cồn sát khuẩn từ mặt cắt của nó trở xuống đến chân rốn.
- Thay miếng gạc mới trên bụng bé. Đặt đầu cuống rốn vào giữa miếng gạc, cắt chỉ thừa và để hở rốn.
- Kiểm tra bé xem có dị tật không (chú ý đến hậu môn) rồi mặc áo, quần tã cho bé.
- Giao bé cho mẹ bế và vận động mẹ cho bú ngay.

1.6. Đỡ rau và kiểm tra rau.

Thường sau khi làm rốn cho bé xong thì rau cũng có thể đã bong. Việc đỡ rau và kiểm tra rau tùy thuộc vào phương pháp xử trí nào có sẵn để thực hiện:

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.

1.7. 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.
- 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, màu 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.

1.8. 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, mì...).
- Vận động cho con bú sớm ngay sau đẻ (còn có tác dụng ngăn ngừa chảy máu sau đẻ).
- 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.

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.

E

CÁC THỦ THUẬT VÀ PHẪU THUẬT

CÁC PHƯƠNG PHÁP VÔ CẢM TRONG SẢN KHOA

Tuyên áp dụng.

Xem chi tiết trong bài.

Người thực hiện.

Xem chi tiết trong bài.

1. Các phương pháp vô cảm trong các thủ thuật sản khoa.

1.1. Gây tê tại chỗ.

1.1.1. Chỉ định.

Cắt, khâu tầng sinh môn.

1.1.2. Kỹ thuật.

- Tiêm 5 ml lidocain 1 % vào vùng tầng sinh môn nơi định cắt (vị trí 5 hoặc 7 giờ) bằng kim số 22 g dài 5 cm.
- Tránh tiêm thuốc tê vào mạch máu bằng cách vừa đẩy kim từ từ vào sâu và vừa hút xem có ra máu không. Khi kim gây tê vào đủ sâu đạt vị trí cần gây tê thì vừa rút kim từ từ vừa bơm thuốc.
- Chờ 2 - 4 phút để thuốc tê có tác dụng thì tiến hành cắt tầng sinh môn. Nên cắt trong cơn rặn của sản phụ.
- Nếu tiêm nhầm thuốc tê vào mạch máu có thể gây co giật thậm chí gây tử vong. Xử trí: chống co giật bằng tiêm tĩnh mạch thiopental hoặc benzodiazepin, hô hấp nhân tạo.

1.1.3. Tuyển áp dụng và người thực hiện:

- Cơ sở y tế chăm sóc sản khoa từ tuyến xã trở lên
- Người thực hiện là các bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ sản khoa, nữ hộ sinh gây mê.

1.2. Gây tê quanh cổ tử cung.

1.2.1. Chỉ định.

Khi nong cổ tử cung để hút hoặc nạo thai.

1.2.2. Kỹ thuật.

- Đặt 2 van âm đạo, sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung bằng betadin.
- Dùng kim Pozzi 2 răng cặp cổ tử cung kéo nhẹ ra ngoài, nghiêng sang từng bên phải, trái để nhìn thấy chỗ bám của biểu mô cổ tử cung vào âm đạo, đây là nơi sẽ gây tê.
- Dùng kim 22 g, dài 3,5 cm, lắp vào bơm tiêm 20 ml.
- Thuốc sử dụng: lidocain 0,5 %.
- Tiêm tê lần lượt vào các điểm 5 - 7 - 11 - 1 giờ, mỗi điểm tiêm 2 ml dung dịch lidocain ngay dưới biểu mô, không sâu quá 3 mm.
- Đơn giản hơn có thể chỉ tiêm ở hai điểm 5 và 7 giờ, mỗi điểm 10 ml lidocain là đủ gây tê dây chằng rộng hai bên.
- Trước khi bơm thuốc phải hút thử xem kim có chọc vào mạch máu không. Nếu hút ra máu phải rút kim ngay, chọc chỗ khác.
- Sau khi gây tê xong, chờ 2 phút và cặp thử vào cổ tử cung, nếu người bệnh còn đau chờ thêm 2 phút nữa rồi thử lại, hết đau mới tiến hành thủ thuật.

1.2.3. *Tuyển áp dụng:*

Có thể áp dụng ở tuyến xã, tuyến huyện, tuyến tỉnh.

1.3. **Gây tê tủy sống.**

1.3.1. *Chỉ định.*

Vô cảm cho các thủ thuật đường dưới: kéo, gấp và cắt thai.

1.3.2. *Chống chỉ định.*

- Sản phụ từ chối.
- Có bệnh lý bẩm sinh hoặc mắc phải về đông máu.
- Đang điều trị thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ gây tê.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Chảy máu nhiều, giảm khối lượng tuần hoàn.
- Các bệnh tim nặng.
- Dị ứng thuốc tê.

1.3.3. *Chuẩn bị gây tê.*

- Chuẩn bị thuốc và các phương tiện cần thiết.
- Sản phụ nằm nghiêng trái.
- Đặt 1 đường truyền tĩnh mạch kim 20 G.
- Truyền 10 ml/kg cân nặng dung dịch Ringer lactat hoặc natri clorid đẳng trương trước khi gây tê.
- Ephedrin 20 - 40 mg truyền tĩnh mạch tùy theo mức độ huyết áp.
- Tagamet 200 mg sủi uống khi có chỉ định gây tê làm thủ thuật.
- Monitor theo dõi: điện tim, huyết áp, bão hòa oxygen mao mạch.
- Thở oxygen 3 - 4 lít/phút.

1.3.4. *Kỹ thuật.*

- Tư thế người bệnh: nằm nghiêng trái hoặc ngò.
- Sát khuẩn vùng định chọc bằng betadin và cồn 70 độ.
- Vị trí chọc kim: L2 - L3 hoặc L3 - L4.
- Kim gây tê: nên dùng loại nhỏ hơn hoặc bằng 27G là tốt nhất.
- Thuốc tê: bupivacain 0,5 % tỷ trọng cao.
- Liều: dùng 3 - 5 mg bupivacain 0,5 % phối hợp thuốc họ morphin là fentanyl 30 mcg hoặc morphin 100 mcg...
- Sau gây tê 3 - 5 phút có thể làm thủ thuật được.
- Nên sử dụng ephedrin dự phòng ngay sau gây tê, liều tối đa có thể 60 mg, khi huyết áp hạ nhiều và kéo dài có thể truyền adrenalin.
- Phải theo dõi sát: mạch, huyết áp, bão hòa oxygen sau gây tê cho đến lúc làm thủ thuật xong và khi nằm tại phòng hồi tỉnh.
- Thất bại phải chuyển gây mê toàn thân để làm thủ thuật.

1.3.5. *Tuyển áp dụng và người thực hiện:*

- Thực hiện từ tuyến huyện trở lên.
- Kỹ thuật này phải do bác sĩ gây mê thực hiện.

1.4. Gây mê tĩnh mạch bằng propofol 1 %

- Rất tốt cho các thủ thuật nạo hút thai.
- Kỹ thuật gây mê tĩnh mạch này phải do bác sĩ gây mê thực hiện.
- Người bệnh nhịn ăn ít nhất 6 giờ trước khi làm thủ thuật.
- Tư thế người bệnh: nằm nghiêng đầu sang một bên.
- Kỹ thuật:
 - + Tiêm primperan 10 mg tĩnh mạch.
 - + Tiêm zantac 50 mg tĩnh mạch.
 - + Tiêm fentanyl 50 mcg tĩnh mạch.
 - + Sau khi tiêm các thuốc trên 10 phút, khi đã chuẩn bị sẵn sàng để làm thủ thuật:
 - Tiêm fentanyl 50 mcg tĩnh mạch.
 - Tiêm propofol 1 % liều 1,5 - 2 mg/kg.
- Liều lượng thuốc duy trì tùy theo thời gian thủ thuật, nếu kéo dài thì nên duy trì bằng bơm tiêm điện hoặc tiêm ngắt quãng 3 ml/lần (30 mg).
- Cần theo dõi khi làm thủ thuật và sau thủ thuật:
 - + Nhịp thở: người bệnh thường thở chậm, có khi ngừng thở, phải có phương tiện để hỗ trợ hô hấp khi cần.
 - + Nôn: nếu nôn cần hạ đầu thấp và hút dịch nôn, tránh trào ngược vào phổi.
 - + Mạch.
 - + Huyết áp: nếu hạ huyết áp thì truyền dịch nhanh.

1.4. Tuyển áp dụng và người thực hiện

- Từ tuyến huyện trở lên.
- Do bác sĩ gây mê thực hiện.

2. Các phương pháp giảm đau trong chuyển dạ đẻ.

- Có 2 phương pháp: gây tê ngoài màng cứng và gây tê tủy sống liều thấp.
- Chống chỉ định của 2 phương pháp này giống như chống chỉ định của gây tê quanh tủy sống thông thường.

2.1. Phương pháp gây tê ngoài màng cứng.

2.1.1. Chuẩn bị người bệnh: giải thích, động viên, giúp người bệnh an tâm.

2.1.2. Chuẩn bị phương tiện:

- Các phương tiện gây mê toàn thân và thuốc gây mê.
- Bộ kim gây tê ngoài màng cứng (hộp đóng sẵn).
- Các loại thuốc tê, thuốc phối hợp với thuốc tê, thuốc an thần, thuốc trợ tim mạch, oxytocin, dịch truyền.

2.1.3. Kỹ thuật:

- Đặt một đường truyền tĩnh mạch ngoại vi kim 22 g.
- Vị trí chọc kim: L2 - L3 hoặc L3 - L4.
- Thời điểm chọc kim: ngoài cơn co tử cung.
- Tư thế kim: đầu vát song song dọc thân.
- Test khi chọc: dịch hoặc thuốc tê 3 - 5 ml.
- Luồn catheter sâu 2 - 3 cm trong khoang ngoài màng cứng.

- Liều thuốc tê: liều ban đầu của bupivacain 0,125 % hoặc ropivacain 0,125 % tính theo công thức:

$$\text{Số ml} = [\text{chiều cao (cm)} - 100] \times 0,2.$$

Liều duy trì: thường bằng 1/2 đến 2/3 liều ban đầu, duy trì bằng bơm tiêm điện nhưng với nồng độ thuốc thấp hơn (bupivacain 0,0625 % hoặc ropivacain 0,0625 %).

- Thuốc kết hợp:

Liều khởi đầu: fentanyl 1 mcg/kg hoặc sufentanil 7,5 mcg hoặc morphin 4 mg.

Liều duy trì: fentanyl 10 - 20 mcg/giờ hoặc sufentanil 1 - 5 mcg/giờ.

Trong giai đoạn sơ thai hoặc làm thủ thuật nếu đau có thể bổ sung thêm thuốc tê. Trong quá trình chuyển dạ nên truyền oxytocin để duy trì cơn co tử cung và phải theo dõi liên tục quá trình chuyển dạ và huyết động.

2.1.4. Tuyển áp dụng và người thực hiện:

- Tuyển tỉnh trở lên
- Do bác sĩ gây mê thực hiện.

2.2. Phương pháp gây tê tủy sống liều thấp.

- Tiến hành gây tê tủy sống khi cổ tử cung mở trên 4 cm và tiền lượng người bệnh có thể đẻ được đường dưới.
- Thuốc sử dụng: bupivacain (Marcain) 1,5 - 2 mg phối hợp với fentanyl 25 mcg hoặc morphin 100 mcg.
- Cả hai phương pháp này đều cho kết quả, giảm đau tốt, không liệt vận động, huyết động của mẹ ổn định, tim thai tốt. Nhưng cần truyền thêm oxytocin liều thấp 5 đv pha trong 500 ml nhỏ giọt 10 - 15 giọt/phút tùy theo cơn co tử cung.
- Phương pháp này thực hiện ở tuyển tỉnh trở lên và phải do bác sĩ gây mê thực hiện.

3. Các phương pháp gây mê, gây tê trong phẫu thuật lấy thai và cấp cứu sản khoa.

3.1. Gây mê nội khí quản.

3.1.1. Chỉ định.

Phẫu thuật lấy thai, phẫu thuật cắt tử cung do chảy máu khi có chống chỉ định của gây tê vùng.

3.1.2. Kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh:
 - + Nằm nghiêng trái 10 - 15 độ.
 - + Đặt một đường truyền tĩnh mạch ngoại vi kim 20 g, truyền dịch Ringer lactat hoặc huyết thanh mặn đẳng trương.
 - + Thở oxygen 100 % 3 - 5 phút trước khi khởi mê.
 - + Đặt máy theo dõi: mạch, huyết áp, bão hòa oxygen mao mạch.
 - + Động viên giúp người bệnh an tâm.
- Chuẩn bị phương tiện:
 - + Các thuốc mê và thuốc hồi sức.
 - + Máy gây mê, máy hút, dụng cụ đặt nội khí quản.
- Tiền mê: phải cho các thuốc phòng nôn và trào ngược.
 - + Primperan 10 mg tiêm tĩnh mạch.
 - + Cimetidin hoặc ranitidin tiêm tĩnh mạch 1 ống hoặc uống 1 viên dạng sùi.

- + Citrat natri 0,3 m uống 30 ml.
- + Pethidin 50 mg và dimedrol 20 mg pha loãng trong 10 ml và tiêm tĩnh mạch chậm chia 2 lần cách 10 - 15 phút trước khi khởi mê.
- + Hoặc fentanyl 1 mcg/kg tiêm tĩnh mạch chậm.
- Khởi mê: tiêm tĩnh mạch.
 - + Thiopental 4,5 - 5 mg/kg.
 - + Succinylcholin 1 mg/kg.

Đặt nội khí quản ống số 7 sau khi tiêm thuốc giãn cơ khử cực 45 - 60 giây, bơm bóng chèn của nội khí quản và nối với máy thở.

Chú ý: Khi người bệnh bắt đầu mất ý thức thì tiến hành thủ thuật Sellick.
- Duy trì mê:
 - + Thuốc mê bốc hơi: halothan < 0,5 % hoặc dùng N₂O với tỷ lệ oxygen/N₂O là 50/50
 - + Thuốc giãn cơ không khử cực được dùng một trong các thuốc sau đây: atracurium, vecuronium, rocuronium...
 - + Sau cấp rốn.
 - Oxytocin 5 - 10 đv tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó pha 10 đv trong 500 ml Ringer lactat truyền tĩnh mạch.
 - Fentanyl 1,5 - 2 mcg/kg tiêm tĩnh mạch.
 - Tiêm thêm 1/2 liều thiopental ban đầu hoặc duy trì bằng N₂O.
 - Tiêm kháng sinh dự phòng.
- Thoát mê:
 - + Cho người bệnh thở lại, nếu thở tốt chuyển phòng hồi tỉnh.
 - + Nếu cần thiết có thể cho giải giãn cơ bằng neostigmin 0,5 mg + atropin 0,25 mg tiêm tĩnh mạch chậm.
 - + Rút nội khí quản khi người bệnh tỉnh, cụ thể là có thể mở mắt há mồm và tự nâng đầu theo yêu cầu của thầy thuốc.
 - + Ăn uống trở lại sau 24 giờ.
 - + Ngoài thiopental có thể dùng các thuốc mê khác như:
 - Propofol 2,5 mg/kg
 - Ketamin 2 mg/kg trong hen phế quản và chảy máu (cần thêm benzodiazepin để chống ảo giác).
 - Etomidat 0,2 - 0,3 mg/kg trong bệnh tim, tăng huyết áp, tiền sản giật.

3.1.3. Tuyến áp dụng và người thực hiện.

- Từ tuyến huyện trở lên.
- Do bác sĩ gây mê thực hiện.

3.2. Gây tê vùng để phẫu thuật lấy thai (gây tê ngoài màng cứng và gây tê tủy sống).

3.2.1 Chống chỉ định.

- Sản phụ từ chối.
- Có bệnh lý bẩm sinh hoặc mắc phải về đông máu.
- Đang điều trị thuốc chống đông.
- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc tại chỗ gây tê.
- Suy thai cấp (có thể làm được khi bác sĩ gây mê có kinh nghiệm).
- Tăng áp lực nội sọ.
- Chảy máu nhiều, giảm khối lượng tuần hoàn.

- Các bệnh tim nặng.
- Dị ứng thuốc tê.

3.2.2. Chuẩn bị gây tê:

- Chuẩn bị thuốc và các phương tiện gây tê, gây mê toàn thân.
- Sản phụ nằm nghiêng trái.
- Đặt 1 đường truyền tĩnh mạch kim 20 g.
- Truyền 10 - 15 ml/kg cân nặng dung dịch Ringer lactat hoặc natri clorid đẳng trương trước khi gây tê.
- Ephedrin 20 - 40 mg truyền tĩnh mạch tùy theo mức độ huyết áp.
- Tagamet 200 mg sủi uống khi có chỉ định phẫu thuật.
- Monitor theo dõi: điện tim, huyết áp, bão hòa oxygen mao mạch.
- Thở oxygen 3 - 4 lít/phút.

3.2.3. Kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng.

- Tư thế người bệnh: nằm nghiêng trái hoặc ngồi.
- Sát khuẩn rộng bằng betadin và cồn 70 độ vùng định chọc.
- Vị trí chọc kim: L2 - L3 hoặc L3 - L4.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 1 - 2 %.
- Liều test lidocain 5 ml + adrenalin 1/200000 sau 5 phút.
- Luồn catheter vào khoang ngoài màng cứng sâu 2 - 3 cm, rút kim, cố định, bơm thuốc tê từng liều 5 ml với tổng liều 20 ml.

Thuốc tê:

- + Lidocain 2 % đơn thuần hoặc
- + Lidocain 15 ml + bupivacain 0,5 % 5 ml hoặc
- + Lidocain 15 ml + bupivacain 0,5 % 5 ml + fentanyl 50 - 70 mcg (có thể thêm 4 mg morphin).
- Sau cấp rôn:
 - + Oxytocin 5 - 10 đv tiêm tĩnh mạch chậm sau đó 10 đv trong 500 ml truyền tĩnh mạch.
 - + Tiêm kháng sinh dự phòng.
- Phương pháp này được thực hiện ở tuyến tỉnh trở lên và phải do bác sĩ gây mê thực hiện.

3.2.4. Kỹ thuật gây tê tủy sống.

- Tư thế người bệnh: nằm nghiêng trái hoặc ngồi.
- Sát khuẩn vùng định chọc bằng betadin và cồn 70 độ.
- Vị trí chọc kim: L2 - L3 hoặc L3 - L4.
- Kim gây tê: nên dùng loại nhỏ hơn hoặc bằng 27G là tốt nhất.
- Thuốc tê: bupivacain 0,5 % tỷ trọng cao.
- Liều: tùy theo chiều cao của sản phụ và tùy theo có kết hợp với các thuốc khác hay không. Nếu dùng bupivacain đơn thuần liều: 0,06 x chiều cao (cm). Nếu dùng phối hợp với các thuốc họ morphin, liều 0,05 x chiều cao (cm). Các thuốc phối hợp họ morphin là: fentanyl 30 mcg hoặc morphin 100 mcg.
- Sau gây tê 3 - 5 phút có thể phẫu thuật được.

- Nên sử dụng ephedrin dự phòng ngay sau gây tê, liều tối đa có thể 60 mg, khi huyết áp hạ nhiều và kéo dài có thể truyền adrenalin.
- Phải theo dõi sát: mạch, huyết áp, bão hòa oxygen sau gây tê cho đến lúc phẫu thuật xong và khi nằm tại phòng hồi tỉnh.
- Thất bại phải chuyển gây mê toàn thân để phẫu thuật.
- Kỹ thuật này có thể áp dụng ở tuyến huyện trở lên và phải do bác sĩ gây mê thực hiện.

CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY CHUYỂN DẠ

Tuyên áp dụng.

Từ huyện có khả năng phẫu thuật trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa hoặc được bổ túc về sản khoa.

Gây chuyển dạ hoặc khởi phát chuyển dạ là sự tác động của thầy thuốc làm cho cuộc chuyển dạ bắt đầu không phải cuộc chuyển dạ tự nhiên 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 chất tạo keo.
- Nhiễm khuẩn ối.
- Thai có dị tật bẩm sinh nặng có chỉ định đình chỉ thai nghén.
- Thai chết lưu trong tử cung.
- Thai chậm phát triển trong tử cung.

2. Chống chỉ định.

- Test không đủ kích và đủ 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.
- Sa dây rốn (thai sống).
- Herpes sinh dục.
- Các bệnh lý mạn tính nghiêm trọng 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 lại 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	Điểm			
	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	

- + Nếu chỉ số Bishop < 5 thì làm chín muồi cổ tử cung bằng *prostaglandin* trước khi gây chuyển dạ.
- + Nếu chỉ số Bishop ≥ 5 thì gây chuyển dạ bằng một trong các phương pháp dưới đây.

4. Các phương pháp gây chuyển dạ.

4.1. Bóc 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. Bóng Foley.

- Đưa một thông Foley qua lỗ trong cổ tử cung. Bơm 10 ml huyết thanh mặn 0,9% làm phồng bóng cao su tạo áp lực giúp cho cổ tử cung xóa và mở. Khi cổ tử cung mở được 3 cm, thông sẽ tự tuột ra ngoài và cuộc chuyển dạ được khởi phát. Có thể kết hợp với truyền tĩnh mạch oxytocin nếu cần.

4.4. Prostaglandin (chỉ được tiến hành tại cơ sở có phẫu thuật.)

- Prostaglandin giúp cổ tử cung chín muồi và mềm.
- Thuốc thường được dùng hiện nay là misoprostol.
- Đặt vào túi cùng sau âm đạo với liều 50 mcg, cứ 3 giờ/lần, tối đa là 6 liều hoặc 25 mcg cứ 3 giờ/lần, tối đa 8 liều hoặc bằng đường uống 50 mcg cứ 4 giờ/lần.

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.

- Cho 5 đv oxytocin pha 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 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, tim thai tốt, ngôi lọt và cổ tử cung mở hết, có thể cho đẻ đường dưới và lấy ra một 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 5 - 6 cm, thai có khả năng lọt và sổ trong một thời gian ngắn.

4.5.2. Theo dõi và xử trí tai biến.

Theo dõi: tim thai, cơn co tử cung, độ mở cổ tử cung, độ lọt của ngôi đẻ 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.
- Có thể vỡ tử cung do truyền oxytocin gây cơn co mau, mạnh: phải phẫu thuật để cứu mẹ và con.

KỸ THUẬT BẮM ỒI

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi.

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 dày, 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 4 cm 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 - 20 cm 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.

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.

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

Tuyên áp dụng.

Tuyên huyện có khả năng phẫu thuật lấy thai trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được đào tạo phẫu thuật lấy thai, người theo dõi là nữ hộ sinh.

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 chuyên dạ thật sự.
 - + Cổ tử cung xóa hết và mở 3 cm trở lên.
 - + Con co tử cung tốt. Nếu con 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, con 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 15 cm hoặc một cành của kim Kocher để bấm ối.
- Thuốc tăng và giảm con co tử cung, dịch truyền.
- Biểu đồ chuyên 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, con co tử cung, ngôi thai, khung chậu.

Bước 3: Dùng kim bấm ối khi có con 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 con 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.

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 chớm mà cổ tử cung mở thêm từ 2 cm 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.

ĐỠ ĐẦU TRONG NGÔI MÔNG

Tuyên áp dụng.

Từ tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản.

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 glucose 5 %.

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 chăm vệ.
- Dùng hai ngón tay đặt vào cổ thai nhi, kéo cho đầu xuống thấp hơn để hạ cằm 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 cằm vệ.
- Phối hợp hai tay: để thai nhi cuỗi 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 cằm 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.
- Khi hạ cằm 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 sỏ 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 cằm 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 sỏ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sỏ dễ dàng.

XOAY THAI TRONG

Tuyên thực hiện.

Tuyển huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản.

Xoay thai trong là thủ thuật dùng tay đưa vào buồng tử cung để chuyển thai nhi từ ngôi ngang thành ngôi mông và kéo thai ra ngoài.

1. Chỉ định.

- Ngôi ngang, thai nhỏ tiên lượng khó có khả năng sống.
- Ngôi ngang ở thai cuối cùng trong đa thai.

2. Điều kiện xoay thai trong.

- Cổ tử cung mở hết.
- Còn ối.
- Không có bất tương xứng đầu - chậu.
- Thai không suy.

3. Chống chỉ định.

- Con so.
- Khi không đủ điều kiện xoay thai.

4. Chuẩn bị.

4.1. Các phương tiện.

- Thuốc giảm co: nifedipin ngâm dưới lưỡi, dolosal 0,10 g.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc giãn cơ.
- Thuốc gây mê tĩnh mạch hoặc ngoài màng cứng.
- Oxygen.

4.2. Sản phụ: được giải thích hiểu rõ các bước tiến hành thủ thuật và nằm thoải mái trên bàn.

5. Các bước tiến hành.

- Thông đái trước khi xoay.
- Người làm thủ thuật rửa tay, mặc áo, đeo găng như trong cuộc phẫu thuật.
- Giảm đau, tiền mê.
- Kiểm tra kỹ để xác định được tư thế thai nhi trong tử cung.
- Kiểm tra lại xem các điều kiện để xoay thai có đầy đủ hay không: con co thưa, còn nhiều nước ối, ngôi cao lỏng, cổ tử cung mở hết, khung chậu rộng, thai nhỏ.

- Cần phân biệt tay với chân thai để khỏi kéo nhầm.
- Cho tay thuận vào tử cung để tìm chân thai nhi.
- Kéo cả hai chân xuống cùng một lúc là tốt nhất. Nếu khó quá phải kéo một chân thì kéo chân trước của thai. Nếu kéo phải chân sau thì quay cho chân sau thành chân trước. Kéo từ từ thai ra ngoài âm hộ.
- Bóc rau và kiểm soát tử cung ngay sau khi thai sổ để xem có vỡ tử cung hay không để kịp xử trí. Đây là thủ thuật bắt buộc sau khi xoay thai trong.
- Kiểm tra cổ tử cung, âm đạo, tầng sinh môn xem có rách không.

6. Theo dõi và xử trí tai biến.

- Có thể vỡ tử cung khi xoay thai, kéo chân xuống thấp, gây choáng, chảy máu: phẫu thuật ngay để khâu hay cắt tử cung cầm máu.
- Nhiễm khuẩn có thể xảy ra sau khi xoay thai trong: cho kháng sinh.

XỬ TRÍ THAI THỨ HAI TRONG SINH ĐÔI

Tuyên áp dụng.

Từ tuyến huyện trở lên và những nơi bắt buộc phải xử trí (không chẩn đoán được từ trước)

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, nơi không có bác sĩ chuyên khoa thì nữ hộ sinh được thực hiện (trừ trường hợp xoay thai trong).

Trong thai sinh đôi sau khi thai thứ nhất sỏ, thường có biến cố xảy ra với thai thứ hai. Có thể làm thai thứ hai quay trong tử cung, con 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 đẻ 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 để 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 con 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 10 đv 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.

FORCEPS

Tuyên áp dụng.

Cơ sở y tế từ huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ đã được bổ túc về sản khoa.

Làm forceps là thủ thuật dùng kẹp cặp vào đầu thai nhi để kéo ra ngoài âm hộ.

1. Chỉ định.

1.1. Về phía mẹ.

- Mẹ mệt, rặn không số.
- 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.
- Ổi 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.
- 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 (lương 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...).

GIÁC KÉO

Tuyển áp dụng.

Cơ sở y tế từ tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ đã được bổ túc về sản khoa.

Giác kéo sản khoa là một thủ thuật sản khoa dùng dụng cụ tạo lực hút chân không tác động lên đầu thai (ngôi chòm) 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 chòm.
- Cổ tử cung mở hết.
- Đầu lọt thấp.
- Ổi đã vỡ hay đã bầm ối.

3. Chống chỉ định.

- Mẹ có bệnh nội khoa không được phép rặn đẻ (thay thế bằng forceps).
- Các ngôi không phải ngôi chòm.
- 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 thể 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 chằm không chùm lên thóp sau.
- Tạo áp lực âm bằng cách bơm tới $0,2 \text{ kg/cm}^2$, 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 $0,7 - 0,8 \text{ kg/cm}^2$ 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 chằm tì vào khớp vệ thì kéo lên cho đầu sỏ. Sau đó tháo hơi từ từ, bỏ chụp ra ngoài, cho sản phụ rặn tiếp một hơi, đầu thai nhi sẽ sỏ 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.

BÓC RAU NHÂN TẠO

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ sản khoa hoặc bác sĩ đã được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi.

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 0,10 g, hoặc
 - + Fentanyl 1 %, tiêm tĩnh mạch chậm 50 mcg (nơi có bác sĩ), hoặc
 - + Diazepam 5 mg/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 (2 mg 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 5 đv, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch hoặc/và
 - + Ergometrin 0,2 mg, tiêm bắp hoặc.
 - + Misoprostol 200 mcg ngâm 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 được cố 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.

4.2. Xử trí.

- Choáng do 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.

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ sản khoa hoặc bác sĩ đã được bổ túc về sản khoa; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi.

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).
- Sốt 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*”).

PHẪU THUẬT LẤY THAI

Tuyên áp dụng.

Tuyên huyện có điều kiện phẫu thuật trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản, bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

1. Chuẩn bị.

1.1. Sản phụ.

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Thông đại, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

1.2. Kíp phẫu thuật.

- Phẫu thuật viên, người gây tê tùy sống cùng các trợ thủ và dụng cụ viên thực hiện rửa tay ngoại khoa, mặc áo, khẩu trang, đi găng vô khuẩn.

1.3. Giảm đau.

- Giảm đau vùng (gây tê tùy sống hay gây tê ngoài màng cứng) là ưu tiên. Có thể gây mê nội khí quản khi giảm đau vùng có chống chỉ định.
- Không khuyến cáo gây tê tại chỗ hay gây mê tĩnh mạch.

2. Kỹ thuật phẫu thuật lấy thai.

- Mở bụng: mở bụng theo đường ngang trên vệ hay đường trắng giữa dưới rốn.
- Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung theo đường cong lõm quay lên trên. Bóc tách và đẩy phúc mạc phía bàng quang xuống dưới.
- Mở tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới.
- Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại.
- Kẹp dây rốn, tiêm 1 liều kháng sinh dự phòng.
- Tiêm tĩnh mạch chậm 10 đv oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần.
- Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung. Không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Thông thường khâu một lớp là đủ. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất.
- Phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung hay lớp phúc mạc lá thành khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.
- Đóng bụng theo từng lớp.

3. Săn sóc sau phẫu thuật.

3.1. Theo dõi sau phẫu thuật.

- Mạch, huyết áp, toàn trạng, bài tiết nước tiểu.
- Co hồi tử cung, lượng máu chảy từ tử cung ra.
- Vết mổ thành bụng.
- Trung tiện.

3.2. Chăm sóc.

- Cho thuốc giảm đau sau phẫu thuật.
- Cho sản phụ uống, ăn sớm (uống, thức ăn lỏng khi chưa trung tiện, ăn bình thường khi đã có trung tiện).
- Vận động sớm.
- Cho con bú sớm.
- Kháng sinh điều trị (nếu cần).

PHẪU THUẬT THAI NGOÀI TỬ CUNG

Tuyển áp dụng.

Tuyển huyện có điều kiện phẫu thuật trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản khoa.

1. Chuẩn bị.

1.1. Vô cảm.

Nên gây mê nội khí quản.

1.2. Phương tiện, dụng cụ.

- Bộ phẫu thuật (phẫu thuật mở hoặc nội soi).
- Các loại dịch truyền thay thể máu và thuốc hồi sức.
- Dụng cụ truyền máu hoàn hồi và máu cùng nhóm.

1.3. Sản phụ.

- Được tư vấn về lý do phải phẫu thuật và nguy cơ có thể xảy ra, ký cam đoan phẫu thuật. Nếu người bệnh choáng nặng có người nhà ký thay.
- Vệ sinh vùng bụng, thông tiểu, sát khuẩn vùng phẫu thuật.
- Tiền mê, hồi sức tích cực nếu choáng.

1.4. Kíp phẫu thuật.

- Bác sĩ ngoại khoa hoặc chuyên khoa sản.
- Bác sĩ gây mê hồi sức và kíp phục vụ phẫu thuật.
- Rửa tay, đội mũ đi găng vô khuẩn.

2. Kỹ thuật.

- Mở ổ bụng (hút máu nếu thai ngoài tử cung đã vỡ (truyền máu hoàn hồi nếu có thể).
- Cách thức phẫu thuật:
 - + Chứa ở vòi tử cung:
 - Cắt vòi sát tử cung.
 - Bảo tồn vòi tử cung (nếu khối thai chưa vỡ): mở bờ tự do của vòi tử cung, lấy khối thai, cầm máu.
 - + Nếu chứa góc tử cung hoặc kẽ tử cung: cắt góc tử cung.
 - + Chứa ở buồng trứng: lấy khối thai khâu cầm máu.
 - + Chứa trong ổ bụng: lấy khối thai, để lại bánh rau.
 - + Chứa ống cổ tử cung: cắt tử cung hoàn toàn (nếu phát hiện sớm có thể điều trị nội khoa.)
- Đóng ổ bụng.

3. Chăm sóc hậu phẫu.

- Trong 3 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở (chỉ số sinh tồn) tại phòng hồi sức.
- Dùng kháng sinh liều dự phòng hay điều trị tùy tình trạng người bệnh.

4. Biến chứng.

- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh tích cực.
- Nếu chảy máu sau phẫu thuật, hội chẩn để phẫu thuật ngay.

KỸ THUẬT HỖ TRỢ SINH SẢN

Tuyển áp dụng.

Tỉnh/thành phố, trung ương.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế đã được đào tạo, có chứng chỉ về lĩnh vực hỗ trợ sinh sản.

1. Điều kiện cần thiết để thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.

- Phải có đủ các xét nghiệm, thăm dò cơ bản về vô sinh.
- Chẩn đoán được nguyên nhân vô sinh.
- Phải có bản cam kết của người bệnh.
- Có đủ trang thiết bị.
- Cơ sở y tế thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm phải được Bộ Y tế thẩm định và cấp giấy phép.

2. Chỉ định.

2.1. Bơm tinh trùng vào buồng tử cung (IUI), chỉ áp dụng khi vòi tử cung thông.

- Bất thường về phóng tinh.
- Do cổ tử cung.
- Tinh trùng ít, yếu.
- Có kháng thể kháng tinh trùng.
- Vô sinh không rõ nguyên nhân.
- Rối loạn phóng noãn, buồng trứng đa nang.
- Lạc nội mạc tử cung thể nhẹ và vừa.
- Bơm tinh trùng của người cho.

2.2. Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), bơm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI), lấy tinh trùng ở mào tinh (PESA) dành cho những trường hợp:

- Tắc hai vòi tử cung.
- Do tinh trùng.
- Tắc ống dẫn tinh.
- IUI nhiều lần không kết quả.
- Vô sinh không rõ nguyên nhân.

3. Chống chỉ định.

- Cơ sở y tế chưa đủ điều kiện để thực hiện kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
- Người phụ nữ bị bệnh không được phép mang thai.

4. Các phác đồ áp dụng trong thụ tinh trong ống nghiệm.

Cực ngắn, ngắn, dài và cực dài. Chọn phác đồ phụ thuộc vào:

- Tuổi.
- Tiền sử kích thích buồng trứng
- Trọng lượng cơ thể.

- Siêu âm nang sơ cấp.
- Xét nghiệm nội tiết ngày 2 hoặc ngày 3 của chu kỳ kinh.

5. Các tai biến có thể xảy ra.

- Quá kích buồng trứng.
- Chảy máu trong.
- Nhiễm khuẩn.
- Thai ngoài tử cung.
- Chửa đa thai

6. Đánh giá kết quả.

- Có thai.
- Đa thai, nếu có chỉ định giảm thiểu thì thực hiện khi thai được 7 tuần.

7. Một số kỹ thuật được phép thực hiện.

Xin noãn, xin tinh trùng, xin phôi.

- Nữ bị suy buồng trứng: xin noãn.
- Nam không có tinh trùng: xin tinh trùng.
- Do cả hai: xin phôi.
- Phải có bản cam kết của người nhận và người hiến. Nhưng cả hai bên đều không được biết và không được tiếp xúc với nhau.

8. Mang thai hộ

- Luật pháp Việt Nam cấm.

G
PHẦN KHÁC

CHỌC DÒ TÚI CÙNG SAU VÀ MỜ TÚI CÙNG SAU

Tuyên áp dụng.

Tuyên huyện có khả năng phẫu thuật trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa sản.

1. Chọc dò túi cùng sau.

Là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mũ.

1.1. Chỉ định.

- Nghi thai ngoài tử cung vỡ.
- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm.
- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

1.2. Chuẩn bị.

- Người bệnh:
 - + Tư vấn: cho người bệnh biết các bước tiến hành.
 - + Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Dụng cụ:
 - + Bộ khám phụ khoa.
 - + Các dung dịch sát khuẩn.
 - + Lidocain, nước cất.
 - + Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tùy sống.
- Nhân lực: nên có người phụ cho người làm thủ thuật.

1.3. Kỹ thuật tiến hành.

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.
- Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.
- Dùng kim Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.
- Lắp kim vào bơm tiêm.
- Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê)
- Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas. Nếu:
 - + Hút ra được máu đen loãng, không đông, có thể là chảy máu trong do thai ngoài tử cung.
 - + Hút ra được máu nhưng để bên ngoài một lúc thì đông, có thể đã chọc vào mạch máu. Nếu cần có thể chọc lại lần nữa theo hướng khác.
 - + Hút ra dịch vàng, trong và không phải máu. Có thể đó là thai ngoài tử cung chưa vỡ hoặc viêm tử cung.

- Nếu hút ra mũ, thì lưu kim lại tại chỗ, tiến hành mở túi cùng để dẫn lưu mũ và gửi xét nghiệm.

2. Mở túi cùng sau.

Mở túi cùng sau âm đạo là phẫu thuật rạch niêm mạc âm đạo vào phúc mạc làm cho âm đạo thông với ổ bụng.

2.1. Chỉ định.

- Dẫn lưu túi mũ phần phụ hoặc áp xe Douglas.

2.2. Chuẩn bị

- Người bệnh:
 - + Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh khu vực cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
 - + Thụt tháo phân
 - + Khám hai tay phối hợp để xác định khối mũ: vị trí, kích thước. Có thể làm siêu âm để xác định các tính chất của khối mũ.
- Dụng cụ:
 - + Bộ khám phụ khoa.
 - + Các dung dịch sát khuẩn (betadin), kẹp Kelly to, kẹp Allis, kéo, dao phẫu thuật, gạc, gạc dài, ống dẫn lưu bằng nhựa có đường kính từ 1 - 1,5 cm.
 - + Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tủy sống, lidocain, nước cất.
- Nhân lực: cần có hai người.

2.3. Kỹ thuật tiến hành.

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng âm hộ, trải khăn phẫu thuật.
- Đặt van âm đạo, tiếp tục sát khuẩn phần trong của âm đạo và chú ý túi cùng sau.
- Dùng kim Pozzi kẹp vào mép sau của cổ tử cung kéo nhẹ ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau của âm đạo.
- Gây tê tại chỗ với lidocain tại vị trí chọc, có trường hợp phải gây mê toàn thân.
- Chọc kim vào túi cùng sau phía dưới mép sau cổ tử cung, nhẹ nhàng đưa kim vào ổ mũ, vừa đưa vào sâu vừa hút. Khi hút được mũ thì giữ nguyên vị trí kim để làm mốc rạch.
- Dùng kẹp Allis kẹp vào niêm mạc của âm đạo (vào vùng định rạch) để tạo một nếp gấp dọc trước - sau.
- Dùng kéo hay dao phẫu thuật cắt hay rạch sát vào bờ trên của kim.
- Dùng kéo đầu tù khép kín đưa vào lỗ rạch, và rút ra để ở tư thế mở. Đầu mũi kéo sẽ làm cho lỗ rạch rộng hơn, mũ chảy ra. Có thể dùng đầu ngón tay để phá vỡ những góc ngách của ổ áp xe, đồng thời ấn tử cung qua thành bụng để mũ chảy ra ngoài.
- Đưa ống dẫn lưu qua vết rạch, cố định vào phía ngoài của thành âm đạo.
- Rút ống dẫn lưu khi không còn mũ chảy ra.

TUỔI MÃN KINH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Khái niệm.

Mãn kinh là hiện tượng sinh lý bình thường của người phụ nữ xảy ra khi nồng độ estrogen giảm. Tuổi mãn kinh bao gồm thời kỳ trước, trong và sau mãn kinh.

- Tuổi trung bình từ 48 - 52 tuổi.
- Kinh nguyệt bắt đầu thay đổi, thường biểu hiện kinh ít và thưa nhưng cũng có khi kinh nhiều, kinh mau do không có progesteron nên niêm mạc tử cung tăng sản.

2. Chẩn đoán.

Mãn kinh được chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng, khi một phụ nữ từ trước vẫn có kinh đều mỗi tháng lại tự nhiên ngừng, không có kinh trong 12 chu kỳ liên tiếp.

Khi một phụ nữ còn trẻ (dưới 40 tuổi mà vô kinh liên tiếp 12 tháng) hoặc một phụ nữ đã bị cắt tử cung mà có một số các triệu chứng cơ năng của mãn kinh, muốn chẩn đoán là mãn kinh cần làm các xét nghiệm định lượng nội tiết buồng trứng và tuyến yên, nếu:

- o FSH \geq 40 mIU/ml.
- o Estradiol thấp, khoảng dưới 50 pg/l.

thì có thể xem người phụ nữ ấy đã mãn kinh.

Mãn kinh thường là tự nhiên, nhưng cũng có thể do phẫu thuật cắt bỏ hai buồng trứng vì bệnh lý, do xạ trị.

3. Triệu chứng cơ năng thường gặp khi mãn kinh.

3.1. Rối loạn kinh nguyệt.

- Rối loạn kinh nguyệt thường gặp nhất là rong huyết. Nguyên nhân gây rong huyết thường là do không phóng noãn.
- Nội mạc dày lên có thể tiến đến hiện tượng tăng sản nội mạc tử cung. Một số trường hợp tăng sản nội mạc tử cung có thể tiến triển thành ung thư nội mạc tử cung.

3.2. Rối loạn vận mạch.

Cơn bốc nóng mặt.

- Thường xảy ra đột ngột, tự nhiên cảm thấy bốc nóng mặt, cổ, ngực.
- Cơn bốc nóng xảy ra chừng vài phút, có thể ngắn hơn, chỉ vài giây, nhưng thường kèm theo triệu chứng vã mồ hôi. Thường các cơn bốc nóng hay xảy ra vào ban đêm hoặc trong khi có stress
- Triệu chứng này thường kéo dài 6 tháng đến vài năm, có thể 2 - 3 năm nhưng cũng có người đến 5 năm.

Vã mồ hôi.

- Có thể kèm theo cơn bốc nóng mặt hay xảy ra đơn lẻ.
- Vã mồ hôi cũng thường xảy ra vào ban đêm nên gây mất ngủ, khó chịu.

3.3. Triệu chứng thần kinh tâm lý.

- Hồi hộp, mệt mỏi, khó chịu.
- Mất ngủ, giảm cảm giác khi quan hệ tình dục hay lo lắng, cáu gắt, trầm cảm.
- Đau nhức xương khớp, có thể xuất hiện cơn đau nhức nửa đầu (migrain).

3.4. Triệu chứng tiết niệu - sinh dục.

- Âm đạo khô teo, giao hợp đau, dễ bị viêm, nhiễm khuẩn, khám âm đạo thấy niêm mạc mỏng, khô, nhợt nhạt.
- Các dây chằng giữ tử cung và các cơ quan vùng chậu mất tính đàn hồi và sức căng nên dễ đưa đến sa sinh dục.
- Tử cung và cổ tử cung teo nhỏ. Nội mạc tử cung mỏng, không còn có hiện tượng phân bào hay chế tiết, rất ít mạch máu.
- Niêm mạc đường tiết niệu cũng teo mỏng, dễ nhiễm khuẩn tiết niệu, són tiểu hay đái dầm, tiểu không tự chủ.

4. Một số bệnh lý thường gặp khi mãn kinh.

4.1. Loãng xương.

- Dẫn đến dễ gãy xương cổ tay, cổ xương đùi, cột lưng, đau lưng.

Nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ loãng xương và gãy xương cho phụ nữ tuổi mãn kinh như:

- Tuổi cao, người nhỏ bé, gầy gò.
- Yếu tố di truyền rất quan trọng.
- Uống nhiều thuốc corticoid trong thời gian dài.
- Chế độ dinh dưỡng thiếu calci, vitamin D3.
- Rượu, thuốc lá, ít vận động, thiếu estrogen.

Để dự phòng loãng xương ở tuổi mãn kinh, cần:

- Có chế độ dinh dưỡng và bổ sung đủ calci từ khi còn trẻ, nhất là trong lúc có thai và cho con bú để đạt được mật độ xương tối đa vào khoảng tuổi 25 đến tuổi 30.
- Không uống rượu, hút thuốc, không uống nhiều cà phê, không sử dụng các loại corticoid thường xuyên.
- Thường xuyên tập thể dục, lao động chân tay.
- Phụ nữ mãn kinh có nồng độ estrogen thấp, cần xem xét bổ sung nội tiết.
- Từ khoảng 50 tuổi trở lên, mật độ xương giảm nhiều. Do đó, đối với người có một trong những yếu tố nguy cơ cao, cần đo mật độ xương mỗi năm.

4.2. Điều trị loãng xương: cần điều trị kéo dài, 2 - 3 năm.

Cần có chế độ dinh dưỡng hợp lý, tập thể dục và lao động chân tay nhẹ nhàng mỗi ngày, cung cấp đầy đủ calci cho cơ thể. Đối với phụ nữ mãn kinh, lượng calci cần thiết mỗi ngày khoảng 1200 - 1500 mg.

4.3. Bệnh tim mạch.

Một số yếu tố làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch:

- Béo phì, cholesterol trong máu cao, tăng huyết áp, tiểu đường, hút thuốc lá.
- Ít vận động.
- Thần kinh thường xuyên căng thẳng.
- Có tiền sử gia đình.

- Uống thuốc viên tránh thai liều cao trên 10 năm.
- Thiếu hụt estrogen do mãn kinh.

4.4. Bệnh Alzheimer.

- Là một quá trình thoái hóa tế bào thần kinh, làm giảm chức năng não bộ.
- Khoảng 40 % người trên 80 tuổi mắc bệnh này.
- Sau tuổi 70, tỷ lệ mắc bệnh của phụ nữ gấp 3 lần nam giới.
- Người mắc bệnh Alzheimer phải sống lệ thuộc vào người khác.

4.5. Một số ung thư thường gặp như ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung, ung thư vú.

Cần đi khám định kỳ để phát hiện sớm các ung thư trên (xem bài “Ung thư cổ tử cung, ung thư vú”).

5. Chẩn đoán.

- Ở một phụ nữ từ 45 - 52 tuổi đang hành kinh, tự nhiên không có kinh 12 tháng liên tiếp, có một số triệu chứng cơ năng của mãn kinh, có thể nghĩ đến hội chứng mãn kinh.
- Nếu người phụ nữ dưới 40 tuổi không còn hiện tượng kinh nguyệt nữa, có thể cho làm xét nghiệm định lượng FSH và estradiol. Nếu FSH > 40 mIU/ml và/hoặc estradiol < 50 pg/l có thể chẩn đoán mãn kinh.

Hỏi tiền sử: bản thân, gia đình: về loãng xương, tim mạch, các bệnh ung thư.

5.1. Xét nghiệm

- Cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL, LDL, lipoprotein.
- Chức năng gan, thận, điện tim.
- Chụp vú.
- Sàng lọc ung thư cổ tử cung, nội mạc tử cung bằng tế bào âm đạo - cổ tử cung, soi cổ tử cung, nạo sinh thiết niêm mạc tử cung, đo mật độ xương.

5.2. Điều trị: nội tiết và tư vấn cho người bệnh.

Nguyên tắc sử dụng nội tiết.

Liều thấp nhất có hiệu quả.

- Thời gian sử dụng tùy thuộc vào thể trạng và yêu cầu từng người.
- Phối hợp estrogen/progestogen nếu còn tử cung.

Chống chỉ định sử dụng nội tiết.

- Có ung thư hay nghi ngờ ung thư.
- Có thai hay nghi ngờ có thai.
- Có khối u liên quan đến nội tiết.
- Đã bị viêm tắc tĩnh mạch hay động mạch.
- Đang bị xuất huyết âm đạo bất thường chưa chẩn đoán được nguyên nhân.

Tư vấn về chế độ dinh dưỡng, sinh hoạt, môi trường sống trong gia đình và ngoài xã hội.

KHÁM PHỤ KHOA

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

Khám phụ khoa là thủ thuật được thực hiện trong nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, đặc biệt trước khi cung cấp các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, chẩn đoán và điều trị các bệnh phụ khoa nói chung và NKĐSS/ LTQĐTD nói riêng. Khám phụ khoa bao gồm các bước chính: chuẩn bị, khám bụng và ben, 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 có thể 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 tiêu và vệ sinh bộ phận sinh dục
 - + Hướng dẫn khách hàng bỏ quần và giúp lên bàn khám.
- Chuẩn bị dụng cụ: bàn khám hoặc giường, đèn chiếu sáng, mỏ vịt, kìm kẹp bông, bông vô khuẩn, que lấy bệnh phẩm, ống nghiệm, lam kính, các dung dịch nước muối sinh lý, acetic 3 %, Lugol và dầu bôi trơn.
- Chuẩn bị cán bộ y tế: mặc áo choàng, đội mũ
- 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.
 - + Tiền sử bệnh tật chung.
- Rửa tay thường qui.

2. Khám.

2.1. Khám vùng bụng dưới và vùng ben.

- Hướng dẫn khách hàng nằm tư thế sản khoa.
- Bộc lộ toàn bộ vùng bụng.
- Nhìn bụng: để phát hiện sẹo phẫu thuật, dịch ổ 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.
- Nếu có đau bụng, cần xác định điểm đau, phản ứng thành bụng.
- Nếu có vết loét vùng ben, đi găng mới hay găng được khử khuẩn ở mức độ cao cả hai tay trước khi khám. Sờ nắn cả hai ben để xác định hạch, khối u hay sưng.

2.2. 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.
- Đặt tay vào mặt trong đùi người bệnh trước khi chạm vào bất kỳ chỗ nào của bộ phận sinh dục.
- 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.

2.3. 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 bệt Ayre, phết lên lam kính để xét nghiệm sàng lọc ung thư cổ tử cung (nếu sẵn có xét nghiệm).
- Nếu cổ tử cung dễ chảy máu hay có nhiều chất nhầy, lấy một mẫu để nhuộm gram và xét nghiệm lậu cầu và *Chlamydia* (nếu sẵn có xét nghiệm).
- Tháo mỏ vịt và ngâm vào dung dịch clorin 0,5 % để khử nhiễm.

2.4. 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.

2.5. Khám trực tràng phối hợp nắn bụng.

Thì này 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 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.

- Thông báo kết quả khám cho khách hàng và thảo luận với họ về kết quả khám.
- Ghi chép hồ sơ.
- Hẹn tái khám.

KHÁM VÚ

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, bác sĩ được bổ túc về phụ sản; nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi đã được đào tạo.

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.

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.

- Khám ở hai tư thế: ngồi và nằm.
- Quan sát các núm vú và toàn bộ vú để phát hiện các bất thường.
- Nắn tuyến vú hai bên theo nguyên tắc xoắn ốc từ ngoài vào trong bắt đầu từ phần trên ngoài, sử dụng kỹ thuật xoắn ốc.
- Nắn nhẹ núm vú để xem có tiết dịch không.
- Hướng dẫn khách hàng ngồi dậy và giơ hai tay ngang vai. Khám 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.
- Sau khi khám xong, để khách hàng mặc áo, giải thích mọi sự bất thường, những điều cần làm thêm; nếu kết quả khám là bình thường, thông báo cho họ là mọi thứ đều bình thường và hẹn khám lần sau.

3. Hướng dẫn tự khám vú.

- Giải thích với khách hàng lý do cần phải tự khám vú thường xuyên rất quan trọng.
- Thời gian khám tốt nhất là ngay sau khi sạch kinh.
- Hướng dẫn các bước của tự khám vú trên mô hình.

CÁC BỆNH LÀNH TÍNH TUYẾN VÚ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản và bác sĩ đã được bổ túc về phụ sản.

Các bệnh lành tính của vú được phân chia theo các nhóm: đau vú, u xơ tuyến vú, u nang tuyến vú, tiết dịch vú, áp xe vú, rối loạn tiết sữa, u vú lành tính.

Đối với tuyến xã chỉ khám phát hiện và chuyển tuyến trên, điều trị áp dụng từ tuyến huyện trở lên.

Các bệnh lành tính tuyến vú thường có triệu chứng đau vú. Có thể đau theo chu kỳ hoặc không theo chu kỳ, người bệnh thường có cảm giác nặng, căng ở vú trong tuần trước khi hành kinh và mất đi sau khi thấy kinh, được coi là đau vú có chu kỳ. Đau vú không theo chu kỳ có thể kết hợp với giãn ống tuyến, được phát hiện qua chụp vú.

1. 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: phải chích lấy khối hoại tử, có thể kết hợp với các thuốc nội tiết như danazol: 200 mg x 2 viên/ngày, tamoxifen 100 mg x 2 viên/ngày, mỡ progesterone bôi vú từ ngày 12 đến ngày 25 của chu kỳ kinh.

2. U xơ tuyến vú.

- Là khối u có vỏ bọc, có thể gặp ở một hoặc hai bên vú. Thường là khối u cứng, di động và có kích thước to nhỏ khác nhau.
- Điều trị: bóc khối u.

3. U philoïd: là loại u tuyến xơ với lớp đệm phát triển nhanh, dễ tái phát.

- Điều trị cắt khối u, vì khối u to dễ tái phát nên cắt bỏ vú.

4. Xơ nang tuyến vú.

Là khối u khu trú hoặc lan tỏa, mật độ mềm, gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ hoặc tiền mãn kinh.

- Nguyên nhân do mất cân bằng nội tiết.
- Chẩn đoán: sờ thấy các khối mềm xuất hiện vào nửa sau của chu kỳ kinh, có thể ở cả hai bên vú, chọc tế bào để loại trừ ung thư.
- Điều trị: vitamin E 400 đv/ngày.

5. Bệnh 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 điều trị phẫu thuật bóc nang.

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

7. Viêm tuyến vú và áp xe vú.

- Tham khảo bài “Sốt sau đẻ”.

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.

CÁC TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỔ TỬ CUNG

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản, bác sĩ đã được bổ túc về phụ sản.

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới là bệnh hay gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ trong đó viêm âm đạo, cổ tử cung chiếm tỷ lệ cao. Triệu chứng thường gặp là ra khí hư làm cho người bệnh khó chịu phải đi khám.

1. Viêm cổ tử cung.

Nguyên nhân: thường do lậu cầu, xoắn khuẩn giang mai, vi khuẩn gây bệnh hạ cam, *Chlamydia trachomatis*, herpes simplex virus, HPV (human papilloma virus), trichomonas.

1.1. Viêm cổ tử cung cấp.

- Triệu chứng: ra khí hư như mũ màu xanh vàng, có bọt hay gặp viêm do trùng roi (trichomonas) kèm theo ngứa, rát, bôi dung dịch Lugol sẽ thấy màu nâu sẫm, trên nền nâu có nhiều chấm trắng hay ổ trắng (hình ảnh đêm sao) khí hư trắng bột, ngứa thường viêm do nấm candida albican; khí hư đục màu xám gặp trong viêm do *Chlamydia trachomatis*.
- Xử trí: theo nguyên nhân gây bệnh.
 - + Viêm do trichomonas: metronidazol 2 g một liều duy nhất uống hoặc 500 mg x 2 lần/ngày x 7 ngày kết hợp đặt âm đạo chống viêm.
 - + Viêm do nấm: fluconazol 150 mg x 1 viên uống liều duy nhất, kết hợp đặt thuốc tại chỗ như nystatin 1000 đv x 10 ngày.
 - + Viêm do tạp khuẩn: metronidazol 500 mg x 2 viên/ngày x 7 ngày.
 - + Viêm do do *Chlamydia*: uống azithromycin 1 g, liều duy nhất.
 - + Viêm do HPV: đốt điện làm bốc hơi tổn thương.
 - + Viêm do lậu cầu: xem bài “Hội chứng tiết dịch âm đạo”.

1.2 Viêm cổ tử cung mạn tính.

- Triệu chứng: ra khí hư, thường kết hợp với lộ tuyến cổ tử cung.
- Xử trí: đặt thuốc chống viêm nhiễm (nếu cần).

2. Lộ tuyến cổ tử cung.

- Là tổn thương do viêm lâu ngày, mất biểu mô lát tầng, mặt ngoài cổ tử cung bị phá hủy, lớp biểu mô tuyến lấn ra ngoài.
- Khám qua mỏ vịt: thấy vùng biểu mô lát không nhẵn bóng mà sù sì màu đỏ có lớp khí hư đục bao phủ, bôi acid acetic 3 % các chất nhầy đông lại khi soi cổ tử cung thấy hình ảnh chùm nho, bôi Lugol không bắt màu (âm tính).
- Xử trí: đốt diệt tuyến nếu diện lộ tuyến rộng trên 0,5 cm bằng đốt điện hoặc áp lạnh. Nếu có viêm kèm theo thì đặt thuốc chống viêm trước khi xử trí.

3. Các tái tạo lành tính cổ tử cung.

- Nang Naboth: màu vàng nhạt nổi gồ lên, trên mặt có các mạch máu trong nang chứa dịch nhầy do biểu mô lát phủ lên miệng tuyến nhưng tuyến vẫn chế tiết.
- Cửa tuyến: là các tuyến sau điều trị biểu mô lát bao quanh một miệng tuyến.
- Đảo tuyến: là biểu mô lát bao quanh một số tuyến.
- Đây là những tái tạo lành tính nhưng trong quá trình tái tạo biểu mô lát vẫn vẫn có thể có những tái tạo bất thường nên vẫn cần phải theo dõi.
- Xử trí: đặt thuốc chống viêm, đốt hoặc chọc hút nang Naboth.

4. Polip cổ tử cung.

- Là cục thịt 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 xoắn được, phải thăm dò chân polip nếu chân polip mọc lên từ buồng tử cung thì phải soi buồng tử cung để cắt polip.

5. Lạc nội mạc tử cung: là những nốt màu xanh tím hay đen sẫm, nhỏ đơn độc rải rác quanh cổ tử cung

Xử trí: đốt lạc nội mạc.

6. U xơ cổ tử cung: thường là u lành tính, đôi khi che lấp cổ tử cung hoặc làm xói cổ tử cung.

Xử trí: cắt u xơ cổ tử cung.

U XƠ TỬ CUNG

Tuyển áp dụng.

Tuyển huyện trở lên (tuyển xã: gửi người bệnh lên tuyến trên để điều trị).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc bác sĩ được bổ túc về sản phụ khoa.

U xơ tử cung hay u xơ cơ tử cung là khối u lành tính ở tử cung, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 30 - 50 tuổi.

1. Phân loại.

1.1. U xơ dưới phúc 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.

1.2. U kẽ.

Là khối u phát triển từ phần giữa của cơ tử cung, làm biến dạng buồng tử cung.

1.3. U dưới niêm mạc.

Là khối u xơ cơ ở dưới niêm mạc. Đôi khi có cuống gọi là polip buồng tử cung.

2. Triệu chứng.

Thường phát hiện khi đi khám vì lý do: rối loạn kinh nguyệt, vô sinh, chậm có thai, ra máu âm đạo.

2.1. Triệu chứng cơ năng.

- 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.
- Toàn thân thường bị thiếu máu.
- Đau vùng hạ vị hoặc hố chậu, đau kiểu nặng bụng, tức bụng.
- Ra dịch trong, loãng.

2.2. Triệu chứng thực thể.

- Nắn bụng: thấy khối u ở vùng hạ vị.
- Đặt mỏ vịt: có thể thấy polip có cuống nằm ở ngoài cổ 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. Chẩn đoán.

- Siêu âm thấy hình ảnh khối u ở tử cung.

4. Xử trí.

- Tùy theo kích thước khối u nếu nhỏ chưa gây triệu chứng rong kinh, rong huyết thì không cần điều trị theo dõi khám định kỳ hoặc điều trị nội khoa.
- Nếu khối u to kèm theo có triệu chứng rong kinh rong huyết thì phẫu thuật, tùy theo người bệnh trẻ hay già mà quyết định bảo tồn tử cung hay cắt tử cung.

NANG BUỒNG TRỨNG

Tuyên áp dụng.

Tuyên huyện trở lên (tuyên xã: gửi người bệnh lên tuyến trên điều trị).

Người thực hiện.

Các bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc đã được bổ túc về phụ sản.

Nang buồng trứng là những u có vỏ bọc ngoài, bên trong có chứa dịch gầy trong mọi lứa tuổi. Có hai loại nang cơ năng và nang thực thể.

1. Nang cơ năng.

Là những nang nhỏ chứa dịch, có thể gặp ở bất kỳ tuổi nào nhưng hay gặp ở tuổi dậy thì và mãn kinh. Thường là những nang nhỏ, trên lâm sàng khó phát hiện, nhưng nếu nang có kích thước từ 5 - 6 cm thì có thể sờ thấy. Nang thường biến mất sau vài vòng kinh, nếu nang tồn tại trên 60 ngày với kinh nguyệt bình thường thì có thể là nang thực thể.

1.1. Nang bọc noãn.

Kích thước nang thường từ 3 - 8 cm hoặc lớn hơn, do nang De Graff không vỡ vào ngày phóng noãn.

- Triệu chứng: không rõ ràng, đôi khi biểu hiện ra máu hoặc đau bụng do xoắn nang hoặc thay đổi chu kỳ kinh nguyệt dài, hoặc ngắn, có triệu chứng giống thai ngoài tử cung vỡ (nếu nang vỡ).
- Chẩn đoán phân biệt với: viêm vòi tử cung, lạc nội mạc tử cung, nang hoàng thể, khối u khác.
- Xử trí: tùy thuộc vào loại nang, kích thước và triệu chứng.

Đối với nang nhỏ.

- Gặp ở lứa tuổi sinh đẻ, nang thường tự nhiên mất đi.
- Khi uống thuốc tránh thai trong thời gian 3 tháng có thể ngăn cản sự phát triển của nang.
- Nếu đường kính nang > 5 cm cần phân biệt với nang thực thể hoặc thai ngoài tử cung hoặc lạc nội mạc tử cung.
- Phẫu thuật: được chỉ định khi thấy u nang tồn tại trên 3 tháng hoặc sau khi điều trị bằng thuốc tránh thai 3 tháng không mất hoặc có dấu hiệu xoắn hoặc vỡ nang.

1.2. Nang hoàng thể:

Hay gặp ở hai bên buồng trứng, dịch trong nang có màu vàng rom. Loại nang thường gặp trong chữa trứng, ung thư nguyên bào nuôi hoặc quá mẫn trong kích thích phóng noãn ở người bệnh vô sinh.

- Xử trí: nang thường biến mất sau điều trị như nạo trứng, điều trị ung thư nguyên bào nuôi.
- Phẫu thuật chỉ đặt ra khi có dấu hiệu xoắn nang hoặc vỡ nang (từ tuyến huyện trở lên).

2. Nang buồng trứng thực thể.

Là nang lạnh tính, tuy nhiên vẫn có khả năng ác tính

2.1. Nang nước.

Vỏ mỏng, chứa dịch trong, kích thước thường to, đôi khi chón hết ổ bụng, thường là nang lành tính, nếu có nhú dễ ác tính.

- Triệu chứng:
 - + Gặp ở mọi lứa tuổi, hay được phát hiện ở tuổi 20 - 30.
 - + Khám tiểu khung thấy khối u, hoặc siêu âm thấy khối u.
- Xử trí:
 - + Phẫu thuật cắt bỏ nang. Trong khi phẫu thuật nên cắt lạnh để chẩn đoán loại trừ ung thư. Với tuyến huyện gửi khối u lên tuyến trên làm giải phẫu bệnh.

2.2. U nang nhầy.

- Thường gặp ở tuổi từ 30 - 50.
- U nang nhầy vỏ mỏng và nhẵn gồm nhiều thủy chứa dịch nhầy đặc, kích thước thường to nhất trong các u buồng trứng và có thể dính vào các tạng xung quanh.
- **Chẩn đoán:** người bệnh thường có cảm giác nặng ở tiểu khung, khám tiểu khung thấy khối u to biệt lập với tử cung, mật độ căng không đau, tử cung thường bị đẩy lệch sang một bên hố chậu.
- **Xử trí:** như với nang nước.

2.2. Nang bì.

- Còn gọi là u quái (teratoma), trong chứa các mô như răng, tóc, bã đậu. Nang bì thường lành tính nhưng cũng có thể trở thành ác tính, hay được phát hiện ở lứa tuổi 20 - 30 tuổi và có thể ở cả hai bên buồng trứng.
- **Triệu chứng:** khám lâm sàng và siêu âm thấy khối u.
- **Xử trí:** giống với nang nước buồng trứng.

3. Tiến triển và biến chứng.

3.1. Xoắn nang.

3.2. Vỡ nang.

3.3. Nhiễm khuẩn nang và chèn ép tiểu khung.

3.4. Có thai kèm nang buồng trứng.

- 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 quý II của thai kỳ hoặc sau khi đẻ.
- U buồng trứng có thể trở thành khối u tiền đạo trong khi chuyển dạ hoặc có thể bị xoắn sau khi đẻ. (tham khảo thêm bài “Các yếu tố tiên lượng một cuộc chuyển dạ” và “Chuyển dạ đình trệ”)

TỖN THƯƠNG TIỀN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến (theo phân tuyến kỹ thuật).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc bác sĩ được đào tạo về phụ sản.

Ung thư cổ tử cung là bệnh ác tính thường gặp nhất ở đường sinh dục nữ, đứng thứ hai sau ung thư vú.

Tuổi thường gặp là 45 nhưng có thể gặp ở mọi lứa tuổi, ngay cả khi mang thai. 95 % ung thư ở giai đoạn sớm có thể chữa khỏi.

Quá trình sinh bệnh học thường dài và trải qua những giai đoạn của khối u trong biểu mô, tiếp sau đó là ung thư xâm lấn. Quá trình này biến đổi trong nhiều năm nhưng không phải tất cả các ung thư xâm lấn đều trải qua những giai đoạn này.

Tổn thương tiền ung thư.

Định nghĩa: tổn thương tiền ung thư còn gọi là loạn sản, chỉ sự rối loạn phát triển biểu mô cổ tử cung ở một vùng bất thường mà trong đó một phần biểu mô lát được thay thế bằng những tế bào bất thường. Về mặt tế bào học, loạn sản thường được phân thành các mức độ nhẹ, trung bình và nặng.

Loạn sản nhẹ (LSIL, CIN1), loạn sản trung bình (HSIL, CIN2) và loạn sản nặng (HSIL, CIN3) thường tiến triển thành ung thư trong biểu mô.

- + Loạn sản nhẹ (LSIL, CIN1) có tỷ lệ tự thoái triển cao, trên phiến đồ chỉ chứa ít tế bào loạn sản phần lớn là tế bào nông.
- + Loạn sản trung bình (HSIL, CIN2) số lượng tế bào loạn sản và mức độ bất thường của nguyên sinh chất và nhân gia tăng. Tế bào loạn sản xuất phát từ lớp trên và lớp giữa của biểu mô lát bình thường hoặc biểu mô lát dị sản, có thể biểu hiện sừng hóa.
- + Loạn sản nặng (HSIL, CIN3) còn gọi là ung thư trong biểu mô (CIS): là các loạn sản có các tế bào bất thường ở lớp sâu của biểu mô lát.

Đặc điểm của tế bào loạn sản trên tiêu bản là sự phân bố tế bào chủ yếu đơn độc, đôi khi thành mảng có nhân lớn rõ rệt, tỷ lệ nhân trên nguyên sinh chất tăng mạnh, nguyên sinh chất mịn.

Ung thư trong biểu mô có các tế bào loạn sản chưa xâm lấn qua màng đáy.

1. Những yếu tố nguy cơ.

- Nhiễm HPV (human papilloma virus) typ 16, 18.
- Hoạt động tình dục sớm dưới 16 tuổi.
- Có nhiều bạn tình.
- Mắc các bệnh LTQĐTD.
- Sinh đẻ sớm.
- Điều kiện vệ sinh kém.

2. 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 chẩn đoán dựa vào tế bào âm đạo - cổ tử cung, soi cổ tử cung, sinh thiết.

Tuyến xă.

- Bôi acid acetic lên cổ tử cung (test VIA: visual inspection with acetic acid) nếu thấy tổn thương trắng nổi rõ là test dương tính thì chuyển tuyến trên.
- Bôi Lugol lên cổ tử cung (test VILI: visual inspection with Lugol'Iodine) có màu vàng nghệ là test dương tính thì chuyển tuyến.

Tuyến huyện.

- Làm tế bào âm đạo - cổ tử cung: biểu mô lát không bình thường từ loạn sản nhẹ đến nặng.
- Soi cổ tử cung:
 - + Tất cả các người bệnh có tế bào bất thường đều phải soi cổ tử cung.
 - + Có thể thấy tổn thương vết trắng, lát đá, chấm đốm hoặc một tổn thương hủy hoại, vùng biến đổi giữa biểu mô lát và biểu mô trụ.
- Sinh thiết cổ tử cung:
 - + Trên cơ sở soi cổ tử cung, bấm sinh thiết để chẩn đoán xác định.
 - + Đây là phương pháp duy nhất để chẩn đoán xác định và có quyết định điều trị. Nếu soi cổ tử cung thấy tổn thương trong ống cổ tử cung thì phải nạo niêm mạc ống cổ tử cung gửi xét nghiệm mô bệnh học.

3. Điều trị.

Tuyến huyện và tuyến tinh.

- Đối với các tổn thương tiền ung thư, phải được điều trị ngay sau khi chẩn đoán.
- Phương pháp điều trị có thể là áp lạnh, đốt điện, đốt bằng laser, khoét chóp, cắt cụt cổ tử cung tùy theo tổn thương.
- Đối với người lớn tuổi với tổn thương CIN3 thì nên cắt tử cung hoàn toàn và hai phần phụ.
- Dự phòng:
 - + Khám sàng lọc tế bào âm đạo - cổ tử cung định kỳ hàng năm để phát hiện sớm tổn thương tiền ung thư.
 - + Tiêm vaccin phòng HPV cho trẻ em gái từ 10 tuổi đến 26 tuổi (nếu chưa quan hệ tình dục).

UNG THƯ XÂM LẤN CỔ TỬ CUNG

Tuyển áp dụng.

Tuyển tỉnh trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc bác sĩ chuyên khoa ung thư.

Ung thư cổ tử cung là bệnh ác tính thường gặp nhất ở đường sinh dục nữ, đứng thứ hai sau ung thư vú.

1. Triệu chứng lâm sàng.

- Ung thư cổ tử cung xâm lấn giai đoạn sớm (hoặc giai đoạn Ib) thường không có triệu chứng, chỉ có phát hiện bệnh qua sàng lọc tế bào học.
- Ở giai đoạn muộn gây xuất huyết giữa kỳ kinh hoặc sau giao hợp, ra khí hư hôi lẫn máu.
- Khi khối u lớn và hoại tử hoặc đã di căn tới thành chậu, các cơ quan khác của vùng chậu như bàng quang, niệu quản, trực tràng thì các triệu chứng nặng hơn có thể gây chèn ép và đau ở vùng thắt lưng, hoặc đau thần kinh tọa, đái ra máu.
- Ung thư cổ tử cung được chia ra 4 giai đoạn:
 - I. Ung thư khu trú ở cổ tử cung, không có triệu chứng.
 - II. Ung thư lan ra khỏi cổ tử cung nhưng chưa tới thành chậu hông, lan tới thành âm đạo nhưng chưa tới 1/3 dưới.
 - III. Ung thư lan tới thành chậu hông hoặc tới 1/3 dưới âm đạo.
 - IV. Di căn tới bàng quang, trực tràng và các cơ quan xa.

2. Khám lâm sàng.

- Tình trạng toàn thân, da niêm mạc có thiếu máu.
- Có hạch bẹn, chân có thể phù.

3. Khám phụ khoa.

- Đặt mô vịt: nhẹ nhàng tránh sang chấn cổ tử cung, nhìn hình dạng và kích thước cổ tử cung.
- Khám bằng tay qua âm đạo, cổ tử cung:
 - + Xác định lại kích thước cổ tử cung và khối u.
 - + Đánh giá sự xâm lấn của khối u vào túi cùng, dây chằng rộng 2 bên, âm đạo, thành chậu hông.
- Khám qua đường trực tràng để đánh giá khối u xâm lấn vào bàng quang, trực tràng.

4. Các xét nghiệm.

- Làm tế bào âm đạo - cổ tử cung.
- Soi cổ tử cung: rất có ích trong việc xác định vị trí tổn thương để bấm sinh thiết. Chú ý vùng ranh giới giữa biểu mô lát và biểu mô trụ.

- Sinh thiết: bất kỳ một tổn thương nghi ngờ nào cũng cần phải sinh thiết: vùng Lugol âm tính, mô loét, nù sùi, tổn thương mao mạch. Có khi phải khoét chóp hoặc nạo ống cổ tử cung. Đây là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán.
- X quang:
 - + Chụp phổi.
 - + Chụp cắt lớp (CT scanner) để phát hiện các chuỗi hạch cạnh động mạch chủ đã bị mô ung thư xâm nhiễm.
 - + Chụp thận đánh giá sự tiến triển của ung thư gây tắc nghẽn đường tiết niệu.
- Chẩn đoán phân biệt:
 - + Ra máu: u nguyên bào nuôi, lao cổ tử cung, polip cổ tử cung.
 - + Ra khí hư: phân biệt với lộ tuyến cổ tử cung, sùi mào gà, loét do các bệnh LTQĐTD.

5. Điều trị: tùy thuộc vào giai đoạn.

Tuyến tính: điều trị giai đoạn IA bằng phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn.

Tuyến trung ương:

- + Giai đoạn IA: như tuyến tính.
- + Giai đoạn IB-IIA: phẫu thuật kết hợp xạ trị hậu phẫu.
- + Giai đoạn IIB: xạ trị tiền phẫu + phẫu thuật + xạ trị hậu phẫu.
- + Giai đoạn III-IV: xạ trị đơn thuần.

UNG THƯ VÚ

Tuyển áp dụng.

Tuyển tình trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản hoặc bác sĩ chuyên khoa ung thư.

Ung thư vú là bệnh hay gặp nhất trong ung thư ở phụ nữ, đứng thứ hai sau ung thư cổ tử cung và là bệnh gây tử vong cao nhất. Nếu phát hiện ở giai đoạn sớm sẽ đem lại hiệu quả cao.

1. Khám lâm sàng.

Hỏi tiền sử.

- Hỏi kỹ về tiền sử gia đình.
- Nếu có xuất hiện khối u ở vú: hỏi về thời gian, vị trí xuất hiện, triệu chứng đau vú, đau có thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt không? Khối u có gây khó chịu không vì ung thư vú ít khi gây đau. Có dịch tiết núm vú không? Nếu có, hỏi màu sắc, lượng và nguồn gốc dịch tiết ở một hay hai bên vú? và những dấu hiệu liên quan đến u tuyến yên.

2. Thăm khám.

2.1. Khám thực thể bao gồm: quan sát, sờ nắn vú và hạch bạch huyết vùng nách, hạch thượng đòn, hạch hạ đòn.

- Người bệnh đứng thẳng hoặc nằm đặt 2 tay dưới đầu. Nhìn hình dạng vú, sự cân đối, thay đổi da (ban đỏ, sần da cam, co kéo khối u, loét). Núm vú tụt hay lệch hướng.
- Dùng 3 ngón tay giữa đè mô vú vào thành ngực với những di động hình tròn nhỏ với những lực ấn khác nhau, nâng mô vú lên giữa 2 bàn tay.
- Sờ nắn: hạch thượng đòn, hạch hạ đòn, hạch nách. Khám 4 vùng của vú: 1/4 vú trên trong, trên ngoài (thường gặp nhất), dưới trong, dưới ngoài bằng 2 tay, mỗi tay 3 ngón, ấn quanh vú và núm vú phát hiện dịch tiết bất thường.
- Xác định kích thước khối u, hình dạng, mật độ, vị trí, độ di động.
- Dịch tiết: 1 bên hay 2 bên, số lượng ống dẫn có liên quan, màu sắc, mật độ, làm tế bào học.
- Dây chằng Cooper bị co kéo, da dày.

2.2. Các phương pháp thăm dò.

2.2.1. Chụp vú.

- Chỉ định:
 - + Màng rạn ở vú không rõ nguyên nhân.
 - + Vú có nhiều khối lớn nhỏ.
 - + Vú tiết dịch.
 - + Kiểm tra vú bên đối diện khi vú bên kia bị ung thư, dù không sờ thấy hạch nách.
 - + Khám sàng lọc ung thư vú.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán chính:
 - + Ranh giới khối u không rõ ràng.
 - + Tăng độ cản quang.

- + Calci hóa.
 - Thương tổn có cấu trúc hình sao trên phim tương ứng về mặt mô học với ung thư ống hay ung thư tiểu thùy phát triển kiểu sợi và trong ung thư tiểu quản. Nếu có tổn thương này cần làm giải phẫu bệnh.
 - Calci hóa ống: có thể gặp calci hóa dạng hạt không đồng đều, thô, biểu hiện sự tăng sinh của nội ống hoặc ung thư trong ống calci hóa dạng khuôn là dấu hiệu đặc thù và đáng tin cậy của tân sinh ống. Thường biểu hiện ung thư ít biệt hóa.

2.2.2. Siêu âm.

- Siêu âm phát hiện những khối u ở vú. Trong ung thư sẽ thấy khối u ranh giới không rõ, mờ, âm vang không đồng nhất, ống sữa giãn không đều và thấy hạch bạch huyết bị xâm nhiễm.
- Siêu âm giúp chẩn đoán phân biệt u lành hay ung thư vú. Tổn thương là nang thì không cần thiết phải phẫu thuật mà chỉ cần hút dịch là đủ.

2.2.3. Chọc hút.

- Chọc hút bằng kim nhỏ để chẩn đoán và điều trị.
- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ với áp lực âm lớn có thể dùng để lấy tế bào từ một khối u vú đặc giúp chẩn đoán được khối u lành tính hay ác tính, tăng khả năng chẩn đoán chính xác và quyết định thời gian sinh thiết. Chọc hút bằng kim nhỏ là một thủ thuật thực hiện tại phòng khám để hút dịch hay làm tế bào. Đây là phương pháp cho giá trị chẩn đoán cao, đơn giản dễ thực hiện.
- Chỉ định:
 - + Nang tuyến vú.
 - + Khối u đặc lành tính ở phụ nữ trẻ.
 - + Khối u nghi ngờ ung thư.
 - + Hạch nách.
- Kỹ thuật chọc: dùng kim nhỏ, sát trùng da, cố định khối u ở giữa 2 ngón tay ấn xuống phía cơ ngực, dùng ống tiêm 20 ml, kim số 20 g.
- Thời gian chọc: ngày 3 - 10 của chu kỳ kinh để loại trừ ảnh hưởng của nội tiết đối với phụ nữ trẻ và thời kỳ tiền mãn kinh. Nếu là nang tuyến sẽ hút ra dịch, nếu dịch là máu hoặc dịch tái phát sau hút 3 - 4 tuần, hoặc nếu vẫn sờ thấy khối sau hút thì phải sinh thiết.

2.2.4. Sinh thiết vú.

- Là phương pháp đơn giản thuận tiện dễ làm và mang lại lợi ích cao, là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định. Quyết định sinh thiết vú sau khi khám lâm sàng, chụp vú, tế bào ung thư.
- Chỉ định sinh thiết: khối u tồn tại lâu.
- Khi đã chẩn đoán ung thư vú thì nên sinh thiết vú bên đối diện nếu có dấu hiệu khả nghi khi chụp.
- Kỹ thuật: gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân.
- Đường rạch ngang qua u để lấy những tổn thương không nắn nổi khi chỉ thấy qua chụp vú. Dùng kỹ thuật định khu trước khi phẫu thuật bằng kim hay tiêm chất màu để nổi rõ.
- Lấy toàn bộ khối u gửi giải phẫu bệnh.

3. Chẩn đoán.

3.1. Chẩn đoán xác định.

- Giai đoạn sớm có thể sờ thấy khối u cứng hoặc một mảng cứng, bờ rõ, chụm vú có hình ảnh bất thường.
- Giai đoạn muộn: có thể thấy da hoặc núm vú bị co kéo, sờ thấy hạch nách, vú to và đỏ, phù hoặc đau khối u dính vào da và cơ ngực.
- Giai đoạn cuối: có tổn thương loét, có hạch thượng đòn phù cánh tay có thể di căn vào phổi, xương, gan não và các tạng khác.

Phân chia giai đoạn lâm sàng:

- Giai đoạn I: kích thước khối u < 2 cm, không sờ thấy hạch, chưa có di căn xa
- Giai đoạn II: kích thước khối u < 5 cm, hạch nách di động
- Giai đoạn III: kích thước khối u > 5 cm hoặc có bất kỳ kích thước nào nhưng đã xâm lấn vào da hoặc cơ ngực, di căn hạch thượng đòn, nhưng chưa di căn xa
- Giai đoạn IV: di căn xa

3.2. Chẩn đoán phân biệt.

Cần loại trừ các bệnh viêm vú: viêm vú không đặc hiệu, viêm cấp hay mạn, áp xe ở người cho con bú và các u lành.

- Thùy tuyến vú có thể to lên trước khi hành kinh và nhỏ lại sau khi sạch kinh.
- Nhân xơ tuyến vú.
- Papilloma nội ống.
- Chàm ở núm vú giống bệnh Paget.

4. Hình thái lâm sàng của ung thư vú.

4.1. Carcinoma Paget.

- Tổn thương thường thâm nhiễm nội ống, là loại ung thư rất biệt hóa, biểu mô núm vú bị thâm nhiễm nhưng ít thay đổi núm vú, khối u không sờ thấy.
- Triệu chứng ban đầu thường ngứa, tấy đỏ đầu vú, có thể có vết trợt hoặc loét ở da.
- Để chẩn đoán: bấm sinh thiết. Dễ nhầm với viêm da, eczema nên được điều trị như viêm da do vi khuẩn do đó dẫn đến phát hiện muộn.

4.2. Ung thư vú viêm.

Đây là hình thái ác tính nhất của ung thư vú.

- Lâm sàng: vú đau, to, sưng đỏ, không sờ rõ khối u vì tổn thương thâm nhiễm lan rộng.
- Chẩn đoán: bấm sinh thiết thấy ung thư xâm nhiễm vào bạch mạch dưới da.
- Nếu nghi ngờ ung thư thì phải cho kháng sinh khoảng 2 tuần và sinh thiết để chẩn đoán, di căn thường sớm và rộng.

5. Xử trí.

- Tuyến xã và huyện: khám phát hiện khối u vú, chuyển tuyến.
- Tuyến tỉnh: khi đã chẩn đoán chắc chắn là ung thư vú thì chuyển tuyến trung ương để điều trị.

PHẦN 3

CHĂM SÓC SƠ SINH

GIAO TIẾP VÀ HỖ TRỢ TINH THẦN ĐỐI VỚI GIA ĐÌNH TRẺ BỆNH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Giao tiếp với người nhà trẻ bệnh.

1.1. Nguyên tắc chung.

- Phong cách chắc chắn, 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.
 - + 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. 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.
 - + Những người nhà đang bị sốt, có dấu hiệu bị bệnh cấp tính, bệnh truyền nhiễm (như nhiễm khuẩn đường hô hấp, thủy 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 cần 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 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.

CHUYỂN VIỆN AN TOÀN CHO TRẺ SƠ SINH

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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.
 - + Cố gắng có nhân viên y tế đi kèm và có các trang thiết bị, thuốc thiết yếu cho cấp cứu trên đường chuyển.
- Nếu có điều kiện, 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 (mông) cho trẻ 1 liều kháng sinh: gentamicin 2,5 mg/kg và penicilin 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
<ul style="list-style-type: none"> - 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; 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. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dịch truyền: glucose 10 %; natri clorid 0,9%; natri bicarbonat 4,2 %. - Phenobacbital. - Adrenalin 1‰. - Kháng sinh (gentamicin, penicilin).

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 người bệnh 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 (mông) cho trẻ 1 liều kháng sinh: gentamicin 2,5 mg/kg và penicilin 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.

CHO TRẺ RA VIỆN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ điều trị trong các cơ sở y tế là người quyết định cho trẻ ra viện và cần tuân thủ các tiêu chí sau.

1. Thời điểm ra viện.

1.1. Các tiêu chuẩn về chuyên môn để có thể cho trẻ bệnh ra viện:

- Bệnh lý chính đã ổn định, không có vấn đề gì khác cần phải điều trị tại cơ sở y tế.
- Thân nhiệt của trẻ bình thường và duy trì trong khoảng 36,5°C - 37,4°C.
- Trẻ bú 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.

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 (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, liên hệ với nhân viên y tế địa phương đề nghị tiếp tục theo dõi trẻ.

2. Các thủ tục cần làm khi cho người 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 quyết định ra viện:

- Trẻ đã có đầy đủ các điều kiện cần thiết để ra viện.
- Giải thích các quy 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. 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.
- Hoàn thành hồ sơ ra viện.

PHỐI HỢP CHUYÊN NGÀNH SẢN KHOA VÀ NHI KHOA TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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 hiện:

- 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 KHHGD.
- 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 nghén.
- 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.
- 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.
- 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 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, mời bác sĩ làm nhi tham gia cuộc đẻ để có thể xử trí kịp thời các vấn đề có thể xảy ra đối với trẻ.
- 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 đến khoa Nhi 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.

NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH CHO TRẺ SƠ SINH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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 nên dùng kháng sinh diệt khuẩn đường tĩnh mạch và phối hợp.
- Thận trọng khi dùng những kháng sinh có độc tính đối với gan và thận (như chloramphenicol, aminoglycosid, quinolon)
- Không trộn lẫn các kháng sinh khác nhau khi dùng.

2. Các kháng sinh sử dụng theo tuyến.

- Tuyến xã:
 - + Khuyến khích sử dụng kháng sinh đường uống.
 - + Trường hợp phải dùng kháng sinh đường tiêm thì dùng đường tiêm bắp, khuyến khích tiêm mông.
 - + Tuân thủ nguyên tắc tiêm an toàn.
- Tuyến huyện:
 - + Như tuyến xã.
 - + Sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch, phối hợp trong những trường hợp nhiễm khuẩn nặng.
 - + Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng không cải thiện sau 2 ngày điều trị.
- Tuyến tỉnh và tuyến trung ương:
 - + Làm các xét nghiệm để 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 thay đổi kháng sinh.
 - + Dừng sử dụng kháng sinh ngay khi không cần thiết.

THUỐC THIẾT YẾU TRONG CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH TẠI CÁC TUYẾN

1. Tuyến xã.

- Dịch truyền: glucose 10 %, natri clorid 0,9%.
- Kháng sinh: benzyl penicilin, ampicilin, gentamycin.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin 1/1000.
- Dung dịch sát khuẩn da/chăm sóc rốn: tím gentian 0,5 %, cồn 70⁰ hoặc povidon iod 2,5%.
- Mỡ tetracyclin 1 % nhỏ mắt.
- Argyrol 1 %.
- Vitamin K₁.
- 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 5 %, natri bicarbonat 4,2 %, 1,4 %.
- Kháng sinh: cefotaxim, ceftriaxon, cloxacilin, amikacin, nystatin.
- Thuốc chống co giật: phenobarbital.
- Cafein citrat 7%, theophylin.
- Dung dịch sát khuẩn tay: sát khuẩn tay nhanh clorhexidin 4 %.

3. Tuyến tỉnh.

Gồm các thuốc như tuyến huyện và bổ sung thêm các thuốc sau:

- Dịch truyền: dung dịch acid amin 10 %, lipofundin 20 %, natri clorid ưu trương, calci clorid 10 %, kali clorid 10 % và máu.
- Thuốc cấp cứu tim mạch: dopamin, dobutamin.
- Morphin, fentanyl, naloxon.
- Heparin, lidocain.
- Kháng sinh: ciprofloxacin.

TRANG THIẾT BỊ THIẾT YẾU CHO CHĂM SÓC SƠ SINH TẠI CÁC TUYẾN Y TẾ

1. Tuyến xã.

- Bàn làm rôn và hồi sức sơ sinh.
- Đèn sưởi ấm.
- Cân trẻ sơ sinh và thước đo chiều dài.
- Nhiệt kế.
- Hệ thống thở oxygen: bình oxygen, bóng bóp sơ sinh và mặt nạ các cỡ.
- Máy hút và ống hút.
- Bơm kim tiêm và dây truyền dịch, kim bướm cho trẻ em.
- Kim lấy thuốc số 18.
- Băng dính, băng cuộn.
- Ống thông dạ dày, 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 - 8, găng sạch.
- Hệ thống thở oxygen: bộ trộn oxygen - khí trời.
- Kim luồn tĩnh mạch, kim bướm.
- Bộ đặt nội khí quản sơ sinh.
- Ống nội khí quản sơ sinh các cỡ.
- Đèn chiếu vàng da.
- CPAP.
- Máy đo độ bão hòa oxygen qua da.
- Bộ chọc dò tủy sống.
- Máy đo đường huyết tại giường.
- 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.

3. Tuyến tỉnh.

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.
- Catheter rôn 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 đo khí máu.
- Máy điều hòa nhiệt độ 2 chiều.

CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH ĐỂ NON/NHẸ CÂN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyến xã.

- Xác định tuổi thai, cân nặng, chiều dài và chăm sóc thiết yếu 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 K₁: 1 mg ngay sau đẻ; 0,5 mg đối với 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 (chiều đèn), nhiễm khuẩn (điều trị kháng sinh), suy hô hấp (sử dụng CPAP).
- Chú ý 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: CPAP, máy thở, chống toan máu, surfactan.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch.
- Sử dụng lồng ấp.
- Điều trị các bệnh kèm theo khác.
- Phát hiện và điều trị sớm các biến chứng (bệnh võng mạc, khiếm thính, bệnh phổi mạn tính).

4. Tiêu chuẩn xuất viện với trẻ đẻ non.

- Trẻ hồng hào, bú tốt.
- Tăng cân 15 - 20 g/kg thân trọng mỗi ngày trong 3 ngày liên tục và có cân nặng khi ra viện ít nhất là 1800 g.
- Nhiệt độ ổn định bình thường.
- Không có cơn ngừng thở nặng.
- Các dấu hiệu khác bình thường.
- Mẹ và người nuôi dưỡng đã được hướng dẫn về chăm sóc trẻ.
- Hẹn khám lại mỗi tháng 1 lần trong năm đầu.

CHĂM SÓC TRẺ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CĂNG-GU-RU

(Kangaroo Mother Care)

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng-gu-ru tại tuyến xã.

Bác sĩ, nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng khuyến khích và hướng dẫn bà mẹ:

- Thực hiện tiếp xúc da - kê - 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 - kê - da với mẹ.
- Nếu phải chuyển tuyến, cố gắng để trẻ tiếp xúc da - kê - 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 Căng-gu-ru 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 Căng-gu-ru.

- 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.
- Có đáp ứng tốt với các kích thích.

2.2. Yêu cầu đối với người mẹ tham gia thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.

- Tự nguyện, hợp tác thực hiện phương pháp Căng-gu-ru theo hướng dẫn.
- Sức khỏe tốt.
- Dành toàn bộ thời gian thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.
- 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 Căng-gu-ru.

- Hướng dẫn đặt trẻ và giữ trẻ ở vị trí Căng-gu-ru.
- Hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ khi đang thực hiện phương pháp Căng-gu-ru.
- 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 xoa bóp 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 lý.

- + Trẻ bú mẹ được.
- + Trẻ đã tăng cân: 15 - 20 g/kg thân trọng mỗi ngày và trong ít nhất 3 ngày liên tiếp.
- 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 Căng-gu-ru ngoại trú và hẹn khám lại.

3. Thực hiện phương pháp Căng-gu-ru 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 Căng-gu-ru khi thực hiện các chăm sóc khác trên đường vận chuyển (thở oxygen, cho ăn sữa mẹ qua ống thông hoặc nhỏ giọt...).

DỊ TẬT SƠ SINH CẦN CAN THIỆP SỚM

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyển xã.

- Phát hiện các dị tật cần can thiệp ngay như: không hậu môn, thoát vị rốn, khe hở thành bụng, teo thực quản, hội chứng tắc ruột.
- Vận chuyển an toàn lên tuyến trên nơi có khả năng phẫu thuật.
- Lưu ý: khi chuyển trẻ bị thoát vị rốn và khe hở thành bụng cần đảm bảo khối thoát vị được đắp huyết thanh ẩm liên tục và vô khuẩn.

2. Tuyển 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 phẫu thuật.

3. Tuyển 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 phẫu thuật sớm

4. Những điểm cần lưu ý khi chăm sóc trẻ bị dị tật.

- Những dị tật teo tắc ruột phải 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 đờm rãi liên tục.
- 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 về xương khớp cần chú ý cố định tốt khi vận chuyển.

TƯ VẤN NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Khi mang thai.

- Giải thích lợi ích của bú mẹ.
- 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.

- Cho con nằm cạnh mẹ:
 - + Giúp bà mẹ cho con bú sớm trong vòng 1 giờ đầu sau đẻ.
 - + 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 vất bỏ sữa non, cần cho con bú cả sữa non.
- Hướng dẫn bà mẹ cho con bú đúng:
 - + Trẻ ngậm bắt vú đúng (mirê ntrê ngậm bắt môi dưới hướng ra ngoài, lưỡi chụm quanh bầu vú, má chụm tròn, quầng vú còn lại ở phía trên nhiều hơn 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.

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 lược 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.

HẠ THÂN NHIỆT Ở TRẺ SƠ SINH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyến xã.

- Nhận biết trẻ có nguy cơ hạ thân nhiệt: nhẹ cân, đẻ non, nhiễm khuẩn nặng, trẻ sinh ra vào mùa lạnh.
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu hạ thân nhiệt: sờ bàn tay, bàn chân lạnh.
- Đo thân nhiệt ít nhất 1 lần trong ngày đầu sau đẻ. Những trẻ có nguy cơ cần kiểm tra thân nhiệt thường xuyên hơn.
- Xử trí:
 - + Hướng dẫn bà mẹ giữ ấm cho trẻ bằng phương pháp Càng-gu-ru hoặc quấn thêm tã, mặc thêm quần áo, đội mũ và đắp chăn ấm cho trẻ hoặc hướng dẫn các phương pháp ủ ấm khác.
 - + Khuyến khích bà mẹ cho trẻ bú sớm, nhiều lần, nếu trẻ không thể bú thì vắt sữa và cho ăn 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

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.
- Trường hợp hạ thân nhiệt nặng:
 - + Sử dụng các phương tiện ủ ấm khác sẵn có (lồng ấp).
 - + Điều trị các rối loạn kèm theo.
 - + Chuyển tuyến khi vượt quá khả năng điều trị hoặc tình trạng không cải thiện sau 2 ngày điều trị.

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).

RỐI LOẠN NƯỚC ĐIỆN GIẢI

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyến xã.

- Phát hiện:
 - + Các dấu hiệu mất nước: nôn, bú ít, tiêu chảy nhiều lần, đi tiểu ít, sụt cân, thóp lõm, mắt trũng.
 - + Dấu hiệu thừa nước được gợi ý bởi tăng cân, phù.
 - + Dấu hiệu nguy hiểm: rối loạn tri giác, co giật, suy hô hấp.
- Xử trí:
 - + Tiếp tục cho trẻ bú mẹ.
 - + Chuyển tuyến an toàn.

2. Tuyến huyện.

- Phân loại mức độ mất nước: mất nước nặng, có mất nước.
- Xét nghiệm cơ bản: công thức máu.
- Xử trí:
 - + Theo tình trạng mất nước và rối loạn điện giải.
 - + Phát hiện và xử trí bệnh kèm theo.
 - + Chuyển tuyến an toàn, nếu quá khả năng điều trị.

3. Tuyến tỉnh.

Như tuyến huyện và:

- Chẩn đoán nguyên nhân rối loạn nước điện giải.
- Làm thêm các xét nghiệm:
 - + Cấy máu, tổng phân tích nước tiểu.
 - + Điện giải đồ máu, creatinin máu, ure máu, khí máu (nếu có thể).
 - + X quang bụng, siêu âm bụng nếu có nghi ngờ dị tật bẩm sinh đường tiêu hóa.
- Xử trí:
 - + Tiếp tục điều chỉnh rối loạn nước điện giải và điều trị nguyên nhân.
 - + Điều trị hỗ trợ.

VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN TỰ DO

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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.
<ul style="list-style-type: none"> - Trẻ đủ tháng: bilirubin máu tăng cao vào ngày thứ 3 (khoảng từ 6 - 8 mg/dl tương đương 100 - 120 $\mu\text{mol/l}$, không vượt quá 12 mg/dl hoặc 150 $\mu\text{mol/l}$), 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 $\mu\text{mol/l}$), sau đó giảm dần. 	Bilirubin trong máu tăng nhanh trên 0,5 mg/dl/giờ (8,5 $\mu\text{mol/l/giờ}$).
	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. Tuyên xã: phát hiện vàng da bệnh lý và chuyển tuyến ngay

4. Tuyên huyện.

- Phát hiện vàng da bệnh lý.
- Đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng dựa vào phân vùng vàng da của Kramer hoặc định lượng bilirubin máu, nhóm máu (nếu có).
- Chiếu đèn.
- Chuyển tuyến khi:
 - + Chiếu đèn thất bại (bilirubin tiếp tục tăng > 8,5 $\mu\text{mol/l/giờ}$).
 - + 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. Tuyên 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.

SUY HÔ HẤP SƠ SINH

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

Suy hô hấp là hội chứng thường gặp nhất ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh thiếu tháng, có thể gây tử vong nhanh nếu không chẩn đoán và xử trí kịp thời.

1. Tuyển xã.

- Phát hiện những trẻ có nguy cơ suy hô hấp: đẻ non, đẻ khó, mổ đẻ...
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu suy hô hấp: có một trong các dấu hiệu sau:
 - + Thở nhanh (từ 60 lần/phút trở lên).
 - + Co kéo lồng ngực nặng.
 - + Thở khò khè, thở rít hoặc thở rên.
- Xử trí ban đầu trước khi chuyển tuyến:
 - + Thông thoáng đường thở.
 - + Thở oxygen.
 - + Cấp cứu ngừng thở.
 - + Tiêm bắp sâu (tiêm mông) kháng sinh: ampicillin và gentamycin.
 - + Chuyển tuyến an toàn.

2. Tuyển 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 độ 1 và 2.
- Sau 2 ngày điều trị không cải thiện hoặc quá khả năng điều trị thì chuyển tuyến.

3. Tuyển tỉnh.

Như tuyển huyện và:

- Xét nghiệm xác định nguyên nhân suy hô hấp: khí máu, cấy dịch nội khí quản.
- 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: điều trị theo kháng sinh đồ. Khi chưa có kháng sinh đồ thì dùng kháng sinh phổ rộng phổi hợp. Thời gian điều trị 7 - 10 ngày.
 - + Điều trị các rối loạn hoặc biến chứng kèm theo.
 - + Chăm sóc hỗ trợ.
 - + Chuyển điều trị theo chuyên khoa khi cần.

VIÊM PHỔI

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyến xã.

- Phát hiện những trẻ có nguy cơ bị viêm phổi.
- Xác định các dấu hiệu nghi ngờ viêm phổi: nhịp thở trên 60 lần/phút, rút lõm lồng ngực nặng, tím tái.
- Xử trí: đồng thời
 - + Tiêm một liều kháng sinh phối hợp ampicilin và gentamycin, tiêm bắp sâu (tiêm mông).
 - + Chuyển viện an toàn.

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.
- Xử trí:
 - + Cho thở oxygen qua ống thông 0,5 - 1 lít/phút.
 - + Điều trị kháng sinh phối hợp phổ rộng trong 7 ngày và chăm sóc hỗ trợ khác.
 - + Sau 2 ngày điều trị không cải thiện chuyển lên tuyến trên.

3. Tuyến tỉnh.

- Làm như tuyến huyện và
- Làm thêm xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân: khí máu (nếu có), cấy máu và cấy dịch hút khí quản.
- Xử trí:
 - + Điều trị theo nguyên nhân.
 - + Hỗ trợ hô hấp: thở CPAP qua mũi.
 - + Phối hợp kháng sinh phổ rộng trước khi có kết quả xét nghiệm và điều chỉnh kháng sinh thích hợp theo kết quả kháng sinh đồ hoặc chuyển 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.

THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)

Tuyển áp dụng.

Bệnh viện huyện, bệnh viện tỉnh và các bệnh viện trung ương.

Người thực hiện.

Bác sĩ.

1. Chỉ định.

- Trẻ đẻ non có biểu hiện suy hô hấp, vẫn có nhịp tự thở, tần số 60 - 70 lần/phút hoặc có cơn ngừng thở ngắn < 20 giây.
- Trẻ suy hô hấp đã thở oxygen qua liều với nồng độ oxygen > 30 % nhưng không cải thiện.
- Sau khi ngừng thở máy.
- Co kéo cơ hô hấp nhiều sau khi rút nội khí quản.
- Có dấu hiệu suy hô hấp: silverman > 5 điểm, độ bão hòa oxygen qua da (SpO₂) < 90%.

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...).
- Ngừng thở kéo dài (> 20 giây).
- Áp lực CO₂ máu động mạch (PaCO₂) > 60 mmHg, pH < 7,25.

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.
- Chụp X quang phổi: phổi đã nở tốt (nếu có điều kiện kiểm tra X quang).
- Thở CPAP với áp lực 5 cm nước, nồng độ O₂ khí thở vào (FiO₂) < 30 % mà vẫn duy trì SpO₂ 92 %.
- Khi thở CPAP thất bại (yêu cầu FiO₂ > 60 % và áp lực > 7 cm nước mà không hiệu quả) thì chuyển thở máy hoặc chuyển tuyến an toàn (nếu không có máy thở).

4. 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).

XUẤT HUYẾT Ở TRẺ SƠ SINH

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyến xã.

- Phát hiện trẻ có nguy cơ xuất huyết: ngạt, đẻ khó, non tháng.
- Nhận biết các dấu hiệu xuất huyết ở da, rôn, đường tiêu hóa và bất kỳ một dấu hiệu nguy hiểm nào.
- Xử trí:
 - + Cầm máu: chảy máu rôn, chảy máu chỗ tiêm (băng ép).
 - + Tiêm bắp 1 mg vitamin K₁.
 - + 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: thời gian máu chảy, thời gian máu đông, công thức máu (tiểu cầu)...
- Xử trí:
 - + Như tuyến xã.
 - + Truyền dịch, truyền máu (tùy mức độ mất máu).
 - + 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 và một số các xét nghiệm khác để chẩn đoán nguyên nhân (chẩn đoán hình ảnh).
- Xử trí:
 - + Điều trị theo nguyên nhân.
 - + Điều trị các rối loạn kèm theo.
 - + Chăm sóc hỗ trợ.

NHIỄM KHUẨN HUYẾT SƠ SINH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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.
- Xác định các dấu hiệu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết:
 - + 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.
- Xử trí: nếu có một hay nhiều triệu chứng như trên, phải chuyển tuyến ngay. Trước khi chuyển cần:
 - + Kháng sinh: tiêm bắp (mông) 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, X quang phổi, soi cấy vi khuẩn.
- Xử trí:
 - + Điều trị ngay bằng kháng sinh phổ rộng, có thể phối hợp 2 đến 3 loại kháng sinh tùy theo bệnh cảnh trong thời gian 10 - 14 ngày.
 - + Nếu sau 48 giờ không cải thiện về lâm sàng và cận lâm sàng cần hội chẩn để chuyển tuyến trên.

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.
- 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, thặng 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.

NHIỄM KHUẨN MẮT

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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. Tuyển 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 mỡ tetracyclin 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.
- Vệ sinh mắt hàng ngày.

- Giới thiệu, hội chẩn chuyên khoa da liễu để điều trị lậu cầu cho bà mẹ và ông bố/người tình nếu họ chưa được điều trị.

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, mù.

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*.
- Chăm sóc toàn diện:
- + Cần tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc phòng chống nhiễm khuẩn đối với sơ sinh nhằm hạn chế lây nhiễm từ trẻ này sang trẻ khác.
 - + Cố gắng bảo đảm cho trẻ nằm với mẹ và nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn.
- Giới thiệu, hội chẩn chuyên khoa da liễu để điều trị cho bà mẹ và ông bố/người tình nếu họ chưa được điều trị.

NHIỄM KHUẨN RỒN

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyến xã.

1.1. Hỏi và khám lâm sàng để phân loại là nhiễm khuẩn tại chỗ hay lan rộng.

1.2. Khám, phân loại.

- 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.

1.3. 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 % lên vùng rốn nhiễm khuẩn 4 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.
- Xử trí các biến chứng hoặc các bệnh kèm theo.
- 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:
 - Nếu nhiễm khuẩn rốn do nhiễm khuẩn bệnh viện, xử trí theo hướng dẫn về nhiễm khuẩn bệnh viện.
 - Điều trị như nhiễm khuẩn huyết.

- Điều trị các biến chứng hoặc các bệnh kèm theo nếu có.
 - Sau khi ngừng kháng sinh thì theo dõi trẻ trong 24 giờ, 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.
 - Nếu có kết quả kháng sinh đồ, điều trị theo kháng sinh đồ.
 - Chăm sóc rốn tại chỗ.
- Chăm sóc toàn diện: luôn tuân thủ chặt chẽ nguyên tắc phòng chống nhiễm khuẩn trong chăm sóc trẻ để tránh lây nhiễm từ trẻ này sang trẻ khác. Bảo đảm trẻ được bú mẹ hoàn toàn và cố gắng bố trí trẻ nằm cùng với mẹ.

TRẺ SINH RA TỪ MẸ BỊ VIÊM GAN B, LAO, LẬU, GIANG MAI, HIV

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Mẹ bị viêm gan B.

1.1. Tuyên 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 trừ khi mẹ đang ở trong giai đoạn viêm gan B cấp.

1.2. Tuyên 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) trong vòng 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. Tuyên 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. Tuyên huyện, tỉnh.

Thực hiện như tuyến xã và:

- Cho trẻ uống dự phòng isoniazid 5 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.
- Phát hiện các triệu chứng của giang mai bẩm sinh để chuyển tuyến trên (có các nốt đỏ, các đốm xám, phỏng 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 benzylpennicillin) 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.

4. 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 ceftriaxon 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 ceftriaxon 25 - 50 mg/kg, tiêm bắp (tổng liều không quá 125 mg)
 - + Nếu trẻ chỉ bị viêm mắt thì chỉ cần dùng 1 liều ceftriaxon 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.
 - + Nếu trẻ bị nhiễm khuẩn huyết, viêm khớp hay bị viêm màng não do lậu cầu thì dùng ceftriaxon 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 “*Quy 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.

HỘI CHỨNG CƠ GIẬT

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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: 15 - 20 mg/kg, tiêm bắp. Nếu sau 30 phút mà còn giật có thể lặp lại lần 2 với liều 10 mg/kg hoặc phenobarbital uống (gardenal) 10 - 20 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...
 - + Hội chứng màng não.
 - + Các xét nghiệm cơ bản: công thức máu, điện giải đồ, đường huyết, chọc dò tủy sống...
- Xử trí: cắt cơn giật và điều trị theo nguyên nhân, cho thở oxygen (nếu cần), chăm sóc hỗ trợ khác.
- 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 cắt lớp não...
- Điều trị nguyên nhân.
- Chăm sóc hỗ trợ.
- Tư vấn và theo dõi trẻ sau khi ra viện.

CẤP CỨU SẶC SỮA

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Tuyến xã.

- Hướng dẫn các bà mẹ phát hiện và sơ cứu sặc sữa kịp thời theo qui trình kỹ thuật:
 - + Đặt trẻ nằm sấp trên tay hoặc đùi của bạn, đầu thấp hơn thân.
 - + Võ lưng: dùng 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 khóat ngón tay.
 - Nếu còn tắc nghẽn: quan sát vùng họng và mũi trẻ, nếu có sữa thì hút sạch.
 - Nếu cần thiết, có thể lặp lại trình tự như trên.
 - + 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.

Tiến hành các cấp cứu ban đầu như ở tuyến xã và

- 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 kèm theo khác.

HỒI SỨC SƠ SINH NGAY SAU ĐẸ

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

1. Các bước hồi sức sau sinh thực hiện ở tất cả các tuyến.

- Trong 30 giây đầu tiên:
 - + Đánh giá nhanh và xác định xem trẻ có cần hồi sức không bằng chỉ số Apgar.
 - + Ủ ấm và tiến hành hồi sức ngay nếu trẻ không khóc, không thở hoặc tím tái: đặt trẻ nằm, đầu hơi ngửa, khăn trướng tiến hành hút dịch hầu họng và mũi sau để thông đường hô hấp, kích thích thở và đặt mặt nạ bóp bóng, cung cấp oxygen (nếu cần).
- 30 giây tiếp theo:
 - + Nếu trẻ hồng lại, thở tốt thì chăm sóc thường qui và theo dõi sát.
 - + Nếu trẻ vẫn không thở thì nhanh chóng kiểm tra lại mặt nạ, chỉnh lại tư thế đầu trẻ và tiếp tục bóp bóng .
- Đánh giá trẻ sau 1 phút:
 - + Nếu sau đó trẻ tự thở được: tiếp tục theo dõi sát.
 - + Nếu trẻ vẫn không thở: kiểm tra nhịp tim:
 - Nếu nhịp tim > 60 lần/phút: bóp bóng 40 lần/phút, cung cấp oxygen (nếu có) ngừng bóp bóng khi nhịp thở > 30 lần/phút.
 - Nếu nhịp tim < 60 lần/phút thì gọi hỗ trợ và tiến hành ấn tim 120 lần/phút, đồng thời bóp bóng oxygen 40 lần/phút. Ngừng ấn tim khi nhịp tim > 100 lần/phút.
- Nếu hồi sức tích cực 20 phút mà không có kết quả thì ngừng hồi sức.

Chú ý:

- Phải luôn bảo đảm giữ ấm cho trẻ trong quá trình hồi sức.
- Chọn mặt nạ thích hợp với cân nặng của trẻ.

2. Từ tuyến huyện, tỉnh trở lên.

- Nên đặt nội khí quản để bóp bóng giúp thở ngay nếu:
 - + Trẻ bị thoát vị hoành bẩm sinh.
 - + Trẻ hít ôi lẫn phân su.
 - + Trẻ ngạt nặng (Apgar <3).
 - + Hồi sức qua mặt nạ thất bại.
 - + Trẻ cần dùng thuốc qua đường nội khí quản (adrenalin, narkan).
 - + Trẻ cần phải hồi sức kéo dài.
- Sử dụng các thuốc cần thiết (nếu có chỉ định):

Adrenalin 1/1000:

- + Chỉ định: khi nhịp tim < 60 lần/phút sau 30 giây bóp bóng oxygen.
- + Liều lượng: 0,1 mg/lần nếu tiêm tĩnh mạch và 0,3 mg/lần nếu bơm qua nội khí quản. Có thể lặp lại nếu chưa hiệu quả.

Natri bicarbonat 4,2 %:

- + Chỉ định: khi trẻ bị toan chuyển hóa
- + Liều: 1 - 2 mEq/kg tiêm tĩnh mạch (2 - 4 ml/kg).

Glucose 10 %: 3 - 5 ml/kg tiêm tĩnh mạch.

Naloxon (Narcan):

- + Chỉ định: nếu trẻ bị ức chế hô hấp do sử dụng morphin hay dẫn xuất của morphin trong vòng 2 giờ trước sinh.
- + Liều lượng: 0,1 mg/kg tiêm tĩnh mạch hoặc bơm qua nội khí quản.
- Sau khi hồi sức cần phải xác định nguyên nhân gây ngạt và chuyển vào khoa sơ sinh hoặc chuyển lên tuyến trên để tiếp tục điều trị (nếu cần).

TRUYỀN MÁU

Tuyến áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện, tỉnh, trung ương.

Người thực hiện.

Bác sĩ và điều dưỡng viên.

1. Chỉ định.

- Choáng do mất máu cấp hoặc chảy máu nhiều.
- Thiếu máu và có dấu hiệu suy hô hấp:
 - + Hematocrit < 40 % nếu trẻ phải thở máy.
 - + Hematocrit < 35 % nếu trẻ phải thở oxygen nồng độ > 30 %.
 - + Hematocrit < 30 % nếu trẻ phải thở oxygen nồng độ \leq 30 %.
 - + Trẻ không suy hô hấp:
 - Hematocrit < 25 % nếu trẻ đẻ non.
 - Hematocrit < 20 % nếu trẻ đủ tháng.
- Có dấu hiệu suy hô hấp, suy tuần hoàn: truyền máu khi hematocrit:
 - + < 40 % nếu trẻ vẫn suy hô hấp mặc đang dùng thở máy.
 - + < 35 % nếu cần cung cấp oxygen với $FiO_2 > 30$ %.
 - + Có cơn ngưng thở và chậm nhịp tim.
 - + < 30 % nếu cần cung cấp oxygen với $FiO_2 \leq 30$ %.
- Trẻ dưới 4 tuần tuổi không có suy hô hấp: truyền máu khi hematocrit < 30 % và
 - + Có cơn ngưng thở tái phát và chậm nhịp tim hoặc không tăng cân.
 - + Cần phẫu thuật hoặc hậu phẫu.
- Đối với trẻ đẻ non: trên 4 tuần tuổi không có suy hô hấp: truyền máu khi hematocrit < 25 % và
 - + Có cơn ngưng thở tái phát và chậm nhịp tim hoặc không tăng cân.
 - + Cần phẫu thuật hoặc hậu phẫu.
- Trong trường hợp phải thay máu điều trị vàng da nặng hoặc thay máu một phần.
- Trong một số trường hợp nhiễm khuẩn nặng.
- Trong những trường hợp có rối loạn về đông cầm máu.
- Choáng do mất máu cấp hoặc chảy máu nhiều và liên tục.

2. Chống chỉ định: máu không phù hợp

3. Tiến hành.

- Theo đúng qui trình kỹ thuật:
 - + Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, bảo đảm tĩnh mạch và kim tiêm đủ to để truyền máu.
 - + Kiểm tra xem đã dùng đúng nhóm máu cho trẻ chưa, thử phản ứng chéo.
 - + Kiểm tra chất lượng của túi máu truyền.
 - + Kiểm tra tình trạng bệnh nhân trước khi truyền (ghi nhịp thở, nhịp tim, thân nhiệt).
 - + Lắp túi máu vào dây truyền máu.
 - + Số lượng truyền trung bình 20 ml/kg.

- + Theo dõi chặt chẽ 5 phút/lần cho trẻ trong 15 phút đầu.
- + Tiếp đó theo dõi ít nhất 1 giờ/lần trong suốt quá trình truyền.
- + Sau khi truyền xong phải theo dõi 4 giờ/lần.
- + Thời gian truyền cho mỗi túi máu không quá 4 giờ.
- + Ghi vào phiếu truyền các thông số:
 - Thời gian bắt đầu và kết thúc truyền.
 - Lượng và loại máu đã truyền.
- Các diễn biến đặc biệt trong khi truyền.
- Bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn.
- Chăm sóc và theo dõi chặt chẽ trong suốt quá trình truyền máu để phát hiện những tai biến và xử trí kịp thời.
- Một số tai biến có thể gặp:
 - + Choáng phản vệ.
 - + Nhiễm khuẩn do máu truyền hoặc thao tác không vô khuẩn.
 - + Phản ứng tan máu nặng do bất đồng nhóm máu.
 - + Truyền quá nhanh hoặc quá nhiều gây quá tải: biểu hiện suy tim hoặc phù phổi.

ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH RỖN

Tuyên áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ đã được huấn luyện về hồi sức sơ sinh.

1. Chỉ định.

- Hồi sức sơ sinh cần truyền tĩnh mạch, lấy máu xét nghiệm cấp cứu mà không lấy được tĩnh mạch ngoại vi.
- Thay máu.
- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

Chú ý: Chỉ tiến hành thủ thuật khi rốn chưa rụng hoặc mới rụng 1 - 2 ngày.

2. Chống chỉ định.

- Nhiễm khuẩn rốn.
- Các dị tật vùng rốn.
- Viêm phúc mạc (chống chỉ định tương đối).
- Phẫu thuật vùng rốn.

3. Nguyên tắc tiến hành.

- Theo đúng qui trình kỹ thuật:
 - + Đo độ dài ống catheter cần đưa vào.
 - + Xác định thành tĩnh mạch.
 - + Nhẹ nhàng luồn catheter vào.
 - + Lắp bơm tiêm vào đầu ống thông, kiểm tra xem catheter đã thông chưa.
 - + Cố định catheter.
- Bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn.
- Phát hiện những tai biến và xử trí kịp thời.

NUÔI DƯỠNG TRẺ SƠ SINH BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Tuyên áp dụng.

Tuyến tỉnh hoặc các trung tâm có hồi sức cấp cứu, điều trị sơ sinh.

Người thực hiện.

Bác sĩ đã được huấn luyện về nuôi dưỡng trẻ sơ sinh bằng đường tĩnh mạch

1. Chỉ định.

- Đẻ non tháng mà không nuôi dưỡng được bằng đường tiêu hóa, không đảm bảo nhu cầu cơ bản.
- Không nuôi được bằng đường tiêu hóa:
 - + Rò khí thực quản.
 - + Suy hô hấp và nhiễm khuẩn quá nặng.
 - + Trước và sau phẫu thuật đường tiêu hóa.
 - + Viêm ruột hoại tử.
 - + Nôn nhiều (không dung nạp thức ăn).

2. Nguyên tắc tiến hành.

- Trước khi tiến hành cần đánh giá trẻ bệnh (tuổi thai, cân nặng, tình trạng bệnh) và xác định nuôi tĩnh mạch một phần hay toàn phần.
- Đảm bảo đủ nhu cầu dịch, năng lượng, các chất protid, glucid, lipid, vitamin, các điện giải và phân chia đều dịch trong 24 giờ .
- Thiết lập đường truyền để thực hiện truyền các dịch đã chuẩn bị qua đường tĩnh mạch.
- Theo dõi lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết (điện giải đồ, đường huyết...)

3. Tai biến và xử trí.

- Sưng phồng, chảy máu, nhiễm khuẩn nơi tiêm truyền: cần tạm ngừng truyền để xử trí, thiết lập đường truyền khác.
- Nếu có rối loạn đường huyết: cần phải định lượng đường huyết 6 giờ/lần.
- Rối loạn nước và điện giải: phải kiểm tra điện giải đồ từ 1 đến 3 ngày/lần để điều chỉnh cũng như cần theo dõi cân nặng trẻ hàng ngày đánh giá thêm tình trạng rối loạn nước.

THAY MÁU Ở TRẺ SƠ SINH

Tuyển áp dụng.

Bệnh viện tuyển tỉnh và tuyển trung ương có đủ khả năng và điều kiện thực hiện.

Người thực hiện.

Bác sĩ.

1. Chỉ định.

- Nồng độ bilirubin gián tiếp trong máu tăng cao có chỉ định thay máu.
- Nhiễm khuẩn nặng không đáp ứng với điều trị.
- Đa hồng cầu (hematocrit > 70 %), có triệu chứng suy hô hấp do cô đặc máu.

2. Chống chỉ định.

- Vàng da tăng bilirubin trực tiếp.
- Đang có biểu hiện choáng nặng, suy hô hấp nặng.

3. Nguyên tắc tiến hành.

- Bảo đảm trẻ đã sẵn sàng cho truyền máu.
- Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ.
- Thực hiện đúng kỹ thuật, nhẹ nhàng, không bơm, rút máu nhanh.
- Theo dõi sát người bệnh trong khi thay máu, màu sắc da, nhiệt độ, nhịp thở, nhịp tim...
- Chọn nhóm máu phù hợp (hệ Rh, ABO) với nhóm máu mẹ và con.
- Số lượng máu thay: 150 - 200 mg/kg cân nặng.
- Máu thay là máu được bảo quản không quá 72 giờ.
- Đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.
- Đảm bảo đúng qui trình kỹ thuật:
 - + Sát khuẩn rốn và vùng da xung quanh rốn.
 - + Từ từ đưa ống thông vào tĩnh mạch rốn cho đến khi máu trào ra. Nối ống thông với chạc 3.
 - + Rút máu ra làm xét nghiệm cần thiết (rút bao nhiêu máu, bơm trả lại bằng số lượng máu rút ra).
 - + Bơm máu và rút máu phải làm từ từ, mỗi lần chỉ 5 - 20 ml tùy theo cân nặng của trẻ. Tốc độ thay máu trung bình: 70 - 80 ml/kg/giờ.
- Sau khi thay máu: xét nghiệm lại bilirubin, cấy máu.
- Tiếp tục chiếu đèn sau khi thay máu và theo dõi bilirubin.
- Trong trường hợp nghi có nhiễm khuẩn, sau khi thay máu cần phải dùng kháng sinh.
- Kiểm tra, theo dõi các xét nghiệm cần thiết.

4. Theo dõi và xử trí các tai biến.

- Chảy máu rốn.
- Nhiễm khuẩn.
- Tắc mạch do khí.
- Hạ thân nhiệt.
- Choáng do bơm máu nhanh đặc biệt là trẻ đẻ non.

LẤY MÁU ĐỘNG MẠCH

Tuyên áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng viên.

1. Chỉ định.

- Lấy máu xét nghiệm khí máu.
- Lấy máu xét nghiệm khi không lấy được máu tĩnh mạch.

2. Chống chỉ định.

- Thận trọng trong những trường hợp có rối loạn đông - cầm máu.

3. Tiến hành.

- Theo đúng qui trình kỹ thuật:
 - + Chuẩn bị đủ dụng cụ cần thiết.
 - + Tuân thủ các nguyên tắc chống nhiễm khuẩn.
 - + Xác định động mạch cần lấy: thường lấy ở động mạch quay, động mạch thái dương hoặc một số động mạch nông vùng đầu.
 - + Rửa tay, đeo găng.
 - + Sát khuẩn vùng da có động mạch cần lấy máu.
 - + Luồn kim vào da theo góc 15 độ, mặt vát của kim quay lên trên.
 - + Có thể dùng kim gắn bơm tiêm hoặc kim không có bơm tiêm để lấy máu.
 - + Chỉ lấy đủ lượng máu cần thiết.
 - + Sau khi lấy máu xong: rút kim, dùng bông vô khuẩn ấn mạnh chỗ lấy máu để cầm máu.
- Phát hiện những tai biến và xử trí kịp thời:
 - + Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân: chăm sóc tại chỗ hoặc dùng kháng sinh toàn thân, nếu cần.
 - + Chảy máu kéo dài tại chỗ cầm máu: cầm máu tích cực, nếu chảy máu không cầm phải truyền máu.

LẤY MÁU GÓT CHÂN

Tuyến áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ và điều dưỡng viên.

1. Chỉ định: Khi cần lấy một lượng máu nhỏ để làm xét nghiệm đường máu, khí máu, các xét nghiệm sàng lọc...

2. Tiến hành:

- Theo đúng qui trình kỹ thuật:
 - + Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ: chú ý các dụng cụ quan trọng như kim chuyên dụng lancet hoặc kim 24, ống thủy tinh mao mạch...
 - + Tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn.
 - + Rửa tay, đi găng.
 - + Sát trùng vùng gót chân.
 - + Gập bàn chân đúng tư thế.
 - + Dùng kim châm vào gót ở vị trí phía trong hoặc phía ngoài gót chân.
 - + Chú ý không châm vào gan chân gây nguy hiểm.
 - + Bóp nhẹ gót chân để máu ra.
 - + Lấy máu vào ống để làm xét nghiệm.
 - + Sau khi lấy xong máu phải ấn chỗ lấy máu trong vài phút để cầm máu.
- Phát hiện những tai biến và xử trí kịp thời.
 - + Nhiễm khuẩn tại chỗ lấy máu.
 - + Vết châm quá sâu, chảy máu kéo dài.

ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

Tuyên áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ, điều dưỡng viên và nữ hộ sinh đã được đào tạo

1. Chỉ định.

- Hồi sức hô hấp và tuần hoàn.
- Suy hô hấp nặng, cần thở máy hoặc bóp bóng qua ống nội khí quản.
- Thoát vị hoành cần có hỗ trợ hô hấp.
- Uốn ván cần hỗ trợ hô hấp.

2. Chuẩn bị.

- Kiểm tra các dụng cụ cần thiết: bảo đảm đầy đủ và phù hợp với tuổi sơ sinh.
- Giải thích cho người nhà về sự cần thiết làm thủ thuật.

3. Nguyên tắc tiến hành.

- Thực hiện đúng qui trình, kỹ thuật và lưu ý tư thế đúng khi đặt nội khí quản. Luôn cần có thêm 1 người phụ.
 - + Tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc vô khuẩn.
 - + Chuẩn bị bệnh nhân: bảo đảm thông đường hô hấp, tim còn đập.
 - + Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ: lưỡi đèn soi, ống nội khí quản, máy hút, bóng, ống nghe. Chọn lưỡi đèn, ống nội khí quản phù hợp với trẻ.
 - + Đặt trẻ nằm ngửa, kê gối mỏng dưới vai để đầu hơi ngửa ra sau.
 - + Tay trái cầm cán đèn, đưa lưỡi đèn vào miệng trẻ nâng lưỡi trẻ lên.
 - + Nâng cán đèn theo hướng lên trên và ra trước, khi nhìn thấy dây thanh âm, dùng tay phải đưa ống nội khí quản vào qua thanh môn.
 - + Dùng tay trái rút nòng nội khí quản.
 - + Lắp đầu ống nội khí quản vào bóng và bóp bóng. Dùng ống nghe kiểm tra xem ống nội khí quản đã vào đúng vị trí chưa? có sâu quá không?
 - + Nếu ống nội khí quản vào đúng vị trí, đánh dấu và cố định lại.
- Theo dõi đánh giá trẻ: kỹ thuật đặt tốt khi nghe rì rào phế nang đều 2 phổi, lồng ngực lên xuống đều theo nhịp bóp. Đầu ống nội khí quản nằm ở vị trí trên ngã ba khí quản 1 cm. Trẻ hồng hào, độ bão hòa oxygen cải thiện tốt.

4. Theo dõi và xử trí.

- Đưa ống nhầm vào thực quản: rút ống ra, bóp bóng cho trẻ khá lên rồi đặt lại.
- Tuột ống nội khí quản: đặt lại và cố định. Các thao tác phải làm nhanh chóng.
- Tắc ống nội khí quản: hút làm thông hoặc đặt lại ống nội khí quản.

CHỌC HÚT VÀ ĐẶT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

Tuyên áp dụng:

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện

Bác sĩ đã được đào tạo

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 gây chèn ép kéo dài
- Điều trị: dẫn lưu khí và dịch trong các trường hợp
 - + Tràn khí màng phổi gây khó thở, chèn ép và dò khí phế mạc
 - + Tràn dịch (máu, mủ, dưỡng chấp)
 - + Dẫn lưu sau mổ lồng ngực

2. Nguyên tắc tiến hành thủ thuật:

- Giải thích cho người nhà trẻ bệnh 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 cho trẻ cần được xác định vị trí và mức độ, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi bằng X quang. Bảo đảm vô khuẩn tuyệt đối.
- Bảo đảm hệ thống dẫn lưu kín.
- Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật:
 - + Thực hiện vô khuẩn theo đúng quy trình.
 - + Vị trí chọc dò: liên sườn 2-3 đường giữa xương đòn phía trên tràn khí; liên sườn 5-6 đường nách giữa phía bên tràn dịch
 - + Lắp bơm tiêm với chạc ba và kim chọc dò
 - + Chọc kim thẳng góc vào vị trí đã được xác định: khoang liên sườn 2-3, đường giữa xương đòn, bờ trên của xương sườn dưới: đối với chọc hút khí; khoang liên sườn 5-6, đường nách giữa, bờ trên của xương sườn dưới vào khoang màng phổi: đối với chọc hút dịch.
 - + Rút khí hoặc dịch qua bơm tiêm
 - + Rút kim và ép chặt chỗ chọc dò vài giây
 - + Đặt 1 miếng bông gạc vô khuẩn lên vùng chọc dò, băng dính
 - + Theo dõi tình trạng mạch huyết áp, hô hấp của trẻ sau chọc dò
- Nếu cần đặt ống dẫn lưu thì phải khâu cố định ống và băng lại bằng băng vô khuẩn

3. Theo dõi và cách xử trí

- Chọc chạm vào tổ chức phổi: cần rút ra nông hơn và theo dõi tiếp tục.
- Chảy máu: băng ép và theo dõi mức độ xuất huyết để xử trí.
- Tràn khí dưới da: có thể xảy ra nhưng thường ít gặp, khí sẽ tự rút.
- Theo dõi: tình trạng mạch, huyết áp, hô hấp của trẻ trong và sau chọc dò.
- Theo dõi hệ thống dẫn lưu, khi trẻ bệnh ổn định kiểm tra lại bằng Xquang.

KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY CHO TRẺ SƠ SINH

Tuyến áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ và điều dưỡng.

1. Chỉ định.

- Nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày và lấy dịch làm xét nghiệm.
- Dẫn lưu dịch và khí từ dạ dày trong các trường hợp: 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.
- Theo đúng qui trình kỹ thuật:
 - + Rửa tay sạch, đeo găng tay.
 - + Ước lượng độ dài ống cần thiết: Giữ ống ở vị trí như khi đã được đưa vào trong cơ thể (tức là từ miệng hoặc lỗ mũi đến vành tai dưới và sau đó xuống đến bụng, ngay phía dưới mũi ức; và dùng bút hoặc băng dính đánh dấu trên ống.
 - + Hơi gấp cổ của trẻ và nhẹ nhàng đưa ống vào bên trong miệng trẻ hoặc qua 1 bên mũi đến đoạn ống đã đánh dấu theo nhịp nuốt của trẻ.
- Khi cho ăn qua ống thông, cần hút dịch dạ dày trước khi cho ăn để đánh giá lượng dịch ứ đọng.
- Cố định ống thông bằng băng dính.
- Trường hợp dùng ống thông để dẫn lưu dịch dạ dày thì chất thải chảy vào túi sạch và cố định ống thông bằng băng dính.

3. Theo dõi và cách xử trí.

- Tím tái ngưng thở trong khi đặt ống thông dạ dày do ống thông đi lạc vào khí quản. Xử trí: rút ngay ống thông dạ dày ra. Hồi sức tim phổi khi cần thiết.
- Trầy xước niêm mạc thực quản gây chảy máu.
- Gây sặc sữa, viêm phổi hít do cho ăn qua ống thông dạ dày khi ống thông dạ dày nằm sai vị trí.
- Thời gian lưu ống thông: thay ống thông muộn nhất là sau 48 giờ.

KỸ THUẬT CHIẾU ĐÈN ĐIỀU TRỊ VÀNG DA

Tuyên áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ và điều dưỡng viên.

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 Kramer.

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 khổ 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.

CHỌC DÒ TUYỂN SỐNG

Tuyên áp dụng.

Bệnh viện tuyến huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ.

1. Chỉ định.

- Chọc dò để xác định các bệnh viêm màng não, xuất huyết não - màng não.
- Đánh giá đáp ứng trong điều trị viêm màng não nhiễm khuẩn.

2. Chống chỉ định.

- Suy hô hấp chưa được hô hấp viện trợ.
- Nhiễm khuẩn tại vị trí chọc dò.
- Thoát vị màng não tuỷ tại vị trí chọc dò.

3. Nguyên tắc tiến hành.

- Kiểm tra chức năng sống của trẻ trước khi tiến hành.
- 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 thẳng đứng với mặt bàn, hơi uốn lưng trẻ sao cho các khe đốt lưng giãn rộng.
 - + Người làm thủ thuật xác định vị trí chọc: khe liên đốt sống thắt lưng 4 - 5.
 - + Sát khuẩn.
 - + Chọc vào khe liên đốt.
 - + 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.
- Đặt trẻ nằm tại phòng trong vòng 5 phút.
- 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.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT SƠ SINH

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi và điều dưỡng.

1. Tuyến xã.

- Phát hiện chủ yếu dựa vào bệnh sử và các triệu chứng lâm sàng:
 - + Tiền sử: trẻ có mẹ bị bệnh đái đường, trẻ bú không đủ sữa.
 - + Lâm sàng: li bì, giảm trương lực cơ, run giật chi, co giật, bú yếu, ít vận động, có thể bị ngưng thở, hạ thân nhiệt, hôn mê.
- Xử trí:
 - + Sơ cứu, cắt cơn giật, nếu có co giật (xem bài “Xử trí co giật”).
 - + Cho bú mẹ, nếu không bú được thì vắt sữa 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 ăn và giữ ấm khi chuyển.

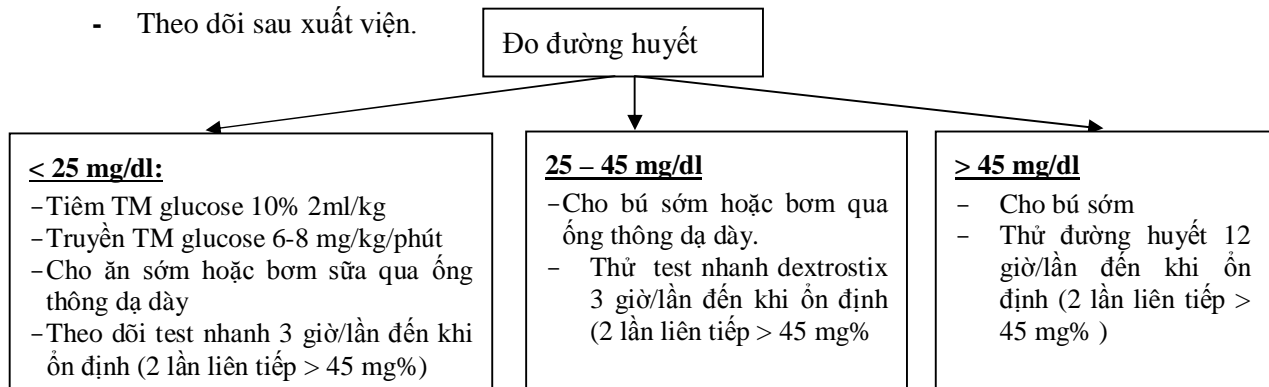
2. Tuyến huyện.

- Chẩn đoán: như tuyến xã và:
 - + Xác định mức độ hạ đường huyết (test nhanh, xét nghiệm máu).
 - + Xác định nguyên nhân và các bệnh kèm theo để điều trị.
- Xử trí:
 - + Tùy mức độ hạ đường huyết mà xử trí: cho ăn qua thông dạ dày, tiêm hoặc truyền tĩnh mạch glucose. 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 (co giật, ngưng thở, hạ thân nhiệt...)
- Xử trí theo mức độ hạ đường huyết theo lưu đồ sau:
- Điều trị nguyên nhân và điều chỉnh các rối loạn đi kèm (co giật, ngưng thở...)
- Theo dõi sau xuất viện.



PHẦN 4

KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

Tư vấn Kế hoạch hóa gia đình (KHHGD) 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 KHHGD. 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 KHHGD”. Khi tư vấn cho người HIV(+) nên sử dụng tài liệu “Bộ tranh lật tư vấn KHHGD 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 KHHGD khác không có tác dụng phòng các NKLTQĐTD.

1. Vai trò của tư vấn KHHGD.

- 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 KHHGD.
- Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần giảm nguy cơ mang 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 KHHGD.

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.

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 KHHGD.

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. Gọi hỏi.

- Hỏi các thông tin liên quan đến hoàn cảnh, sức khỏe, nhu cầu tránh thai và bảo vệ kếp. Khai thác kiến thức và hành vi hiện tại của khách hàng về các BPTT.
- 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 bảo vệ kếp.
- 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.
- Chỉ dẫn 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 khuyến thực hiện đầy đủ.
- 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.

Chú ý: Trừ bước và 6, các bước còn lại cần áp dụng linh hoạt, xen kẽ và bổ sung cho nhau.

DỤNG CỤ TRÁNH THAI TRONG TỬ CUNG

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế làm dịch vụ KHHGD đã được đào tạo.

Dụng cụ tránh thai trong tử cung (DCTC) là một BPTT tạm thời và hiệu quả. DCTC hiện có 2 loại: (i) DCTC chứa đồng (TCu-380A và MLCu-375) được làm từ một thân plastic với các vòng đồng hoặc dây đồng, và (ii) DCTC 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 NKLTQĐTĐ 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 chứa 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 sảy 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 mù 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 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, chóng 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).
- 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), thiếu 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.
- 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. Dẫn 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.
- 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.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp.

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng bảng kiểm).
- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” nếu khách hàng không có dấu hiệu có thai và thỏa mãn một trong những tiêu chuẩn sau:
 - + Không giao hợp kể từ lần có kinh bình thường ngay trước đó.
 - + Đã và đang sử dụng một BPTT tin cậy một cách liên tục và đúng phương pháp.
 - + Trong 7 ngày đầu sau kỳ kinh bình thường (hoặc trong vòng 12 ngày nếu khách hàng muốn sử dụng DCTC).
 - + Trong 4 tuần đầu sau sinh và không cho con bú.

- + Trong 7 ngày đầu sau nạo, hút, sảy thai.
- + Đang cho bú mẹ hoàn toàn (hoặc gần như hoàn toàn), vô kinh và trong 6 tháng đầu sau sinh.

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:
 - + 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 hành kinh bình thường.
- Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

* DCTC giải phóng levonorgestrel

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành 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 đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên: không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.
 - + Quá 7 ngày kể từ ngày hành kinh đầu tiên: 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 cuộc 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 tránh thai khẩn cấp cho trường hợp bị hiệp 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 của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật. Đảm bảo kỹ thuật “không chạm”. Cần thay găng mới sau khi chuẩn bị DCTC.

3.4.2. Đặt DCTC loại TCu 380-A

*** Chuẩn bị đặt**

- Kiểm tra dụng cụ và bao đựng DCTC (thời hạn sử dụng, bao còn nguyên vẹn).
- Cho khách hàng đi tiểu.
- 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).

*** 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 độ sâu buồng tử cung.
- Lắp DCTC vào ống đặt
 - + Lắp DCTC trong bao.
 - + Điều chỉnh nấc hãm trên ống đặt đúng hướng và đúng độ sâu 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 hãm chạm vào lỗ ngoài CTC.
 - + Giữ nguyên cần đẩy, kéo ống đặt xuống để giải phóng cánh ngang chữ T.
 - + Giữ nguyên ống đặt, rút cần đẩy ra ngoài.

- + Đẩy nhẹ ống đặt lên để đảm bảo bộ phận hãm tới sát cổ tử cung.
- + Rút ống đặt.
- + Cắt dây DCTC để lại từ 2 - 3 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo.
- Tháo dụng cụ
 - + Tháo kẹp Pozzi.
 - + Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
 - + Tháo van hay mỏ vịt.
- Thông báo cho khách hàng biết công việc đã xong.

3.4.3. Đặt DCTC loại Multiload

* Chuẩn bị đặt

- Như cách chuẩn bị đặt TCu 380-A.

* Các thao tác đặt DCTC

- Bộc lộ cổ tử cung (như với TCu 380-A).
- Đo buồng tử cung (như với TCu 380-A).
- Đưa DCTC vào trong tử cung
 - + Mở bao bì, đặt nắp hãm đúng hướng và độ sâu buồng tử cung.
 - + Một tay cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn, tay kia giữ ống đặt (có DCTC) đúng hướng (theo nắp hãm), đẩy DCTC vào qua cổ tử cung theo đúng tư thế tử cung cho tới khi chạm đáy.
 - + Rút ống đặt ra ngoài.
 - + Cắt đuôi DCTC để lại 3 cm, gấp vào túi cùng sau âm đạo.

3.4.4. Đặt DCTC giải phóng levonorgestrel.

* Chuẩn bị đặt

- Khách hàng được tư vấn rõ và ký vào giấy cam kết.
- Khám phụ khoa, đánh giá vị trí và kích thước tử cung, loại trừ thai nghén, viêm cổ tử cung và các chống chỉ định khác.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu có chỉ định.
- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn.
- Dùng thuốc giảm đau nếu cần thiết.
- Vệ sinh âm đạo và cổ tử cung bằng dung dịch sát khuẩn.
- Gây tê cạnh cổ tử cung nếu cần thiết.
- Kẹp mép trước cổ tử cung bằng kim Pozzi và kéo thẳng ống cổ tử cung so với buồng tử cung.
- Đo lòng tử cung. Nếu cảm giác ống cổ tử cung hẹp cần nong cổ tử cung. Buồng tử cung cần có kích thước từ 6 đến 9 cm. Buồng tử cung sâu dưới 6 cm có thể làm tăng nguy cơ tụt DCTC, chảy máu, đau, thủng tử cung và có thai.

* Các thao tác đặt DCTC

- Mở túi chứa bộ dụng cụ, kéo dây DCTC ra quá cần đặt. Đẩy pít tông cần đặt lên vị trí tối đa (sát với DCTC) và chỉnh vị trí 2 cánh của DCTC nằm ngang.
- Nắm hai dây và kéo sao cho dụng cụ lọt vào trong ống của cần đặt, đầu 2 cánh nằm ở lỗ trên cùng của ống đặt. Cố định 2 sợi dây vào kẹp cuối pít tông và chỉnh khóa đánh dấu ở vị trí đúng với kích thước buồng tử cung đã đo.
- Nắm chắc cần đặt ở vị trí xa nhất. Kẹp cổ tử cung bằng kim 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 khóa 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 pít tông cho đến khi đầu tận cùng của pít tông ra đến gờ đánh dấu trên cần đặt.
- Đẩy nhẹ nhàng cần đặt vào buồng tử cung cho đến khi khóa đánh dấu chạm vào cổ tử cung.
- Giữ chắc cần đặt và nhẹ nhàng kéo pít tông ra hết ngoài cần đặt.
- Rút cần đặt ra khỏi buồng tử cung. Cắt ngắn dây DCTC, để lại bên ngoài tử cung 2 - 3cm.

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.
 - + 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.

- Cả ba loại DCTC TCu 380-A, Multiload và giải phóng levonorgestrel đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào cả 2 dây, nhẹ nhàng kéo ra là được.
- Trong trường hợp nhìn thấy dây DCTC khó thì chuyển lên tuyến trên.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

DCTC không chứa nội tiết tố.

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
 - + Mới sinh hoặc sảy 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 > 38⁰C.
 - + 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.
- 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. Đang bị NKL TQĐTD hoặc bị trong vòng 3 tháng gần đây hoặc viêm mũ cổ tử cung

- Tháo DCTC.
- Chẩn đoán và điều trị NKL TQĐTD 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, sảy thai và đẻ non. Động tác tháo vòng cũng có nguy cơ thấp gây sảy 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 sảy thai. Cần theo dõi thai nghén chặt 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(+).

- 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 hiệu của tình trạng viêm vùng chậu.
- 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 NKL TQĐTĐ.

BAO CAO SU

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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 thất ồng dẫn tinh, quên uống thuốc tránh thai).

2. Chống chỉ định.

Đị 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 chỉ dùng bao cao su.
- Nếu khách hàng áp dụng biện pháp kiêng giao hợp, khuyến khích 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 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 bồi rối, chưa quen sử dụng: cần hướng dẫn khách hàng và bạn tình hiểu rõ, giúp nhau sôi rối, chưa quen
- Có thnhaung 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.

VIÊN THUỐC TRÁNH THAI KẾT HỢP

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

Viên thuốc tránh thai kết hợp là BPTT tạm thời, chứa 2 loại nội tiết là estrogen và progesterin. 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 thường xuyên ≥ 15 điếu/ngày.
- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (lớn tuổi, hút thuốc lá, đái tháo đường và tăng huyết áp)
- Tăng huyết áp nặng (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 đòi hỏi 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 < 15 điếu/ngày.

- Đã hoặc đang bị cao huyết áp trung bình (HA tâm thu 140 - 159 mmHg, HA tâm trương 90 - 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, topiramát, oxcarbazepin hoặc lamotrigin.

3. Quy trình thực hiện.

3.1 Tư vấn.

Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai kết hợp. Nêu rõ hiệu quả, những thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng thuốc. Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có tác dụng phòng NKĐSS hoặc giảm nguy cơ viêm tiểu khung có triệu chứng. Không có tác dụng phòng tránh NKLQTĐTD.

Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc. Chỉ cho khách hàng những viên thuốc nhắc (vỉ 28 viên) và báo cho khách hàng thời điểm sẽ ra kinh. Cho khách hàng biết các tác dụng phụ, như buồn nôn, ra máu ít, đau đầu, căng ngực, tăng cân và những khó khăn có thể gặp.

Nhắc khách hàng cách theo dõi trong khi sử dụng thuốc:

- + Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào nếu có vấn đề.
- + Trong 3 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng.
- + Hẹn đến khám lại hàng năm.

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. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

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 (kể cả những trường hợp sau sinh đã có kinh lại) hoặc trong vòng 7 ngày sau nạo/hút/sảy 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 lập 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 xảy ra 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 (tức từ tuần 1 đến tuần 3).

- 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 \leq 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ 1 - 2 ngày: khách hàng 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 \leq 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ 3 ngày trở lên, khách hàng cần uống ngay một viên thuốc ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống thuốc 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, khách hàng cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.
- Nếu xảy ra liên tục từ 2 ngày trở lên, khách hàng 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 hàng các 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 800 mg (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác), uống sau khi ăn, 3 lần/ngày trong 5 ngày (bắt đầu khi có rối loạn kinh nguyệt)
 - + Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 3 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc ngừa 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 (ví 28 viên) hoặc không chờ 7 ngày sau khi uống xong vỉ thuốc (ví 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 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.

4.5 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 ngừa 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 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 ngưng thuốc tránh thai 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 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 AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp.
- Yêu cầu khách hàng sử dụng bao cao su kèm theo khi sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.

VIÊN THUỐC TRÁNH THAI CHỈ CÓ PROGESTIN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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, topiramát, oxcarbazepin.
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
 - + Đã hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
 - + Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai chỉ có progestin. BPTT này thích hợp cho những khách hàng đang cho con bú hoặc không thể sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp. Nêu rõ hiệu quả, những thuận lợi và không thuận

lợi khi sử dụng thuốc. Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có tác dụng phòng tránh NKTQĐTD. Ngoài ra, viên thuốc chỉ có progestin thường hay gây rối loạn kinh nguyệt hơn (đặc biệt đối với phụ nữ không cho con bú).

- Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc. Cho khách hàng biết các tác dụng phụ như: vô kinh, ra máu bất thường, mệt mỏi... và những khó khăn có thể gặp. Chú ý rằng những khách hàng không thể uống thuốc đúng giờ nên được tư vấn chọn BPTT khác.
- Nhắc khách hàng cách theo dõi trong khi sử dụng thuốc:
 - + Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào nếu có vấn đề.
 - + Trong 3 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng.
 - + Hẹn đến khám lại hàng năm.

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 băng kiểm).
- Thăm khám để loại trừ có thai. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Có thể bắt đầu ngay khi có sữa (thường 48 giờ sau sinh).
- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (kể cả những trường hợp sau sinh đã có kinh lại) hoặc trong vòng 4 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 đầu, 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 **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 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, khách hàng cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.
- Nếu xảy ra liên tục từ 2 ngày trở lên, khách hàng sẽ thực hiện giống như trường hợp quên uống thuốc.

4.4. Rối loạn kinh nguyệt.

4.4.1. Vô kinh.

- Nếu khách hàng 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.

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 ngừa 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.

4.5. Khác.

4.5.1. Nhức đầu.

- Có thể kê toa 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.
- Khuyến 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 khách hàng đang cho con bú:
 - + Nếu có tình trạng căng sữa và tắc ống dẫn sữa (thường vú căng, đau và có những dấu hiệu của viêm như: sưng, nóng, đỏ...):
 - Tiếp tục cho bé bú.
 - Xoa bóp bầu vú trước và trong khi cho bé bú.
 - Chườm ấm hoặc lạnh.
 - Thay đổi các tư thế cho bú khác nhau.
 - Cho bé bú đúng cách.
 - Nặn bỏ một ít sữa trước khi cho bú.
 - Sử dụng kháng sinh nếu có tình trạng nhiễm trùng.
 - + Nếu có nứt núm vú:
 - Có thể tiếp tục cho bé bú.
 - Nhỏ vài giọt sữa vào núm vú trước khi cho bé bú; dùng ngón tay ngắt sữa sau khi cho bú xong trước khi kéo bé khỏi bầu vú.
 - Không để vú quá căng, nặn sữa nếu vú căng và bé chưa bú.
- Nếu khách hàng không cho con bú:
 - + Khuyến khách hàng thử chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
 - + Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...

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.

- Thai ngoài tử cung: điều trị hoặc chuyển tuyến.
- Nang cơ nang 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.

- Khuyến 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 AIDS 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. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTQĐTD.
- 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 là đầy đủ điều kiện kinh tế, sản phẩm luôn sẵn có và được cung ứng thuận tiện.
 - + 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. 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 nẻ vú đều làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm.

THUỐC TIÊM TRÁNH THAI

Tuyến áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo.

Thuốc tiêm tránh thai là BPTT tạm thời, chứa nội tiết progestin. Thuốc tiêm tránh thai hiện có hai loại: (i) DMPA (depot medroxyprogesteron acetat) liều 150 mg, có tác dụng tránh thai 3 tháng, và (ii) NET-EN (norethisteron enantat) liều 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 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.

- 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. Quy 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 (dùng bảng kiểm)
- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

- Có thể bắt đầu ngay khi có sữa (thường 48 giờ sau sinh).
- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên (bao gồm cả những người có kinh lại sau 6 tuần hậu sản) hoặc bất cứ lúc nào trong vòng 21 ngày hậu sản (và không cho con bú) hoặc ngay sau phá thai, sảy 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 hành 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 hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

3.3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (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 hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
 - + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành 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

- Sát khuẩn vùng tiêm (cơ delta bả vai hoặc hông) bằng cồn, có pha iod càng tốt.
- Dùng bơm kim tiêm một lần.
- Kiểm tra thuốc có còn hạn, lắc đều lọ thuốc trước khi hút thuốc ra bơm tiêm.
- Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.
- 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.

- 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 cần nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp, nếu:
 - + Khách hàng đã không giao hợp trong vòng hai 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 hai 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 cần 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 bàn giải 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 bình thường khi dùng thuốc tiêm tránh thai.
- Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: có thể hướng dẫn sử dụng BPTT khác.

4.2.2. Ra máu thâm 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:
 - + Kê đơn: acid mefenamic hoặc valdecoxid trong năm ngày,
- 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.

4.2.3. Ra máu hoặc 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 50 mcg ethinyl estradiol trong một chu kỳ.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều làm ảnh hưởng đến sức khỏe: thảo luận với khách hàng chọn BPTT khác.
- Khuyến khích 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 vẫn tiếp tục sử dụng thuốc tiêm trong thời gian điều trị bệnh.

4.3. Khác.

4.3.1 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.
- 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 quỵ 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 AIDS 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. Khi sử dụng đúng cách, thường xuyên, bao cao su giúp ngăn ngừa lây nhiễm HIV và các NKLTD.

THUỐC CÂY TRÁNH THAI

Tuyên áp dụng.

Tuyên huyện trở lên.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo.

Thuốc cây tránh thai là BPTT tạm thời có chứa progestin. Hiện nay thuốc cây tránh thai có hai loại: (i) Norplant: gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg levonorgestrel, và (ii) Implanon: chỉ có một nang, chứa 68 mg etonogestrel. Norplant có tác dụng kéo dài 5 năm (hoặc đến 7 năm với những phụ nữ có trọng lượng dưới 70 kg tại thời điểm đặt và trong quá trình sử dụng) và Implanon có tác dụng 3 năm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc cây 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.
- Xơ gan mật 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:
 - + Đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
 - + Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

3. Qui trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về thuốc cây tránh thai.
- Hiệu quả, ưu, nhược điểm (có thể khó lấy ra). Biện pháp không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD và HIV/AIDS.
- Cho khách hàng biết các tác dụng phụ có thể gặp, đặc biệt là ra máu bất thường.
- Khách hàng có thể đến khám lại bất cứ lúc nào khi có vấn đề hoặc muốn tháo que cây tránh thai.

- Không phải là BPTT vĩnh viễn, Norplant có tác dụng trong 5 - 7 năm, Implanon có tác dụng trong 3 năm.

3.2. Thăm khám đánh giá trước khi áp dụng biện pháp.

- Hỏi kỹ tiền sử để phát hiện chống chỉ định (dùng băng kiểm).
- Thăm khám để loại trừ có thai, ra máu không rõ nguyên nhân. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

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 vòng 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 khi bắt đầu hành 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 hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn:
 - + 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 hành kinh bình thường.
- **Sau sinh không cho bú hoàn toàn.**
 - + Trong vòng 6 tuần sau sinh: chỉ sử dụng một khi không còn BPTT nào khác.
 - + Sau 6 tuần:
 - nếu chưa có kinh lại: bất kỳ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Sau sinh, không cho con bú:
 - + Dưới 21 ngày: bất kỳ lúc nào.
 - + Từ 21 ngày trở đi và chưa có 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.
 - + Nếu đã có kinh lại bình thường: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Ngay sau phá thai hoặc sảy thai:
 - + Trong vòng 7 ngày sau phá thai, sảy 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 trong bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai. Cung cấp các BPT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai trong thời gian chờ cấy thuốc.
- Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn cấy tiếp.

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 lập 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 từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

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 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 hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
 - + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành 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 không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

3.4. Kỹ thuật cấy.

Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.

3.4.1. Norplant:

- Sát khuẩn da vùng định cấy thường ở mặt trong cánh tay không thuận.
- Trải vải có lỗ vùng định cấy.
- Gây tê dưới da vùng cấy, mỗi nan quạt 1 ml lidocain 1 %.
- Rạch da 2 mm.
- Đưa ống đặt vào dưới da qua đường rạch.
- Đặt từng nang Norplant từ bên này sang bên kia, mỗi nang thấy nổi lờ mờ dưới da sao cho các nang xếp hình nan quạt, giữa hai nang tạo góc 15°, 2 nang ngoài cùng tạo góc 75°. Đầu ngoài của nang cấy cách chỗ rạch da 5 mm để khỏi tụt ra. Cấy nông dưới da, tổng cộng 6 nang hình nan quạt.
- Đặt xong không day, dùng băng dính băng lại.

3.4.2. Implanon:

- 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.
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì.
- Kiểm tra bằng mắt thường xem nang cấy có trong kim không.
- Đặt nang cấy bằng cách đâm kim ngay dưới da và vừa đẩy vừa dùng đầu kim nâng mặt da lên.
- Giữ nguyên pít tông tại chỗ và kéo ống cấy, nang thuốc cấy sẽ nằm lại trong cánh tay. Cấy nông dưới da.
- Kiểm tra nang thuốc đã được cấy.
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn.

3.5. Kỹ thuật tháo (áp dụng chung cho Norplant và Implanon)

- Sát khuẩn.
- Trái vải.
- Gậy tê.
- Rạch da 2 mm như khi 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 thâm 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:
 - + Kê đơn:
 - Ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác),
 - Thuốc tránh thai kết hợp (progestin: levonorgestrel) hoặc ethinyl estradiol 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.

4.1.3. Ra máu hoặc 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. Thuốc tránh thai kết hợp với liều 50 mcg ethinyl estradiol có thể hiệu quả hơn loại liều thấp.
- Khuyến khích 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.
- Chỉ định aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không 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.
 - + Chỉ định kháng sinh cho 7 ngày và yêu cầu khách hàng quay lại sau 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: chỉ định kháng sinh uống trong 10 ngày .
 - + Điều trị vết thương.
 - + Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo (nếu tình trạng không ổn định).

4.4. 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.
- 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 thoáng qua, mắt nổi đom đóm hoặc thấy các đường đíc đắc, 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 như aspirin, 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 quỵ hoặc ung thư vú...)

- Tháo que cấy hoặc chuyên 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 lên thai 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 NKLTD.

TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT ỚNG DẪN TINH

Tuyên áp dụng.

Từ tuyến huyện (bao gồm cả đội KHHGD lưu động của huyện) trở lên.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế đã được đào tạo về triệt sản nam.

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. Quy 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 quy 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.
- Khuyến 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 tìm 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.

- Uống kháng sinh 5 ngày.
- Giảm đau bằng paracetamol.
- 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.
 - + 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 hồi 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 NKLTTQĐTD.

TRIỆT SẢN NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT VÒI TỬ CUNG

Tuyên áp dụng.

Từ tuyến huyện (bao gồm cả đội KHHGD lưu động của huyện) trở lên.

Người thực hiện.

Cán bộ y tế đã được đào tạo về triệt sản nữ.

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 NKLTQĐTĐ, 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, ung thư vú, 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 quỵ 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 mù 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.

- 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.
- Nhiều tình trạng có thể làm gia tăng nguy cơ đột quỵ như lớn tuổi kèm hút thuốc nhiều, huyết áp, tiểu đường hoặc hiện tại tăng huyết áp trầm trọng ($\geq 160/100$ 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 tính hoặc lao vùng chậu.

3. Quy 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.
- 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.

- 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.

- Pethidin (biệt dược: Dolargan, Dolosal) 25 - 50 mg hoặc diazepam 10 mg tiêm bắp 30 - 60 phút trước khi phẫu thuật hoặc cho uống 5 mg nếu khách hàng quá lo lắng.
- 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 quy 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 thủ 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.
- Uống kháng sinh 5 ngày.
- Giảm đau bằng paracetamol.
- Hướng dẫn khách hàng chăm sóc vết mổ ngay sau triệt sản
 - + Giữ vết mổ khô, 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 báo động: nếu có một trong các dấu hiệu sau cần báo ngay cho cán bộ y tế hoặc trực tiếp tới cơ sở y tế để khám:
 - + Sốt.
 - + Đau bụng không giảm hoặc tăng.
 - + Chảy máu, mủ ở vết mổ.
 - + Sung vùng mổ.
- Trễ kinh, nghi ngờ có thai.

4. Tai biến và biến chứng.

- Chảy máu ổ bụng.
- Nhiễm trùng vùng chậu, viêm phúc mạc.
- Hình thành khối máu tụ.
- Chảy máu và nhiễm trùng 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 NKLTQĐTĐ.

BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KHẨN CẤP

Tuyến áp dụng

Tất cả các tuyến

Người thực hiện:

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

Biện pháp tránh thai khẩn cấp được sử dụng sau khi giao hợp không được bảo vệ, gồm có: uống thuốc viên tránh thai và đặt dụng cụ tử cung. Thuốc tránh thai khẩn cấp có hiệu quả càng cao nếu sử dụng càng sớm. 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.

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.

2.1. Viên thuốc tránh thai.

Có thai.

2.2. Dụng cụ tử cung.

Xem bài *Dụng cụ 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 NKLQĐTD 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 băng kiểm).
- Thăm khám để loại trừ có thai. Trong hoàn cảnh xét nghiệm nước tiểu để thử thai không sẵn có, có thể đánh giá là “không có thai” dựa vào những dấu hiệu lâm sàng (xem phần 3b, *Dụng cụ tử cung*).

3.3. Thời điểm thực hiện

- Khách hàng sẽ sử dụng BPTT khẩn cấp (uống thuốc hoặc đặt DCTC) càng sớm càng tốt trong vòng 5 ngày (120 giờ) sau giao hợp không được bảo vệ. 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.

3.4. Cách sử dụng:

- Viên thuốc tránh thai:
 - + Viên thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ chứa progestin (Postinor, Excapel...)
 - 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 (Ideal, Choice, New Choice...) 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 norethisteron)
- DCTC (xem bài DCTC tránh thai): 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

4.1 Viên thuốc tránh thai kết hợp, viên thuốc tránh thai khẩn cấp 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

- Bắt đầu ngay sau khách hàng có kinh lại
- 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

4.5 BPTT tính ngày kinh

Bắt đầu ngay sau khi khách hàng có kinh lại

5. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng tránh thai khẩn cấp, và cách xử trí

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. Ra máu thấm giọt

Trần an khách hàng đây không phải dấu hiệu bất thường, và sẽ tự hết không cần điều trị.

5. Đối với khách hàng HIV(+):

Khách hàng HIV(+) hoặc AIDS hoặc đang điều trị thuốc kháng virus có thể sử dụng BPTT khẩn cấp.

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TRUYỀN THỐNG (TỰ NHIÊN)

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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.

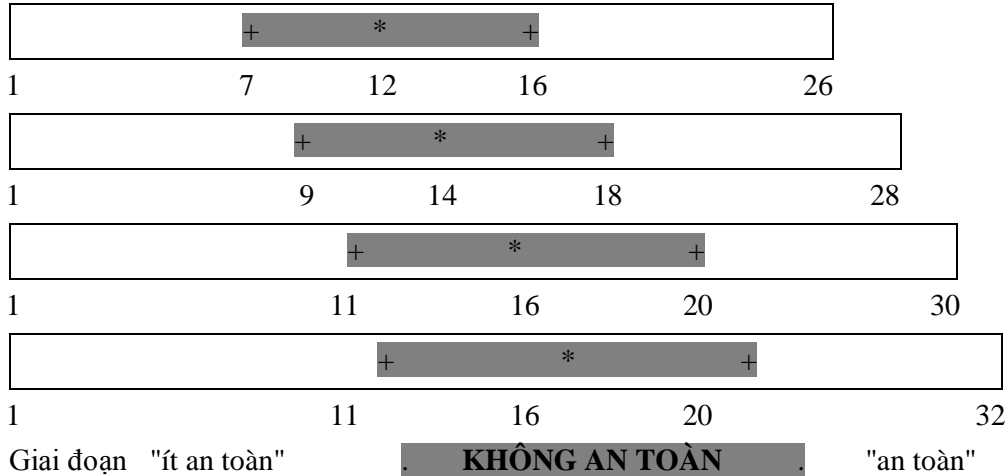
- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng. Không khuyến khích khách hàng sử dụng BPTT tự nhiên nếu như họ có khả năng sử dụng một BPTT khác hiệu quả hơn.
- Cần nêu rõ hiệu quả, ưu, nhược điểm của BPTT tự nhiên, đặc biệt là những khó khăn ví dụ như hiệu quả thấp và khó áp dụng khi vòng 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.

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 NKLTVĐTD.

BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO BÚ VÔ KINH

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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. Quy 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.
- 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 NKLTQĐTĐ. 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 nẻ vú đều làm gia tăng nguy cơ lây nhiễm.

TIÊU CHUẨN PHÒNG THỦ THUẬT

Phòng thủ thuật sử dụng để đặt DCTC, phá thai và các thủ thuật khác, cần đạt các tiêu chuẩn sau:

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. Nhân viên.

Các cán bộ làm công tác chăm sóc SKSS được đào tạo về cung cấp dịch vụ KHHGD, bao gồm: đặt DCTC, hút thai và tư vấn.

- Nữ hộ sinh.
- Y sĩ sản nhi.
- Bác sĩ chuyên khoa sản.
- Bác sĩ, y sĩ đa khoa đã được tập huấn và được cấp giấy chứng nhận của khóa đào tạo về kế hoạch hóa gia đình, đặt DCTC, hút thai và tư vấn.
- Kỹ thuật viên.

3. Dụng cụ, phương tiện.

- Bàn làm thủ thuật: sạch, không han rỉ, có đệm.
- Bàn dụng cụ: không han rỉ, có bánh xe.
- Đèn khám.
- 2 ghế.
- Có đèn soi kiểm tra mô rau.
- Có đủ thuốc giảm đau, thuốc vô cảm, thuốc tê (lidocain), hộp thuốc chống choáng.
- Các dụng cụ cần thiết, đủ số lượng để làm các thủ thuật đặt DCTC và hút thai đã được vô khuẩn.

4. Hậu cần.

4.1. Các trang thiết bị.

- Nồi hấp ước.
- Nồi luộc điện.
- Tủ sấy khô.
- Hộp nhựa có nắp chuyên dùng để khử khuẩn cao và tiệt khuẩn bằng hóa chất.

4.2. Các phương tiện khác để thực hiện không chế nhiễm khuẩn.

- 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).
- 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.

4.3. Thuốc thiết yếu (theo qui định của Bộ Y tế).

4.4. Phương tiện tránh thai.

Bao cao su, các loại thuốc tránh thai, dụng cụ tử cung...

4.5. Các loại sổ sách.

- Theo dõi khách hàng.
- Cấp phát phương tiện tránh thai.
- Sổ theo dõi sử dụng BPTT cho khách hàng.

5. Nơi tư vấn.

- Có nơi tư vấn đảm bảo được tính riêng tư, tốt nhất là bố trí phòng tư vấn riêng.
- Có sổ theo dõi tư vấn và tài liệu dùng cho tư vấn.

6. Có nơi xử lý chất thải y tế theo qui định.

PHẦN 5
NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN
VÀ NHIỄM KHUẨN LÂY TRUYỀN
QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

HƯỚNG DẪN CHUNG

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh được đào tạo về nhiễm khuẩn đường sinh sản.

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 lây truyền qua đường tình dục đều là các nhiễm khuẩn đường sinh sản và cũng 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, sảy 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, <i>Chlamydia</i> , giang mai, hạ cam, trùng roi, herpes sinh dục, sùi mào gà sinh dục, HIV...

	Nguồn gốc	Cách lây truyền	Ví dụ hay gặp
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: <ul style="list-style-type: none"> • Nội sinh (vi sinh vật có trong âm đạo). • NKLTQĐTD (cổ tử cung hay âm đạo). • Nhiễm từ bên ngoài . 	Các thủ thuật y tế, sau khi khám bệnh, các can thiệp trong thời kỳ mang thai, 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.	Bệnh viêm tiểu khung sau hút thai hoặc 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 mô vạt 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.

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	<i>Treponema pallidum</i>	Vi khuẩn	Có	Có
	Hạ cam	<i>Haemophilus ducreyi</i>	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)	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Vi khuẩn	Có	Có
	U hạt bẹn (Granuloma Inguinale) (donovanosis)	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Vi khuẩn	Có	Có
Tiết dịch niệu đạo và âm đạo	Nhiễm nấm men	<i>Candida albicans</i>	Nấm	Không	Có
	Viêm âm đạo do vi khuẩn	<i>Gardnerella vaginalis</i> và một số vi khuẩn kỵ khí khác	Vi khuẩn	Không	Có
	Trùng roi âm đạo	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Đơn bào	Có	Có
	Lậu	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Vi khuẩn	Có	Có
	<i>Chlamydia</i>	<i>Chlamydia trachomatis</i>	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.

20 nội dung làm giảm NKLTQĐTD/NKĐSS

1	Nâng cao nhận thức về NKLTQĐTD/NKĐSS và hậu quả của chúng là vô sinh, sảy 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 lây NKLTQĐTD.
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.

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 hàng nữ.

- 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: sần, vết loét, sùi, tổn thương ghê, hạch bẹn, rạn mu và trứng rận.
 - + Dịch âm đạo: màu sắc, mùi, đặc điểm dịch (dịch nhiều hay ít, trong hay đục, vàng, xanh, có mũ, 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 cánh 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 mũ hoặc mũ có lẫn máu.

- + 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 miêng, 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.
- 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.

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH ÂM ĐẠO

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ được đào tạo về nhiễm khuẩn đường sinh sản.

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 mũ 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 mũ nhầy trong ống cổ tử cung khi đưa tăm bông vào trong ống cổ tử cung. Tác nhân gây viêm ống cổ tử cung là lậu cầu và *Chlamydia trachomatis*. Xét nghiệm dịch mũ 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 men candida.
- 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 mũ hoặc mũ 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 200 mg, uống 2 viên, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
- Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
- Spectinomycin 2 g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
- Cefotaxim 1 g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.

Chú ý:

- Có thể thay doxycyclin bằng tetracyclin 500 mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày.
- Phụ nữ có thai và cho con bú không được dùng doxycyclin và tetracyclin. Thuốc được thay thế sẽ bằng một trong các phác đồ sau:
 - + Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất, hoặc
 - + Erythromycin base 500 mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày, hoặc
 - + Amoxicillin 500 mg, 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.

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 2 g hoặc tinidazol 2 g uống liều duy nhất, hoặc
- Metronidazol 500 mg 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, 1 viên/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.
- Kiên 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.

HỘI CHỨNG TIẾT DỊCH NIỆU ĐẠO Ở NAM GIỚI

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ được đào tạo về nhiễm khuẩn đường sinh sản.

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 lý 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 râm rút 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.

5. Chẩn đoán.

5.1. Viêm niệu đạo do lậu.

- Khởi bệnh cấp tính, rầm rộ, đái buốt, đái rất 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 200 mg, uống 2 viên, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
 - + Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
 - + Spectinomycin 2 g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày, hoặc
 - + Cefotaxim 1 g, tiêm bắp, liều duy nhất + doxycyclin 100 mg, 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 100 mg, uống 1 viên, ngày 2 lần, trong 7 ngày.
 - + Tetracyclin 500 mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 7 ngày.
 - + Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất.

Chú ý:

- Điều trị cho bạn tình với liều tương tự.

- Không dùng doxycyclin, tetracyclin cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú. Thay thế bằng một trong các thuốc sau:
 - + Erythromycin stearat 500 mg, uống 1 viên, ngày 4 lần, trong 14 ngày
 - + Amoxicillin 500 mg, uống 1 viên, ngày 3 lần, trong 14 ngày
- Người bệnh được khuyến đến khám lại nếu các triệu chứng vẫn còn sau khi đã điều trị 7 ngày

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.

SÙI MÀO GÀ SINH DỤC

Tuyên áp dụng.

Tuyên huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ, y sĩ được đào tạo về nhiễm khuẩn đường sinh sản.

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 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.

- Acid trichloroacetic 80 % - 90 % chấm vào nốt sùi 1 lần/ngày, hoặc
- Podophyllin 10 % - 25 % bôi 1 lần/ngày hoặc 2 - 3 lần/tuần vào nốt sùi.
- 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
- Acid trichloroacetic 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 lan ra 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 CO₂

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 phiên 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.
- 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.

HỘI CHỨNG ĐAU BỤNG DƯỚI

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh được đào tạo về nhiễm khuẩn đường sinh sản.

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 mù/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.

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 mù 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 NKL TQ ĐTD 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 200 mg x 2 viên, uống liều duy nhất.

6.2. Phác đồ điều trị Chlamydia.

Dùng một trong các thuốc sau:

- Doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Tetracyclin 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Azithromycin 1 g, uống 1 lần/tuần, trong 2 tuần.

Chú ý: Không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai, đang cho con bú, thay thế bằng một trong các thuốc sau

- + Erythromycin stearat 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày.
- + Amoxicillin 500 mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 14 ngày.

6.3. Phác đồ điều trị viêm nhiễm do vi khuẩn kỵ khí.

- Metronidazol 500 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày.

Chú ý:

- + Không dùng metronidazol cho phụ nữ có thai ba tháng đầu mà thay thế bằng amoxicillin 500 mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 14 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, sảy 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.

HỘI CHỨNG LOÉT SINH DỤC

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh được đào tạo về nhiễm khuẩn đường sinh sản.

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 yếu do 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 bệnh sử.

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 nhám nhờ, 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: sần, sần 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 sảng 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.
- Vết loét do hạ cam: thường nhiều vết loét do tự lây nhiễm (kissing ulcers). Vết loét có đáy lõm chỏm, nhiều mủ, bờ nhám 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 tằm, 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.

Chú ý:

- + 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 NKQĐTD nói 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).
- Khuyến 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 doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 15 ngày.

Chú ý: không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi. Thay bằng erythromycin base 500 mg, 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 250 mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất, hoặc
- Erythromycin base 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 7 ngày, hoặc
- Ciprofloxacin 500 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 3 ngày.

Chú ý: Không dùng ciprofloxacin cho phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú và người dưới 18 tuổi.

6.3. Phác đồ điều trị Herpes sinh dục

- Dùng một trong các thuốc sau đây:
 - + Acyclovir 400 mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
 - + Acyclovir 200 mg, uống 1 viên, 5 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).
 - + Famcyclovir 250 mg, uống 1 viên, 3 lần/ngày, trong 7 ngày (nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát), hoặc
 - + Valacyclovir 1 g, 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 nên phẫu 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 nhiễm là rất cần thiết.
- Bệnh giang mai có thể lây truyền từ mẹ sang thai qua bánh rau gây: sảy thai, thai chết lưu, giang mai bẩm sinh ...
- 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.

HỘI CHỨNG SUNG HẠCH BỆN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Bác sĩ, y sĩ, nữ hộ sinh được đào tạo về nhiễm khuẩn đường sinh sản.

Hội chứng sung hạch bẹn có thể gặp ở cả nam và nữ.

Hội chứng sung 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 hội 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 *calymmatobacterium 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 sung 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 lở 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 lở 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 chân hoặc ở niêm mạc miệng, mũi, sinh dục và hậu môn.

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 nhám nhờ.

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 doxycyclin 100 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày liên tiếp.

Chú ý: Không dùng doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho bú. Thay bằng erythromycin 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày liên tiếp.

6.2. Hạ cam.

Dùng một trong các thuốc sau

- Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất, hoặc
- Ceftriaxon 250 mg, tiêm bắp liều duy nhất, hoặc
- Ciprofloxacin 500 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 3 ngày, hoặc
- Erythromycin base 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 7 ngày.

Chú ý: Không dùng ciprofloxacin cho 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 100 mg, uống 1 viên, 2 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Erythromycin base 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày, hoặc
- Tetracyclin 500 mg, uống 1 viên, 4 lần/ngày, trong 14 ngày.

Chú ý: Không dùng doxycyclin và 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.

**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. <i>Chlamydia</i> đường sinh sản.	Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất.	Doxycyclin 100 mg, uống 2 lần/ngày, trong 7 ngày.	Erythromycin base 500 mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày.	
2. <i>Chlamydia</i> đường sinh sản khi thai nghén.	Azithromycin 1 g, uống liều duy nhất.	Amoxicillin 500 mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày.	Erythromycin base 500 mg, uống 4 lần/ngày, trong 7 ngày.	
3. <i>Chlamydia</i> viêm kết mạc sơ sinh.	Erythromycin base hoặc ethylsuccinat 50 mg/kg, chia 4 lần/ngày, trong 14 ngày.	Trimethoprim 40 mg và sulfamethoxazol 200 mg, uống 2 lần/ngày, trong 14 ngày.	Không có.	
4. Herpes sơ phát.	Acyclovir 400 mg, uống 3 lần/ngày, trong 7 ngày.	Acyclovir 200 mg uống 5 lần/ngày, trong 7 ngày.	Famciclovir 250 mg, 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 400 mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày.	Acyclovir 200 mg, uống 5 lần/ngày trong 5 ngày.	Famciclovir 125 mg, uống 2 lần/ngày, trong 5 ngày.	Điều trị ngay khi có triệu chứng tái phát.
6. Herpes khi thai nghén.	Acyclovir 400 mg, uống 3 lần/ngày, trong 5 ngày.	Acyclovir 200 mg, uống 5 lần/ngày, trong 5 ngày.	Không có.	Cân nhắc phẫu thuật lấy thai nếu như xuất hiện herpes ở thời gian gần khi sinh.
7. Sơ sinh mắc hoặc nghi mắc herpes khi sinh.	Acyclovir 10 mg/kg, tiêm tĩnh mạch 3 lần/ngày, trong 21 ngày nếu tổn thương lan rộng hoặc nghi viêm não.	Acyclovir 10 mg/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.

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
8. Herpes ở người nhiễm HIV.	Acyclovir 400 mg, uống 3 - 5 lần/ngày, đến khi khỏi.	Famciclovir 500 mg, uống 2 lần/ngày đến khi khỏi.	Không có.	
9. Ghê 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 100 mg, 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 100 mg, 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 500 mg, 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 250 mg, tiêm bắp liều duy nhất.	Ciprofloxacin 500 mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày.	Vài báo cáo về việc trực khuẩn hạ cam kháng lại ciprofloxacin và erythromycin.

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 400 mg, uống liều duy nhất.	Spectinomycin 2 g, 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 400 mg, uống liều duy nhất.	Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất.	
18. Lậu hệ thống.	Ceftriaxon 1 g/ngày, tiêm bắp, trong 7 ngày.	Spectinomycin 2 g, tiêm bắp 2 lần/ngày, trong 7 ngày.	Cefixim 400 mg, 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 50 mg/kg, tiêm bắp không quá 125 mg trong 24 giờ.	Spectinomycin 2 g, tiêm bắp liều duy nhất.	Azithromycin 2 g, 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 100 mg, uống 2 lần/ngày, trong 3 ngày.	Fluconazol 150mg, uống liều duy nhất.	
21. Nấm candida khi thai nghén.	Clotrimazol 100 mg, đặt âm đạo trong 7 ngày.	Miconazol 100 mg, đặt âm đạo trong 7 ngày.	Nystatin 100.000 đv, đặt âm đạo 1 viên/ngày, trong 14 ngày.	
22. Sùi mào gà sinh dục chung.	Acid trichloroacetic 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.

Chẩn đoán	Phác đồ 1	Phác đồ 2	Phác đồ 3	Ghi chú
24. Trùng roi âm đạo.	Metronidazol 500 mg, uống 2 lần/ngày, uống trong 7 ngày.	Metronidazol 2 g, uống liều duy nhất.	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.
25. Trùng roi âm đạo ở phụ nữ có thai.	Metronidazol 250 mg 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.	Metronidazol 500 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 500 mg/ngày, trong 14 ngày.	Doxycyclin và tetracyclin không dùng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú.

PHẦN 6
SỨC KHỎE SINH SẢN
VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

HƯỚNG DẪN CHUNG

Vị thành niên là người trong độ tuổi 10 - 19, thanh niên trẻ là người trong độ tuổi 15 - 24. Khái niệm vị thành niên và thanh niên (VTN/TN) dùng chỉ 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. Với những đặc điểm này, VTN/TN liên tục đối mặt với những thách thức cũng như nguy cơ. Để chinh phục thách thức của cuộc sống và phòng tránh nguy cơ, VTN/TN cần được đáp ứng nhu cầu cơ bản gồm môi trường an toàn, thông tin chính xác, kỹ năng sống, được tư vấn và hỗ trợ dịch vụ y tế phù hợp.

VTN/TN cần sống trong môi trường lành mạnh, tránh căng thẳng, lạm dụng và bạo lực. Môi trường này cũng giúp các em có 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 và đúng đắn giúp các em hiểu quá trình phát triển bản thân, nguy cơ cho sức khỏe, điều kiện cần thiết để khỏe mạnh và các dịch vụ sẵn có. VTN/TN cần được trang bị kỹ 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 dịch vụ y tế dự phòng, điều trị và nâng cao sức khỏe mang tính toàn diện bao gồm các dịch vụ chăm sóc SKSS và SKTD. Ngành y tế đóng vai trò rất quan trọng trong việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho 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 cơ sở đến trung ương.

Các cơ sở có thể triển khai cung cấp thông tin giáo dục truyền thông SKSS/SKTD cho VTN: trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe, nhà văn hóa/câu lạc bộ VTN/TN, góc thân thiện tại cộng đồng/trường học..., các tụ điểm thu hút VTN/TN (khu vui chơi giải trí, quán cà phê, điểm internet, nhà sách...)

Các cơ sở có thể triển khai cung cấp thông tin giáo dục truyền thông và tư vấn về SKSS/SKTD cho VTN/TN bao gồm: các trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe, các trung tâm tư vấn chuyên biệt về SKSS/SKTD, các trung tâm tư vấn chung về tư vấn hôn nhân gia đình, các góc tư vấn, góc thân thiện cho VTN/TN, các phòng tư vấn của cơ sở y tế, phòng tư vấn cơ quan xí nghiệp, các hiệu thuốc.

Các cơ sở có thể triển khai cung cấp thông tin giáo dục truyền thông, tư vấn và dịch vụ khám chữa bệnh về SKSS/SKTD cho VTN/TN: các bệnh viện đa khoa tuyến trung ương, tuyến tỉnh, tuyến huyện có khoa phụ sản, các bệnh viện chuyên khoa phụ sản, chuyên khoa nhi, chuyên khoa da liễu, các bệnh viện có chuyên khoa nam học, các trung tâm chăm sóc SKSS tỉnh/ thành phố, các trung tâm y tế dự phòng quận huyện, các trạm y tế xã phường, các cơ sở y tế tư nhân có chuyên khoa phụ sản, các hội ngành nghề, các tổ chức phi chính phủ, các tổ chức tư nhân hợp pháp có liên quan đến VTN/TN.

NHỮNG ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU, TÂM SINH LÝ TRONG THỜI KỲ VỊ THÀNH NIÊN

Tuổi vị thành niên 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 - 19 tuổi và được chia ra 3 giai đoạn:

- + VTN sớm: từ 10 - 13 tuổi.
- + VTN giữa: từ 14 - 16 tuổi.
- + VTN muộn: từ 17 - 19 tuổi.

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 testosterone) 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.
- Mọc lông sinh dục: lông mu, lông nách
- Tử cung, âm đạo, buồng trứng phát triển to ra, xương hông nở ra.
- Phát triển chiều cao nhanh chóng
- Xuất hiện kinh nguyệt
- Các tuyến bã hoạt động mạnh, xuất hiện 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, có 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.

- 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 kỹ năng phân tích, bắt đầu nhận biết hậu quả của hành vi.
- Bắt đầu 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.

3. Những mong muốn và quyền 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.
- Có quyền được thông tin đầy đủ, chính xác về sức khỏe/SKSS/SKTD.
- Có quyền tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe/SKSS/SKTD phù hợp và có chất lượng.
- Có quyền được đối xử bình đẳng, tôn trọng, không bị cưỡng bức, bạo hành.
- Có quyền tự quyết định và chịu trách nhiệm về quyết định của mình trong các vấn đề liên quan đến sức khỏe/SKSS/SKTD.
- Có quyền được lựa chọn kết hôn hay không, có quan hệ tình dục hay không, khi nào, với ai, có con hay không... trên cơ sở được thông tin đầy đủ, được giáo dục về kỹ năng sống và phù hợp với pháp luật.

4. Những rào cản khiến VTN/TN khó thực hiện mong muốn và quyền của họ 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.
- Các chính sách, chiến lược về SKSS/TD 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 làm việc với VTN/TN.

KỸ NĂNG SỐNG LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE SINH SẢN/ SỨC KHỎE TÌNH DỤC CỦA VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

Kỹ năng sống là khả năng ứng xử của mỗi cá nhân trong những tình huống nhất định, đó 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.

Kỹ 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.

Kỹ 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 kỹ năng sống, do đó khi cần phải đưa ra các quyết định quan trọng đối với 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 kỹ năng sống cần cho sự phát triển về sức khỏe của VTN/TN.

Kỹ 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.

Kỹ 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.

Kỹ 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.

Kỹ 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?

Kỹ 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.

Kỹ năng giao tiếp là tổng hợp của nhiều kỹ năng như: kỹ năng lắng nghe, kỹ năng diễn đạt, kỹ năng đặt câu hỏi, kỹ năng thương thuyết, kỹ năng từ chối... Các kỹ năng này giúp cho VTN/TN biết cách thiết lập và phát triển các mối quan hệ.

Kỹ 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 kỹ 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 kỹ năng sống cho VTN/TN.

Khi VTN/TN gặp vấn đề về SKSS/SKTD như mang thai ngoài ý muốn, có NKLTQĐTD, sử dụng biện pháp tránh thai..., họ cần hỗ trợ về kỹ 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 kỹ 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 kỹ năng sống, người cung cấp dịch vụ có thể giúp VTN/TN:

- Đối mặt với vấn đề SKSS/SKTD của mình.
- 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 kỹ 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.

TÌNH DỤC AN TOÀN VÀ LÀNH MẠNH

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, không đơn thuần chỉ là hành vi giao hợp.

1. Tình dục an toàn.

- Tình dục an toàn là những hành vi tình dục bao gồm cả 2 yếu tố: không có nguy cơ NKLTQĐTD và mang thai ngoài ý muốn.
- Về phương diện tránh thai, tình dục an toàn gồm sử dụng biện pháp tránh thai an toàn, hiệu quả và đúng cách.
- Về phương diện phòng NKLTQĐTD/HIV, tình dục an toàn 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.

2. Tình dục lành mạnh.

- Hành vi tình dục được coi là lành mạnh khi phù hợp với những đặc thù của tình dục người, với chuẩn mực đạo đức, văn hóa của xã hội hiện đại. Tình dục lành mạnh phải đảm bảo 4 yếu tố: tự nguyện, đồng thuận, có trách nhiệm và tôn trọng lẫn nhau.
- Một số hành vi tình dục thường được xã hội coi là không lành mạnh: ngoại tình, quan hệ với gái mại dâm, xâm hại tình dục....

3. Những lý do khiến VTN/TN có hành vi tình dục không an toàn.

- VTN/TN dễ rung động trước người bạn khác giới, những xúc cảm yêu đương phát triển nhanh và mạnh, dễ thay đổi bạn tình, không ý thức được hậu quả từ hành vi của mình.
- VTN/TN có nhu cầu thử nghiệm, muốn khám phá khả năng trong quan hệ tình dục, tò mò và khó kiềm chế khi bị kích thích tình dục.
- VTN/TN dễ bị dụ dỗ và xâm hại tình dục. Một số VTN/TN có quan hệ với gái mại dâm, chích hút ma túy.

4. Tư vấn về tình dục an toàn và lành mạnh cho VTN/TN.

4.1. Giải thích về lợi ích của việc thực hành tình dục an toàn và lành mạnh.

- 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 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, không làm phương hại đến đạo đức, các chuẩn mực văn hóa của xã hội hiện đại.

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 và lành mạnh. 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.
- Cần khuyến khích VTN/TN lối sống biết kiềm chế, kiêng quan hệ tình dục có xâm nhập, 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. 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 về kỹ năng sống và hướng dẫn sử dụng bao cao su:
 - + Kỹ năng ra quyết định để cân nhắc quyết định đồng ý/không đồng ý quan hệ tình dục.
 - + Kỹ năng từ chối để biết cách từ chối quan hệ tình dục.
 - + Kỹ năng thương thuyết để biết cách thuyết phục bạn tình đồng ý sử dụng bao cao su sau khi quyết định quan hệ tình dục.
 - + Kỹ năng sử dụng bao cao su để sử dụng bao cao su đúng cách.
- Giải thích những điều VTN/TN thường hay hiểu lầm:
 - + 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 thụ rửa âm đạo bằng các dung dịch như dấm, nước chanh... thì có thể tránh thai.

TƯ VẤN VỀ SỨC KHỎE SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

Tư vấn SKSS vị thành niên và thanh niên cần dựa trên nhu cầu của VTN/TN và là một nội dung không thể thiếu được trong quá trình cung cấp dịch vụ.

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo.

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 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 kỹ 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 trong tư vấn SKSS (gặp gỡ, gọi 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 kỹ năng tư vấn cơ bản.

Các kỹ năng tư vấn cho VTN/TN về cơ bản cũng giống như tư vấn SKSS gồm kỹ năng lắng nghe, kỹ năng giao tiếp, kỹ năng khuyến khích, đặc biệt là kỹ 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 kỹ 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.

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/tình dục là không dễ dàng thay đổi. Cán bộ tư vấn cần hướng dẫn cho VTN/TN các kỹ năng sống quan trọng trong cuộc sống: kỹ năng ra quyết định, kỹ năng giải quyết vấn đề, kỹ năng từ chối, kỹ năng thương thuyết.

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 dục âm đạo hoặc niệu đạo ở tuổi VTN.
- Mộng tinh, thủ dâm.
- NKĐSS và NKL TQĐTD bao gồm cả HIV/AIDS.
- Tình dục an toàn và lành mạnh.
- Lạm dụng tình dục và bạo hành ở tuổi VTN/TN.

KINH NGUYỆT VÀ XUẤT TINH Ở VỊ THÀNH NIÊN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo.

Rối loạn kinh nguyệt ở VTN nữ, nếu không phát hiện được các dấu hiệu bất thường hoặc các dấu hiệu 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 tạm thời và không phát hiện dấu hiệu bất thường qua khám thực thể thường không cần điều trị, nhưng cần hỗ trợ liệu pháp tâm lý.

Nếu 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 do hoạt động của buồng trứng chưa ổn định.

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 150 ml 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.
- + Thông 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,
- Theo dõi những trường hợp như kinh thưa, kinh mau, kinh ít chưa ảnh hưởng đến sức khỏe.
- 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 phiếu đồ âm đạo nếu cần. (xem phần *NKĐSS/NKLTQĐTD*).
- 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 vị thành niên 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 do cơ chế phản xạ khiến cho có sự co thắt các cơ vùng chậu (chủ yếu là cơ ngồi hang, cơ hành hang) và niệu đạo. Lượng tinh dịch cho mỗi lần xuất tinh thông thường vào khoảng 3 - 4 ml (WHO: > 2 ml).
- Trong giai đoạn dậy thì của VTN nam, tinh hoàn bắt đầu phát triển, sản sinh ra tinh trùng và testosterone. 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 15 - 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:** 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 khoái 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 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.

THĂM KHÁM SỨC KHỎE SINH SẢN CHO VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo.

Thăm khám cho VTN/TN nhằm 2 mục đích: giải quyết được lý do mà VTN đến cơ sở y tế 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/TN tới cơ sở y tế.

1.1. VTN/TN 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...
- NKĐSS.
- Bị bạo hành hoặc lạm dụng tình dục.
- Muốn được hướng dẫn phòng tránh thai và phòng tránh NKLTQĐTD.

1.2. Vị thành niên 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 ngoài ý muốn.

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 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/TN mà lựa chọn những câu hỏi phù hợp:

- VTN/TN 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 (đã sinh đẻ, có thai hoặc đã đi phá thai), tiền sử phụ khoa (khí hư, tính chất khí hư, bệnh lý phụ khoa).

- VTN/TN 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.
- 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. Cho phép VTN/TN giữ lại quần áo trừ những phần bắt buộc phải cởi, che phủ các bộ phận cơ thể bị bộc lộ. Không để hở các bộ phận không khám.
- Làm yên lòng VTN/TN rằng các kết quả khám sẽ được giữ bí mật.
- Duy trì việc giao tiếp giữa người cung cấp dịch vụ và VTN/TN để tạo dựng niềm tin. Giảm căng thẳng và lo sợ của VTN/TN 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/TN trong suốt thời gian khám.
- Khi cần thiết, cần được sự đồng ý của cha mẹ VTN/TN trước khi thăm khám. Cần nhắc sự có mặt của cha mẹ VTN/TN trong khi thăm khám và cần có ý kiến của VTN/TN.
- Nếu có thể, hãy phân công người khám cùng giới với VTN/TN 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/TN nữ.

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.
- 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 chỉ thực hiện khi có yêu cầu chẩn đoán và phải được sự đồng ý của VTN. Nếu có người nhà đi cùng phải được người nhà chấp thuận. Nếu không đồng ý, cần giải thích lý do và gợi ý có thể thay bằng thăm trực tràng.
- Nếu nghi có thai, nghi ngờ có NKLTQĐTD, màng trinh không còn nguyên vẹn và được sự đồng ý của VTN, dùng mỏ vịt cỡ nhỏ để quan sát âm đạo, cổ tử cung và khám âm đạo.

4.2. Cận lâm sàng.

- Nghi có thai: thử HCG nước tiểu hoặc siêu âm.
- 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 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 IV "*NKĐSS và các bệnh LTQĐTD*".

5. Thăm khám vị thành niên 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 vị thành niên.
- 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 và các xét nghiệm khác (nếu cần).

5.3. Xử trí.

- Tư vấn, giải thích cho vị thành niên 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 IV "*NKĐSS và các bệnh LTQĐTD*".
- Điều trị nhiễm khuẩn khi bị viêm bao qui đầu.
- Các bất thường khác: chuyển tuyến hoặc chuyển chuyên khoa thích hợp.

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

Tuyên áp dụng.

Mọi cơ sở y tế có cung cấp dịch vụ KHHGD đối với các biện pháp: kiêng giao hợp, bao cao su, viên thuốc tránh thai kết hợp, viên thuốc tránh thai chỉ có progestin, thuốc tránh thai khẩn cấp, BPTT tự nhiên

Cơ sở y tế có cung cấp dịch vụ KHHGD từ tuyến huyện trở lên đối với dịch vụ dịch vụ đặt dụng cụ tử cung, thuốc tiêm tránh thai và thuốc cấy tránh thai

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo về các biện pháp tránh thai và dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN

Hầu hết các biện pháp tránh thai (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 một 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 kỹ năng sống như kỹ năng thương thuyết với bạn tình 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 NKLTQĐTĐ bao gồm cả HIV.

2.2. Bao cao su tránh thai.

- Là biện pháp thích hợp với VTN/TN vì vừa tránh thai an toàn, hiệu quả vừa phòng NKLTQĐTĐ. Có hai loại bao cao su tránh thai dành cho nam và nữ.
- VTN/TN thường sợ bị người khác phát hiện, VTN/TN nữ thường khó chủ động thuyết phục bạn tình sử dụng BCS.
- Tham khảo bài “*Bao cao su tránh thai*”, phần KHHGD.

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 uống tránh thai kết hợp*”, phần KHHGD

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 thuốc có estrogen.
- Tham khảo bài “*Viên thuốc uống thuốc tránh thai chỉ có progestin*”, phần KHHGD.

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, tốt nhất là trong vòng 72 giờ (3 ngày), càng uống sớm hiệu quả càng cao.
- Rất phù hợp cho VTN/TN có quan hệ tình dục không được bảo vệ, là BPTT duy nhất có thể sử dụng sau khi đã có quan hệ tình dục.
- Tham khảo bài “*Biện pháp tránh thai khẩn cấp*”, phần KHHGD.

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 VNT có nhiều bạn tình, VTN/TN có nguy cơ cao trong việc mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- 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 KHHGD.

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 và thuốc cấy tránh thai*”, phần KHHGD.

2.8. Biện pháp tránh thai tự nhiên (tính vòng kinh, xuất tinh ngoài âm đạo).

- Hiệu quả thường không cao, đặc biệt ở lứa tuổi VTN/TN (bởi 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 tự nhiên*”, phần KHHGD.

MANG THAI Ở VỊ THÀNH NIÊN

Tuyển áp dụng.

Tuyển huyện trở lên.

Người thực hiện.

Bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi đã được đào tạo về làm mẹ an toàn và phá thai an toàn.

Đa số các trường hợp mang thai ở VTN là ngoài ý muốn. Vì không mong đợi nên việc mang thai gây rất nhiều ảnh hưởng và xáo trộn tới cuộc sống và sức khỏe của VTN. Việc quyết định tiếp tục giữ hay chấm dứt mang thai là một quyết định khó khăn đối với vị thành niên. Cán bộ y tế cần hỗ trợ VTN cân nhắc cẩn thận các nguy cơ về sức khỏe, tâm lý và các yếu tố kinh tế - xã hội.

1. Các yếu tố dẫn đến mang thai 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 tăng.

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 vẫn còn cao so với các bà mẹ sinh con ở tuổi trưởng thành. Mẹ dễ bị thiếu máu, tiền sản giật, đẻ non, sẩy 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 sinh ra do các bà mẹ VTN trong năm đầu cao hơn so với các bà mẹ sinh con ở tuổi trưởng thành. Con của các bà mẹ vị thành niên 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, dễ lâm vào cảnh éo le, ảnh hưởng đến tương lai của VTN. Tỷ lệ ly dị cao, dễ bị phân biệt đối xử. Làm mẹ sớm dễ 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, nên không tìm đến cơ sở y tế sớm 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 vị thành niên.

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.
- 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 vị thành niên.

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 vị thành niên yên tâm, giảm lo lắng căng thẳng.
- Giải thích quá trình thực hiện phá thai an toàn.
- Hỗ trợ kỹ 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 vị thành niên 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 các dịch vụ chăm sóc thai nghén.

4.1.2. Tư vấn sau phá thai.

- Hướng dẫn về các biện pháp tránh thai ngay sau phá thai.
- Cung cấp bao cao su 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 với VTN tiếp tục mang thai và sinh đẻ.

- Hướng dẫn VTN đến các cơ sở y tế để được quản lý thai.
- 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 phải được tư vấn sử dụng bao cao su để phòng NKLTQĐTD.

- + Cán bộ y tế 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:
 - + Không bao giờ để VTN một mình. 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 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, có giải thích, thương yêu và chăm sóc. Cần đáp ứng các nhu cầu đặc biệt và có thể khác nhau của mỗi VTN nhằm hỗ trợ chịu đựng và vượt qua quá trình chuyển dạ.
 - + Trong giai đoạn chuyển dạ tích cực, không để VTN một mình. Các cơn co mạnh và nhanh có thể làm cho VTN hoảng sợ. Chuyển trò với VTN trong khi sinh đẻ làm giảm thiểu sự căng thẳng, sợ hãi và hợp tác tốt hơn.
- Các điểm cần lưu ý trong tư vấn sau sinh:
 - + Các bà mẹ VTN gặp phải một mâu thuẫn vừa là VTN vừa phải điều chỉnh vai trò làm mẹ. Cán bộ y tế phải tận dụng mọi cơ hội để hướng dẫn và hỗ trợ toàn bộ tiến trình để gắn bó tình cảm giữa bà mẹ VTN và em bé.
 - + Những buồn chán, trầm cảm thường xuất hiện ở nhiều bà mẹ sau sinh càng trở nên nặng nề hơn đối với VTN. Cán bộ y tế cần tiếp tục theo dõi và có kế hoạch thăm bà mẹ VTN tại nhà.

VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN VỚI VẤN ĐỀ BẠO HÀNH

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyển.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo.

VTN/TN có thể đến khám tại cơ sở y tế với lý do bị bạo hành hoặc do hậu quả của bạo hành. Trong trường hợp phát hiện có vấn đề bạo hành, cán bộ y tế cần cung cấp cho VTN/TN các thông tin cần thiết về dịch vụ xã hội và cơ quan pháp luật liên quan có xem xét đến mức độ nghiêm trọng của bạo hành và mong muốn giải quyết của VTN/TN bị bạo hành.

1. Các hình thái của bạo hành đối với VTN/TN.

Có thể gặp các hình thái khác nhau của bạo hành như: bạo hành về thể chất, tinh thần và tình dục. Bản thân VTN/TN có thể là nạn nhân của bạo hành và cũng có thể là người gây ra bạo hành.

Bạo hành về thể chất bao gồm những hình thức hành hạ thân thể như đánh, tát, bạt tai, bắt nhịn ăn, bắt nhốt... Bạo hành về tinh thần bao gồm những hình thức 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 gồm cả hành vi quấy rối, lạm dụng, cưỡng ép thực hiện bất kỳ hành vi tình dục nào 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, buôn bán tình dục...

2. Nguyên nhân 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 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. 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...

4. Những điều kiện khiến VTN/TN dễ có nguy cơ bị bạo hành.

- Hoàn cảnh kinh tế quá khó khăn.
- Sống trong gia đình có những yếu tố như: sử dụng ma túy, tệ nạn xã hội (mua bán dâm, kiếm tiền bất hợp pháp...), gia đình thường xuyên bất hòa...
- VTN/TN lang thang, sống xa gia đình, bị bỏ rơi, mồ côi....
- VTN/TN bị tàn tật, tâm thần.
- VTN/TN sống trong tù, trường giáo dưỡng.
- VTN/TN đồng tính luyến ái (do bị kỳ thị, do mặc cảm...).

5. Các dấu hiệu giúp phát hiện bạo hành tình dục.

5.1. 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.

5.2. 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.

6. Những việc người cung cấp dịch vụ có thể làm.

6.1. 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...).
- 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.

6.2. 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.

DỊCH VỤ SỨC KHỎE THÂN THIỆN VỚI VỊ THÀNH NIÊN VÀ THANH NIÊN

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ đã được đào tạo.

VTN/TN cần một dịch vụ thân thiện phù hợp và dễ dàng chấp nhận. Các đặc điểm quan trọng nhất của dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN gồm tính riêng tư, bảo mật, dễ tiếp cận, thái độ phục vụ của cán bộ y tế, chi phí và các thủ tục hành chính, phù hợp với pháp luật, đáp ứng được nhu cầu - mong muốn của VTN/TN. Trong trường hợp thực hiện thủ thuật, phẫu thuật (bao gồm phá thai nội khoa) đối với VTN dưới 18 tuổi, phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ.

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 như địa điểm, 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 chăm sóc sức khỏe 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.
- Khi các dịch vụ chăm sóc sức khỏe chưa sẵn có hoặc khó tiếp cận được VTN/TN thì chúng ta đã để lỡ hàng loạt các cơ hội để 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.

- 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

4. Các đặc điểm cơ bản của các dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN gồm.

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.
- 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.
- 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.

- 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 kỹ 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 đường sinh sản.
- 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.

6.1. Đánh giá thực trạng.

- Đánh giá nhu cầu thực tế của VTN/TN về dịch vụ SKSS/SKTD.
- Đánh giá khả năng thực tế của cơ sở dự kiến triển khai: về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, đánh giá về chính sách hiện hành có liên quan đến SKSS/SKTD của VTN/TN.

6.2. Lập kế hoạch cụ thể cho các hoạt động chuẩn bị và triển khai dựa trên đánh giá nhu cầu thực tế.

- Dự kiến phân công nhân sự, đào tạo.
- Dự trù ngân sách, các nguồn lực cần thiết để triển khai.
- Lập kế hoạch chi tiết về các hoạt động cần tiến hành, người chịu trách nhiệm thực hiện, thời gian, kết quả mong đợi và các chỉ số cụ thể...
- Lên các kế hoạch giám sát đánh giá định kỳ và đột xuất, kế hoạch lấy ý kiến phản hồi từ VTN/TN.

6.3. Triển khai các hoạt động chính.

- Các hoạt động xây dựng và cải tạo lại cơ sở vật chất, trang thiết bị
- Chuẩn bị và đào tạo nhân sự.
- Thống nhất các quy trình dịch vụ, các thủ tục...
- Thiết lập hệ thống chuyển tuyến (có cung cấp dịch vụ thân thiện với VTN).
- Chuẩn bị và in ấn các tài liệu truyền thông giáo dục.
- Các cuộc họp, hội nghị hội thảo giới thiệu chương trình.
- Tổ chức và triển khai các hoạt động tiếp cận, giáo dục và quảng bá cho VTN/TN.
- Khai trương khu vực cung cấp các dịch vụ sức khỏe thân thiện với VTN/TN (có thể thực hiện với những cơ sở mới hoặc cơ sở nào có điều kiện và thấy cần thiết).
- Triển khai cung cấp dịch vụ thân thiện VTN/TN tại cơ sở và duy trì thường xuyên.
- Lấy ý kiến phản hồi thường xuyên từ khách hàng VTN/TN, thu thập thông tin từ VTN/TN không tiếp cận dịch vụ để tìm hiểu lý do.
- Các hoạt động giám sát và đánh giá.
- Các hoạt động tham quan học tập, trao đổi và chia sẻ kinh nghiệm.

PHẦN 7

PHÁ THAI AN TOÀN

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 từ tuần 13 đến hết tuần 22.
- Phá thai bằng phương pháp nong và gắp từ tuần 13 đến hết tuần 18.
- Quy trình xử lý bơm hút thai chân không bằng tay.

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 sảy thai. Đôi khi thuật ngữ “phá thai nội khoa” cũng được sử dụng để mô tả thủ thuật 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 tuần 12.

- + ***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 (63 ngày) (giới hạn này thay đổi tùy theo tuyến). 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 tuần 22.

- + ***Phá thai bằng thuốc dùng misoprostol đơn thuần*** hay dùng kết hợp giữa mifepriston và misoprostol được áp dụng cho thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.
- + ***Phương pháp nong và gắp*** 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 tuần 18.

TƯ VẤN VỀ PHÁ THAI

Tuyển áp dụng.

Tất cả các tuyển.

Người thực hiện.

Bác sĩ, nữ hộ sinh, y sĩ sản nhi đã được đào tạo 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.
- Lưu ý với khách hàng phá thai ba tháng giữa.
 - + Đặt câu hỏi để phát hiện những trường hợp phá thai lựa chọn giới tính.
 - + Nếu phát hiện phá thai vì lựa chọn giới tính, tư vấn cho khách hàng và gia đình họ hiểu rằng đây là điều luật pháp cấm để họ thay đổi quyết định.
 - + Không cung cấp dịch vụ phá thai nếu biết chắc chắn phá thai vì mục đích lựa chọn giới tính.

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, cho nên việc bắt đầu áp dụng một biện pháp tránh thai ngay sau thủ thuật là cần thiết.
 - + 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 phải khám lại ngay.
 - + Tiếp tục tư vấn nhắc lại các biện pháp tránh thai.
 - + Hẹn khám lại.
- Thời điểm tư vấn: tư vấn có thể được tiến hành trong cả 3 giai đoạn trước, trong và sau thủ thuật, nhưng hiệu quả nhất nên tiến hành vào giai đoạn trước và sau thủ thuật
 - + Trước thủ thuật: gồm cả 3 nội dung nêu trên.
 - + Trong thủ thuật:
 - Trao đổi, động viên, để tăng cường sự hợp tác trong thủ thuật.
 - Nhắc lại một số nội dung liên quan tới qui trình thủ thuật.
 - + Sau thủ thuật:
 - Nhấn mạnh lại quá trình tự theo dõi chăm sóc sau thủ thuật.
 - Nhắc lại các biện pháp tránh thai khách đã chấp nhận, hoặc trao đổi với khách hàng để lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp hơn.
 - Những trường hợp cần được điều trị hoặc chuyển tuyến.
 - Hẹn khám lại.

3.2. Tư vấn phá thai bằng thuốc.

- Tư vấn về quyết định chấm dứt thai nghén.
- Giới thiệu các biện 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).
- Hẹn khách hàng khám lại: thời gian tùy thuộc vào phương pháp phá thai.

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. Những phụ nữ phải chịu 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 môi quan hệ tốt và tin cậy với khách hàng.
- Giới thiệu khách hàng tới những dịch vụ xã hội hiện có 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. Những phụ nữ có HIV.

Khi tư vấn phá thai cho phụ nữ bị HIV/AIDS cần đặc biệt chú ý:

- Đặc tính.
 - + Sang chấn về tâm lý.
 - + Ngần ngại chưa quyết định phá thai.
 - + Bị gia đình ruồng bỏ, xã hội kỳ thị.
- Khi tư vấn chú ý:
 - + 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.

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

Tuyển áp dụng.

- Tuyển trung ương, tỉnh và huyện: phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12 (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).
- Tuyển xã: chỉ phá thai đến hết 7 tuần (phá thai trong giai đoạn từ 36 đến 49 ngày) với những trường hợp mang thai bình thường.

Người thực hiện.

Bác sĩ, y sĩ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về 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 tuần thứ 12.

1. Chỉ định.

Phá thai từ tuần thứ 6 đến hết tuần thứ 12.

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 hoặc chuyển tuyến.

Chú ý: Không được làm thủ thuật tại tuyến xã những 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.
 - Khăn vô khuẩn.
 - 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.
 - Nén nong.
 - Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung.
 - Băng 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. Quy 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 có phương tiện gây mê hồi sức.
- Khám toàn thân.
- Khám phụ khoa xác định có thai và loại trừ các trường hợp cần trì hoãn.
- Làm test thử thai.
- Siêu âm (nếu cần).
- Tính tuổi thai dựa vào ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng và qua khám thực thể.
- 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).
- Thai từ 9 - 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 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.
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh hút thai lần nữa.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

4.3. Người thực hiện thủ thuật.

- Rửa tay thường qui bằng xà phòng dưới vòi nước chảy
- Trang phục y tế: áo choàng, quần, mũ, khẩu trang, kính bảo hộ.

4.4. Quy trình kỹ thuật.

- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ 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.
- Đo buồng tử cung bằng ống hút.

- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- 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.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

4.5. Tai biến và xử trí.

- Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ 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.

4.6. 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 (nếu cần thiết).
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

PHÁ THAI BẰNG THUỐC ĐẾN HẾT TUẦN THỨ 9

Là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp mifepriston và misoprostol gây sảy thai, cho các thai đến hết 9 tuần (63 ngày).

Tuyên áp dụng.

Tuyên trung ương: áp dụng cho tuổi thai đến hết 63 ngày.

Tuyên tỉnh: áp dụng cho tuổi thai đến hết 56 ngày.

Tuyên huyện: áp dụng cho tuổi thai đến hết 49 ngày (đối với khoa Chăm sóc SKSS huyện, do giám đốc Sở Y tế quyết định căn cứ vào điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực cụ thể của khoa).

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

1. Chỉ định.

Thai trong tử cung với tuổi thai phù hợp theo tuyên được phép áp dụng.

2. Chống chỉ định.

2.1. Tuyệt đối.

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.

2.2. Tương đối.

- Đang cho con bú.
- Đang đặt dụng cụ tử cung (có thể lấy DCTC trước phá thai bằng thuốc).
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).

3. Điều kiện áp dụng.

Khách hàng có thể tới được cơ sở y tế trong vòng 60 phút.

4. Cơ sở vật chất.

- 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 và khám phụ khoa và phát hiện các bệnh LTQĐTD.
- Siêu âm chẩn đoán thai trong tử cung và tuổi thai.
- 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 nữ 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 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.
- 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.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

5.3 Qui trình phá thai.

5.3.1. Thai đến hết 49 ngày.

- Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 15 phút.
- Uống hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế hay tại nhà.

5.3.2. Thai từ 50 đến hết 63 ngày.

- Uống 200 mg mifepriston.
- Ngậm dưới lưỡi 800 mcg misoprostol (nếu khách hàng nôn nhiều có thể đặt túi cùng sau) sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, tại cơ sở y tế và theo dõi tại cơ sở y tế ít nhất 3 giờ.

5.4 Theo dõi và chăm sóc.

5.4.1. Theo dõi trong những giờ đầu sau uống thuốc.

- Dấu hiệu sinh tồn mỗi giờ một lần trong 3 giờ đầu (nếu cần).
- 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.

5.4.2. Khám lại sau 2 tuần.

- Đánh giá hiệu quả điều trị.
- Sảy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị.
- Sốt thai, sốt rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 - 600 mcg uống hay ngâm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung.
- Thai tiếp tục phát triển: có thể hút thai hoặc tiếp tục phá thai bằng thuốc nếu khách hàng mong muốn.
- Ứ máu trong buồng tử cung: hút sạch buồng tử cung hoặc điều trị nội khoa khi không có nhiễm khuẩn và lượng máu ít.

5.5 Tai biến và xử trí

- Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sốt thai, sốt rau.
- Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến (xem tài liệu huấn luyện).

PHÁ THAI BẰNG THUỐC TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 22

Sử dụng misoprostol đơn thuần hoặc sử dụng mifepriston kết hợp với misoprostol để phá thai từ tuần 13 đến hết tuần 22.

Tuyến áp dụng.

Các bệnh viện từ tuyến tỉnh trở lên.

Người được phép thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai bằng thuốc và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

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.

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tiểu đường, tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch và tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu (nặng và trung bình).
- Dị ứng mifepriston hay misoprostol.
- Có sẹo mổ ở thân tử cung.

2.2. Tương đối.

- 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 cũ ở đoạn dưới tử cung: cần cân nhắc rất thận trọng đồng thời phải 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/hoặc 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 loại trừ chống chỉ định.
- Siêu âm để xác định tuổi thai.
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.
- 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).

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 để nhận biết để tránh phá thai.
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.
- Cung cấp BPTT hoặc giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

4.3. Thực hiện phá thai.

4.3.1. Các phác đồ sử dụng thuốc:

Phác đồ misoprostol đơn thuần.

- Đặt vào túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol.
 - + Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
 - + Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).
- Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

Phác đồ kết hợp mifepriston và misoprostol.

- Uống 200 mg mifepriston.
- Sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, đặt túi cùng sau âm đạo 200 mcg misoprostol:
 - + Cứ 6 giờ dùng 1 viên cho thai từ 18 tuần trở lên (không quá 3 lần/ngày).
 - + Cứ 4 giờ dùng 1 viên cho thai dưới 18 tuần (không quá 5 lần/ngày).

- Nếu không thành công, có thể dùng thêm misoprostol với liều tương tự ở các ngày tiếp theo. Tổng số ngày sử dụng misoprostol không quá 3 ngày liên tục (một đợt dùng thuốc).
- Nếu không thành công sau một đợt dùng thuốc thì dùng lại đợt thứ hai sau một tuần.

4.3.2. Chăm sóc trong thủ thuật.

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, ra máu âm đạo, đau bụng (cơn co tử cung) cứ 4 giờ/lần, khi bắt đầu có cơn co tử cung mạnh cứ 2 giờ/lần.
- Thăm âm đạo đánh giá cổ tử cung trước mỗi lần dùng thuốc.
- Cho uống thuốc giảm đau.
- Sau khi sảy thai và rau: dùng thuốc tăng co tử cung. Chỉ định kiểm soát tử cung bằng dụng cụ (nếu cần). Cho uống kháng sinh trước khi kiểm soát tử cung.
- Xử lý thai, rau, chất thải và dụng cụ.

4.4. 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 huấn luyện).

4.5. Theo dõi và chăm sóc.

- Sau khi thai ra, theo dõi ra máu âm đạo, cơn co tử cung trong vòng 4 giờ.
- Ra viện sau khi ra thai ít nhất 2 giờ.
- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Hẹn khám lại sau 2 tuần.

PHÁ THAI BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG VÀ GẤP TỪ TUẦN 13 ĐẾN HẾT TUẦN 18

Nong và gấp 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 gấp thai để lấy thai ra, áp dụng cho tuổi thai từ tuần thứ 13 đến hết tuần thứ 18.

Tuyển áp dụng.

Các bệnh viện tuyển trung ương và tuyển tỉnh.

Người thực hiện.

Bác sĩ chuyên khoa phụ sản đã thành thạo kỹ thuật phá thai đến hết 12 tuần bằng phương pháp ngoại khoa và được đào tạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp nong và gấp.

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.

- Sẹo mổ cũ ở thân tử cung.
- Đang mắc các bệnh nội khoa cấp tính.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần được điều trị).
- Tiền sử dị ứng với misoprostol.
- **Thận trọng: dị dạng tử cung, u xơ tử cung** hoặc sẹo mổ cũ ở đoạn dưới tử cung.

3. Cơ sở vật chất

- Phòng kỹ thuật: bảo đảm tiêu chuẩn qui định.
- Phương tiện dụng cụ:
 - + Bộ dụng cụ nong, gấp thai: kẹp dài sát khuẩn, kẹp cổ tử cung, nong từ số 8 đến số 17, kẹp gấp 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 mifeprison, 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
- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, đông máu cơ bản hoặc máu chảy, máu đông.
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ, người giám hộ).

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. Các dấu hiệu thai nghén sớm để nhận biết để tránh phá thai to
- Thông tin về các BPTT, hướng dẫn chọn lựa BPTT thích hợp và sử dụng đúng để tránh phá thai lần nữa.
- Trả lời những câu hỏi của khách hàng và giải quyết những vấn đề lo lắng.
- Cung cấp BPTT và giới thiệu địa điểm cung cấp BPTT.

4.3. Người thực hiện thủ thuật.

- Rửa tay thường qui bằng xà phòng 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:

- Ngâm dưới lưới hoặc bên trong má 400 mcg misoprostol, theo dõi trong vòng 4 - 6 giờ.
- Đánh giá lại tình trạng cổ tử cung, nếu tử cung chưa được chuẩn bị tốt thì có thể dùng tiếp 400 mcg misoprostol.

4.4.2. Uống kháng sinh.

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.
- Nong cổ tử cung.

- Dùng bơm hai van với ống hút phù hợp để hút nước ối và kéo phần thai xuống thấp.
- Tiến hành gấp thai, rau. Không đưa kẹp gấp quá sâu trong buồng tử cung để tránh nguy cơ thủng tử cung.
- Nếu gấp thai khó khăn thì có thể gấp thai dưới siêu âm.
- Kiểm tra lại buồng tử cung bằng thìa cùn hoặc ống hút.
- Kiểm tra các phần thai và rau lấy ra để đánh giá thủ thuật hoàn thành hay chưa.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

4.5. 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).

4.6. 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.

XỬ LÝ DỤNG CỤ HÚT THAI CHÂN KHÔNG BẰNG TAY

Tuyên áp dụng.

Tất cả các tuyến.

Người thực hiện.

Cán bộ cung cấp dịch vụ.

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.

Quy 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. Quy trình xử lý dụng cụ tương tự nhau chỉ có bước **khử khuẩn mức độ cao hoặc tiệt khuẩn** là khác nhau giữa 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. Quy 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.
- 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 gấp 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.

Lưu ý:

- + Không được dùng các dụng cụ sắc để tháo vòng đệm cao su mà phải tháo bằng cách đi gắng 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, 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 theo hướng dẫn của nhà sản xuất) hoặc dung dịch tương đương trong 10 giờ.
 - + Gấp 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°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 cụ.
 - + 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.
 - + Gấp dụng cụ ra bằng kẹp vô khuẩn.
 - + 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:** áp dụng cho bơm hút MVA Plus, ống hút Ipas EasyGrip, ống hút mềm Karman.
 - + Cho ngáp 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.
 - + Gấp dụng cụ ra bằng kẹp vô khuẩn.
 - + 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 để ngày xử lý và hạn sử dụng.
- 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 gấp ống hút ra phải dùng kẹp vô khuẩn gấp 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.

PHẦN 8

NAM HỌC

MÃN DỤC NAM GIỚI

1. Định nghĩa.

Mãn dục nam là tình trạng suy thoái các cơ quan trong cơ thể khi cao tuổi, đặc biệt là trục hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn làm giảm lượng testosterone trong máu (bình thường lượng testosterone máu là: 10 - 35 nanomol/lít).

2. Nguyên nhân.

Nội tiết tố testosterone máu giảm do các nguyên nhân sau:

- 2.1. Tuổi càng cao, các cơ quan, trong đó có tuyến yên - tinh hoàn, càng bị suy thoái.
- 2.2. Bị các bệnh làm rối loạn nhịp hoạt động của hệ thống trục hạ đồi - tuyến yên gây rối loạn sự sản xuất các nội tiết tố có liên quan khác.
- 2.3. Di truyền từ thế hệ trước.
- 2.4. Dùng nhiều các loại thuốc có tính chất kháng androgen, ví dụ: dùng quá nhiều nội tiết tố estrogen, dùng các loại glucocorticoid, một số thuốc loại bucalutamid, flutamid, một số thuốc chữa bệnh khác như cimétidin...
- 2.5. Một số bệnh gây nên như: tiểu đường, suy tuyến yên, các khối u vùng tuyến yên - tinh hoàn, u tuyến thượng thận và các khối u ở các phủ tạng khác.
- 2.6. Một số thói quen xấu như: nghiện rượu, thuốc lá, ma túy...

3. Chẩn đoán.

3.1. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng.

- 3.1.1. Giảm ham muốn tình dục.
- 3.1.2. Rối loạn cương dương - không giao hợp được.
- 3.1.3. Tinh trùng yếu nên khó sinh con.
- 3.1.4. Có những rối loạn về hệ thống tim - mạch như huyết áp cao, thấp bất thường, tim đập nhanh, mất đồ bưng, hồi hộp...
- 3.1.5. Rối loạn hô hấp: khó thở về ban đêm, ngáy to.
- 3.1.6. Loãng xương, rất dễ gãy xương ở những tư thế bất thường hoặc bị các chấn thương dù rất nhẹ.
- 3.1.7. Giảm thể tích và trương lực cơ, cho nên lười vận động vì dễ mỏi mệt. Toàn thân teo tóp dần.
- 3.1.8. Lượng mỡ cơ thể tăng nhất là béo bụng.
- 3.1.9. Da mất nước và răn rúm, tạo ra các nếp nhăn.
- 3.1.10. Thần kinh: mất nhạy cảm của các phản xạ.
- 3.1.11. Tâm thần: trầm cảm, thích cô độc, dễ tui thân.
- 3.1.12. Rối loạn hệ thống tạo máu: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu...

Kết luận về chẩn đoán lâm sàng thì 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.

3.2. Các triệu chứng cận lâm sàng.

3.2.1. Các xét nghiệm về sinh hóa để đánh giá chức năng các phủ tạng toàn thân trong cơ thể.

3.2.2. Các xét nghiệm về chẩn đoán hình ảnh để xác định các bệnh lý khác và để chẩn đoán phân biệt.

3.2.3. Các xét nghiệm về nội tiết tố, chủ yếu là nội tiết tố sinh sản: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone để tìm các bệnh rối loạn về nội tiết. Trong điều kiện hiện nay của Việt Nam các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh và các trung tâm nam học chịu trách nhiệm làm điều này.

3.2.4. Tiêu chuẩn vàng để xác định mãn dục nam giới là lượng testosterone trong máu hạ thấp dưới mức bình thường (bình thường: 10 - 35 nanomol/lít).

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xã và tuyến huyện.

Khám phát hiện ra bệnh dựa vào các triệu chứng lâm sàng, tư vấn và chuyển người bệnh đến tuyến tỉnh và tuyến trung ương.

4.2. Tuyến tỉnh và trung ương.

Làm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định và điều trị thực thụ.

5. Điều trị.

Bồi phụ testosterone vào cơ thể.

5.1. Chỉ định.

Những người có lượng testosterone thấp, có biểu hiện của mãn dục nam.

5.2. Chống chỉ định.

Những người đang có bệnh:

- U lành phi đại tuyến tiền liệt.
- Ung thư tuyến tiền liệt.

5.3. Các dạng thuốc dòng testosterone.

5.3.1 Dạng viên.

- Undecanoat testosterone 40 mg/viên:
 - + Liều tấn công: 3 - 4 viên/ngày x 30 ngày.
 - + Liều duy trì: 1 - 2 viên/ngày x 30 ngày.
- Mesterolol 25 mg/viên:
 - + Liều tấn công: 4 viên/ngày x 30 ngày.
 - + Liều duy trì: 2 viên/ngày x 30 ngày.

5.3.2 Dạng tiêm.

Mesterolol 250 mg/ống/tuần x 4 tuần (tiêm bắp).

5.3.3 Dạng xoa.

Androgel 50 mg/gói, ngày xoa 1 gói ở mặt trong đùi hoặc lưng hoặc bụng trong 30 ngày.

6. Những điểm cần tư vấn về tình dục khi tuổi già.

- Khi có tuổi, hoạt động tình dục nhìn chung 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.
- Tình dục là bình thường và tự nhiên, người có tuổi cần nhận biết khả năng tình dục của mình và trở nên thoải 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: 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 tuổi.
- 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 đi tư vấn và điều trị.

SUY SINH DỤC NAM

1. Định nghĩa.

Suy sinh dục là một bệnh bẩm sinh hay mắc phải, gây nên hiện tượng các tế bào Leydig của tinh hoàn bị thoái triển, không sản xuất hoặc sản xuất được ít testosterone trong cơ thể. Từ sự suy giảm testosterone gây nên hàng loạt các hội chứng bệnh trên các phủ tạng chịu tác động bởi testosterone.

2. Nguyên nhân.

2.1 Tại tinh hoàn.

2.1.1. Bị cắt tinh hoàn trong một số trường hợp bệnh lý và chấn thương.

2.1.2. Chấn thương: dập nát dẫn tới xơ hóa hoàn toàn tinh hoàn.

2.1.3. Viêm mạn tính dẫn tới xơ teo tinh hoàn.

2.1.4. Teo tinh hoàn do tinh hoàn không ở bìu mà bị lạc chỗ sang các vị trí khác như: ở trên nếp mu, ở trong ổ bụng, ống bẹn...

2.1.5. Những người mắc một số bệnh như ung thư tuyến tiền liệt phải dùng nhiều loại thuốc điều trị nội tiết tố kháng androgen.

2.2. Ngoài tinh hoàn.

2.2.1. 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.

2.2.2. Các bệnh rối loạn về các men sinh dục.

2.2.3. Bệnh suy tuyến yên (bẩm sinh hoặc mắc phải) gây suy giảm các hormon LH và FSH.

3. Chẩn đoán.

3.1. Các triệu chứng lâm sàng.

- Có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng của hội chứng suy giảm nội tiết tố testosterone trong máu.
- Khám thực thể: tinh hoàn teo nhỏ, tinh hoàn không ở trong bìu (sờ thấy tinh hoàn ở trên ống bẹn hoặc không sờ thấy hoàn toàn tinh hoàn ở trong bìu).

3.2. Cận lâm sàng.

3.2.1. Định lượng cả 5 hormon: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone để tìm các rối loạn về nội tiết tố sinh sản.

3.2.2. Các xét nghiệm về gen.

- Nhiễm sắc thể XY.
- Vật thể Barr.
- Phản ứng di truyền TDF để tìm dấu vết của gen hình thành tạo tinh hoàn.

3.2.3. Chẩn đoán hình ảnh để tìm hình ảnh tinh hoàn và các bộ phận của nam giới.

- Siêu âm.

- Chụp vi tính cắt lớp vùng tiểu khung.
- Nháp nháy đồ.

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xã và tuyến huyện.

Làm chẩn đoán ban đầu dựa vào thăm khám lâm sàng rồi chuyển người bệnh đến tuyến tỉnh và tuyến trung ương.

4.2. Tuyến tỉnh và trung ương.

Tiếp tục thăm khám để làm chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân và điều trị.

5. Điều trị.

5.1. Bồi phụ LH dưới dạng thuốc tiêm.

Pregnyl 500 đv, 1000 đv, 1500 đv (tiêm bắp). Liều lượng tùy theo lứa tuổi.

5.2. Bồi phụ testosteron.

5.2.1. Dạng uống: liều lượng tùy theo lứa tuổi.

- Undecanoat testosteron 40 mg/viên:
 - + Liều tấn công: 3 - 4 viên/ngày x 30 ngày.
 - + Liều duy trì: 1 - 2 viên/ngày x 30 ngày.
- Mesterolol 25 mg/viên:
 - + Liều tấn công: 4 viên/ngày x 30 ngày.
 - + Liều duy trì: 2 viên/ngày x 30 ngày.

5.2.2. Dạng tiêm: liều lượng tùy theo lứa tuổi.

- Mesterolol 250 mg/ống/tuần x 4 tuần (tiêm bắp).
- Sustanon 250 mg/ống (tiêm bắp).

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 của người nam (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:

2.1. Yếu tố tình dục (rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh,...)

2.2. Nhiễm khuẩn hệ tiết niệu - sinh dục: viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn, viêm niệu đạo, viêm tuyến tiền liệt...

2.3. Những bất thường bẩm sinh.

- Các 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, không 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.

2.4. Các yếu tố mắc phải.

- Nghiện rượu, hút thuốc lá, sau hóa trị liệu, nhiễm độc tia xạ...
- Giãn tĩnh mạch tinh.
- Các rối loạn về nội tiết tố: suy sinh dục (tại tinh hoàn và ngoài tinh hoàn), thiếu FSH đơn thuần, bài tiết nội tiết quá mức (sản xuất quá nhiều androgen, bài tiết estrogen 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 mắt 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...
- Tại chỗ: bộ phận sinh dục ngoài: dị tật (không có tinh hoàn trong bìu, lỗ đài thấp, cong vẹo dương vật...), viêm nhiễm, chảy mủ hoặc dịch bất thường. Sờ thấy bụi 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 hormon*: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone.

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.

4.1. Tuyến xa và tuyến huyện.

Chẩn đoán định hướng dựa trên các triệu chứng lâm sàng và tư vấn về phương hướng điều trị.

4.2. Tuyến tinh và tuyến trung ương.

Chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân và điều trị thực thụ.

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 tình trùng.

Thắt tĩnh mạch tinh, hạ tinh hoàn, nước 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...)

RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

1. Đại cương.

Rối loạn cương dương là tình trạng không có khả năng đạt được và duy trì độ cương cứng của dương vật để đưa vào âm đạo người phụ nữ, tiến hành cuộc giao hợp một cách trọn vẹn.

2. Nguyên nhân.

2.1. Rối loạn cương dương do các bệnh rối loạn nội tiết tố.

2.2. Rối loạn cương dương do thần kinh.

2.3. Rối loạn cương dương do tâm thần.

2.4. Rối loạn cương dương do rối loạn vận mạch.

2.5. Rối loạn cương dương do các biến dạng của dương vật.

2.6. Rối loạn cương dương do một số thuốc.

3. Chẩn đoán.

3.1. Triệu chứng lâm sàng.

3.1.1. Tập trung vào bốn nhóm triệu chứng sau:

- Hoàn toàn mất hẳn ham muốn tình dục.
- Vẫn còn 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.

3.1.2. Bảng chỉ số quốc tế về chức năng cương dương vật

(I.I.E.F - International Index Erection Function).

Thang điểm này bao gồm 15 câu hỏi, mỗi câu hỏi cho điểm từ 0 đến 5. Mức độ rối loạn cương dương được qui định như sau:

- | | | | |
|--------------|----------------------|--------------|----------------|
| 6 - 20 điểm | : Mức độ nặng | 31 - 59 điểm | : Mức độ nhẹ. |
| 21 - 30 điểm | : Mức độ trung bình. | 60 - 75 điểm | : Bình thường. |

3.2. 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, đã được phẫu thuật vùng tiểu khung và bộ phận sinh dục.

3.3. Khám bộ phận sinh dục và tăng sinh môn để phát hiện các bệnh.

- Biến đổi hình thể giải phẫu dương vật: lỗ đài lệch thấp, dương vật ngắn và nhỏ bẩm sinh, giới tính nữ giả nam, giới tính nam giả nữ, lưỡng giới thật: ái nam, ái nữ. Bệnh xơ cứng vật hang
- Bệnh viêm xơ teo tinh hoàn, mào tinh hoàn...

- Các bệnh vùng bẹn bìu: tinh hoàn ần, giãn tĩnh mạch tinh...
- Đánh giá các phản xạ vùng bẹn bìu - tăng sinh môn như: cảm giác quanh hậu môn, cảm giác trương lực cơ vòng hậu môn, phản xạ cơ hành hang.

3.4. Các xét nghiệm.

- Thử phản ứng HIV.
- Đường, lipid, cholesterol máu.
- Định lượng nội tiết tố: LH, FSH, prolactin, estradiol, testosterone.

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xã và tuyến huyện.

Làm chẩn đoán bước đầu dựa vào các triệu chứng lâm sàng, khám thực thể và làm một số xét nghiệm thường qui. Tư vấn về phương hướng điều trị.

4.2. Tuyến tỉnh và tuyến trung ương.

Làm chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân và điều trị.

5. Điều trị.

5.1. Chống chỉ định.

- Bệnh tim mạch mức độ nặng (nhồi máu cơ tim trong vòng 6 tháng).
- Những người mắc bệnh toàn thân nặng được khuyến cáo không nên quan hệ tình dục.
- Dị ứng thuốc
- Đang dùng các thuốc nitrat gây giãn mạch
- Đang chữa các bệnh về võng mạc

5.2 Điều trị nội khoa.

Rối loạn cương dương do nhiều nguyên nhân gây ra. Vì vậy không thể có một phương pháp duy nhất điều trị được tất cả các chứng rối loạn cương dương.

5.2.1. Dùng tâm lý liệu pháp.

5.2.2. Châm cứu.

5.2.3. Dùng chất thảo dược.

5.2.4. Dùng thuốc:

Dùng nội tiết tố

- Đối với nhóm suy tuyến yên, dùng thuốc nhóm LH như Pregnyl.
- Đối với nhóm suy giảm lượng testosterone, dùng các testosterone để bồi phụ: andriol testocap, mesterolone...

Các thuốc ức chế PDE5

- Sildenafil:
 - Viagra (Hoa Kỳ) 50 - 100 mg/viên
 - Medovigor (Canada) 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 (Hoa Kỳ) 10 - 20 mg/viên. Cách dùng như trên.
- Vardenafil: Levitra (Đức) 10 - 20 mg/viên. Cách dùng như trên.

5.3. 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: nối động mạch thượng vị với động mạch lưng 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 các nhánh bên.
- Buộc cắt tĩnh mạch ngoại vi và chỗ có các đường rò rỉ tĩnh mạch.

5.3.3. Phẫu thuật lắp ghép các bộ phận giả:

- Loại vật giả đơn giản là ống silicon đặt vào hai bên vật hang. Dương vật được dựng thẳng đứng vĩnh viễn.
- Loại vật giả có bơm hơi.

5.3.4. Phẫu thuật tạo hình:

- Điều trị bệnh xơ cứng vật hang.
- Làm dài dương vật.
- Làm to dương vật.

XUẤT TINH SỚM

1. Đại cương.

1.1. Định nghĩa.

Xuất tinh sớm là tình trạng mất khả năng kiểm soát và duy trì phản xạ xuất tinh khi đạt khoái cảm cao độ cho đôi bạn tình.

1.2. Xuất tinh sớm có nhiều dạng.

- Nam giới vừa trông thấy người phụ nữ đẹp đã xuất tinh.
- Vừa va chạm vào cơ thể người phụ nữ đã xuất tinh.
- Dương vật đủ cương cứng đưa được vào âm đạo người phụ nữ, nhưng chỉ qua vài nhịp đập đã xuất tinh.
- Cuộc giao hợp có thể kéo dài hơn, nhưng chưa tới 5 phút người nam giới đã bị xuất tinh trong khi người phụ nữ chưa kịp nhận cảm gì.

2. Nguyên nhân.

2.1. Nguyên nhân tâm lý.

Là một nguyên nhân được nhiều tác giả nhắc đến. Để có thời gian giao hợp được bình thường phải có sự thăng bằng nhịp nhàng giữa quá trình hưng phấn và ức chế. Hưng phấn quá mức có thể dẫn tới xuất tinh sớm.

Một trong những nguyên nhân hay được nhắc đến là thủ dâm. Cho đến nay, chưa có một bằng chứng khoa học nào kết luận thủ dâm sẽ gây xuất tinh sớm, nhưng người ta vẫn đưa ra một giả thuyết cho rằng: việc thủ dâm lâu dài sẽ dần dần 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 vùng dương vật.

Quá tăng nhạy cảm vùng qui đầu dương vật làm cho quá trình hưng phấn diễn ra mau lẹ hơn dẫn tới việc xuất tinh nhanh hơn.

2.2.2. Các bệnh viêm nhiễm vùng chậu hông.

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính, trĩ tắc mạch và gây đau, trĩ nội viêm mạn tính, nhiễm khuẩn mô liên kết quanh tuyến tiền liệt và rò quanh hậu môn. Điều này tác động lên các xung động hướng tâm từ niệu đạo sau làm giảm ngưỡng cần thiết cho sự phóng tinh qua phản xạ trung gian gây nên xuất tinh sớm.

2.2.3. Một số bệnh rối loạn nội tiết như:

Suy sinh dục, mãn dục nam, tăng prolactin máu, rối loạn cương dương 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. Dựa trên giả thuyết này, đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng các thuốc chống trầm cảm (loại ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin) để điều trị xuất tinh sớm cho kết quả rất khả quan.

3. Chẩn đoán.

3.1. Khai thác bệnh sử tình dục.

3.2. Sử dụng câu hỏi xác định chẩn đoán xuất tinh sớm như sau:

Câu hỏi	Bạn bị xuất tinh sớm	Bạn không bị xuất tinh sớm
Bạn tự đánh giá như thế nào về khả năng kiểm chế xuất tinh của bạn?	* Trung bình * Kém	* Cực tốt * Rất tốt * Tốt.
Tình huống nào trong bốn tình huống sau miêu tả đúng nhất mức độ ảnh hưởng của thời gian xuất tinh (I.E.L.T) đối với bạn và bạn tình của bạn?	* I.E.L.T làm cho tôi không hài lòng. * I.E.L.T làm cho bạn tình của tôi không hài lòng. * I.E.L.T làm cho cả hai chúng tôi không hài lòng	* Cả hai chúng tôi đều hài lòng.

Thời gian xuất tinh (I.E.L.T) là thời gian tính từ lúc đưa dương vật vào âm đạo cho tới khi xuất tinh.

4. Phân tuyến.

4.1 Tuyến xã: tư vấn hướng điều trị về tâm lý

4.2 Tuyến huyện: kê đơn điều trị nội khoa theo phác đồ.

4.3 Tuyến tỉnh và tuyến trung ương: điều trị nội khoa và các thủ thuật, phẫu thuật theo phác đồ.

5. Điều trị.

5.1. Dùng thuốc.

5.1.1. *Gabapentin (neurontin 300 mg/viên).*

Một tuần uống 3 viên, cách nhật uống 1 viên.

+ Hôm định giao hợp: uống trước giao hợp 3 giờ.

+ Những ngày không giao hợp: uống vào buổi tối.

Điều trị trong 10 tuần lễ.

5.1.2. *Clomipramin 25 mg, uống 25 - 50 mg/ngày trong 2 - 8 tuần.*

5.1.3. *Paroxetin 20 mg, uống hàng ngày, 20 mg/ngày, trong 2 - 3 tuần.*

5.1.4. *Fluoxetin 20 mg, uống hàng ngày 20 - 40 mg/ngày, trong 4 - 5 tuần. Tuần đầu uống 20 mg/ngày, từ tuần thứ hai uống 40 mg/ngày.*

5.1.5. *Sertralín 50 mg, uống 50 - 100 mg/ngày, trong 4 - 8 tuần.*

5.2. Thuốc bôi làm tê tại chỗ.

- Dùng gel xylocain, lidocain bôi lên đầu dương vật trước khi giao hợp 20 phút. Sau đó rửa sạch rồi mới giao hợp.

- Nhật Bản, Trung Quốc công bố kem SS điều chế từ thảo dược.

5.3. Thủ thuật phong bế đám rối thần kinh cùng

Người bệnh ở tư thế quỳ, đầu thấp hông cao. Xác định khe khớp giữa S4 - S5, sau đó bơm 20 ml dung dịch xylocain 0,5 % vào khoang cùng. Mỗi tuần tiêm 1 - 2 lần, trong 5 - 10 tuần lễ liên tục.

5.4. 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.

XUẤT TINH RA MÁU

1. Đại cương.

Xuất tinh ra máu là tình trạng có máu lẫn trong tinh dịch khi xuất tinh.

Thông thường, xuất tinh ra máu là bệnh lành tính và tự khỏi nhưng rất hay tái phát (đối với những người trẻ tuổi, dưới 45). Trong một số ít các trường hợp thì đây lại là triệu chứng của một bệnh lý ác tính (đối với những người có tuổi, trên 45).

2. Nguyên nhân.

2.1. Viêm và nhiễm khuẩn

Viêm là một trong các nguyên nhân thường gặp nhất. Quá trình viêm gây kích thích niêm mạc dẫn đến hiện tượng sung huyết và phù nề của 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 và sỏi túi tinh hay calci hóa tuyến tiền liệt. Nhiễm khuẩn thường gặp như: enterobacteria (chủ yếu là escherichia coli), *Chlamydia*, gram dương, trực khuẩn lao và một số loại virus. Cần lưu ý: lao là nguyên nhân chủ yếu ở Việt Nam.

2.2. Tắc túi tinh và các nang túi tinh

Các nguyên nhân này 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 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, hemophili, xơ gan, tăng huyết áp.

2.5. Nhóm do các thủ thuật.

Sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, đặt dụng cụ niệu đạo, chạy tia xạ trong ung thư tuyến tiền liệt, sau thắt ống dẫn tinh, sau cắt tinh hoàn...

2.6. Giãn tĩnh mạch niệu đạo.

Trường hợp này, tinh dịch thường không có lẫn máu mà chỉ đái máu một bãi sau khi cương dương vật.

3. Chẩn đoán.

3.1. Chẩn đoán xác định.

- Lâm sàng: tinh dịch có màu đỏ hoặc màu nâu hoặc màu rỉ sắt.
- Xét nghiệm tinh dịch đồ: có nhiều hồng cầu trong tinh dịch.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân.

3.2.1. 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.

3.2.2. Các xét nghiệm tinh dịch.

Làm tinh dịch đồ để tìm hồng cầu và bạch cầu, nuôi cấy vi khuẩn tinh dịch và làm kháng sinh đồ, tìm tế bào ác tính trong tinh dịch.

3.2.3. 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 tuyến tiền liệt (PSA) đối với người trên 45 tuổi.

3.2.4. 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 lao cần làm thêm các xét nghiệm sau: mantoux, tìm kháng thể kháng lao, phản ứng PCR với trực khuẩn lao (bệnh phẩm là tinh dịch).

3.2.5. Siêu âm ổ bụng.

Đánh giá tình trạng của gan, thận, bàng quang và tuyến tiền liệt ...

3.2.6. Siêu âm qua trực tràng.

Là một phương tiện chẩn đoán hữu hiệu để chẩn đoán các bệnh lý khu vực túi tinh và tuyến tiền liệt như: calci hóa tuyến tiền liệt, sỏi túi tinh, giãn túi tinh, nang túi tinh hoặc ống phóng tinh.

3.2.7. Soi niệu đạo và bàng quang.

Soi bàng quang, niệu đạo có thể phát hiện ra các tổn thương ở niệu đạo, tuyến tiền liệt. Thông thường soi niệu đạo, bàng quang khi dương vật cương thì sẽ xác định được giãn mao mạch và tĩnh mạch của niệu đạo cũng như là của tuyến tiền liệt, các u máu niệu đạo một cách dễ dàng.

3.2.8. 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 có nghi ngờ bệnh lý trên siêu âm qua trực tràng.

3.2.9. Nội soi túi tinh.

Được chỉ định trong 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 thấy bất thường túi tinh qua siêu âm hay qua chụp cộng hưởng từ.

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xã: phát hiện bệnh, tư vấn và chuyển người bệnh lên tuyến trên.

4.2. Tuyến huyện: chẩn đoán xác định và điều trị nội khoa. Các trường hợp có chỉ định điều trị ngoại khoa phải chuyển người bệnh lên tuyến trên.

4.3. Tuyến tỉnh và tuyến trung ương: xác định nguyên nhân và điều trị thực thụ.

5. Điều trị.

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 loại vi khuẩn thông thường.

- Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ là lý tưởng nhất.
- Nếu không có kháng sinh đồ thì dùng kháng sinh theo kinh nghiệm..

Lựa chọn những loại kháng sinh nào có phổ tác dụng đối với họ enterobacteria (chủ yếu là escherichia coli), đặc biệt là ở những người trẻ tuổi phải có phổ tác dụng đối với cả *Chlamydia*.

- Nhóm quinolon: ciprofloxacin, norfloxacin, levofloxacin hay gatifloxacin. Liều uống 400 mg/ngày trong vòng 2 tuần đến 1 tháng
- Nếu không có quinolon thay thế bằng:
 - Trimethoprim/sulfamethoxazol (bactrim) 480 mg/viên, 2 viên/ngày + doxycyclin 100 mg/viên, 1 - 2 viên/ngày, dùng thuốc trong 10 - 15 ngày.
 - Cũng có thể dùng: metronidazon 250 mg, uống 2 viên/ngày + clindamycin/erythromycin dùng trong 2 tuần.
- Dùng phối hợp với các thuốc chống viêm, giảm phù nề, thuốc cầm máu.
 - α -chymotripsin 4,2 mg/viên, dùng 4 viên/ngày, trong 7 ngày
 - Các thuốc cầm máu: transamin 250 mg/viên, 2 - 4 viên/ngày, trong 5 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 phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể: phẫu thuật mở hay nội soi.

Chỉ định trong các trường hợp:

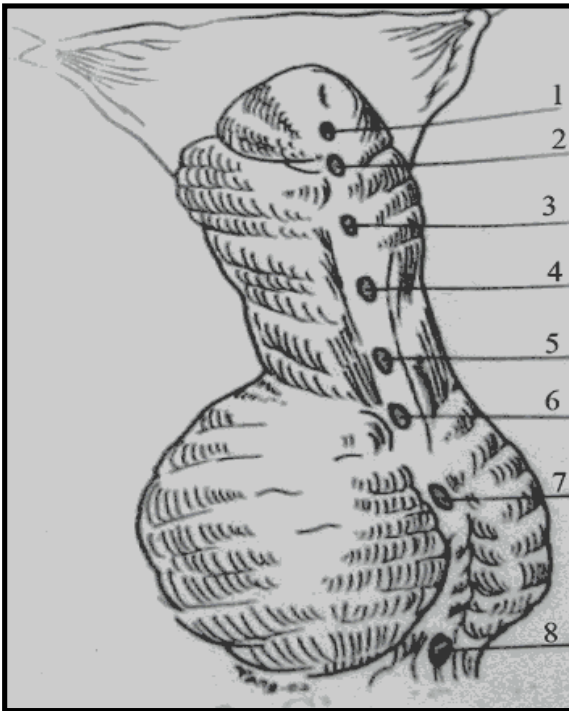
- Bệnh lý tại chỗ như tắc túi tinh, nang túi tinh hay sỏi túi tinh
- Các bệnh ung thư tuyến tiền liệt, ung thư đường dẫn tinh (ống dẫn tinh, túi tinh) và ung thư tinh hoàn
- Giãn tĩnh mạch niệu đạo.

LỖ ĐÁI LỆCH THẤP

1. Đại cương.

Lỗ đái lệch thấp là dị tật bẩm sinh của dương vật làm cho niệu đạo, vật hang, vật xóp, qui đầu và da 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 có thể nằm ở bìu hay tầng sinh môn.

Điều trị 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 mặt 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.

2.1. Lỗ đái lệch thấp đoạn trước.

- Phần thóp 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 tỉ lệ 9%. Tỷ lệ này tăng lên khi lỗ đái lệch thấp đoạn sau.

3.2. Dị tật đường tiết niệu.

Dị tật đường tiết niệu ở những người bệnh lỗ đái lệch thấp đơn thuần không nhiều. Nhưng khi khi lỗ đái lệch thấp có phối hợp với các bất thường ở các cơ quan khác thì tỉ 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 (*utricleus masculinus*).

Túi bầu dục tuyến tiền liệt (*utricleus masculinus*) 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 hóa giới tính.

Di tật rối loạn biệt hóa 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.

4.1. Tuyến xơ và tuyến huyệt.

Phát hiện sớm và làm chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng và tư vấn cho người bệnh nên lên tuyến trên để điều trị.

4.2. Tuyến tinh và tuyến trung ương.

Điều trị bằng phẫu thuật tạo hình một thì.

5. Điều trị.

5.1. Chỉ áp dụng ở tuyến có chuyên khoa sâu về tiết niệu và nam học.

5.2. Nguyên tắc.

Cắt bỏ các mô xơ quanh vật hang dương vật để dựng thẳng đứng dương vật, rồi dùng các vạt da và mô để cuộn thành ống niệu đạo, đưa lỗ đái ra đầu dương vật. Vạt da và mô sử dụng có thể dùng:

- Vạt da có cuống.
- Vạt da hoặc các mảnh mô niêm mạc tự do.

XƠ CỨNG VẬT HANG

1. Đại cương.

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 gập khúc lên trên còn khi nó phát triển ở mặt bụng của dương vật sẽ làm cho dương vật cong gập khúc xuống dưới. Cũng có thể mảng xơ nằm ở cả hai mặt làm cho dương vật lồi lõm và ngấn lại.

2. Nguyên nhân.

Có nhiều giả thiết về nguyên nhân đã được đưa ra.

Một số tác giả cho rằng mảng xơ phát triển sau các chấn thương (bể cong hay va đập mạnh). Các chấn thương này gây chảy máu tại chỗ bên trong dương vật lâu ngày hình thành nên các mảng xơ hay cục xơ.

Một số tác giả khác lại cho rằng xơ cứng vật hang là do rối loạn cơ chế tự miễn của cơ thể.

3. Chẩn đoán.

Chỉ cần dựa vào lâm sàng là đủ.

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 ngấn).

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xã.

Chẩn đoán, tư vấn, chuyên tuyến.

4.2. Tuyến huyện.

Theo dõi hoặc điều trị nội khoa.

4.3. Tuyến tỉnh và tuyến trung ương.

Điều trị bằng phẫu thuật.

5. Điều trị.

5.1. 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.

- Colchicin 1 mg/viên, uống 1 - 2 viên/ngày, chia 2 lần.
- Vitamin E 400 đv/viên, uống 1 - 2 viên/ngày, chia 2 lần.
- Dexamethason (Decadron) 4 mg/ống, tiêm tại chỗ vào màng xơ hoặc cục xơ với liều 0,2 - 0,5 mg/mỗi màng xơ, 1 lần/tuần trong 10 tuần. Có thể lặp lại nhiều đợt nếu cần.

Mỗi đợt điều trị khoảng 2,5 đến 3 tháng. Có thể điều trị nhiều đợt nếu cần thiết.

5.2. Điều trị ngoại khoa.

5.2.1. Chỉ định.

- Bệnh ở mức độ nặng, người bệnh 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.

5.2.2. Nguyên tắc phẫu thuật.

Nguyên tắc phẫu thuật là lấy bỏ cục xơ và làm thẳng dương vật. Chỉ được tiến hành khi có các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

TINH HOÀN ẪN THỂ CAO

1. Định nghĩa.

1.1. Định nghĩa.

Tinh hoàn ản 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. Tinh hoàn ản thể cao là các thể lâm sàng mà tinh hoàn nằm ở vị trí trong ổ bụng hoặc ở lỗ bẹn sâu.

1.2. Nguy cơ của tinh hoàn ản.

Nếu không điều trị có thể gặp nguy cơ: ung thư hóa, 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 ản và chứng dương vật nhỏ lại.

2.2. Sai lệch tổng hợp testosteron: do thiếu men 17α hydroxygenlase, 5α reductase...

2.3. Hội chứng giảm khả năng cảm nhận của các thụ thể androgen.

2.4. Estrogen cũng có tác dụng làm hồng sự đi xuống của tinh hoàn: mẹ mang thai dùng diethylstilbesteron hay kháng androgen (flutamid).

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 hóa vùng ống bẹn...

Nhìn chung, phần lớn các trường hợp không xác định được nguyên nhân.

3. Chẩn đoán.

3.1. Lâm sàng.

Thăm khám vùng bẹn bìu: bìu kém phát triển, tinh hoàn ản càng cao thì bìu càng kém phát triển. Tinh hoàn ản thể cao khi khám không sờ thấy tinh hoàn.

3.2. Cận lâm sàng.

3.2.1. 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 ản.

3.2.2. Xét nghiệm thể nhiễm sắc nên được tiến hành một cách hệ thống để phát hiện các trường hợp giới tính không xác định.

3.2.3. 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.

3.2.4. Các xét nghiệm hormon: LH, FSH, prolactin, estradiol và testosteron.

3.2.5. Các xét nghiệm chỉ điểm khối u: α FP, β hCG nên làm để phát hiện các trường hợp ác tính.

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xã và tuyến huyện.

Dựa vào hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng để chẩn đoán định hướng và chuyển lên tuyến trên.

4.2. Tuyến tỉnh và tuyến trung ương.

Chẩn đoán xác định và điều trị thực thụ.

5. Điều trị.

Cần phát hiện sớm và điều trị trước 2 tuổi

5.1. Điều trị nội khoa.

Các thuốc nội tiết được dung là:

- hCG (Profasi, Pregnyl 500 đv, 1000 đv, 1500 đv/ống)
 - + Không nên quá 15.000 đv/đợt vì có thể gây tác dụng phụ.
 - + Trẻ từ 1 - 2 tuổi, dùng liều 300 đv tiêm bắp, ngày 1 lần, 3 ngày/lần với tổng liều 9 lần; trẻ từ 3 - 7 tuổi liều 700 đv/lần, tiêm; trẻ > 7 tuổi liều 1500 đv/lần, tiêm.
- GnRH được dung 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.

5.2.1 Nguyên tắc.

- Phải hạ được tinh hoàn xuống bìu.
- Phẫu thuật ẩn tinh hoàn thể cao là một phẫu thuật cần được bảo tồn do vậy chỉ được tiến hành khi có các phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

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.

Lí 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 thiếu năng hệ thống van, vì vậy có trào ngược máu từ tĩnh mạch thận vào đám rối TMT.

3. Chẩn đoán.

3.1. Lâm sàng.

Khám người bệnh ở tư thế đứng, 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. Cận lâm sàng.

3.2.1 Siêu âm Doppler màu.

Siêu âm Doppler màu cuống mạch tinh hoàn để đánh giá chính xác mức độ giãn TMT. Bình thường khẩu kính tĩnh mạch tinh dưới 2 mm.

Gọi là giãn TMT khi có ít nhất một tĩnh mạch trong đám rối tĩnh mạch có đường kính lớn hơn 2 mm, có hồi lưu khiến phình to hơn sau khi người bệnh 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 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.

3.3. Phân độ giãn tĩnh mạch tinh.

3.3.1. 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...

3.3.2. Độ 1: giãn TMT sờ thấy hoặc nhìn thấy khi làm nghiệm pháp Valsalva.

3.3.3. Độ 2: giãn TMT sờ thấy nhưng không nhìn thấy khi đứng thẳng.

3.3.4. Độ 3: giãn TMT nhìn thấy hiện rõ ở da bìu khi đứng thẳng.

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xơ và tuyến huyện.

Dựa vào hỏi bệnh và triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán định hướng và chuyển người bệnh lên tuyến trên.

4.2. Tuyến tinh và tuyến trung ương.

Chẩn đoán xác định và điều trị phẫu thuật.

5. Điều trị phẫu thuật.

5.1. Chỉ định.

5.1.1. Giãn TMT gây triệu chứng đau tức vùng bẹn bìu kéo dài ảnh hưởng tới sinh hoạt và khả năng lao động.

5.1.2. Giãn TMT phát hiện trên một cặp vợ chồng vô sinh.

5.1.3. Giãn TMT kết hợp với teo tinh hoàn.

5.1.4. Giãn TMT kèm theo bất thường về tinh dịch đồ.

5.2. Nguyên tắc phẫu thuật.

- Cắt và thắt hai đầu tinh mạch tinh, làm xẹp hết máu đọng ở phần tinh mạch ngoại vi.
- Không làm thương tổn động mạch tinh.

5.3. Phương pháp phẫu thuật.

- Phẫu thuật mở.
- Phẫu thuật nội soi.

TÌNH DỤC ĐỒNG GIỚI

1. Đại cương.

1.1. Tình dục đồng giới (TDDG) (homosexuality)

TDDG 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.

1.2. Tính dục người được cấu thành từ bốn 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.

1.3. 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 bốn 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 bốn nguyên nhân.

2.1. Lý 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 O đíp. Chính 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 O 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 Lý 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 tình dễ dãi 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.

2.4 Tập quán sinh hoạt.

Sống trong một thời gian quá dài với tập thể những người đồng giới cho nên đã giải quyết sinh hoạt tình dục với người đồng giới thành thói quen và đã trở thành một phần xạ có điều kiện.

3. Chẩn đoán.

3.1 Hỏi bệnh.

Những điều kiện sinh hoạt trong gia đình từ nhỏ và hoàn cảnh sống hiện tại để chẩn đoán về khuynh hướng phát sinh bệnh.

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...

3.3 Cận lâm sàng.

- Định lượng 5 yếu tố hormon: LH, FSH, prolactin, estradiol và testosterone.
- Xét nghiệm nhiễm sắc thể.
- Xét nghiệm HIV vì những người tình dục đồng giới có nguy cơ cao mắc bệnh này (có thể sinh hoạt tình dục qua đường hậu môn).

4. Phân tuyến tư vấn và điều trị.

4.1. Tuyến xã và tuyến huyện.

- Tư vấn giúp đỡ người tình dục đồng giới về tâm lý.
- Vận động cộng đồng đùng xa lánh kỳ thị người tình dục đồng giới.

4.2. Tuyến tỉnh và tuyến ương.

Khám lâm sàng và cận lâm sàng để tìm nguyên nhân và điều trị.

5. Điều trị.

- Nếu có rối loạn nội tiết tố thì phải bồi phụ để thăng bằng bình thường của từng giới.
- Điều trị tâm lý, thuyết phục người bệnh dùng lý trí để vượt qua giai đoạn này.
- Tạo điều kiện thay đổi môi trường sống.

CÁC RỐI LOẠN BIỆT HÓA GIỚI TÍNH SINH DỤC

1. Đại cương.

Trên lâm sàng gặp những người bệnh có buồng trứng, nhưng cơ quan sinh dục lại biệt hóa nam tính hay không rõ ràng về giới tính, đó là trường hợp lưỡng tính giả nữ; hoặc gặp người bệnh có tinh hoàn nhưng cơ quan sinh dục ngoài và các ống sinh dục biệt hóa nam tính không hoàn toàn còn gọi là lưỡng tính giả nam,... Đó là những trường hợp rối loạn của biệt hóa giới tính sinh dục.

Biệt hóa giới tính sinh dục là một quá trình phức tạp do nhiều yếu tố quyết định: giới tính thể nhiễm sắc, giới tính tuyến sinh dục và giới tính hình thể.

Rối loạn ở bất cứ một giai đoạn nào của quá trình biệt hóa 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 các 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 WT 1, gen SF 1, gen DAX 1...
- 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 của ít nhất một trong 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. Chẩn đoán.

3.1. Chẩn đoán xác định.

3.1.1. 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 tinh cảm, dậy thì, hôn nhân và con cái. Ngoại trừ các trường hợp lưỡng tính giả nữ, hầu hết các người bệnh 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: tiểu đường...), tim mạch (ví dụ: giãn tĩnh mạch, tim bẩm sinh...), hô hấp (ví dụ: bệnh phổi mạn tính...), tiết niệu (ví dụ: dị tật hệ tiết niệu...), cơ bắp (cơ bắp nhẽo), vú to (ở người bệnh 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,...).

3.1.2. Cận lâm sàng.

- Siêu âm: có thể phát hiện được các bất thường tạng như: dị dạng thận, bệnh lý tim mạch,...

- 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.

3.2. Chẩn đoán thể bệnh.

3.2.1. Các rối loạn biệt hóa do loạn sản tinh hoàn bao gồm.

Hội chứng Klinefelter (thể bệnh thường gặp có bộ nhiễm sắc thể 47,XXY): là bệnh thiếu 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 hai 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 nhô; bộ mặt có những nét đặc biệt như cằm nhọn, khớp mắt lồi, tai vênh, 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 hóa 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 có các 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 có các đột biến hay khuyết tật gen. Người bệnh có cơ quan sinh dục ngoài biệt hóa nữ nhưng các tuyến sinh dục teo, ống Muller vẫn tồn tại nhưng âm vật phì đại.

Lưỡng tính thật (khi người bệnh vừa có tinh hoàn vừa có buồng trứng ở một hay cả hai bên tuyến sinh dục, vì vậy biệt hóa 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 người bệnh có buồng trứng, nhưng cơ quan sinh dục lại biệt hóa nam tính hay không rõ ràng về giới tính). Người bệnh là nữ có đầy đủ buồng trứng và các cấu trúc Muller bình thường nhưng cơ quan sinh dục ngoài không phân định giới tính. Thai nhi nữ bị nam tính hóa do ảnh hưởng của androgen có nguồn gốc từ bản thân thai nhi hay từ mẹ.

Lưỡng tính giả nam (khi người bệnh có tinh hoàn nhưng cơ quan sinh dục ngoài và các ống sinh dục biệt hóa 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.

3.2.2. Các rối loạn biệt hóa giới tính khác:

- Hội chứng không có tinh hoàn bẩm sinh (người bệnh có bộ nhiễm sắc thể 46,XY nhưng khuyết tật ở tinh hoàn).
- Hội chứng tồn tại ống Muller (có cơ quan sinh dục ngoài nam bình thường nhưng vẫn có các ống Muller).
- 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 thiếu năng testosterone của thai nhi, thiếu men 5 α reductase, khuyết tật tại thụ thể androgen.
- Một số khuyết tật rất hiếm: không có dương vật,...

4. Phân tuyến.

4.1. Tuyến xã và tuyến huyện.

Chẩn đoán định hướng dựa trên các triệu chứng lâm sàng và tư vấn về phương hướng điều trị.

4.2. Tuyến tinh và tuyến trung ương.

Chẩn đoán xác định, chẩn đoán nguyên nhân và điều trị thực thụ

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 người bệnh 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.

Một 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 thứ yếu sinh dục 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 đến 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 để 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.

PHẦN PHỤ LỤC

BỘ Y TẾ

Số:17/2005/QĐ-BYT

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 01 tháng 7 năm 2005

QUYẾT ĐỊNH CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ
Về việc ban hành danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ V

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

- Căn cứ Luật Bảo vệ sức khỏe nhân dân ngày 11/7/1989 và Điều lệ thuốc phòng bệnh, chữa bệnh ban hành kèm theo Nghị định số 23/HĐBT, ngày 24/01/1991 của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ);
- Căn cứ Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15/05/2003 của Chính phủ qui định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
- Theo đề nghị của Ông Cục trưởng Cục Quản lý dược Việt Nam và Ông Vụ trưởng Vụ Y học cổ truyền;

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này:

1. Danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ V, bao gồm:

- Danh mục thuốc thiết yếu tân dược,
- Danh mục thuốc thiết yếu y học cổ truyền.

2. Bản hướng dẫn sử dụng Danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ V.

Điều 2.

1. Danh mục thuốc thiết yếu là cơ sở pháp lý để:

- Xây dựng thống nhất các chính sách của Nhà nước về: Đầu tư, quản lý giá, vốn, thuế liên quan đến thuốc phòng chữa bệnh cho người nhằm tạo điều kiện có đủ thuốc trong danh mục thuốc thiết yếu phục vụ công tác bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.
- Cơ quan quản lý nhà nước xây dựng chủ trương, chính sách trong việc tạo điều kiện cấp số đăng ký lưu hành thuốc, xuất nhập khẩu thuốc.
- Các đơn vị trong Ngành Y tế tập trung các hoạt động của mình trong các khâu: Xuất khẩu, nhập khẩu, sản xuất, phân phối, tồn trữ, sử dụng thuốc thiết yếu an toàn, hợp lý đạt hiệu quả cao nhằm đáp ứng nhu cầu bảo vệ chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.
- Các trường chuyên ngành y, dược tổ chức đào tạo, giảng dạy, hướng dẫn sử dụng thuốc cho các học viên, sinh viên.

2. Các cơ sở kinh doanh thuốc của Nhà nước, tư nhân phải đảm bảo Danh mục thuốc thiết yếu với giá cả thích hợp, hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, hiệu quả.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày, kể từ ngày đăng công báo và bãi bỏ Quyết định số 2285/1999/QĐ-BYT ngày 28/7/1999 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Danh mục thuốc thiết yếu Việt Nam lần thứ IV.

Điều 4. Các Ông, bà: Cục trưởng Cục Quản lý dược Việt Nam, Vụ trưởng Vụ Y học cổ truyền, Vụ trưởng Vụ Điều trị phối hợp với các đơn vị liên quan hướng dẫn, theo dõi và đánh giá việc thực hiện Quyết định này.

Điều 5. Các Ông, bà: Chánh Văn phòng, Chánh thanh tra, Cục trưởng Cục Quản lý dược Việt Nam, Vụ trưởng Vụ Y học cổ truyền, Vụ trưởng Vụ Điều trị và các Vụ, Cục có liên quan, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bộ, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng Y tế Ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận

- Như điều 5;
- Văn phòng Chính phủ (đăng công báo);
- Bộ Kế hoạch - đầu tư;
- Bộ Thương mại;
- Bộ Tài chính;
- Bộ Khoa học công nghệ;
- Bộ công an;
- Bộ Tư pháp (Cục kiểm tra văn bản);
- Vụ Pháp chế;
- Lưu QLD, YHCT, ĐTr;
- Lưu trữ.

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

(Đã ký)

Trần Thị Trung Chiến

A. DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU VIỆT NAM LẦN THỨ V

(Ban hành kèm theo Quyết định số 17/2005/QĐ-BYT ngày 1 tháng 7 năm 2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

PHẦN 1: DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU TÂN DƯỢC

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
I. THUỐC GÂY TÊ, MÊ						
1. Thuốc gây mê và oxygen						
1	Fentanyl	Tiêm; ống 0,1 mg/2 ml	+	+		
2	Halothan	Đường hô hấp; lọ 250 ml	+	+		
3	Ketamin	Tiêm; 50 mg/ml ống 10 ml	+	+		
4	Oxygen được dụng	Đường hô hấp; bình khí hoá lỏng	+	+		
5	Thiopental (muối natri)	Tiêm; lọ 500 mg, 1 g bột pha tiêm	+	+		
2. Thuốc gây tê tại chỗ						
6	Bupivacain (hydroclorid)	Tiêm; dung dịch 0,25 %, 0,50 %, ống 4 ml	+	+		
7	Ethyl clorid	Dung dịch phun tại chỗ; ống 30 ml	+	+		
8	Lidocain (hydroclorid)	Tiêm; dung dịch 1 %, 2 %, ống 1 ml, 2 ml, 5 ml, 20 ml	+	+	+	
9	Procain (hydroclorid)	Tiêm; dung dịch 1 %, 3 %, 5 %, ống 1 ml, 2 ml	+	+	+	
3. Thuốc tiền mê						
10	Atropin (sulfat)	Tiêm; ống 0,25 mg/ml	+	+	+	
		Tiêm; ống 1 mg/ml	+	+		
11	Diazepam	Tiêm; 5 mg/ml ống 2 ml	+	+		
12	Morphin (clorhydrat)	Tiêm; ống 10 mg/ml	+	+		
13	Promethazin (hydroclorid)	Tiêm; 25 mg/ml, 50 mg/ml ống 1 ml, 2 ml	+	+		
		Uống; siro 5 mg/ml	+	+		
II. THUỐC GIẢM ĐAU, HẠ SỐT, NHÓM CHỐNG VIÊM KHÔNG SƠEROID, THUỐC ĐIỀU TRỊ BỆNH GÚT VÀ CÁC BỆNH XƯƠNG KHỚP						
1. Thuốc giảm đau không có opi, hạ sốt, chống viêm không steroid						
14	Acid Acetylsalicylic	Uống; viên 100 mg, 500 mg, gói 100 mg	+	+	+	+
15	Diclofenac	Uống; viên 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg	+	+	+	+
16	Ibuprofen	Uống; viên 200 mg, 400 mg	+	+	+	
17	Meloxicam	Uống; viên 7,5 mg, 15 mg	+	+		
		Tiêm; ống 15 mg/1,5 ml	+	+		
18	Paracetamol	Uống; viên 100 mg, 500 mg	+	+	+	+
		Thuốc đặt; viên đạn 80 mg, 150 mg, 300 mg	+	+	+	+
19	Piroxicam	Tiêm; dung dịch 20 mg/ml	+	+		
		Uống; viên 10 mg, 20 mg	+	+	+	
2. Thuốc giảm đau loại opi						
20#	Morphin (clorhydrat) <i>Dùng cho cấp cứu</i>	Tiêm; ống 10 mg/ml	+	+		
		Tiêm; ống 10 mg/ml	+	+	+	+
21#	Morphin (sulfat)	Uống; viên 10 mg, 30 mg	+	+		
22	Pethidin (hydroclorid)	Tiêm; 50 mg, 100 mg, ống 2 ml	+	+		
3. Thuốc điều trị bệnh gút						
23	Allopurinol	Uống; viên 100 mg, 300 mg	+	+	+	
24	Colchicin	Uống; viên 1 mg	+	+	+	

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
III. THUỐC CHỐNG DỊ ỨNG VÀ DÙNG TRONG TRƯỜNG HỢP QUÁ MẮN						
25	Alimemazin	Uống; viên 5 mg	+	+	+	+
		Uống; siro 5 mg/ml, chai 60 ml	+	+	+	+
26	Clorpheniramin (hydrogen maleat)	Uống; viên 4 mg	+	+	+	+
27	Dexamethason	Uống; viên 0,5 mg, 1 mg	+	+		
28	Epinephrin (adrenalin)	Tiêm; ống 1 mg/ml	+	+	+	+
29	Hydrocortison	Tiêm; lọ 125 mg hỗn dịch tiêm	+	+		
30	Mazipredon	Tiêm; ống 30 mg/ml	+	+		
31	Methylprednisolon	Tiêm; lọ 40 mg	+	+		
32	Prednisolon	Uống; viên 5 mg	+	+		
33#	Promethazin (hydroclorid)	Uống; viên nén 10 mg, 50 mg	+	+	+	+
IV. THUỐC GIẢI ĐỘC						
1. Thuốc giải độc đặc hiệu						
34#	Atropin (sulfat)	Tiêm; ống 0,25 mg/ml	+	+	+	+
		Tiêm; ống 1 mg/ml	+	+		
35	Deferoxamin (mesilat)	Tiêm truyền; lọ 500 mg, 1 g	+	+		
36	Dimercaprol	Tiêm; ống 50 mg/2 ml	+	+		
37	Hydroxocobalamin	Tiêm; ống 1.000 mcg, 5.000 mcg	+	+		
38	Methionin	Uống; viên 250 mg	+	+	+	+
39	Naloxon (hydroclorid)	Tiêm; ống 0,4 mg/ml	+	+		
40	Natri calci edetat	Tiêm; 200 mg/ml ống 5 ml, 10 ml	+	+		
41	Natri thiosulfat	Tiêm; 200 mg/ml ống 10 ml	+	+		
42	Penicilamin	Uống; viên 250 mg	+	+		
		Tiêm; lọ 1 g bột tiêm	+	+		
43	Pralidoxim iod	Tiêm; 20 mg, 50 mg/ml ống 10 ml	+	+		
44	Xanh methylen	Tiêm, dung dịch 1 %, ống 1 ml	+	+		
2. Thuốc giải độc không đặc hiệu						
45	Than hoạt	Uống; bột, viên	+	+	+	+
V. THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH						
46	Acid valproic (muối natri)	Uống; viên 200 mg, 500 mg	+			
47	Carbamazepin	Uống; viên 100 mg, 200 mg	+	+		
48#	Diazepam <i>Dùng cho cấp cứu</i>	Tiêm; 5 mg/ml ống 2 ml	+	+	+	
		Tiêm; 5 mg/ml ống 2 ml	+	+	+	+
		Uống; viên 5 mg	+	+	+	
49	Magnesi sulfat	Tiêm; dung dịch 10 %, 20 %, ống 5 ml, 10 ml, 20 ml	+	+		
50	Phenobarbital (muối natri)	Tiêm; 100 mg/ml ống 2 ml	+	+		
		Uống; viên 10 mg, 100 mg	+	+	+	+
51	Phenytoin (muối natri)	Uống; viên 100 mg	+	+		
VI. THUỐC TRỊ KÝ SINH TRÙNG, CHỐNG NHIỄM KHUẨN						
1. Thuốc trị giun, sán						
a. Thuốc trị giun, sán đường ruột						
52	Albendazol	Uống; viên 200 mg, 400 mg	+	+	+	+
53	Mebendazol	Uống; viên 100 mg, 500 mg	+	+	+	+
54	Niclosamid	Uống; viên 500 mg	+	+	+	+
b. Thuốc trị giun chỉ						
55	Diethylcarbamazin (dihydrogen citrat)	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+	+		

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
c. Thuốc trị sán lá						
56	Metrifonat	Uống; viên 100 mg	+	+		
57	Praziquantel	Uống; viên 600 mg	+	+		
2. Thuốc chống nhiễm khuẩn						
a. Các thuốc nhóm beta- lactam						
58	Amoxicilin (hay amoxicilin kết hợp acid clavulanic *)	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	+
		Uống; bột pha hỗn dịch 125 mg	+	+	+	
59	Ampicilin (muối natri)	Tiêm; lọ 500 mg, 1 g bột pha tiêm	+	+		
60	Benzathin benzylpenicilin	Tiêm; lọ 600.000 IU, 1.200.000IU, 2.400.000 IU	+	+	+	
61	Benzylpenicilin	Tiêm; ống 1 triệu, 5 triệu IU	+	+	+	+
62	Cefaclor	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	
		Tiêm; lọ 150 mg bột pha tiêm	+	+		
63	Cefalexin	Uống; viên 125 mg, 250 mg, 500 mg	+	+	+	+
64	Cefazolin	Tiêm; lọ 250 mg, 500 mg, 1 g bột pha tiêm	+	+		
65	Cefixim	Uống; viên 100 mg, 200 mg	+	+		
66	Cefotaxim	Tiêm; lọ 500 mg, 1 g bột tiêm	+	+		
67	Cefradin	Tiêm; lọ 500 mg, 1 g bột pha tiêm	+	+	+	
68	Ceftriaxon (*)	Tiêm; lọ 250 mg bột pha tiêm	+	+		
69	Cefuroxim	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+		
70	Cloxacilin	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	+
		Tiêm; lọ 500 mg bột pha tiêm	+	+	+	
71	Phenoxymethylpenicilin	Uống; viên 200.000 IU, 400.000 IU, 1.000.000 IU	+	+	+	+
72	Procain benzylpenicilin	Tiêm; bột pha tiêm, lọ 400.000 IU, 1.000.000 IU	+	+	+	
b. Các thuốc kháng khuẩn khác						
<i>* Thuốc nhóm aminoglycosid</i>						
73	Amikacin (*)	Tiêm; lọ 250 mg, 500 mg bột pha tiêm hoặc dung dịch	+			
74	Gentamicin	Tiêm; ống 40 mg, 80 mg/2 ml	+	+	+	
75	Spectinomycin	Tiêm; lọ 2 g bột pha tiêm	+	+		
76	Tobramycin	Tiêm; ống 80 mg/2 ml	+	+		
<i>* Thuốc nhóm chloramphenicol</i>						
77	Cloramphenicol	Tiêm; lọ 1 g bột pha tiêm	+	+		
		Uống; viên 250 mg	+	+	+	+
<i>* Thuốc nhóm glycopeptid</i>						
78	Vancomycin (*)	Tiêm; lọ 500 mg bột tiêm	+			
<i>* Thuốc nhóm nitroimidazol</i>						
79	Metronidazol	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	+
		Tiêm; chai 500 mg/100 ml	+	+		
80	Secnidazol	Uống; viên 500 mg	+	+		
81	Tinidazol	Uống; viên 500 mg	+	+		
<i>* Thuốc nhóm lincosamid</i>						
82	Clindamycin	Tiêm; 150 mg/ml ống 2 ml hay 4 ml	+	+		
		Uống; viên 150 mg, 300 mg	+	+	+	
<i>* Thuốc nhóm macrolid</i>						
83	Azithromycin (*)	Uống; viên 500 mg	+	+		
84	Clarithromycin	Uống ; viên 250 mg, 500 mg	+	+		
85	Erythromycin	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	+
		Uống; bột pha hỗn dịch 125 mg/5 ml	+	+	+	+

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
86	Roxithromycin	Uống; viên 50 mg, 150 mg	+	+	+	
* Thuốc nhóm quinolon						
87	Acid nalidixic	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	
88	Ciprofloxacin	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	
		Tiêm, 2 mg/ml chai 50 ml, 100 ml	+	+		
89	Norfloxacin	Uống; viên 200 mg, 400 mg	+	+		
90	Ofloxacin	Tiêm; ống 400 mg	+	+		
		Uống; viên 200 mg	+	+		
* Thuốc nhóm sulfamid						
91	Sulfamididin (muối natri)	Uống; viên 500 mg	+	+	+	+
92	Sulfamethoxazol và trimethoprim	Uống; viên 400 mg và 80 mg	+	+	+	+
* Thuốc nhóm tetracyclin						
93	Doxycyclin	Uống; viên 100 mg	+	+	+	+
c. Thuốc chữa bệnh phong						
94	Clofazimin	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+	+		
95	Dapson	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+	+		
96	Rifampicin	Uống; viên 150 mg, 300 mg	+	+		
d. Thuốc chữa bệnh lao						
97	Ethambutol (hydroclorid)	Uống; viên 100 mg, 400 mg	+	+	+	+
98	Isoniazid	Uống; viên 50 mg, 100 mg, 150 mg, 300 mg	+	+	+	+
99	Pyrazinamid	Uống; viên 400 mg	+	+	+	+
100#	Rifampicin và isoniazid	Uống; viên 150 mg và 100 mg	+	+	+	+
101#	Rifampicin	Uống; viên 150 mg, 300 mg	+	+	+	+
102	Streptomycin	Tiêm; lọ 1 g bột pha tiêm	+	+	+	+
3. Thuốc chống nấm						
103	Amphotericin B	Tiêm; lọ 50 mg bột pha tiêm	+			
104	Clotrimazol	Thuốc đặt; viên 50 mg, 100 mg	+	+	+	+
105	Fluconazol	Uống; viên 50 mg, 150 mg	+	+		
106	Griseofulvin	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	
107	Ketoconazol	Uống; viên 200 mg	+	+	+	
108	Nystatin	Thuốc đặt; viên 100.000 IU	+	+	+	+
		Uống; viên 250.000IU, 500.000 IU	+	+	+	+
4. Thuốc điều trị bệnh do động vật nguyên sinh						
a. Thuốc điều trị bệnh do amip						
109	Diloxanid (furoat)	Uống; viên 500 mg	+	+	+	
110#	Metronidazol	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	+
		Tiêm; 5 mg/ml chai 100 ml	+	+		
b. Thuốc điều trị bệnh sốt rét						
* Thuốc phòng bệnh						
111	Cloroquin	Uống; viên 100 mg, 250 mg	+	+	+	+
112	Mefloquin	Uống; viên 250 mg	+	+		
* Thuốc chữa bệnh						
113	Artemisinin	Uống; viên 250 mg	+	+	+	+
114	Artesunat	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+	+	+	+
		Tiêm; Lọ 60 mg bột + 0,6ml dd natri carbonate 5 %	+	+		
115#	Cloroquin	Uống; viên 100 mg, 250 mg	+	+	+	+
116	Primaquin	Uống; viên 7,5 mg, 15 mg	+	+	+	+
117	Quinin dihydroclorid	Tiêm; 150 mg/ml ống 2 ml	+	+	+	+

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
118	Quinin sulfat	Uống; viên 300 mg	+	+	+	+
119	Sulfadoxin + pyrimethamin	Uống; viên 500 mg + 25 mg	+	+		
5. Thuốc chống virus						
a. Thuốc chống virus herpes						
120	Aciclovir	Uống; viên 200 mg, 800 mg	+	+		
		Dùng ngoài; kem 5 %; tuýp 2 g, 5 g, 15 g	+	+		
121	Ribavirin	Uống; viên 500 mg	+			
b. Thuốc chống virus (**)						
122	Efavirenz (EFV hoặc EFZ)	Uống; viên 50 mg, 100 mg, 200 mg	+			
		Uống; dung dịch 150 mg/ 5 ml	+			
123	Indinavir	Uống; viên 200 mg, 400 mg	+	+		
124	Lamivudin	Uống; viên 150 mg	+	+		
		Uống; dung dịch 50 mg/5 ml	+	+		
125	Nelfinavir (NFV)	Uống; viên 250 mg	+			
		Uống; gói bột 50 mg	+			
126	Nevirapin	Uống; viên 200 mg	+	+		
127	Zidovudin	Uống; viên 300 mg	+	+		
		Uống; dung dịch 50 mg/5 ml	+	+		
VII. THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐAU NỬA ĐẦU						
1. Thuốc điều trị cơn đau cấp						
128	Ergotamin (tartrat)	Uống; viên 1 mg	+	+	+	
		Tiêm; ống 0,5 mg/ml	+	+	+	
2. Thuốc phòng bệnh						
129	Propranolol (hydroclorid)	Uống; viên 20 mg, 40 mg	+	+		
VIII. THUỐC CHỐNG UNG THƯ VÀ TÁC ĐỘNG VÀO HỆ THỐNG MIỄN DỊCH						
1. Thuốc ức chế miễn dịch						
130	Azathioprin	Uống; viên 50 mg	+			
131	Ciclosporin	Uống; viên 25 mg, 50 mg, 100 mg	+			
2. Thuốc chống ung thư						
132	L - asparaginase	Tiêm ; lọ 10.000.000 IU	+			
133	Bleomycin	Tiêm; lọ 15 mg bột pha tiêm	+			
134	Carboplatin	Tiêm; ống 50 mg, 150 mg, 450 mg	+			
135	Cisplatin	Tiêm; ống 10 mg, 50 mg	+			
136	Cyclophosphamid	Uống; viên 25 mg	+			
		Tiêm; lọ 100 mg, 200 mg, 500 mg bột pha tiêm	+			
137	Cytarabin	Tiêm; lọ 100 mg, 500 mg bột đông khô	+			
138	Dactinomycin	Tiêm; lọ 0,5 mg bột pha tiêm	+			
139	Doxorubicin (hydroclorid)	Tiêm; lọ 10 mg, 50 mg bột pha tiêm	+			
140	Etoposid	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+			
		Tiêm; lọ 50 mg, 100 mg bột pha tiêm	+			
141	Fluorouracil	Tiêm; 50 mg/ml ống 5 ml	+			
142	Hydroxycarbamid	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+			
143	Ifosfamid	Tiêm; lọ 1 g bột pha tiêm	+			
144	Mercaptopurin	Uống; viên 50 mg	+			
145	Methotrexat	Uống; viên 2,5 mg	+			
		Tiêm; lọ 10 mg, 50 mg bột pha tiêm	+			
146	Mitomycin	Tiêm; lọ 2 mg, 10 mg bột pha tiêm	+			
147	Procarbazin	Uống; viên 50 mg	+			

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
148	Tamoxifen	Uống; viên 10 mg, 20 mg	+			
149	Vinblastin (sulfat)	Tiêm; 10 mg/ml ống 10 ml	+			
150	Vincristin (sulfat)	Tiêm; ống 1 mg/ml, 2 mg/2 ml, lọ 5 mg	+			
3. Thuốc hỗ trợ trong điều trị ung thư						
151	Calci folinat	Tiêm; ống 50 mg, 100 mg	+			
152	Filgrastim	Tiêm; ống 30IU/ml	+			
153	Molgramostim	Tiêm; lọ 3 mg bột đông khô	+			
154	Ondansetron	Tiêm; 2 mg/ml ống 4 ml	+			
IX. THUỐC CHỐNG PARKINSON						
155	Biperiden	Uống; viên 2 mg, 4 mg	+	+	+	
156	Levodopa và carbidopa	Uống; viên 25 mg và 250 mg	+	+	+	
X. THUỐC TÁC DỤNG ĐỐI VỚI MÁU						
1. Thuốc chống thiếu máu						
157	Acid folic	Uống; viên 1 mg, 5 mg	+	+	+	
158	Cyanocobalamin	Tiêm; ống 500 mcg, 1000 mcg	+	+	+	
159	Sắt sulfat (hay oxalat)	Uống; viên 60 mg sắt	+	+	+	+
160	Sắt sulfat và acid folic	Uống; viên 60 mg sắt và 0,25 mg folic acid	+	+	+	+
2. Thuốc tác dụng lên quá trình đông máu						
161	Acenocoumarol	Uống; viên 2 mg, 4 mg	+	+		
162	Acid aminocaproic	Tiêm; dung dịch 200 mg/ml, ống 10 ml	+	+		
163	Acid tranexamic	Uống; viên 250 mg, 500 mg	+	+	+	
		Tiêm; dung dịch 10 %, ống 5 ml, 10 ml	+	+		
164	Carbazocrom	Uống; viên 10 mg	+	+		
		Tiêm; ống 15 mg	+			
165	Heparin (muối natri)	Tiêm; ống 1 nghìn, 5 nghìn, 20 nghìn, 25 nghìn IU/ml	+			
166	Phytomenadion (vitamin K1)	Uống; viên 2 mg, 5 mg, 10 mg	+	+	+	+
		Tiêm; 5 mg/ml ống 5 ml	+	+	+	+
167	Protamin sulfat	Tiêm; 10 mg/ml ống 5 ml	+	+		
168	Warfarin (muối natri)	Uống; viên 1 mg, 2 mg, 5 mg	+			
3. Loại khác						
169	Erythropoietin (*)	Tiêm; ống 1.000IU, 2.000IU, 4.000 IU	+	+		
XI. CHẾ PHẨM MÁU - DUNG DỊCH CAO PHÂN						
1. Dung dịch cao phân tử						
170	Dextran 40	Truyền; dung dịch 10 %, chai 250 ml, 500 ml	+	+		
171	Dextran 70	Truyền; dung dịch 6 %, chai 250 ml, 500 ml	+	+		
172	Gelatin	Truyền; dung dịch 5 %, 6 %, lọ 500 ml	+	+		
2. Chế phẩm máu						
173	Albumin	Tiêm; dung dịch 5 %, 25 %, chai 50 ml, 100 ml	+			
174	Huyết tương đông lạnh	Tiêm; túi 250 ml	+			
XII. THUỐC TIM MẠCH						
1. Thuốc chống đau thắt ngực						
175	Atenolol	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+	+	+	
176	Diltiazem	Uống; viên 30 mg, 60 mg	+	+		
177	Glyceryl trinitrat	Uống; viên 2 mg, 2,5 mg, 3 mg, 5 mg	+	+	+	
		Ngậm dưới lưỡi; viên 0,5 mg	+	+	+	
		Tiêm; ống 3 mg, 15 mg	+	+		
178	Isosorbid (dinitrat hoặc mononitrat)	Uống; viên 5 mg, 30 mg, 60 mg	+	+		

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
2. Thuốc chống loạn nhịp						
179	Amiodaron (hydroclorid)	Uống; viên 200 mg	+	+	+	
		Tiêm; ống 150 mg/3 ml	+			
180#	Atenolol	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+	+	+	
181#	Lidocain (hydroclorid)	Tiêm; dung dịch 1 %, 2 %, ống 2 ml, 5 ml	+	+		
182#	Propranolol (hydroclorid)	Uống; viên 40 mg	+	+	+	
		Tiêm, ống 1 mg/2 ml, 2 mg/2 ml	+			
183	Verapamil (hydroclorid)	Uống; viên 40 mg, 80 mg	+	+	+	
3. Thuốc điều trị tăng huyết áp						
184	Amlodipin	Uống; viên 2,5 mg, 5 mg	+	+		
185	Captopril	Uống; viên 25 mg, 50 mg	+	+	+	
186	Enalapril	Uống; viên 5 mg, 20 mg	+	+	+	
187	Hydroclorothiazid	Uống; viên 25 mg, 50 mg	+	+	+	+
188	Methyldopa	Uống; viên 250 mg	+	+	+	+
189	Nifedipin	Uống; viên 5 mg, 10 mg	+	+	+	
		Uống, viên tác dụng chậm 20 mg	+	+	+	
190	Propranolol (hydroclorid)	Uống; viên 40 mg	+	+	+	+
4. Thuốc điều trị hạ huyết áp						
191	Heptaminol (hydroclorid)	Uống; viên 150 mg	+	+	+	
		Tiêm; 62,5 mg/ml ống 2 ml	+	+		
5. Thuốc điều trị suy tim						
192	Digoxin	Uống; viên 0,25 mg	+	+		
		Tiêm; dung dịch 0,1 mg, 0,5 mg, ống 2 ml	+	+		
		<i>Dùng cho cấp cứu</i> Tiêm; dung dịch 0,1 mg, 0,5 mg, ống 2 ml	+	+	+	+
193	Dobutamin	Tiêm; ống bột đông khô 250 mg	+	+		
194	Dopamin (hydroclorid)	Tiêm; 40 mg/ml ống 5 ml	+			
195	Epinephrin (adrenalin)	Tiêm; ống 1 mg/ml	+	+		
6. Thuốc chống huyết khối						
196	Acid acetylsalicylic	Uống; viên 100 mg, gói 100 mg	+	+	+	
197	Streptokinase (*)	Tiêm truyền; 1,5 triệu IU/lọ	+	+		
7. Thuốc hạ lipid máu						
198	Atorvastatin	Uống; viên 10 mg, 20 mg	+	+	+	
199	Fenofibrat	Uống viên 100 mg, 300 mg	+	+	+	
200	Simvastatin	Uống, viên 5 mg, 10 mg, 20 mg	+			
XIII. THUỐC NGOÀI DA						
1. Thuốc chống nấm						
201	Acid benzoic và acid salicylic	Dùng ngoài; kem, mỡ 6% và 3 %, tuýp 5 g, 15 g	+	+	+	+
202	Cồn A.S.A	Dùng ngoài; lọ 15 ml	+	+	+	+
203	Cồn BSI	Dùng ngoài; lọ 15 ml	+	+	+	+
204#	Clotrimazol	Dùng ngoài; kem 1 %, tuýp 10 g, 20 g	+	+	+	+
205#	Ketoconazol	Dùng ngoài; kem 2 %, tuýp 15 g	+	+	+	+
206	Miconazol	Dùng ngoài; kem 2 %, tuýp 10 g	+	+	+	+
2. Thuốc chống nhiễm khuẩn						
207	Neomycin và bacitracin	Dùng ngoài; kem 5 mg neomycin và 500 IU bacitracin	+	+	+	+
208	Povidon iod	Dùng ngoài; dung dịch 10 %, lọ 15 ml, 30 ml, 60 ml	+	+	+	+

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
3. Thuốc chống viêm ngứa						
209	Betamethason (valerat)	Dùng ngoài; mỡ 0,1 %	+	+		
210	Fluocinolon acetonid	Dùng ngoài; mỡ 0,025 %	+	+	+	+
211	Hydrocortison (acetat)	Dùng ngoài; mỡ 1 %	+	+	+	+
4. Thuốc có tác dụng làm tiêu sừng						
212	Acid salicylic	Dùng ngoài; mỡ 3 %, 5 %, tuýp 15 g	+	+	+	+
5. Thuốc trị ghê						
213	Benzyl benzoat	Dùng ngoài; dung dịch	+	+	+	+
214	Diethylphtalat	Dùng ngoài; dung dịch 10 %	+	+	+	+
		Dùng ngoài; mỡ, tuýp 5 g, 15 g	+	+	+	+
6. Thuốc có tác dụng ngăn tia tử ngoại						
215	Kẽm oxyd	Dùng ngoài; mỡ, tuýp 15 g	+	+		
XIV. THUỐC DÙNG CHẨN ĐOÁN						
1. Thuốc dùng cho mắt						
216	Fluorescein (muối natri)	Nhỏ mắt; dung dịch 2 %, lọ 5 ml, 10 ml	+			
		Tiêm; ống 5 ml dung dịch 100 mg/ml	+			
217	Pilocarpin	Nhỏ mắt; dung dịch 1 mg, 5 mg/ml, lọ 5 ml, 10 ml	+			
2. Thuốc cản quang						
218	Amidotrizoat	Tiêm; ống 2,8g, 16,8g Iod/20 ml	+	+		
219	Bari sulfat	Uống; bột hỗn dịch hoặc hỗn dịch	+	+		
220	Iohexol	Tiêm; ống 5,82 g, 7,77g/15 ml, 6,47g/10 ml	+			
221	Iopromid	Tiêm; ống 300 mg iod/ml	+			
XV. THUỐC KHỬ TRÙNG VÀ TẮY TRÙNG						
222	Clorhexidin (digluconat)	Dùng ngoài; dung dịch 5 %	+	+		
223	Cồn 70 ⁰	Dùng ngoài, lọ 60 ml	+	+	+	+
224	Cồn iod	Dùng ngoài; dung dịch 2,5 %, lọ 15 ml	+	+	+	+
225	Nước oxy già	Dùng ngoài; dung dịch 3 %, lọ 15 ml, 60 ml	+	+	+	+
226#	Povidon iod	Dùng ngoài; dung dịch 10 %, lọ 15 ml, 30 ml, 60 ml	+	+	+	+
XVI. THUỐC LỢI TIÊU						
227	Furosemid <i>Dùng cho cấp cứu</i>	Uống; viên 20 mg, 40 mg	+	+	+	
		Tiêm; ống 20 mg/2 ml	+	+		
		Tiêm; ống 20 mg/2 ml	+	+	+	
228#	Hydroclorothiazid	Uống; viên 6,25 mg, 25 mg, 50 mg	+	+	+	+
229	Manitol	Tiêm truyền; dung dịch 10 %, 20 %	+	+		
230	Spironolacton	Uống; viên 25 mg, 50 mg, 75 mg	+	+		
XVII. THUỐC ĐƯỜNG TIÊU HÓA						
1. Thuốc chống loét dạ dày, tá tràng						
231	Cimetidin	Uống; viên 200 mg, 400 mg	+	+	+	
		Tiêm; ống 100 mg/ml	+	+		
232	Bismuth (carbonat, trikalium dicitrato ...)	Uống; viên 120 mg	+	+	+	
233	Famotidin	Tiêm; lọ 20 mg/5 ml	+	+		
		Uống; viên 20 mg, 40 mg	+	+		
234	Magnesi hydroxyd và nhôm hydroxyd	Uống; hỗn dịch chứa 550 mg magne oxide/10 ml và 320 mg nhôm oxide/5 ml	+	+	+	+
235	Omeprazol	Uống; viên 20 mg	+	+	+	
236	Pantoprazol	Tiêm; bột pha tiêm, lọ 40 mg	+			
		Uống; viên 40 mg	+			

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
237	Ranitidin	Uống; viên 150 mg, 300 mg	+	+		
2. Thuốc chống nôn						
238	Metoclopramid	Uống; viên 10 mg	+	+		
		Tiêm; 5 mg/ml, ống 2 ml	+	+		
239#	Promethazin (hydroclorid)	Uống; viên bọc đường 10 mg, 50 mg	+	+		
3. Thuốc chống co thắt						
240	Alverin (citrat)	Tiêm; 15 mg/ml, ống 2 ml	+	+		
		Uống; viên 40 mg, 60 mg	+	+	+	+
241#	Atropin (sulfat)	Uống; viên 0,25 mg	+	+	+	+
		Tiêm; ống 0,25 mg/ml	+	+	+	+
242	Hyoscin butylbromid	Uống; viên 10 mg	+	+		
		Tiêm; ống 20 mg	+	+		
243	Papaverin	Tiêm; ống 40 mg/ml	+	+		
		Uống; viên 40 mg	+	+	+	+
4. Thuốc tẩy, nhuận tràng						
244	Bisacodyl	Uống; viên 5 mg, 10 mg	+	+	+	+
245#	Magnesi sulfat	Uống; gói bột 5 g	+	+	+	+
5. Thuốc tiêu chảy						
a. Chống mất nước						
246	Oresol	Uống; gói bột 27,9g	+	+	+	+
b. Chống tiêu chảy						
247	Atapulgit	Gói bột; 3 g	+	+	+	
248	Berberin (hydroclorid)	Uống; viên 10 mg	+	+	+	+
259	Loperamid	Uống; viên 2 mg	+	+	+	+
6. Thuốc điều trị bệnh trĩ						
250	Diosmin	Uống; viên 150 mg, 300 mg	+	+	+	
XVIII. HORMON, NỘI TIẾT TỐ, THUỐC TRÁNH THỤ THAI						
1. Hormon thượng thận và những chất tổng hợp thay thế						
251#	Dexamethason (natri phosphat)	Uống; viên 0,5 mg, 1 mg	+	+	+	
		Tiêm; ống 4 mg/ml	+	+		
252#	Hydrocortison	Tiêm; ống 125 mg hỗn dịch tiêm	+	+		
253#	Prednisolon	Uống; viên 1 mg, 5 mg	+	+	+	
2. Các chất Androgen						
254	Methyltestosteron	Viên ngâm dưới lưỡi; viên 5 mg, 10 mg	+	+		
		Uống; viên 0,025 mg, 0,1 mg	+	+		
255	Testosteron (acetat, propionat..)	Tiêm; ống 25 mg, 50 mg/ml	+	+		
		Uống; viên 40 mg	+	+		
3. Thuốc tránh thai						
256	Ethinylestradiol và levonorgestrel	Uống; viên 0,03 mg và 0,15 mg	+	+	+	+
257	Ethinylestradiol và norethisteron	Uống; viên 0,05 mg và 0,1 mg	+	+	+	+
258	Levonorgestrel	Uống; viên 0,03 mg	+	+	+	+
259	Norethisteron enantat	Tiêm; ống 200 mg/ml	+			
4. Chất estrogen						
260	Ethinyl estradiol	Uống; viên 0,05 mg	+	+		
5. Insulin và thuốc hạ đường huyết						
261	Acarbose	Uống; viên 50 mg, 100 mg	+			
262	Glibenclamid	Uống; viên 2,5 mg, 5 mg	+	+	+	

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
263	Gliclazid	Uống; viên 30 mg, 80 mg	+	+	+	
264	Insulin	Tiêm; 40 IU/ml ống 10 ml	+	+		
265#	Insulin (tác dụng nhanh)	Tiêm; 40 IU/ml ống 10 ml	+	+		
266	Metformin	Uống; viên 500 mg, 850 mg	+	+	+	
267	Rosiglitazon maleat	Uống; viên 4 mg, 8mg	+			
6. Thuốc có tác dụng thúc đẩy quá trình rụng trứng						
268	Clomifen (citrát)	Uống; viên 50 mg	+			
269	Gonadotropin (human, chorionic, rau thai) (*)	Uống; bột đông khô 500IU, 1.500 IU	+			
7. Những chất Progesteron						
270	Norethisteron	Uống; viên 5 mg	+			
271	Progesteron	Tiêm; ống 10 mg, 25 mg/ml	+	+		
8. Giáp trạng và kháng giáp trạng						
272	Carbimazol	Uống; viên 5 mg	+	+		
273	Levothyroxin (muối natri)	Uống; viên 0,05 mg, 0,1 mg	+	+		
274	Methylthiouracil	Uống; viên 50 mg	+	+		
275	Propylthiouracil	Uống; viên 50 mg	+	+		
9. Thuốc điều trị đái tháo nhạt						
276	Pituitrin	Tiêm; ống 5 IU, 10 IU/ml	+	+		
XIX. SINH PHẨM MIỄN DỊCH						
1. Huyết thanh và Globulin miễn dịch						
277	Gamma globulin	Tiêm; 0,25 mg/liều	+	+		
278	Huyết thanh kháng dại	Tiêm; ống 1.000IU, 2.000 IU/ml	+	+	+	+
279	Huyết thanh kháng uốn ván	Tiêm; ống 1.500IU, 10.000 IU/ml	+	+	+	+
2. Vaccin						
a. Tiêm chủng mở rộng triển khai phạm vi cả nước						
280	B.C.G (đông khô)	Tiêm; ống	+	+	+	+
281	Vaccin bạch hầu - uốn ván - ho gà (DPT)	Tiêm; ống	+	+	+	+
282	Vaccin sởi	Tiêm; ống	+	+	+	+
283	Vaccin bại liệt (OPV)	Dung dịch uống	+	+	+	+
b. Tiêm chủng mở rộng triển khai vùng trọng điểm						
284	Vaccin phòng viêm gan B	Tiêm; ống	+	+	+	+
285	Vaccin phòng viêm não Nhật Bản	Tiêm; ống	+	+	+	+
286	Vaccin phòng thương hàn	Tiêm; ống	+	+	+	+
287	Vaccin tả	Dung dịch uống	+	+	+	+
c. Vaccin khác						
288	Vaccin bạch hầu-uốn ván	Tiêm; ống	+	+	+	+
289	Vaccin phòng dại	Tiêm; ống	+	+	+	+
290	Vaccin uốn ván	Tiêm; ống	+	+	+	+
XX. THUỐC GIẢN CƠ VÀ TĂNG TRƯỞNG LỰC CƠ						
291	Neostigmin bromid	Uống; viên 15 mg	+	+		
		Tiêm; ống 0,5 mg	+	+		
292	Pancuronium bromid	Tiêm; ống 4 mg/2 ml	+	+		
293	Suxamethonium clorid	Tiêm; ống 100 mg/2 ml	+	+		

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
XXI. THUỐC DÙNG CHO MẮT, TAI MŨI HỌNG						
1. Thuốc chống nhiễm khuẩn, kháng virus						
294	Aciclovir	Tra mắt; mỡ 3 %, tuýp 2 g, 5 g	+	+	+	+
295	Argyrol	Nhỏ mắt; dung dịch 3 %	+	+	+	
296#	Cloramphenicol	Nhỏ mắt; dung dịch 0,4 %, lọ 10 ml	+	+	+	+
297#	Gentamicin	Nhỏ mắt; dung dịch 0,3 %, lọ 5 ml	+	+	+	+
298	Neomycin (sulfat)	Nhỏ mắt; dung dịch 0,5 %, lọ 5 ml	+	+	+	+
299#	Ofloxacin	Nhỏ mắt; tai; dung dịch 0,3 %, lọ 5 ml	+	+		
300	Sulfacetamid natri	Nhỏ mắt; dung dịch 10 %, lọ 5 ml	+	+	+	+
301	Tetracyclin (hydroclorid)	Tra mắt; mỡ 1 %, tuýp 5 g, 10 g	+	+	+	+
2. Thuốc chống viêm						
302#	Hydrocortison	Tra mắt; mỡ 1 %, tuýp 2,5 g, 5 g	+	+		
3. Thuốc gây tê tại chỗ						
303	Tetracain (hydroclorid)	Nhỏ mắt; dung dịch 0,5 %	+			
4. Thuốc làm co đồng tử và giảm nhãn áp						
304	Acetazolamid	Uống; viên 250 mg	+	+		
305#	Pilocarpin	Nhỏ mắt; dung dịch 1 mg/ml, 5 mg/ml, lọ 5 ml, 10 ml	+	+		
306	Timolol	Nhỏ mắt; dung dịch 0,25 %, 0,5 %	+			
5. Thuốc làm giãn đồng tử						
307#	Atropin (sulfat)	Nhỏ mắt; dung dịch 0,1 %, 0,5 %, 1,0 %, lọ 5 ml	+	+		
6. Thuốc tai, mũi, họng						
308#	Nước oxy già	Dùng ngoài; dung dịch 3 %, lọ 15 ml, 60 ml	+	+	+	+
309	Naphazolin	Nhỏ mũi; dung dịch 0,05 %, lọ 10 ml	+	+	+	+
310	Neomycin (sulfat)	Dùng ngoài; dung dịch 0,5 %	+	+	+	+
311	Sulfarin	Nhỏ mũi; dung dịch	+	+	+	+
312	Xylometazolin	Nhỏ mũi; dung dịch 0,05 %, 0,1 %, lọ 5 ml	+	+		
XXII. THUỐC CÓ TÁC DỤNG THỨC ĐỀ, CẦM MÁU SAU ĐẼ VÀ CHỐNG ĐẼ NON						
1. Thuốc thức đề, cầm máu sau đẻ						
a. Thuốc thức đề						
313	Oxytocin	Tiêm; ống 5IU, 10IU/ml	+	+		
b. Thuốc cầm máu sau đẻ						
314	Ergometrin (hydrogen maleat)	Tiêm; ống 0,2 mg/ml	+	+	+	
315#	Oxytocin	Tiêm; ống 5IU, 10 IU/ml	+	+	+	+
2. Thuốc chống đẻ non						
316#	Papaverin	Uống; viên 40 mg	+	+	+	+
317	Salbutamol	Uống; viên 2 mg, 4 mg	+	+		
		Tiêm; ống 0,5 mg/ml, 5 mg/5 ml	+	+		
XXIII. DUNG DỊCH THÂM PHÂN MÀNG BỤNG						
318	Dung dịch thẩm phân màng bụng	Túi 3lít, 5 lít	+	+		
319	Dung dịch lọc thận acetat	Túi 3lít, 5 lít	+	+		
XXIV. THUỐC CHỐNG RỐI LOẠN TÂM THẦN						
1. Thuốc chống loạn thần						
320	Clopromazin (hydroclorid)	Uống; siro 5 mg/ml lọ 5 ml	+	+		
		Tiêm; 12,5 mg/ml ống 2 ml	+	+		
		Uống; viên 25 mg, 100 mg	+	+		
321#	Diazepam	Uống; viên 2 mg, 5 mg	+	+		
		Tiêm; 5 mg/ml ống 2 ml	+	+		

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
322	Haloperidol	Uống; viên 1 mg, 5 mg	+	+	+	
		Tiêm; ống 5 mg/ml	+	+		
323	Levomepromazin	Uống; viên 25 mg	+	+		
		Tiêm; ống 25 mg/ml	+			
324	Risperidon	Uống; viên 1 mg, 2 mg	+			
325	Sulpirid	Uống; viên 50 mg				
		Tiêm; ống 50 mg/ml ống 2 ml	+	+		
2. Thuốc chống trầm cảm						
326	Amitriptylin (hydroclorid)	Uống; viên 25 mg	+	+		
3. Thuốc điều chỉnh và dự phòng rối loạn cảm xúc						
327#	Acid valproic	Uống; viên 200 mg, 500 mg	+	+		
328#	Carbamazepin	Uống; viên 100 mg, 200 mg	+	+		
4. Thuốc điều trị ám ảnh và hoang loạn thần kinh						
329	Clomipramin	Uống; viên 10 mg, 25 mg	+			
XXV. THUỐC TÁC DỤNG TRÊN ĐƯỜNG HÔ HẤP						
1. Thuốc chữa hen						
330	Aminophylin	Tiêm; 25 mg/ml ống 10 ml	+	+		
331	Beclometason (dipropionat)	Đờng hô hấp; hộp 0,05 mg/liều	+			
332#	Salbutamol (sulfat)	Uống; viên 2 mg, 4 mg	+	+	+	
		Đờng hô hấp; hộp 0,1 mg/liều	+	+	+	
333	Terbutalin	Tiêm; ống 0,5 mg/ml	+	+		
2. Thuốc chữa ho						
334	Acetylcystein	Uống; viên 100 mg, 200 mg	+	+	+	+
		Uống; gói 200 mg bột pha hỗn dịch	+	+	+	+
335	Alimemazin	Uống; siro 2,5 mg/5 ml	+	+	+	+
336	Bromhexin (hydroclorid)	Uống; viên 4 mg, 8mg	+	+		
337	Dextromethorphan	Uống; viên 15 mg	+	+	+	+
XXVI. DUNG DỊCH ĐIỀU CHỈNH NƯỚC ĐIỆN GIẢI VÀ CÂN BẰNG ACID-BASE 1. Thuốc uống						
338#	Oresol	Uống; gói bột 27,9 g/l	+	+	+	+
339	Kali clorid	Uống; viên 600 mg	+	+	+	+
2. Thuốc tiêm truyền						
340	Dung dịch acid amin	Tiêm truyền; dung dịch 5 %, 10 %, chai 250 ml, 500 ml	+	+		
341	Dung dịch glucose	Tiêm; ống 20 ml, dung dịch 5 % và 30 %	+	+	+	
		Tiêm truyền; Chai 250 ml, 500 ml, dung dịch 5 % và 30 %	+	+	+	
342	Dung dịch ringer lactat	Tiêm truyền; chai 250 ml, 500 ml	+	+	+	
343	Dung dịch calci clorid	Tiêm tĩnh mạch; dung dịch 10 %, ống 5 ml, 10 ml	+	+		
344#	Kali clorid	Tiêm truyền; dung dịch 11,2 %, ống 5 ml	+			
345	Natri clorid	Tiêm truyền; chai 500 ml dung dịch 0,9%	+	+	+	
		Tiêm truyền; ống 10 ml dung dịch 10 %	+	+		
346	Natri hydrocarbonat	Tiêm truyền; chai dung dịch 1,4 %, 8,4 %	+			
3. Thuốc khác						
347	Nước cất pha tiêm	Tiêm; ống 2 ml, 5 ml, 10 ml	+	+	+	+
XXVII. VITAMIN VÀ CÁC CHẤT VÔ CƠ						
348	Calci gluconat	Uống; ống 10 ml dung dịch 10 %	+	+	+	+
349	Vitamin A	Uống; viên bọc đường 5.000 IU	+	+	+	+
350	Vitamin A và D	Uống; viên 5.000 IU vitaminA và 500 IU vitaminD	+	+	+	+

STT	TÊN THUỐC	ĐƯỜNG DÙNG, HÀM LƯỢNG, DẠNG BẢO CHẾ	Tuyển sử dụng			
			A	B	C	D
351	Vitamin B1	Uống; viên 10 mg, 50 mg, 100 mg	+	+	+	+
		Tiêm, ống 25 mg, 100 mg	+	+	+	
352	Vitamin B2	Uống; viên 5 mg	+	+	+	+
353	Vitamin B6	Uống; viên 25 mg, 100 mg	+	+	+	+
354	Vitamin C	Uống; viên 50 mg, 100 mg, 500 mg	+	+	+	+
		Tiêm, ống 500 mg	+	+		
355	Vitamin PP	Uống; viên 50 mg	+	+	+	+

Tổng cộng: 355 tên thuốc của 314 hoạt chất

Ghi chú:

- * Các thuốc có hoạt chất trùng, từ lần thứ hai trở đi được đánh số thứ tự kèm ký hiệu #
- * Có thể sử dụng các biệt dược có cùng hoạt chất để thay thế
- * Tuyển sử dụng:

Tuyển A: bệnh viện hạng 1, 2

Tuyển B: bệnh viện hạng 3 và không hạng

Tuyển C: cơ sở y tế có bác sĩ (phòng khám, y tế cơ quan, trường học, trạm y tế xã)

Tuyển D: cơ sở y tế không có bác sĩ (phòng khám, y tế cơ quan, trường học, trạm y tế xã)

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

(đã ký)

Trần Thị Trung Chiến

B. BẢN HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU VIỆT NAM LẦN THỨ 5
(Ban hành kèm theo Quyết định số: 17/2005/QĐ-BYT ngày 01 tháng 7 năm 2005
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Quan niệm về thuốc thiết yếu:

Thuốc thiết yếu là:

- Những thuốc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe 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 khỏe 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.

II. Nguyên tắc lựa chọn thuốc thiết yếu:

1. Thuốc thiết yếu được lựa chọn trên các nguyên tắc:

- Đảm bảo có hiệu quả, hợp lý, an toàn,
- Phải sẵn có với số lượng đầy đủ, có dạng bào chế phù hợp với điều kiện bảo quản, cung ứng, sử dụng,
- Phù hợp với mô hình bệnh tật, phương tiện kỹ thuật, trình độ cán bộ chuyên môn của tuyến sử dụng,
- Đa số là đơn chất, nếu là đa chất phải chứng minh được sự kết hợp đó có hiệu quả hơn khi dùng từng thành phần riêng rẽ về tác dụng cũng như độ an toàn. Nếu 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, khả năng cung ứng.
- Giá cả hợp lý.

2. Ngoài ra, thuốc thiết yếu y học cổ truyền (YHCT) còn được lựa chọn trên những nguyên tắc sau:

- Những thuốc được đưa vào phần Danh mục thuốc chế phẩm phải là những thuốc được cấp số đăng ký, sản xuất, lưu hành tại Việt Nam và hiện tại còn hiệu lực của số đăng ký.
- Danh mục thuốc chế phẩm tập trung vào những chế phẩm cổ phương, những chế phẩm có uy tín trên thị trường và những chế phẩm có công thức trong Dược điển Việt Nam.
- Thuốc phải giữ được phương pháp bào chế truyền thống của thuốc cổ truyền, đồng thời phải có dạng bào chế thuận tiện cho sử dụng, bảo quản và lưu thông phân phối, nhằm thực hiện tốt công tác kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại.

III. Qui định sử dụng thuốc thiết yếu:

Danh mục thuốc thiết yếu là cơ sở để xây dựng Danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Danh mục thuốc thiết yếu tân dược.

- Các thuốc điều trị đặc hiệu bệnh phong, tâm thần, động kinh, vô sinh, lao và vắc xin tiêm chủng sử dụng thuốc theo qui định hiện hành của Bộ Y tế về thuốc của các chương trình.
- Các thuốc hạn chế sử dụng, là các thuốc được chỉ dẫn bởi *ký hiệu*(*). Đây là các thuốc được coi là các thuốc dự trữ, được sử dụng trong các trường hợp đặc biệt, trường hợp các thuốc khác cùng nhóm không có hiệu quả trong điều trị.
- Các thuốc kháng virus *ký hiệu*(**), khi dùng điều trị nhiễm HIV, không chữa được căn bệnh nhiễm HIV chỉ có tác dụng tạm thời làm chậm lại sự phát triển của virus và cải thiện các triệu chứng bệnh. Thuốc điều trị HIV/AIDS chỉ được sử dụng khi có chỉ định của bác sĩ chuyên khoa.

2. Danh mục thuốc thiết yếu y học cổ truyền.

- Danh mục thuốc chế phẩm và Danh mục vị thuốc được dùng cho tất cả các tuyến và các cơ sở khám chữa bệnh YHCT: Các bệnh viện YHCT, khoa YHCT của các bệnh viện đa khoa, trạm Y tế, phòng chẩn trị YHCT và các cơ sở kinh doanh đông dược trong cả nước.
- Danh mục các cây thuốc trồng tại vườn thuốc mẫu sử dụng cho vườn thuốc nam tại trạm Y tế xã, bệnh viện Y học cổ truyền các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, các Trường đại học Y - Dược, các Học viện.....
- Chú ý:
 - + Các cơ sở điều trị có thể sử dụng các chế phẩm đã được cấp số đăng ký và còn hiệu lực có công thức hoặc công dụng tương tự để thay thế.

- + Các cơ sở điều trị xây dựng danh mục thuốc thiết yếu cho đơn vị mình theo danh mục thuốc chế phẩm và danh mục vị thuốc đã quy định, trong quá trình xây dựng nếu có bổ sung thêm danh mục cho phù hợp với mô hình bệnh tật của địa phương thì phải được thông qua Hội đồng thuốc và điều trị (đối với bệnh viện tuyến Trung ương) hoặc thông qua Sở Y tế địa phương trước khi đưa vào sử dụng.
- + Đối với Danh mục cây thuốc nam: trong quá trình thực hiện các địa phương căn cứ vào danh mục đã quy định có thể thay thế một số cây thuốc khác sẵn có của địa phương để trồng cho phù hợp với mô hình bệnh tật của mình, (không vượt quá 15% tổng số cây) hoặc bổ sung thêm về số lượng ngoài 60 cây đã quy định.

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

(đã ký)

Trần Thị Trung Chiến

QUYẾT ĐỊNH

Về việc quy định điều kiện xác định người bị phơi nhiễm với HIV, bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

THỦ TƯỚNG CHÍNH PHỦ

- Căn cứ Luật Tổ chức Chính phủ ngày 25 tháng 12 năm 2001;
- Căn cứ Luật Phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) ngày 29 tháng 6 năm 2006;
- Xét đề nghị của Bộ trưởng Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Quyết định này quy định điều kiện xác định người bị phơi nhiễm với HIV, người bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp; thủ tục cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV, giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

1. Cán bộ, công chức, viên chức, người đang làm việc trong lực lượng vũ trang, người có hợp đồng lao động theo quy định của pháp luật về lao động đang làm việc trong:

- a. Cơ sở y tế;
- b. Cơ sở chữa bệnh được thành lập theo quy định tại Điều 26 của Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính ngày 02 tháng 7 năm 2002;
- c. Cơ sở cai nghiện ma túy được thành lập theo quy định của Nghị định số 135/2004/NĐ-CP ngày 10 tháng 6 năm 2004 của Chính phủ về việc quy định chế độ áp dụng biện pháp đưa vào cơ sở chữa bệnh, tổ chức hoạt động của cơ sở chữa bệnh theo Pháp lệnh xử lý vi phạm hành chính và chế độ áp dụng đối với người chưa thành niên, người tự nguyện vào cơ sở chữa bệnh và Nghị định số 147/2003/NĐ-CP ngày 01 tháng 12 năm 2003 của Chính phủ về điều kiện, thủ tục cấp giấy phép và quản lý hoạt động của các cơ sở cai nghiện ma túy tự nguyện;
- d. Cơ sở chính hình - phục hồi chức năng thuộc ngành Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý;
- đ. Cơ sở bảo trợ xã hội.

2. Cán bộ, chiến sỹ thuộc các lực lượng vũ trang nhân dân, người có hợp đồng lao động theo quy định của pháp luật về lao động đang làm việc trong trại giam, trại tạm giam, nhà tạm giữ, cơ sở giáo dục, trường giáo dưỡng thuộc Bộ Công an quản lý hoặc đang làm việc trong trại giam, trại tạm giam thuộc Bộ Quốc phòng quản lý.

3. Cán bộ, chiến sỹ thuộc các lực lượng vũ trang nhân dân khi đang thi hành công vụ theo sự phân công của Thủ trưởng cơ quan, đơn vị.

4. Thành viên tổ công tác cai nghiện quy định tại Điều 11 và Tổ trưởng tổ dân cư theo quy định tại Điều 12 của Nghị định số 56/2002/NĐ-CP ngày 15 tháng 5 năm 2002 của Chính phủ về tổ chức cai nghiện tại gia đình và cộng đồng.

5. Cán bộ, công chức chuyên trách phòng chống tệ nạn xã hội cấp trung ương, tỉnh, huyện khi đang thi hành công vụ theo sự phân công của Thủ trưởng cơ quan, đơn vị.

6. Học sinh thực tập tại các cơ sở y tế (bao gồm cả các cơ sở y tế ngoài công lập).

Điều 3. Điều kiện để xác định người bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

Người được xác định bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp khi có đủ các điều kiện sau:

1. Bị một trong ba tai nạn sau đây khi đang thi hành nhiệm vụ:
 - a. Bị kim, vật nhọn đâm, vật sắc của xuyên qua da hoặc vật làm da bị trầy xước, nứt nẻ mà những vật này đã tiếp xúc với máu, sản phẩm máu hoặc dịch cơ thể người nghi nhiễm HIV;
 - b. Bị máu, sản phẩm máu, dịch cơ thể người nghi nhiễm HIV tiếp xúc trực tiếp với da bị trầy xước, nứt nẻ;
 - c. Bị máu, sản phẩm máu, dịch cơ thể người nghi nhiễm HIV tiếp xúc trực tiếp với niêm mạc mắt, mũi, miệng.
2. Có Biên bản tai nạn rủi ro nghề nghiệp (theo mẫu Phụ lục I ban hành kèm theo Quyết định này). Biên bản này phải được lập trong vòng 48 giờ kể từ khi xảy ra tai nạn, có xác nhận của người làm chứng và được Thủ trưởng cơ quan quản lý trực tiếp người bị phơi nhiễm với HIV ký, xác nhận.
3. Kết quả xét nghiệm HIV bằng kỹ thuật ELISA của người bị phơi nhiễm với HIV là âm tính. Mẫu máu được sử dụng để xét nghiệm phải được lấy từ người bị phơi nhiễm trong vòng 72 giờ kể từ thời điểm xảy ra một trong ba tai nạn quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 4. Điều kiện để xác định người bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

1. Có Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV của cơ quan có thẩm quyền quy định tại Điều 5 Quyết định này.
2. Kết quả xét nghiệm HIV của người bị phơi nhiễm với HIV tại một trong ba thời điểm 01 tháng, 03 tháng, 06 tháng sau khi bị tai nạn rủi ro nghề nghiệp là dương tính do cơ sở y tế có thẩm quyền cấp.

Điều 5. Cơ quan tiếp nhận hồ sơ và thẩm quyền cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

1. Việc tiếp nhận hồ sơ đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp và thẩm quyền cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp thực hiện như sau:

- a. Cục Quân y thuộc Bộ Quốc phòng tiếp nhận hồ sơ đề nghị và xét cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp cho người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp đang công tác, thực tập tại các đơn vị thuộc Bộ Quốc phòng quản lý;
- b. Cục Y tế thuộc Bộ Công an tiếp nhận hồ sơ đề nghị và xét cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp cho người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp đang công tác, thực tập tại các đơn vị thuộc Bộ Công an quản lý;
- c. Cục Phòng, chống tệ nạn xã hội thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội tiếp nhận hồ sơ đề nghị và xét cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp cho người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp đang công tác, thực tập tại các đơn vị thuộc Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội quản lý;
- d. Sở Y tế thuộc Bộ Giao thông vận tải tiếp nhận hồ sơ đề nghị và xét cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp cho người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp đang công tác, thực tập tại các đơn vị thuộc Bộ Giao thông vận tải quản lý;
- đ. Cục Phòng, chống HIV/AIDS thuộc Bộ Y tế tiếp nhận hồ sơ đề nghị và xét cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp cho người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp đang công tác, thực tập tại các đơn vị trực thuộc Bộ Y tế và của các Bộ, ngành khác ngoài các Bộ, ngành quy định tại điểm a, b, c, d và e khoản 1 Điều này;
- e. Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi tắt là Sở) tiếp nhận hồ sơ đề nghị và xét cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV cho người bị phơi nhiễm với HIV hoặc bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp đang công tác, thực tập tại các cơ quan, đơn vị thuộc quyền quản lý của Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố Trung ương.

2. Tổ chức và hoạt động của Hội đồng tư vấn chuyên môn:

- a. Hội đồng tư vấn chuyên môn do Thủ trưởng cơ quan có thẩm quyền quy định tại khoản 1 Điều này thành lập và phải bao gồm những thành phần tối thiểu sau:
 - + Đại diện Lãnh đạo cơ quan quy định tại khoản 1 Điều này là Chủ tịch hội đồng;

- + Cán bộ phụ trách Phòng xét nghiệm HIV được phép khẳng định các trường hợp HIV dương tính thuộc quyền quản lý của các cơ quan quy định tại khoản 1 Điều này hoặc Phòng xét nghiệm HIV được phép khẳng định các trường hợp HIV dương tính nơi gần nhất.
 - + Đại diện cơ quan bảo hiểm xã hội nơi người bị phơi nhiễm với HIV tham gia bảo hiểm y tế;
 - + Cán bộ của cơ quan tiếp nhận hồ sơ quy định tại khoản 1 Điều này là thư ký Hội đồng.
- b. Bộ trưởng Bộ Y tế quy định cụ thể Quy chế tổ chức, trách nhiệm và hoạt động của Hội đồng tư vấn của các cơ quan quy định tại khoản 1 Điều này.

Điều 6. Hồ sơ đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

1. Hồ sơ đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp gồm có:
- a. Biên bản tai nạn rủi ro nghề nghiệp;
 - b. Bản sao hợp pháp kết quả xét nghiệm HIV âm tính của người bị phơi nhiễm, bao gồm cả bản đọc kết quả xét nghiệm bằng kỹ thuật ELISA;
 - c. Công văn đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV của cơ quan, đơn vị nơi người bị phơi nhiễm với HIV đang công tác.
2. Hồ sơ đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp gồm có:
- a. Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp;
 - b. Bản sao hợp pháp kết quả xét nghiệm HIV dương tính của người bị phơi nhiễm với HIV sau khi được cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV theo quy định tại khoản 2 Điều 4 của Quyết định này, bao gồm cả bản đọc kết quả xét nghiệm bằng kỹ thuật ELISA;
 - c. Công văn đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp của cơ quan, đơn vị nơi người bị nhiễm HIV đang công tác.

Điều 7. Thủ tục cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

1. Trình tự xem xét việc đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp:
- a. Sau 05 ngày làm việc, kể từ ngày nhận đủ hồ sơ theo quy định tại Điều 6 của Quyết định này thì cơ quan tiếp nhận hồ sơ phải tổ chức họp Hội đồng tư vấn chuyên môn để thẩm định hồ sơ đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp;
- Trường hợp hồ sơ chưa đúng quy định tại Điều 6 của Quyết định này thì trong thời hạn 02 ngày làm việc, kể từ ngày tiếp nhận hồ sơ, cơ quan tiếp nhận hồ sơ phải có văn bản thông báo rõ lý do cho cơ sở đề nghị cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp biết để cơ sở bổ sung hoặc hoàn chỉnh hồ sơ.
- b. Sau 02 ngày làm việc, kể từ ngày họp thẩm định, Hội đồng tư vấn chuyên môn phải trình biên bản thẩm định lên Lãnh đạo cơ quan quy định tại khoản 1 Điều 5 của Quyết định này để xem xét và quyết định cấp Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp; trường hợp không cấp thì phải có văn bản trả lời và nêu rõ lý do.
2. Mẫu Giấy chứng nhận bị phơi nhiễm với HIV, Giấy chứng nhận bị nhiễm HIV theo quy định tại Phụ lục II ban hành kèm theo Quyết định này.

Điều 8. Hiệu lực thi hành

Quyết định này có hiệu lực thi hành sau 15 ngày, kể từ ngày đăng Công báo.

Điều 9. Trách nhiệm thi hành

Các Bộ trưởng, Thủ trưởng cơ quan ngang Bộ, Thủ trưởng cơ quan thuộc Chính phủ, Chủ tịch Ủy ban nhân dân tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

**KT. THỦ TƯỚNG
PHÓ THỦ TƯỚNG**

Đã ký

Trương Vĩnh Trọng

PHỤ LỤC I

MẪU BIÊN BẢN TAI NẠN RỦI RO NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 120/2008/QĐ-TTg ngày 29 tháng 8 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

BIÊN BẢN

Tai nạn rủi ro nghề nghiệp

Họ và tên: Tuổi: Giới tính:

Nghề nghiệp:

Nơi công tác:

Hoàn cảnh xảy ra tai nạn: *(tường trình chi tiết)*

.....

Thông tin về vết thương, tình trạng phơi nhiễm:

.....

Thông tin về nguồn lây nhiễm:

.....

Đã xử trí như thế nào:

.....

.....

Tình trạng sức khỏe của cán bộ bị tai nạn:

.....

.....

....., ngày tháng năm

Cán bộ bị tai nạn

Người chứng kiến

Thủ trưởng đơn vị

(Ký tên, đóng dấu)

PHỤ LỤC II

MẪU GIẤY CHỨNG NHẬN BỊ PHƠI NHIỄM VỚI HIV DO TAI NẠN RỦI RO NGHỀ NGHIỆP, GIẤY CHỨNG NHẬN BỊ NHIỄM HIV DO TAI NẠN RỦI RO NGHỀ NGHIỆP

(Ban hành kèm theo Quyết định số 120/2008/QĐ-TTg ngày 29 tháng 8 năm 2008 của Thủ tướng Chính phủ)

Mẫu 1.

GIẤY CHỨNG NHẬN

BỊ PHƠI NHIỄM VỚI HIV DO TAI NẠN RỦI RO NGHỀ NGHIỆP

TÊN CƠ QUAN
CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GCN

GIẤY CHỨNG NHẬN

Bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

..... chứng nhận:

Ông/Bà: Tuổi:

Nghề nghiệp:

Nơi công tác:

bị phơi nhiễm với HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

....., ngày... tháng ... năm

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký tên, đóng dấu)

Mẫu 2.

GIẤY CHỨNG NHẬN

BỊ NHIỄM HIV DO TAI NẠN RỦI RO NGHỀ NGHIỆP

TÊN CƠ QUAN
CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: /GCN

GIẤY CHỨNG NHẬN

Bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp

..... chứng nhận:

Ông/Bà: Tuổi:

Nghề nghiệp:

Nơi công tác:

bị nhiễm HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp.

....., ngày... tháng ... năm

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

(Ký tên, đóng dấu)

BỘ Y TẾ
Số: 4361/QĐ-BYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 07 tháng 11 năm 2007

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Nghị định số 49/2003/NĐ-CP ngày 15-5-2003 của Chính phủ về việc quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Quyết định số 432/QĐ-TTg ngày 20-5-2005 của Thủ tướng Chính phủ về việc thành lập Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam thuộc Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Sinh sản, Vụ trưởng Vụ Điều trị,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này bản “Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con”.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký ban hành.

Điều 3. Các ông, bà: Chánh Văn phòng, Cục trưởng Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Sinh sản, Vụ trưởng Vụ Điều trị - Bộ Y tế, Thủ trưởng các đơn vị trực thuộc Bộ, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng Y tế các ngành và các đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Trang web Bộ Y tế;
- Lưu: VT, ĐTr, AIDS, SKSS, PC.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

(đã ký)

Trần Chí Liêm

Quy trình Chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
*(Ban hành kèm theo Quyết định số 4361/QĐ-BYT
ngày 07 tháng 11 năm 2007 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Quy trình này quy định các hoạt động liên quan đến chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, bao gồm tư vấn xét nghiệm HIV, điều trị dự phòng bằng thuốc kháng HIV, chăm sóc hỗ trợ cho mẹ và con trước, trong và sau khi sinh và tổ chức thực hiện các hoạt động phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Quy trình này áp dụng đối với tất cả các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập có tham gia các hoạt động chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

Điều 3. Giải thích từ ngữ

1. Xét nghiệm sàng lọc HIV là xét nghiệm HIV với mục đích kiểm tra xem mẫu bệnh phẩm có kháng thể HIV hay không. Xét nghiệm sàng lọc thường dùng các phương pháp có độ nhạy cao như các thử nghiệm nhanh hoặc SERODIA, ELISA.
2. Xét nghiệm khẳng định HIV là xét nghiệm nhằm khẳng định mẫu bệnh phẩm dương tính với xét nghiệm sàng lọc ban đầu có thực sự có kháng thể HIV hay không. Xét nghiệm khẳng định thường dùng các phương pháp có độ đặc hiệu cao như Western Blot hoặc các xét nghiệm khác và phải tuân thủ các quy định hiện hành về cơ sở y tế được phép khẳng định HIV dương tính.
3. Trẻ phơi nhiễm với HIV là trẻ sinh ra từ người mẹ nhiễm HIV hoặc người mẹ có xét nghiệm sàng lọc HIV dương tính cho đến khi trẻ có kết quả xét nghiệm khẳng định nhiễm HIV hoặc không nhiễm HIV.

Điều 4. Nguyên tắc chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

1. Tất cả phụ nữ mang thai đến cơ sở y tế đều được khuyến khích tự nguyện xét nghiệm HIV, được cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.
2. Trẻ phơi nhiễm với HIV được điều trị dự phòng theo quy định của pháp luật, được giới thiệu đến cơ sở chăm sóc và điều trị HIV/AIDS để theo dõi tình trạng nhiễm HIV, chăm sóc và điều trị.
3. Các hoạt động chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được lồng ghép với các hoạt động của chương trình phòng chống HIV/AIDS, chăm sóc sức khỏe sinh sản, dinh dưỡng, chẩn đoán và điều trị các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục.

Chương II

QUY TRÌNH CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON

Điều 5. Can thiệp trong thời gian mang thai

1. Tư vấn xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai chưa biết tình trạng HIV

a) Tư vấn trước xét nghiệm

- Tư vấn nhóm: khi có nhiều phụ nữ đến khám thai
- Tư vấn cá nhân: cho những phụ nữ mang thai sau khi tư vấn nhóm còn có nhu cầu tư vấn riêng hoặc chưa biết tình trạng HIV trong khi chuyên dạ. Tư vấn khi chuyên dạ nên được tiến hành ngắn gọn.
- Tư vấn trước xét nghiệm phải cung cấp đầy đủ các thông tin về HIV, nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con, lợi ích của xét nghiệm HIV, điều trị dự phòng nếu mẹ nhiễm HIV; để thai phụ tự nguyện xét nghiệm HIV và các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (giang mai, héc pết sinh dục v.v...) cùng với các xét nghiệm thường quy khác trong khám thai.

b) Xét nghiệm sàng lọc HIV theo một trong hai hình thức ghi tên hoặc giấu tên tùy theo lựa chọn của người phụ nữ.

c) Xét nghiệm khẳng định HIV cho người có kết quả sàng lọc dương tính tại các phòng xét nghiệm đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính được Bộ Y tế công nhận.

d) Tư vấn sau xét nghiệm cho tất cả phụ nữ khi trả kết quả xét nghiệm, kể cả HIV âm tính, dương tính hoặc chưa xác định theo các quy định của pháp luật. Đối với những phụ nữ có kết quả xét nghiệm HIV dương tính cần tập trung tư vấn các vấn đề sau:

- Tư vấn hỗ trợ tâm lý;
- Thảo luận cách xử trí với thai nghén, nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con và các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, phương pháp và kế hoạch chăm sóc, điều trị và nuôi dưỡng trẻ;
- Tư vấn về kế hoạch hóa gia đình, sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục;
- Giới thiệu đến các nhóm và các cơ sở hỗ trợ xã hội;
- Thảo luận về việc thông báo kết quả xét nghiệm cho chồng, tư vấn xét nghiệm HIV cho chồng;
- Việc thông báo kết quả xét nghiệm cho các đối tượng khác ngoài bản thân người phụ nữ phải tuân theo các quy định của pháp luật;

2. Đánh giá tình trạng thai nghén và xử trí

a) Xác định tuổi thai và đánh giá tình trạng thai nghén theo quy định.

b) Trường hợp người phụ nữ HIV dương tính mong muốn phá thai thì cung cấp dịch vụ phá thai phù hợp với tuổi thai theo các quy định hiện hành.

c) Trường hợp người phụ nữ lựa chọn sinh con thì tiến hành các bước quy định tại các Điều 6, 7, 8, 9 của Quy trình này.

d) Giới thiệu đến các dịch vụ chuyên ngành liên quan (lao, da liễu v.v...) để phối hợp hội chẩn, chăm sóc và điều trị nếu có chỉ định.

Điều 6. Can thiệp bằng thuốc kháng HIV

1. Phụ nữ nhiễm HIV đang điều trị bằng thuốc kháng HIV được phát hiện có thai cần được:

a) Hội chẩn giữa cơ sở sản khoa với cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS để điều chỉnh (thay đổi hoặc tạm ngừng) phác đồ nếu cần, tư vấn sử dụng thuốc trong ba tháng đầu của thời kỳ mang thai.

b) Theo dõi điều trị bằng thuốc kháng HIV tại cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS.

c) Quản lý thai tại cơ sở sản khoa.

2. Phụ nữ được phát hiện nhiễm HIV khi mang thai cần được:

a) Giới thiệu đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS để đánh giá và theo dõi về lâm sàng, xét nghiệm, tiêu chuẩn điều trị thuốc kháng HIV; giới thiệu đến các nhóm và các cơ sở hỗ trợ xã hội.

b) Nếu phụ nữ mang thai được chỉ định điều trị thuốc kháng HIV thì thực hiện quy trình điều trị thuốc kháng HIV tại cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS, đồng thời tiếp tục theo dõi, quản lý thai tại cơ sở sản khoa.

c) Nếu phụ nữ mang thai chưa được chỉ định điều trị thuốc kháng HIV thì điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng phác đồ phù hợp với tuổi thai tại thời điểm phát hiện nhiễm HIV theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm HIV/AIDS” như sau:

- Trong hai tuần đầu của liệu trình điều trị dự phòng thuốc kháng HIV: hàng tuần, cấp phát thuốc cùng với tư vấn và đánh giá tuân thủ điều trị;
- Từ tuần thứ ba cho đến khi sinh con: cấp phát thuốc kháng HIV hàng tháng cùng với lịch hẹn tái khám và quản lý thai định kỳ.

Điều 7. Can thiệp trong khi chuyển dạ, sinh đẻ

1. Sử dụng thuốc kháng HIV:

a) Phụ nữ đang điều trị bằng thuốc kháng HIV: Tiếp tục điều trị bằng thuốc kháng HIV trong khi chuyển dạ, sinh đẻ và sau sinh theo chỉ định của bác sĩ điều trị HIV/AIDS trước đó.

b) Phụ nữ đang điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trong khi mang thai: Tiếp tục phác đồ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng thuốc kháng HIV trong thời gian chuyển dạ theo quy định của pháp luật.

c) Phụ nữ chưa được xét nghiệm HIV:

- Tư vấn trước xét nghiệm;
- Xét nghiệm sàng lọc HIV, nếu kết quả sàng lọc dương tính thì tư vấn giải thích ý nghĩa của kết quả sàng lọc và tư vấn sử dụng phác đồ nevirapine liều duy nhất;

2. Các can thiệp sản khoa:

a) Các can thiệp sản khoa đối với phụ nữ mang thai nhiễm HIV phải tuân thủ theo các nguyên tắc chung như đối với phụ nữ mang thai không nhiễm HIV để bảo đảm một cuộc chuyển dạ và sinh con an toàn.

b) Nhân viên y tế cần tuân thủ các nguyên tắc phòng, chống nhiễm khuẩn khi chăm sóc sản khoa cho phụ nữ có HIV âm tính, dương tính hoặc chưa xác định.

c) Hạn chế tối đa các thủ thuật có thể gây tổn thương đường sinh sản người mẹ hoặc tổn thương cho con như cắt tầng sinh môn, giác hút, phooc xếp, đặt điện cực vào đầu thai nhi; hạn chế bấm ối sớm và thăm khám âm đạo.

Điều 8. Can thiệp ngay sau sinh

1. Chăm sóc trẻ:

a) Khi hút dịch đường mũi, hầu họng sau sinh cần sử dụng các loại ống thông mềm, thao tác nhẹ nhàng, tránh gây tổn thương; tắm cho trẻ hoặc lau khô chất dịch của mẹ trên người trẻ bằng khăn mềm, tránh xây xước.

b) Cho trẻ uống thuốc kháng HIV theo phác đồ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Ngừng thuốc nếu mẹ có kết quả kháng định âm tính.

2. Tư vấn cho mẹ:

Tư vấn cho người phụ nữ sau sinh cùng với tư vấn cho người chồng và người thân nếu được sự đồng ý của bản thân người phụ nữ, bao gồm:

a) Tư vấn hỗ trợ tâm lý.

b) Tư vấn về dinh dưỡng và chăm sóc cá nhân.

c) Tư vấn về kế hoạch hóa gia đình, sử dụng bao cao su trong quan hệ tình dục.

d) Tư vấn hỗ trợ người mẹ về cách nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ an toàn:

- Lợi ích về dinh dưỡng và miễn dịch cũng như nguy cơ lây truyền HIV của việc nuôi con bằng sữa mẹ, lợi ích và nguy cơ của việc dùng thức ăn thay thế;
- Nếu người mẹ quyết định nuôi con bằng thức ăn thay thế thì hướng dẫn nuôi con hoàn toàn bằng thức ăn thay thế bảo đảm an toàn, hợp vệ sinh (hướng dẫn cách pha sữa, vệ sinh dụng cụ v.v...);
- Nếu người mẹ quyết định cho con bú thì hướng dẫn cách cho bú và vệ sinh bầu vú, hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn và ngừng càng sớm càng tốt, muộn nhất là khi trẻ được 6 tháng tuổi. Khi ngừng nuôi con bằng sữa mẹ cần chuyển ngay sang sử dụng thức ăn thay thế;
- Không nuôi con kết hợp sữa mẹ với bất cứ loại thức ăn thay thế hoặc bổ sung nào khác;

đ) Tư vấn, hướng dẫn cho trẻ tiếp tục uống thuốc kháng HIV sau khi xuất viện.

e) Tư vấn về sự cần thiết của tiêm chủng, điều trị dự phòng, theo dõi tăng trưởng của trẻ và xét nghiệm HIV cho trẻ.

Điều 9. Chuyển tuyến, chuyển tiếp sau sinh

1. Phụ nữ có xét nghiệm sàng lọc dương tính trong khi chuyển dạ cần được:

- a) Tiến hành xét nghiệm kháng định sớm;
- b) Tư vấn sau xét nghiệm cho tất cả phụ nữ khi trả kết quả xét nghiệm kháng định, kể cả HIV âm tính, dương tính theo các quy định của pháp luật;
- c) Giới thiệu người phụ nữ sau sinh đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS để đánh giá giai đoạn lâm sàng nếu kết quả kháng định dương tính.

2. Phụ nữ nhiễm HIV:

- a) Giới thiệu đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS để:
 - Theo dõi quản lý sức khỏe lâu dài nếu chưa điều trị thuốc kháng HIV;
 - Theo dõi và tiếp tục điều trị nếu đang điều trị thuốc kháng HIV;
- b) Giới thiệu và cung cấp địa chỉ các cơ sở hỗ trợ tâm lý, kinh tế dành cho người nhiễm HIV, các nhóm hỗ trợ xã hội khác.
- c) Giới thiệu đến các dịch vụ chuyên ngành liên quan để phối hợp điều trị và chăm sóc tiếp tục nếu có chỉ định.
- d) Giới thiệu đến các dịch vụ kế hoạch hóa gia đình, nguồn cung cấp biện pháp tránh thai, bao cao su.

3. Trẻ phơi nhiễm với HIV:

Giới thiệu trẻ đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS nhi khoa để:

- a) Điều trị dự phòng cotrimoxazole cho trẻ theo quy định.
- b) Tiếp tục hướng dẫn nuôi dưỡng trẻ an toàn, chăm sóc trẻ, đồng thời định kỳ theo dõi tăng trưởng của trẻ.
- c) Xác định sớm tình trạng nhiễm HIV cho trẻ:
 - Tổ chức tiến hành xét nghiệm phát hiện kháng nguyên sớm nếu có điều kiện;
 - Xét nghiệm phát hiện kháng thể khi trẻ được 18 tháng tuổi;
- d) Tiêm chủng, theo dõi đánh giá tình trạng lâm sàng và miễn dịch cho trẻ, điều trị nhiễm trùng cơ hội và điều trị thuốc kháng HIV khi có chỉ định.
- đ) Giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ xã hội cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV. (Sơ đồ 1, 2, 3 - Phụ lục 1 ban hành kèm theo Quy trình này)

Chương III

TỔ CHỨC THỰC HIỆN QUY TRÌNH

Điều 10. Cơ quan điều phối

1. Tuyến trung ương: Vụ Sức khỏe sinh sản chủ trì, phối hợp với Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản trung ương và các cơ quan liên quan điều phối các hoạt động dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

2. Tuyến khu vực: Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực chịu trách nhiệm về chuyên môn, kỹ thuật trong phạm vi quản lý và hỗ trợ, chỉ đạo tuyến theo quy chế hoạt động hiện hành.

3. Tuyến tỉnh: Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản làm đầu mối phối hợp với Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS (hoặc Trung tâm Y tế dự phòng ở các tỉnh chưa thành lập Trung tâm Phòng chống HIV/AIDS) và các cơ quan liên quan lập kế hoạch, tổ chức triển khai thực hiện Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và

theo dõi giám sát, đánh giá hoạt động trên địa bàn tỉnh.

4. Tuyến huyện: Trung tâm Y tế dự phòng huyện là đầu mối tổ chức triển khai, theo dõi và giám sát các hoạt động của Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con trên địa bàn huyện.

Điều 11. Cơ quan thực hiện

1. Tuyến trung ương:

- a) Cơ sở sản khoa (Bệnh viện Phụ sản trung ương, khoa Sản thuộc các Bệnh viện đa khoa trung ương thuộc Bộ Y tế):
 - Thực hiện các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được quy định tại Điều 5, 6, 7, 8, 9 của Quy trình này;

- Hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ phơi nhiễm với HIV bằng thức ăn thay thế sữa mẹ trong 06 tuần đầu nếu người mẹ quyết định nuôi con bằng thức ăn thay thế;
- Phối hợp các chuyên khoa và tiếp nhận các bệnh nhân nặng, chẩn đoán phức tạp về sản khoa từ tuyến dưới chuyển lên và chuyển bệnh nhân về tuyến dưới sau khi đã ổn định;
- Chuyển phụ nữ mang thai nhiễm HIV đang được quản lý thai đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS hoặc mời hội chẩn khi có chỉ định. Chuyển người mẹ sau sinh và trẻ phơi nhiễm với HIV đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS phù hợp và giới thiệu đến các dịch vụ hỗ trợ khác;
- Theo dõi, kiểm tra, giám sát, đào tạo, hỗ trợ kỹ thuật và chỉ đạo tuyến dưới tổ chức thực hiện các hoạt động chuyên môn dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
- Báo cáo, quản lý điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định của pháp luật.

b) Cơ sở nhi khoa (Bệnh viện Nhi trung ương; khoa Nhi thuộc các Bệnh viện đa khoa trung ương thuộc Bộ Y tế):

- Chăm sóc và quản lý trẻ phơi nhiễm với HIV theo các nội dung được quy định tại Khoản 3, Điều 9 của Quy trình này;
- Tư vấn nuôi dưỡng trẻ, tiếp tục hướng dẫn và hỗ trợ nuôi dưỡng bằng thức ăn thay thế từ tuần thứ 07 đến hết tháng thứ sáu nếu người mẹ quyết định nuôi con bằng thức ăn thay thế;
- Phối hợp các chuyên khoa và tiếp nhận các bệnh nhân nặng, chẩn đoán phức tạp từ tuyến dưới chuyển lên và chuyển bệnh nhân về tuyến dưới sau khi đã ổn định;
- Theo dõi, kiểm tra, giám sát, đào tạo, hỗ trợ kỹ thuật và chỉ đạo tuyến dưới tổ chức thực hiện các hoạt động chuyên môn theo dõi và chăm sóc trẻ phơi nhiễm với HIV;
- Báo cáo, quản lý theo dõi và chăm sóc trẻ phơi nhiễm với HIV theo quy định của pháp luật.

2. Tuyến tỉnh:

a) Cơ sở sản khoa (Bệnh viện chuyên khoa phụ sản, khoa Phụ sản các Bệnh viện đa khoa tỉnh và các bệnh viện ngành):

- Thực hiện các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được quy định tại Điều 5, 6, 7, 8, 9 của Quy trình này;
- Hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ phơi nhiễm với HIV bằng thức ăn thay thế sữa mẹ trong 06 tuần đầu nếu người mẹ quyết định nuôi con bằng thức ăn thay thế;
- Phối hợp các chuyên khoa và tiếp nhận các bệnh nhân nặng, chẩn đoán phức tạp về sản khoa từ tuyến dưới chuyển lên và chuyển bệnh nhân về tuyến dưới sau khi đã ổn định;
- Chuyển phụ nữ mang thai nhiễm HIV đang được quản lý thai đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS hoặc mời hội chẩn khi có chỉ định. Chuyển người mẹ sau sinh và trẻ phơi nhiễm với HIV đến cơ sở chăm sóc, điều trị HIV/AIDS phù hợp và giới thiệu đến các dịch vụ hỗ trợ khác;
- Phối hợp với các cơ sở tuyến tỉnh trong công tác theo dõi, kiểm tra, giám sát, tập huấn, hỗ trợ các hoạt động chuyên môn kỹ thuật về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho tuyến quận, huyện và tuyến xã, phường;
- Báo cáo, quản lý điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định của pháp luật.

b) Cơ sở nhi khoa (Bệnh viện chuyên khoa nhi, khoa Nhi thuộc các Bệnh viện đa khoa tỉnh và các bệnh viện ngành):

- Chăm sóc và quản lý trẻ phơi nhiễm với HIV theo các nội dung được quy định tại Khoản 3, Điều 9 của Quy trình này;
- Tư vấn nuôi dưỡng trẻ, tiếp tục hướng dẫn và hỗ trợ nuôi dưỡng bằng thức ăn thay thế từ tuần thứ 07 đến hết tháng thứ sáu nếu người mẹ quyết định nuôi con bằng thức ăn thay thế;
- Phối hợp các chuyên khoa và tiếp nhận các bệnh nhân nặng, chẩn đoán phức tạp từ tuyến dưới chuyển lên và chuyển bệnh nhân về tuyến dưới sau khi đã ổn định;
- Theo dõi, kiểm tra, giám sát, tập huấn, hỗ trợ các hoạt động chuyên môn kỹ thuật trong chăm sóc trẻ phơi nhiễm với HIV cho tuyến quận, huyện và tuyến xã, phường;
- Báo cáo, quản lý theo dõi và chăm sóc trẻ phơi nhiễm với HIV theo quy định của pháp luật.

c) Trung tâm Chăm sóc sức khỏe sinh sản:

- Tư vấn về HIV/AIDS, tư vấn xét nghiệm HIV;
- Tư vấn lựa chọn các biện pháp tránh thai, cung cấp các dịch vụ tránh thai, bao cao su;
- Giới thiệu phụ nữ mang thai nhiễm HIV đến cơ sở sản khoa để được theo dõi, chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;

- Phối hợp với các cơ sở tuyến tỉnh trong công tác theo dõi, kiểm tra, giám sát, tập huấn, hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến quận, huyện và tuyến xã, phường.
 - Báo cáo, quản lý điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định của pháp luật.
- d) Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS (hoặc Trung tâm Y tế dự phòng):
- Tư vấn về HIV/AIDS, tư vấn xét nghiệm HIV cho mọi đối tượng có nhu cầu;
 - Giới thiệu phụ nữ mang thai nhiễm HIV đến cơ sở sản khoa để được theo dõi, chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
 - Điều phối, tổ chức thực hiện và hỗ trợ quy trình chuyển tiếp giữa các dịch vụ tư vấn xét nghiệm tự nguyện, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS, trẻ phơi nhiễm với HIV, trẻ nhiễm HIV, dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và các dịch vụ khác có liên quan;
 - Phối hợp với các cơ sở tuyến tỉnh trong công tác theo dõi, kiểm tra, giám sát, tập huấn, hỗ trợ kỹ thuật cho tuyến quận, huyện và tuyến xã, phường.
 - Báo cáo, quản lý điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định của pháp luật.

3. Tuyển huyện:

Là tuyến trọng điểm thực hiện các hoạt động chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con.

a) Trung tâm Y tế dự phòng quận, huyện, thị xã, thành phố trực thuộc tỉnh (sau đây gọi tắt là huyện) chịu trách nhiệm tổ chức triển khai thực hiện Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con:

- Phối hợp với các ban ngành, đoàn thể và cộng đồng trong các hoạt động tuyên truyền về dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
- Chỉ đạo tuyến xã, phường trong công tác tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS cho phụ nữ mang thai và tư vấn dinh dưỡng cho trẻ phơi nhiễm với HIV;
- Tổ chức và bảo đảm chất lượng tư vấn xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai tại các trạm y tế xã, phường;
- Thực hiện các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được quy định tại Điều 5, 6, 9 của Quy trình này;
- Giới thiệu phụ nữ mang thai nhiễm HIV đến các cơ sở cung cấp dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con khác khi cần thiết;
- Phối hợp với bệnh viện huyện tư vấn nuôi dưỡng trẻ, hướng dẫn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ bằng thức ăn thay thế đến hết tháng thứ sáu nếu người mẹ quyết định nuôi con bằng thức ăn thay thế, tổ chức xét nghiệm khẳng định cho trẻ phơi nhiễm với HIV;
- Hỗ trợ chăm sóc người nhiễm HIV và trẻ phơi nhiễm với HIV tại cộng đồng;
- Báo cáo, quản lý điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định của pháp luật.

b) Bệnh viện huyện:

- Tại các quận, huyện triển khai Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con:
- + Thực hiện các can thiệp dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con được quy định tại Điều 5, 6, 7, 8, 9 của Quy trình này;
- + Phối hợp, chuyển bệnh nhân khám và điều trị lao, các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS v.v... cũng như giới thiệu các dịch vụ hỗ trợ tâm lý, xã hội và kinh tế khác cho bệnh nhân, tiếp nhận các bệnh nhân đã điều trị ổn định từ tuyến tỉnh chuyển về và chuyển lên tuyến tỉnh các trường hợp nặng, chẩn đoán phức tạp;
- + Phối hợp với Trung tâm Y tế dự phòng huyện tư vấn nuôi dưỡng trẻ, hướng dẫn và hỗ trợ nuôi dưỡng trẻ bằng thức ăn thay thế đến hết tháng thứ sáu nếu người mẹ quyết định nuôi con bằng thức ăn thay thế;
- + Báo cáo, quản lý điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định của pháp luật;
- Tại các quận, huyện chưa triển khai toàn bộ Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con: Cơ sở sản khoa có trách nhiệm giới thiệu phụ nữ mang thai có nguy cơ nhiễm HIV đến các cơ sở cung cấp dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con, đồng thời khám và quản lý thai cho tất cả phụ nữ mang thai, kể cả những người HIV dương tính, âm tính hoặc chưa xét nghiệm theo các quy định hiện hành.

4. Tuyến xã, phường: Trạm y tế xã, phường, thị trấn chịu trách nhiệm:
- Cung cấp thông tin tuyên truyền phòng chống HIV/AIDS cho phụ nữ mang thai, giới thiệu các dịch vụ dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con sẵn có;
 - Phối hợp với Trung tâm Y tế dự phòng huyện tổ chức tư vấn xét nghiệm HIV cho phụ nữ mang thai;
 - Giới thiệu phụ nữ mang thai có nguy cơ hoặc nghi ngờ nhiễm HIV đến cơ sở sản khoa tuyến huyện, tuyến tỉnh có triển khai các hoạt động chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
 - Tiến hành chăm sóc sau sinh, cung cấp biện pháp kế hoạch hoá gia đình cho phụ nữ nhiễm HIV và theo dõi tăng trưởng cho trẻ phơi nhiễm với HIV như mọi trẻ khác;
 - Theo dõi, giám sát điều trị dự phòng bằng cotrimoxazole, điều trị triệu chứng và chuyển tuyến trên khi nghi ngờ bệnh nhân mắc các nhiễm trùng cơ hội;
 - Phối hợp hỗ trợ, theo dõi tuân thủ điều trị cho bà mẹ nhiễm HIV và trẻ sau sinh;
 - Phối hợp với các tổ chức xã hội, các ban ngành, nhóm hỗ trợ đồng đẳng trong công tác chăm sóc và hỗ trợ bà mẹ nhiễm HIV và trẻ phơi nhiễm với HIV tại cộng đồng;
 - Báo cáo, quản lý điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con theo quy định của pháp luật.

Điều 12. Tổ chức triển khai Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con

1. Củng cố mạng lưới triển khai hoạt động chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con:
- Các cơ sở chăm sóc sức khoẻ sinh sản, cơ sở hoạt động phòng chống HIV/AIDS, bệnh viện từ tuyến huyện trở lên có trách nhiệm phối hợp tham gia cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
 - Sở Y tế chỉ đạo các đơn vị trực thuộc tiến hành lựa chọn các cơ sở đủ điều kiện để triển khai Quy trình chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con và từng bước mở rộng hoạt động chương trình. Tùy theo tình hình thực tế của địa phương, Sở Y tế có trách nhiệm chỉ định:
 - + Các bệnh viện tham gia thực hiện quy trình, cung cấp các dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con;
 - + Các cơ sở y tế thực hiện việc hỗ trợ sử dụng thức ăn thay thế sữa mẹ phù hợp và theo dõi trẻ phơi nhiễm với HIV.
2. Tập huấn, hướng dẫn thực hiện quy trình: Vụ Sức khoẻ sinh sản, Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản trung ương, Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực và Sở Y tế các tỉnh tổ chức tập huấn hướng dẫn triển khai thực hiện quy trình theo quy định.
3. Chỉ đạo thực hiện, theo dõi, giám sát, đánh giá và hỗ trợ kỹ thuật trong quá trình triển khai thực hiện quy trình: Vụ Sức khoẻ sinh sản, Cục Phòng, chống HIV/AIDS Việt Nam, Bệnh viện Phụ sản trung ương phối hợp với các Ban điều hành phòng chống HIV/AIDS khu vực và Sở Y tế các tỉnh.

Điều 13. Chế độ báo cáo và quản lý số liệu

1. Báo cáo chuyên môn định kỳ:
- Thời gian báo cáo, trình tự báo cáo thực hiện theo các quy định tại Quyết định số 26/2006/QĐ-BYT ngày 06/9/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế báo cáo và Biểu mẫu báo cáo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS;
2. Báo cáo đột xuất:
- Thực hiện theo các quy định tại Quyết định số 26/2006/QĐ-BYT ngày 06/9/2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế báo cáo và Biểu mẫu báo cáo hoạt động phòng, chống HIV/AIDS;
3. Biểu mẫu ghi chép, quản lý và báo cáo số liệu (Phụ lục 2 ban hành kèm theo Quy trình này):
- a) Phiếu báo cáo số liệu:
- Các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con báo cáo số liệu theo từng hoạt động chuyên môn triển khai tại cơ sở bằng phiếu “Báo cáo chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con” và “Theo dõi và chăm sóc trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV (trẻ phơi nhiễm)” (Phụ lục 2.1).
- b) Ghi chép và quản lý số liệu:
- Cơ sở sản khoa:
 - + Sử dụng bệnh án khám thai ngoại trú và “Phiếu theo dõi và giới thiệu dịch vụ” (Phụ lục 2.2) cho từng phụ nữ mang thai nhiễm HIV nhận dịch vụ;

- + Sử dụng “Sổ đăng ký tư vấn và xét nghiệm cho phụ nữ quản lý thai” (Phụ lục 2.3) cho phụ nữ mang thai được tư vấn xét nghiệm HIV và “Sổ theo dõi chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại cơ sở sản khoa” (Phụ lục 2.4) cho phụ nữ mang thai HIV dương tính được nhận dịch vụ đề tổng hợp số liệu.
- Cơ sở nhi khoa:
- + Sử dụng bệnh án ngoại trú nhi cho từng trẻ phơi nhiễm với HIV nhận dịch vụ;
- + Sử dụng “Sổ quản lý và theo dõi trẻ phơi nhiễm HIV tại cơ sở nhi khoa” (Phụ lục 2.5) để tổng hợp số liệu quản lý và theo dõi trẻ phơi nhiễm với HIV.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

(đã ký)

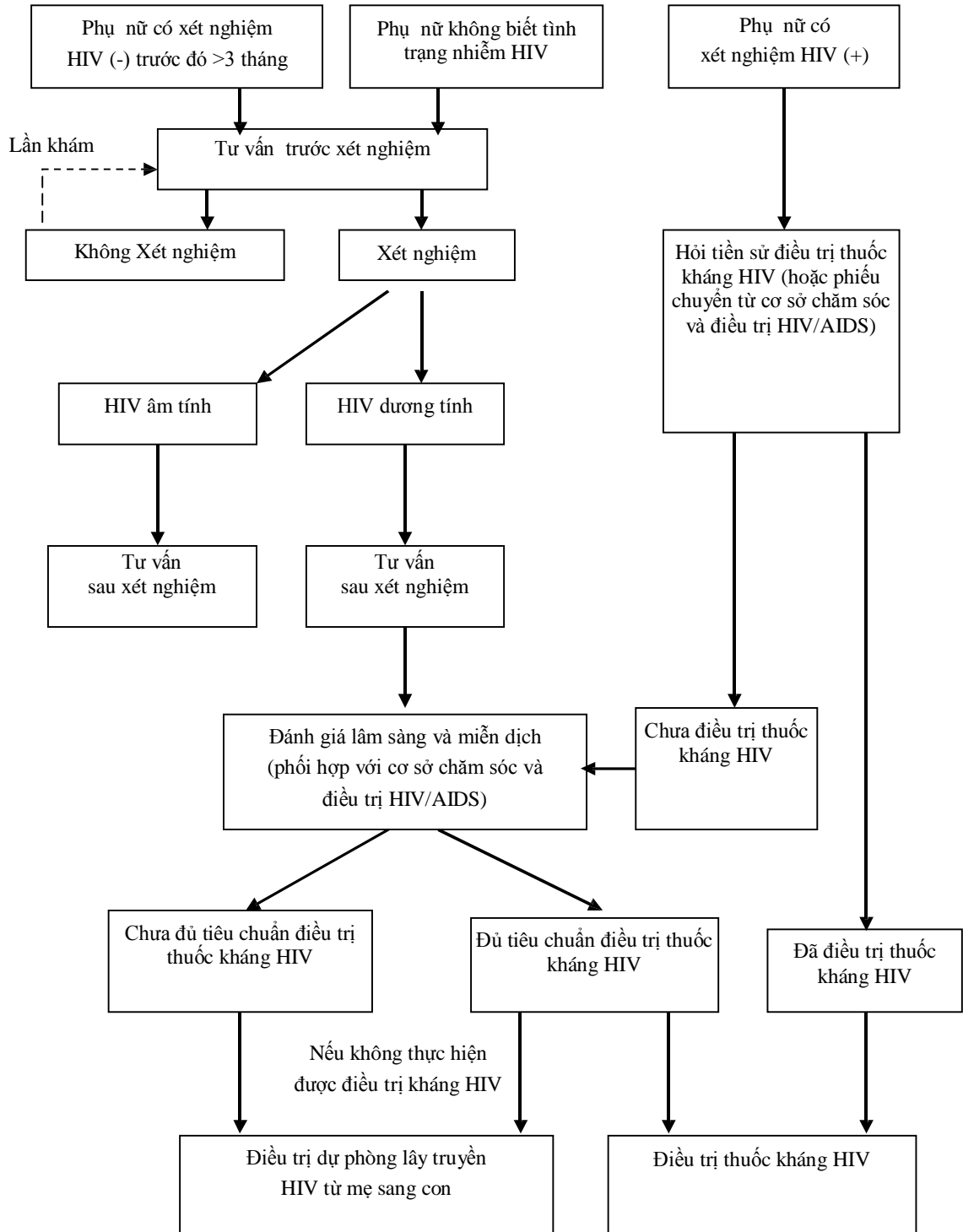
Trần Chí Liêm

PHỤ LỤC 1

- 1.1. Sơ đồ 1. Quy trình cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ trong quá trình mang thai
- 1.2. Sơ đồ 2. Quy trình cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ không biết tình trạng HIV khi chuyển dạ
- 1.3. Sơ đồ 3. Quy trình quản lý phụ nữ mang thai nhiễm HIV

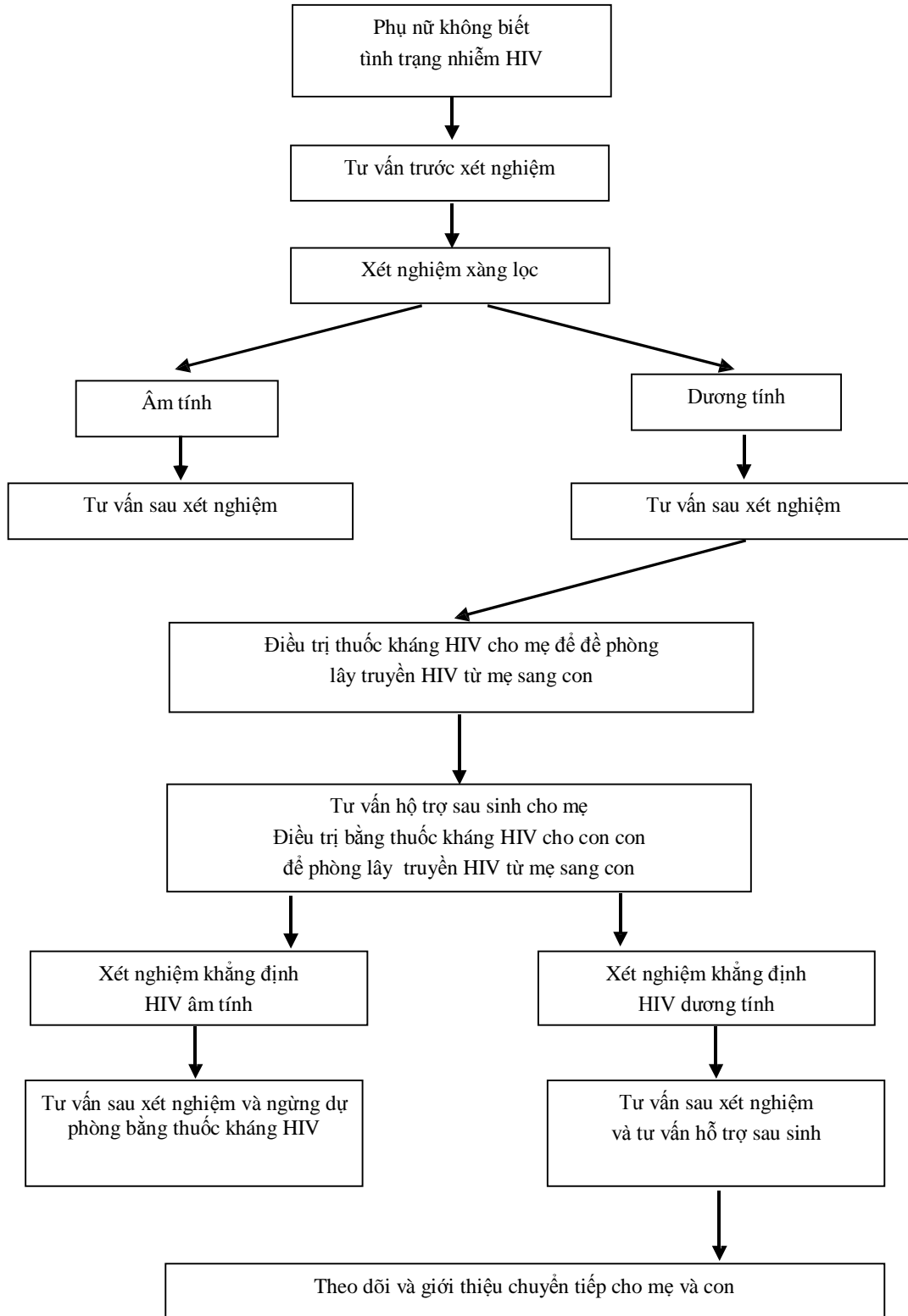
Sơ đồ 1.

Quy trình cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con cho phụ nữ trong quá trình mang thai



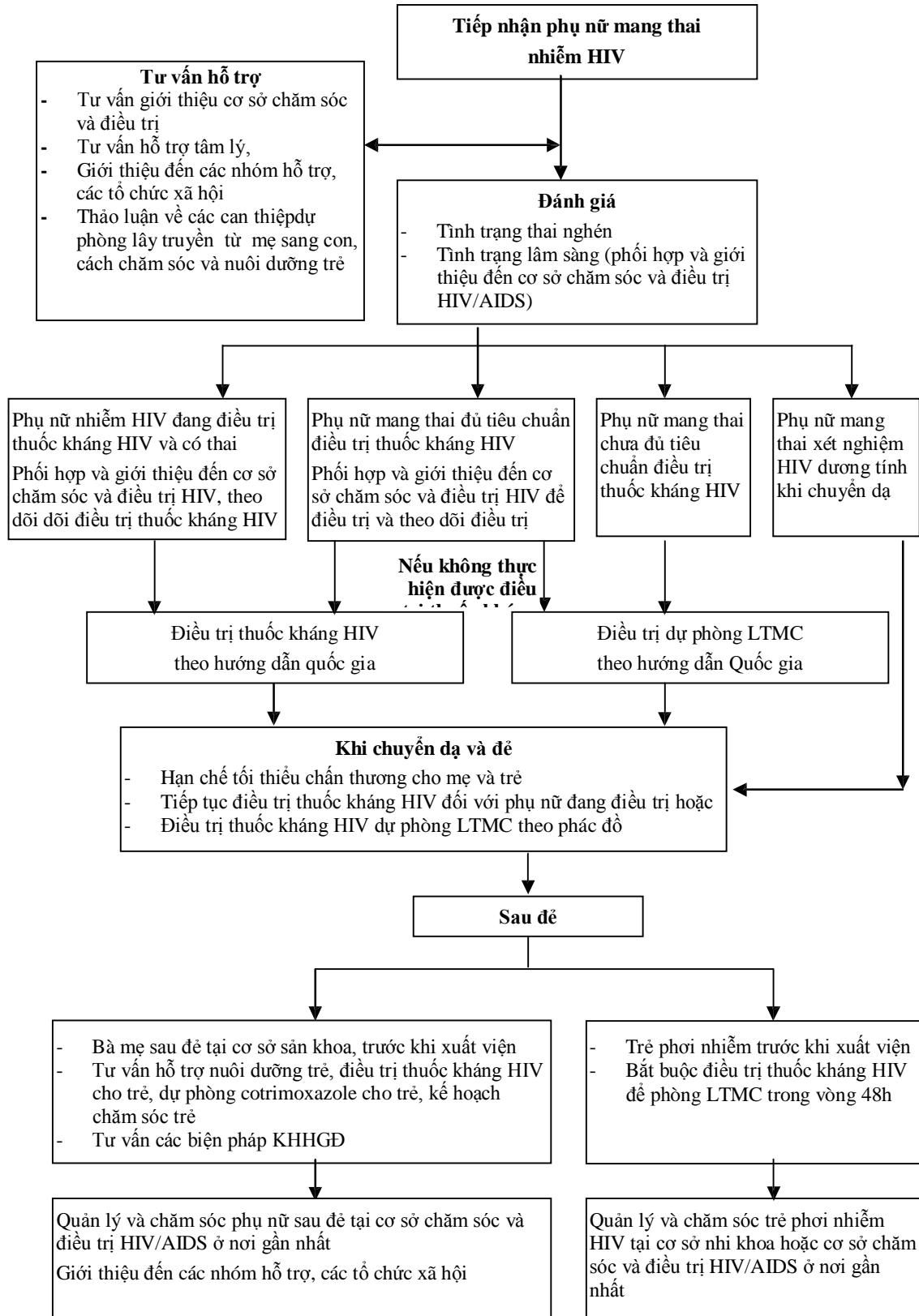
Sơ đồ 2.

Quy trình cung cấp dịch vụ chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con phụ nữ không biết tình trạng nhiễm HIV khi chuyển dạ



Sơ đồ 3.

Quy trình quản lý phụ nữ mang thai nhiễm HIV



Phụ lục 2

- 2.1. Báo cáo chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
- 2.2. Phiếu theo dõi và giới thiệu dịch vụ
- 2.3. Sổ đăng ký tư vấn và xét nghiệm cho phụ nữ quản lý thai
- 2.4. Sổ theo dõi chương trình phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con tại cơ sở sản khoa
- 2.5. Sổ quản lý và theo dõi trẻ phơi nhiễm tại cơ sở nhi khoa

Đơn vị chủ quản:
Đơn vị báo cáo:

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày ... tháng ... năm

**BÁO CÁO CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG
LÂY TRUYỀN HIV TỪ MẸ SANG CON**

Giai đoạn báo cáo: từ ngày ... tháng ... năm đến ngày ... tháng ... năm

TT	Chi số	Số lượng
1.	Số cơ sở sản khoa cung cấp dịch vụ phòng lây truyền từ mẹ sang con theo hướng dẫn của Bộ Y tế	
2.	Số phụ nữ mang thai đến khám thai	
3.	Số phụ nữ mang thai được tư vấn xét nghiệm HIV trước khi sinh con	
4.	Số phụ nữ mang thai được xét nghiệm HIV	
5.	Số phụ nữ mang thai xét nghiệm HIV dương tính	
6.	Số phụ nữ mang thai được tư vấn và xét nghiệm HIV quay trở lại lấy kết quả xét nghiệm	
7.	Số phụ nữ mang thai nhận được tư vấn sau khi xét nghiệm HIV	
8.	Số phụ nữ mang thai HIV dương tính được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	
	Trong đó:	
9.	Số phụ nữ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng phác đồ 2 hoặc 3 thuốc đến lúc sinh và đã sinh con	
10.	Số phụ nữ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con bằng nevirapine liều duy nhất và đã sinh con	
11.	Số trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV còn sống	
12.	Số trẻ em sinh ra từ bà mẹ nhiễm HIV được điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con	

**Theo dõi và chăm sóc trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV
(trẻ phơi nhiễm)**

TT	Chi số	Số lượng
1.	Số trẻ em dưới 18 tháng tuổi được chăm sóc và quản lý tại nhà	
2.	Số trẻ em được xét nghiệm HIV trong thời gian từ khi sinh đến 18 tháng tuổi	
3.	Số trẻ em được xét nghiệm khẳng định HIV dương tính trong thời gian từ khi sinh đến 18 tháng tuổi	
4.	Số trẻ em được điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole theo hướng dẫn của Bộ Y tế	
5.	Số trẻ em được cung cấp đủ sữa uống thay thế sữa mẹ trong 6 tháng	

THỦ TRƯỞNG ĐƠN VỊ

NGƯỜI LẬP BÁO CÁO

Trang 4

Địa chỉ cơ sở điều trị PLTMC:

Điện thoại: Người liên hệ (nếu có)

Trang 11

Đơn vị chủ quản:

Cơ sở điều trị:

PHIẾU THEO DÕI VÀ GIỚI THIỆU DỊCH VỤ

Mã số

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Họ và tên mẹ: Năm sinh: Tuổi:

KHÁM VÀ QUẢN LÝ THAI

XN khẳng định HIV (+) ngày:

Đánh giá lâm sàng: ngày:

Số tế bào Lymphô/mm³ ngày:

CD4:/mm³ ngày:

Kinh cuối cùng: ngày: Dự kiến đẻ: ngày:

Phác đồ ARV: Bắt đầu từ: /..... /..... , tuổi thai: tuần

Ngày phát	Số lượng thuốc ARV cấp phát	Ghi chú (tình hình tuân thủ, tác dụng phụ...)
1. /..... /.....	- thuốc 1: số lượng, hàm lượng - thuốc 2: số lượng, hàm lượng - thuốc 3: số lượng, hàm lượng	
2. /..... /.....		
3. /..... /.....		
4. /..... /.....		
5. /..... /.....		
6. /..... /.....		
7. /..... /.....		

Ghi chú:

- Bản chính được điền và lưu tại cơ sở chăm sóc và điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con
- Khi giới thiệu các dịch vụ khác, cơ sở y tế sao lại chi tiết quá trình chăm sóc, điền thêm các thông tin về dịch vụ giới thiệu, ký xác nhận và giao phiếu cho người mẹ

Trang 2

PHÒNG ĐỀ/SAU ĐỀ Nhập viện ngày: .../.../..... Giờ:..... (theo 24h)

XN HIV khi chuyển dạ: () có () không () đã xét nghiệm từ trước
 Kết quả sàng lọc: kết quả kháng định ngày...../...../.....

AVR dùng trong chuyển dạ và sau đẻ:

Lần dùng, ngày giờ	Sử dụng thuốc ARV
1./.../..... ... giờ ... phút	- thuốc 1: số lượng, hàm lượng, đường dùng - thuốc 2: số lượng, hàm lượng - thuốc 3: số lượng, hàm lượng
2./.../.....	
3./.../.....	
4./.../.....	

Đẻ lúc ngày/...../..... ngày xuất viện/...../.....

Cách đẻ:.....

TRẺ SƠ SINH

Đẻ lúc giờ ngày: .../.../.....

Số con sống: Cân nặng:g
 Thuốc ARV đã dùng: () không dùng () có dùng
 Tên thuốc và cách dùng
 AZT phát về nhà sau đẻ: (số ngày/số liều)
 Số hộp sữa đã phát:, mỗi hộp: g
 Ngày trẻ xuất viện:/...../.....

Trang 3

GIỚI THIỆU ĐẾN DỊCH VỤ KHÁC (chỉ điền vào bản sao)

MẸ được giới thiệu đến:

Địa chỉ:

Điện thoại: Người liên hệ (nếu có)

CON được giới thiệu đến:

Địa chỉ:

Điện thoại: Người liên hệ (nếu có)

CÁC DỊCH VỤ KHÁC

Giới thiệu đến:

Địa chỉ:

Điện thoại: Người liên hệ (nếu có)

Giới thiệu đến:

Địa chỉ:

Điện thoại: Người liên hệ (nếu có)

Bác sỹ
 (ký và ghi rõ họ tên)

SỞ Y TẾ

**SỔ ĐĂNG KÝ TƯ VẤN VÀ XÉT NGHIỆM HIV
CHO PHỤ NỮ MANG THAI**

Đơn vị:

HƯỚNG DẪN ĐIỀN THÔNG TIN

Cột (1): Ghi số thứ tự PNMT đến cơ sở đăng ký quản lý thai.

Cột (2): Điền ngày PNMT đến cơ sở đăng ký quản lý thai.

Cột (3): Điền đầy đủ họ tên hoặc mã số (trường hợp không đồng ý ghi tên) của PNMT đến cơ sở đăng ký quản lý thai.

Cột (4): Ghi tuổi thai nhi tại thời điểm PNMT đến đăng ký quản lý thai.

Cột (5): Nếu có thực hiện tư vấn cho PNMT thì ghi "C", nếu không thì ghi "K".

Cột (6): Nếu kết quả âm tính ghi (-), dương tính ghi (+).

Cột (7): Nếu kết quả âm tính ghi (-), dương tính ghi (+), không xác định ghi KXD.

Cột (8): Nếu PNMT quay lại nhận kết quả xét nghiệm ghi "C", không quay lại ghi "K".

Cột (9): Nếu có thực hiện tư vấn cho PNMT thì ghi "C", nếu không thì ghi "K".

Cột (10): Điền ngày PNMT được giới thiệu đến cơ sở y tế khác để được theo dõi, chăm sóc.

Cột (11): Ghi tên cơ sở y tế mà PNMT được giới thiệu đến

SỞ Y TẾ

**SỔ THEO DÕI
CHƯƠNG TRÌNH DỰ PHÒNG LÂY TRUYỀN
HIV TỪ MẸ SANG CON**

(dành cho cơ sở sản khoa)

Đơn vị:

HƯỚNG DẪN ĐIỀN THÔNG TIN

- Cột (1):** Ghi số thứ tự PNMT đăng ký tham gia chương trình.
- Cột (2):** Ghi đầy đủ họ tên của PNMT đến đăng ký tham gia chương trình.
- Cột (3):** Ghi rõ địa chỉ và số điện thoại liên lạc nơi PNMT đăng ký thường trú hay tạm trú dài hạn.
- Cột (4):** Ghi mã số của PNMT tham gia chương trình theo quy định.
- Cột (5):** Ghi ngày PNMT đăng ký tham gia chương trình.
- Cột (6):** Ghi đầy đủ tên thuốc, liều lượng các thuốc trong phác đồ, ngày bắt đầu dùng và ngày kết thúc, tác dụng phụ của thuốc nếu có.
- Cột (7):** Ghi rõ phác đồ sử dụng, thời điểm bắt đầu sử dụng sau sinh, liều lượng đã dùng cho đến khi chuyển trẻ đến cơ sở nhi khoa.
- Cột (8):** Ghi rõ loại sữa cấp, trọng lượng hộp sữa và số hộp sữa đã cấp cho trẻ.
- Cột (9):** Ghi chính xác tên cơ sở y tế mà bà mẹ được chuyển đến để tiếp tục được theo dõi chăm sóc về HIV/AIDS
- Cột (10):** Ghi chính xác tên cơ sở y tế mà trẻ phơi nhiễm được chuyển đến để tiếp tục được theo dõi chăm sóc về HIV/AIDS.
- Cột (11):** Dùng để ghi chú những vấn đề cần thiết trong quá trình theo dõi PNMT và trẻ phơi nhiễm tại cơ sở

SỞ Y TẾ

**SỔ QUẢN LÝ VÀ THEO DÕI
TRẺ PHƠI NHIỄM HIV**

(dành cho cơ sở nhi khoa)

Đơn vị:

HƯỚNG DẪN ĐIỀN THÔNG TIN

- Cột (1): Điền số thứ tự trẻ phơi nhiễm đến đăng ký quản lý tại cơ sở y tế.
- Cột (2): Điền đầy đủ họ tên trẻ phơi nhiễm.
- Cột (3): Ghi số hồ sơ trên bệnh án ngoại trú của trẻ được quản lý tại cơ sở y tế.
- Cột (4): Điền tên mẹ, địa chỉ và số điện thoại nơi bà mẹ đăng ký thường trú hoặc tạm trú dài hạn.
- Cột (5): Ghi ngày trẻ bắt đầu đến đăng ký tại cơ sở y tế để được chăm sóc theo dõi cùng với tuổi của trẻ (tháng tuổi)
- Cột (6): Điền tên cơ sở y tế đã giới thiệu trẻ đến để được tiếp tục theo dõi và chăm sóc.
- Cột (7): Ghi rõ phác đồ ARV dùng cho bà mẹ (đang điều trị ARV, dự phòng LTMC trong khi mang thai, dự phòng LTMC khi chuyển dạ)
- Cột (8): Ghi rõ phác đồ ARV dùng điều trị PLTMC cho trẻ.
- Cột (9) – (11): Ghi thời gian bắt đầu nuôi dưỡng trẻ theo chế độ nuôi dưỡng mà bà mẹ chọn lựa và cột tương ứng.
- Cột (12): Ghi rõ liều lượng theo cân nặng và ngày bắt đầu dự phòng cho trẻ.
- Cột (13): Điền ngày trẻ được tiến hành làm xét nghiệm kháng thể kháng định (Chú ý: xét nghiệm kháng thể kháng định được thực hiện khi trẻ 18 tháng tuổi).
- Cột (14): Điền kết quả và ngày trả lời kết quả xét nghiệm kháng thể kháng định.
- Cột (15): Điền ngày trẻ được tiến hành làm xét nghiệm PCR lần thứ nhất.
- Cột (16): Điền phương pháp xét nghiệm, kết quả xét nghiệm và ngày trả lời kết quả xét nghiệm PCR lần thứ nhất.
- Cột (17): Điền ngày trẻ được tiến hành làm xét nghiệm PCR lần thứ hai.
- Cột (18): Điền phương pháp xét nghiệm, kết quả xét nghiệm và ngày trả lời kết quả xét nghiệm PCR lần thứ hai.
- Cột (19): Điền các ghi chú khác liên quan đến quá trình theo dõi trẻ tại cơ sở.

Số TT	Thông tin chung về trẻ					Tiền sử dùng ARV của mẹ	Tiền sử dùng ARV của con	Chế độ nuôi dưỡng trẻ			Dự phòng Cotrimoxazole (ngày bắt đầu, liều lượng)	Xét nghiệm kháng thể ELISA		Xét nghiệm PCR lần 1		Xét nghiệm PCR lần 2		Ghi chú	
	Họ và tên	Số hồ sơ bệnh án	Địa chỉ/số điện thoại	Ngày đăng ký/tháng/tuổi	Nơi chuyển			Sữa mẹ hoàn toàn	Sữa thay thế từ tháng thứ	Thực phẩm nuôi dưỡng khác từ tháng thứ		Ngày làm xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Ngày làm xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm	Ngày làm xét nghiệm	Kết quả xét nghiệm		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	

BỘ Y TẾ

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 06/2007/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 19 tháng 01 năm 2007

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy chế truyền máu

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

- Căn cứ Luật Dược ban hành ngày 14/6/2005 và Nghị định số 79/2006/NĐ - CP ngày 09/8/2006 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Dược;
- Căn cứ Nghị định 49/ 2003/ NĐ - CP ngày 15/ 5/ 2003 của Chính phủ quy định về chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
- Theo đề nghị của Ông Vụ trưởng Vụ Điều trị - Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Quy chế Truyền máu”.

Điều 2. “Quy chế Truyền máu” được áp dụng trong các cơ sở y tế công lập và ngoài công lập.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày kể từ ngày đăng công báo; bãi bỏ Quyết định số 937/BYT-QĐ ngày 04/9/1992 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành “Điều lệnh truyền máu”.

Điều 4. Các Ông, Bà: Chánh Văn phòng, Vụ trưởng Vụ Điều trị, Chánh Thanh tra, Vụ trưởng các Vụ, Cục trưởng các Cục thuộc Bộ Y tế, Giám đốc các bệnh viện và Viện trưởng các Viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương và Thủ trưởng y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

BỘ TRƯỞNG

Trần Thị Trung Chiến

QUY CHẾ TRUYỀN MÁU
(Ban hành kèm theo Quyết định số 06 /2007/QĐ-BYT ngày 19/01/2007
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Chương I
QUY ĐỊNH CHUNG

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh

Quy chế này quy định về các hoạt động chuyên môn trong truyền máu, bao gồm: Tuyển chọn người hiến máu, thu gom máu và các thành phần máu, xét nghiệm, điều chế, bảo quản, vận chuyển, dự trữ, cung cấp, sử dụng máu và chế phẩm máu, truyền máu tự thân, xử lý các tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu.

Điều 2. Đối tượng áp dụng

Quy chế này áp dụng đối với các tổ chức, cá nhân Việt Nam và các tổ chức, cá nhân nước ngoài tại Việt Nam có các hoạt động chuyên môn về truyền máu.

Điều 3. Giải thích từ ngữ

Trong Quy chế này, các từ ngữ dưới đây được hiểu như sau:

1. *Người hiến máu* là người khỏe mạnh, có đủ điều kiện theo quy định và tự nguyện hiến máu toàn phần hoặc một số thành phần của máu.
2. *Cơ sở truyền máu* là cơ sở y tế độc lập hoặc đơn vị trong viện, bệnh viện, có chức năng thực hiện một hoặc nhiều hoạt động chuyên môn thuộc phạm vi điều chỉnh quy định tại Điều 1 của Quy chế này.
3. *Cơ sở thu gom máu* là cơ sở truyền máu có chức năng thực hiện hoạt động thu gom máu, các thành phần máu.
4. *Cơ sở điều chế các chế phẩm máu* là cơ sở truyền máu có chức năng thực hiện hoạt động điều chế các chế phẩm máu.
5. *Cơ sở cung cấp máu* là cơ sở truyền máu có chức năng cung cấp máu và các chế phẩm máu cho các cơ sở điều trị sử dụng máu. Cơ sở cung cấp máu bao gồm cơ sở độc lập hoặc cơ sở trực thuộc viện, bệnh viện.
6. *Cơ sở điều trị sử dụng máu* là cơ sở y tế điều trị người bệnh có thực hiện hoạt động truyền máu lâm sàng.
7. *Truyền máu lâm sàng* là các hoạt động liên quan đến việc đưa máu và các chế phẩm máu vào mạch máu của người nhận.
8. *Máu toàn phần* là máu được lấy từ mạch máu của người, bao gồm tất cả các các loại tế bào và thành phần huyết tương.
9. *Chế phẩm máu* là các sản phẩm có chứa một hoặc nhiều thành phần máu.
10. *Điều chế các chế phẩm máu* là việc sử dụng các kỹ thuật để tạo ra các chế phẩm máu từ máu toàn phần hoặc trực tiếp từ người hiến máu.
 - a) *Điều chế trong hệ thống hở* là việc điều chế có thực hiện cắt, nối giữa túi đựng máu toàn phần và túi đựng chế phẩm máu;
 - b) *Điều chế trong hệ thống kín* là việc điều chế có sử dụng các bộ túi gồm nhiều túi gắn sẵn với nhau hoặc sử dụng thiết bị cắt nối tự động vô trùng;
 - c) *Gạn tách (apheresis) thành phần máu* là việc lấy một hoặc nhiều thành phần máu trực tiếp từ người hiến máu bằng kỹ thuật thủ công hoặc tự động.
11. *Các chế phẩm hồng cầu*
 - a) *Khối hồng cầu* (hoặc *hồng cầu lắng*) là phần còn lại của máu toàn phần đã tách huyết tương;
 - b) *Khối hồng cầu đậm đặc* là khối hồng cầu không bổ sung thêm dung dịch khác;
 - c) *Khối hồng cầu có dung dịch bảo quản* là khối hồng cầu có bổ sung dung dịch bảo quản;

- d) *Khối hồng cầu giảm bạch cầu* là khối hồng cầu được loại bỏ bớt bạch cầu;
- đ) *Khối hồng cầu lọc bạch cầu* là khối hồng cầu được loại bỏ bạch cầu bằng bộ lọc bạch cầu;
- e) *Khối hồng cầu rửa* là khối hồng cầu được loại bỏ phần lớn huyết tương bằng cách rửa nhiều lần với dung dịch muối NaCl đẳng trương, sau đó pha loãng trong dung dịch muối NaCl đẳng trương hoặc dung dịch bảo quản hoặc huyết tương thích hợp;
- g) *Khối hồng cầu đông lạnh* là khối hồng cầu bảo quản ở trạng thái đông lạnh;
- h) *Khối hồng cầu chiếu xạ* là khối hồng cầu được chiếu xạ tia gamma bất hoạt các bạch cầu lympho.
12. *Các chế phẩm tiểu cầu*
- a) *Huyết tương giàu tiểu cầu* là chế phẩm huyết tương chứa nhiều tiểu cầu tách từ máu toàn phần;
- b) *Khối tiểu cầu* là chế phẩm tiểu cầu đậm đặc;
- c) *Khối tiểu cầu gan tách (apheresis)* là khối tiểu cầu được gan tách trực tiếp từ người hiến máu;
- d) *Khối tiểu cầu giảm bạch cầu* là khối tiểu cầu được loại bỏ bớt bạch cầu;
- đ) *Khối tiểu cầu lọc bạch cầu* là khối tiểu cầu được loại bỏ bạch cầu bằng bộ lọc bạch cầu;
- e) *Khối tiểu cầu rửa* là khối tiểu cầu được loại bỏ huyết tương bằng cách rửa nhiều lần với dung dịch muối NaCl đẳng trương, sau đó pha loãng trong dung dịch bảo quản hoặc huyết tương phù hợp;
- g) *Khối tiểu cầu chiếu xạ* là khối tiểu cầu được chiếu xạ tia gamma bất hoạt các bạch cầu lympho.
13. *Khối bạch cầu hạt* là khối bạch cầu được điều chế từ nhiều đơn vị máu toàn phần hoặc bằng gan tách trực tiếp từ người hiến máu.
14. *Các chế phẩm huyết tương*
- a) *Huyết tương* là phần dung dịch không chứa các tế bào máu, được điều chế từ đơn vị máu toàn phần hoặc lấy trực tiếp từ người cho bằng gan tách;
- b) *Huyết tương đông lạnh* là huyết tương được làm đông lạnh và bảo quản ở nhiệt độ thấp hơn -18°C;
- c) *Huyết tương tươi* là huyết tương được điều chế từ máu toàn phần tốt nhất trong 06 giờ và tối đa không quá 18 giờ kể từ sau khi lấy máu. Nếu để máu toàn phần trong thiết bị chuyên dụng ở nhiệt độ từ 20 - 24°C, có thể điều chế huyết tương tươi tối đa trong thời gian 24 giờ kể từ sau khi lấy máu từ người hiến máu;
- d) *Huyết tương tươi đông lạnh* là huyết tương tươi được làm đông lạnh và bảo quản ở nhiệt độ đông lạnh thấp hơn -18°C;
- đ) *Tủa lạnh (giàu yếu tố VIII)* là chế phẩm gồm phần tủa hình thành trong quá trình tan đông chậm huyết tương tươi đông lạnh ở nhiệt độ thấp.
15. *Pool* là các chế phẩm cùng loại và cùng nhóm máu được trộn cùng trong một túi chế phẩm để đảm bảo đủ liều điều trị.
16. *Hạn dùng* là khoảng thời gian tối đa mà các chế phẩm được phép sử dụng cho người bệnh khi bảo quản ở điều kiện phù hợp theo quy định.
17. *Nhiệt độ bảo quản* là nhiệt độ duy trì trong khoang chứa của thiết bị bảo quản máu và chế phẩm.
18. *Nhiệt độ phòng* là nhiệt độ ở phòng làm việc có sử dụng hệ thống điều hoà nhiệt độ duy trì trong khoảng từ 18 - 24°C.
19. *Truyền máu tự thân theo kế hoạch* là việc lấy máu người bệnh theo kế hoạch để điều chế, bảo quản và truyền lại cho chính người bệnh đó.
20. *Pha loãng máu đẳng tích* là việc lấy máu, bù lượng dịch tương đương cho người bệnh và truyền trả lại đơn vị máu cho chính người bệnh đó trong phẫu thuật.
21. *Truyền máu hoàn hồi* là việc lấy máu người bệnh từ vùng phẫu thuật, xử lý và truyền trả lại cho chính người bệnh đó.

Điều 4. Nguyên tắc hoạt động truyền máu

1. Vì mục đích nhân đạo, không vì mục đích lợi nhuận.
2. Tự nguyện đối với người hiến máu.
3. Chỉ sử dụng máu và các chế phẩm máu vào việc chữa bệnh, giảng dạy, nghiên cứu khoa học.
4. Giữ bí mật về các thông tin có liên quan đến người hiến, người nhận máu và chế phẩm máu.
5. Bảo đảm an toàn đối với người hiến, người được truyền máu, chế phẩm máu và nhân viên y tế có liên quan đến truyền máu.
6. Truyền máu theo nhu cầu hợp lý đối với từng người bệnh.

Điều 5. Các hành vi bị cấm

1. Ép buộc người khác phải hiến máu, chế phẩm máu.
2. Không thực hiện theo đúng các quy định tại Quy chế này.

Chương II TUYỂN CHỌN NGƯỜI HIẾN MÁU VÀ THU GOM MÁU

Mục 1 TUYỂN CHỌN NGƯỜI HIẾN MÁU

Điều 6. Điều kiện đối với người hiến máu

1. Người hiến máu phải có giấy chứng minh nhân dân, hộ chiếu, giấy chứng minh của quân đội, công an.
2. Có trả lời Bảng hỏi tình trạng sức khỏe người hiến máu và cam kết tự nguyện hiến máu (theo Mẫu số 1).
3. Tuổi:
 - a) Nam từ 18 - 60 tuổi;
 - b) Nữ từ 18 - 55 tuổi.
4. Trọng lượng cơ thể và thể tích máu lấy mỗi lượt đối với cả hai giới:
 - a) Hiến máu toàn phần:
 - + Người hiến máu phải có trọng lượng cơ thể ít nhất là 45 kg;
 - + Thể tích máu mỗi lượt hiến máu lấy không quá 09 ml/kg cân nặng và không được quá 450 ml máu toàn phần.
 - b) Hiến các thành phần máu bằng gạn tách:

Người hiến máu phải có trọng lượng cơ thể ít nhất là 50 kg và hiến mỗi lượt không quá 500 ml tổng các loại thành phần (huyết tương, tiểu cầu, bạch cầu, hồng cầu, tế bào gốc).
5. Tiêu chuẩn sức khỏe:
 - a) Tiền sử: Không mắc các bệnh mạn tính của các cơ quan hô hấp, tuần hoàn, tiết niệu, tiêu hoá, tâm thần kinh; không mắc các bệnh lây truyền qua đường máu, quan hệ tình dục;
 - b) Lâm sàng:
 - Người hiến máu có tình trạng khỏe mạnh, tinh táo, tiếp xúc tốt, không có các biểu hiện bất thường bệnh lý cấp tính và mạn tính.
 - Huyết áp:
 - + Huyết áp tối đa: 100 - 140 mm Hg;
 - + Huyết áp tối thiểu: 60 - 90 mm Hg.
 - Tần số tim đều: 60 - 90 lần/phút;
 - Không có các biểu hiện sau:
 - + Sút cân nhanh (trên 10% trọng lượng cơ thể trong 06 tháng);
 - + Hoa mắt, chóng mặt;
 - + Vã mồ hôi trộm;
 - + Hạch to;
 - + Sốt;
 - + Phù;
 - + Ho, khó thở;
 - + Ía chảy;
 - + Xuất huyết các loại;
 - + Xuất hiện các tổn thương bất thường trên da.
 - b) Một số chỉ số sinh học và xét nghiệm trước khi hiến máu:
 - Nồng độ hemoglobin:
 - + Phải đạt ít nhất là 120 g/l đối với cả hai giới;
 - + Người hiến 450 ml máu toàn phần phải có nồng độ hemoglobin ít nhất là 125 g/l;

- Nồng độ protein trong máu: Người hiến huyết tương bằng gan tách phải có nồng độ protein huyết thanh trong giới hạn sinh lý bình thường và phải xét nghiệm lại ít nhất 4 tháng một lần;
- Số lượng tiểu cầu: Người hiến tiểu cầu, bạch cầu hạt, bạch cầu đơn nhân, tế bào gốc bằng gan tách phải có số lượng tiểu cầu ít nhất là $200 \times 10^9/l$;
- Xét nghiệm sàng lọc nhanh HBsAg cho kết quả âm tính đối với người hiến máu lần đầu tại những khu vực có tỷ lệ người khỏe mang virus viêm gan B cao.

Điều 7. Những người không được hiến máu

1. Những người sau đây không được hiến máu

- a) Người nghiện ma túy, nghiện rượu;
- b) Người đã hoặc đang sử dụng thuốc Etretinate;
- c) Người tàn tật.

2. Không được hiến máu trong 12 tháng đối với những người sau:

- a) Người được phẫu thuật;
- b) Người mắc sốt rét và đang điều trị bệnh sốt rét;
- c) Người tiêm vaccin phòng và điều trị bệnh dại;
- d) Phụ nữ đang trong thời gian mang thai hoặc nuôi con nhỏ dưới 12 tháng tuổi;
- đ) Người được truyền máu và sản phẩm máu, được miễn dịch bằng các chế phẩm điều chế từ máu;
- e) Người đến từ các vùng, quốc gia có dịch bệnh có thể lây truyền qua đường máu.

3. Không được hiến máu trong 06 tháng đối với những người hiến máu, kể từ khi:

- a) Xăm trổ trên da, bấm dái tai, bấm mũi, rốn hoặc các vị trí khác của cơ thể;
- b) Phơi nhiễm với máu và dịch cơ thể từ người có nguy cơ hoặc đã nhiễm các bệnh truyền qua đường máu;
- c) Đã có quan hệ tình dục không an toàn với người tiêm chích ma túy, với người mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục và đường máu, với người có quan hệ tình dục đồng giới.

4. Không được hiến máu trong 03 tháng đối với những người tiêm vaccin phòng các bệnh (trừ tiêm vaccin bệnh dại theo Điểm c Khoản 2 Điều 7);

5. Không được hiến máu trong 07 ngày đối với những người sử dụng Aspirin hoặc trong thành phần thuốc có Aspirin, riêng đối với hiến máu bằng gan tách tiểu cầu thì những trường hợp này phải tạm hoãn trong 10 ngày kể từ khi ngừng thuốc;

6. Các trường hợp khác:

- a) Người có vùng da dự định lấy máu tĩnh mạch bị tổn thương, xây xát, nhiễm trùng: Không được hiến máu khi chưa điều trị khỏi các tổn thương đó;
- b) Người sử dụng các thuốc hoặc trong thành phần thuốc có hoạt chất nguy cơ gây đột biến di truyền, gồm:
 - + Finasteride, Tretinoin, Isotretinoin: Không được hiến máu ít nhất trong 01 tháng sau khi ngừng sử dụng thuốc;
 - + Acitretin: Không được hiến máu ít nhất trong 03 năm sau khi ngừng sử dụng thuốc;
- c) Người sử dụng các loại thuốc khác do bác sĩ xem xét, cân nhắc khi khám tuyển người hiến máu.

Điều 8. Khoảng cách giữa các lần hiến máu và các chế phẩm máu

1. Hiến máu toàn phần: Khoảng cách ít nhất giữa các lần hiến là 12 tuần. Trong một năm, mỗi người hiến không quá 04 đơn vị máu toàn phần.

2. Hiến các thành phần máu và huyết tương:

- a) Hiến huyết tương: Khoảng cách giữa các lần lấy huyết tương ít nhất là 02 tuần;
- b) Hiến tiểu cầu: Khoảng cách ít nhất giữa các lần hiến tiểu cầu là 04 tuần;
- c) Hiến bạch cầu hạt trung tính và tế bào gốc từ máu ngoại vi: Tối đa không quá 03 lần trong một tuần;
Người khỏe mạnh có thể hiến một hoặc nhiều loại thành phần máu khác nhau, tuy nhiên mỗi người hiến không quá 24 lần trong mỗi năm.

3. Nếu không thể truyền trả lại khối hồng cầu cho người được gan tách thành phần máu thì phải xác định người đó là đã hiến máu toàn phần khi xem xét khoảng cách ít nhất cho lần hiến sau.

4. Nếu lấy xen kẽ máu toàn phần và các chế phẩm ở cùng một người hiến máu thì khoảng cách tối thiểu giữa các lần hiến được xem xét theo khoảng cách của loại chế phẩm đã hiến lần gần nhất.

Mục 2

QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM CỦA NGƯỜI HIẾN MÁU

Điều 9. Quyền lợi của người hiến máu

1. Được cung cấp thông tin về nguy cơ lây truyền virút viêm gan, HIV và các bệnh lây truyền khác từ người hiến máu sang người nhận máu, được chỉ dẫn các dấu hiệu và triệu chứng của các bệnh lây truyền qua đường truyền máu;
2. Được giải thích về quy trình lấy máu, các biểu hiện không mong muốn có thể xảy ra, các xét nghiệm sẽ thực hiện trước và sau khi hiến máu;
3. Được thông báo và bảo đảm bí mật về kết quả khám lâm sàng, kết quả xét nghiệm; được hướng dẫn cách tự chăm sóc sức khỏe; tư vấn về các bệnh mới phát hiện sau khi khám sức khỏe và hiến máu;
4. Được chăm sóc, điều trị miễn phí khi có các tác dụng không mong muốn xảy ra trong và ngay sau hiến máu;
5. Được tôn vinh, khen thưởng và hưởng các quyền lợi khác về tinh thần, vật chất theo quy định của pháp luật.

Điều 10. Trách nhiệm của người hiến máu

1. Trả lời trung thực về tình trạng sức khỏe và chịu trách nhiệm về nội dung trả lời của mình.
2. Ký xác nhận đã hiểu rõ các thông tin và tự nguyện hiến máu, sau khi được giải thích và hướng dẫn theo quy định tại Điều 9 của Quy chế này.
3. Tự giác không cho máu nếu xét thấy bản thân không đủ điều kiện hiến máu theo quy định tại Quy chế này.
4. Phải báo ngay cho cơ sở thu gom máu về sự không an toàn của đơn vị máu vừa cho, nếu tự xét thấy bản thân có nguy cơ mắc bệnh viêm gan, nhiễm HIV và các bệnh lây truyền khác.
5. Không lợi dụng việc hiến máu để kiểm tra sức khỏe cá nhân.

Điều 11. Trách nhiệm bảo đảm quyền lợi của người hiến máu

Cơ sở thu gom máu có trách nhiệm:

1. Bảo đảm các quyền lợi của người hiến máu theo quy định tại Điều 9 của Quy chế này.
2. Chịu trách nhiệm phòng ngừa và xử trí các tai biến trong và sau khi lấy máu ở người hiến máu.
 - a) Trang bị đủ thuốc và trang thiết bị y tế cần thiết để bảo đảm cấp cứu khi có tai biến xảy ra.
 - b) Nhân viên chịu trách nhiệm xử lý các tai biến lấy máu phải được đào tạo, huấn luyện và có đủ khả năng thực hiện nhiệm vụ được giao.

Mục 3

LẤY MÁU

Điều 12. Yêu cầu trước khi lấy máu

1. Phải hướng dẫn, giải thích, giúp người hiến máu hiểu rõ và trả lời chính xác Bảng hỏi tình trạng sức khỏe người hiến máu (theo Mẫu số 1).
2. Phải tổ chức khám sức khỏe và xét nghiệm để bảo đảm thực hiện theo đúng quy định tại Điều 6, Điều 7, Điều 8 của Quy chế này.

Điều 13. Yêu cầu về lấy máu

1. Việc lấy máu phải bảo đảm vô trùng, hạn chế tổn thương tổ chức.
2. Lượng máu lấy phải phù hợp với lượng dung dịch chống đông có sẵn theo quy định của nhà sản xuất túi đựng máu; phải trộn đều máu và dung dịch chống đông; thể tích máu thực tế đã lấy phải được ghi trên nhãn túi máu. Nếu lượng máu lấy ít hoặc nhiều hơn 10% so với quy định cho mỗi loại túi đựng thì phải ghi rõ trên nhãn và không sử dụng để điều chế sản phẩm máu.

Điều 14. Yêu cầu về lấy mẫu máu xét nghiệm

Các mẫu máu dùng cho các xét nghiệm theo quy định tại Điều 17, Điều 19 phải được lấy cùng thời điểm lấy máu hoặc chế phẩm máu, được ghi nhãn rõ ràng và chuyển đến nơi làm xét nghiệm sàng lọc.

Điều 15. Yêu cầu về bảo quản sau khi lấy máu

Các đơn vị máu phải được bảo quản ngay sau lấy máu theo các yêu cầu sau:

1. Đơn vị máu toàn phần không sử dụng để điều chế phải được bảo quản ở nhiệt độ từ 2-6°C.
2. Đơn vị máu toàn phần dùng để điều chế khối tiểu cầu, khối bạch cầu phải được bảo quản ở điều kiện nhiệt độ từ 20 - 24°C.

Chương III

XÉT NGHIỆM CÁC ĐƠN VỊ MÁU

Mục 1

CÁC XÉT NGHIỆM BẢO ĐẢM AN TOÀN TRUYỀN MÁU

Điều 16. Chọn lựa sinh phẩm sử dụng trong xét nghiệm bảo đảm an toàn truyền máu

Phải sử dụng các thuốc thử, sinh phẩm, dụng cụ, trang thiết bị đã được Bộ Y tế cho phép lưu hành. Chỉ sử dụng các thuốc thử, sinh phẩm trong hạn sử dụng.

Điều 17. Các xét nghiệm phải thực hiện đối với mỗi đơn vị máu và chế phẩm máu

1. Các đơn vị máu toàn phần hoặc chế phẩm máu thu được bằng gạn tách phải được thực hiện các xét nghiệm bắt buộc sau: Định nhóm máu ABO, Rh(D), xét nghiệm sàng lọc HIV, viêm gan virút B, viêm gan virút C, giang mai, sốt rét.
2. Các xét nghiệm quy định tại Khoản 1 Điều này phải bảo đảm theo yêu cầu sau:
 - a) Định nhóm hồng cầu ABO: Phải định nhóm bằng huyết thanh mẫu và hồng cầu mẫu;
 - b) Định nhóm hồng cầu Rh(D);
 - c) Xét nghiệm sàng lọc HIV: Phải thực hiện xét nghiệm sàng lọc kháng thể chống HIV 1 và HIV 2 bằng kỹ thuật có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương hoặc cao hơn kỹ thuật ELISA;
 - d) Xét nghiệm sàng lọc viêm gan virút B: Phải thực hiện xét nghiệm sàng lọc HBsAg bằng kỹ thuật có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương hoặc cao hơn kỹ thuật ELISA. Các đơn vị máu lấy từ người hiến máu đã xét nghiệm sàng lọc nhanh viêm gan B trước khi hiến máu vẫn phải thực hiện xét nghiệm sàng lọc này.
 - đ) Xét nghiệm sàng lọc viêm gan virút C: Phải thực hiện xét nghiệm sàng lọc kháng thể chống HCV bằng kỹ thuật có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương hoặc cao hơn kỹ thuật ELISA;
 - e) Xét nghiệm sàng lọc giang mai: Phải thực hiện xét nghiệm sàng lọc giang mai bằng kỹ thuật có độ nhạy và độ đặc hiệu tương đương hoặc cao hơn kỹ thuật VDRL.
 - g) Xét nghiệm sàng lọc sốt rét: Phải thực hiện xét nghiệm sàng lọc sốt rét bằng kỹ thuật có độ nhạy tương đương kỹ thuật tìm ký sinh trùng sốt rét trên tiêu bản giọt đặc đọc bằng kính hiển vi quang học hoặc bằng kỹ thuật nhạy hơn.
3. Không được sử dụng kết quả xét nghiệm sàng lọc của các mẫu máu lấy từ người hiến máu ở thời điểm khác với thời điểm lấy máu.

Điều 18. Xử lý các đơn vị máu và chế phẩm máu không đạt tiêu chuẩn xét nghiệm

Các đơn vị máu và chế phẩm máu có liên quan đến các đơn vị máu không đạt tiêu chuẩn xét nghiệm phải được hủy bỏ theo quy định của pháp luật về xử lý chất thải y tế.

Điều 19. Một số xét nghiệm bổ sung

Các cơ sở truyền máu có đủ điều kiện kỹ thuật hoặc khi cần truyền máu trong một số tình trạng bệnh lý đặc biệt có thể thực hiện các xét nghiệm bổ sung theo đề nghị của cơ sở truyền máu đó và được cơ quan quản lý cấp trên trực tiếp chấp thuận bằng văn bản.

1. Các xét nghiệm bổ sung gồm:
 - a) Xét nghiệm sàng lọc các kháng thể bất thường.
 - b) Xét nghiệm men gan Alanin Aminotransferase.
 - c) Xét nghiệm sàng lọc các bệnh lây qua đường truyền máu: xét nghiệm Nucleic Acid Test (NAT) sàng lọc HBV, HCV, HIV; kháng thể HBc IgM, kháng thể CMV IgM, kháng thể HTLV-I và HTLV-II, Parvovirus B19, ...
2. Các đơn vị máu và chế phẩm máu có liên quan đến các xét nghiệm bổ sung không đạt tiêu chuẩn phải được xử lý theo quy định tại Điều 18 của Quy chế này.

Mục 2

LƯU GIỮ MẪU HUYẾT THANH CỦA NGƯỜI HIỆN MÁU

Điều 20. Thời gian lưu giữ mẫu huyết thanh

Mẫu huyết thanh của người hiến máu phải được lưu giữ tại cơ sở thu gom máu trong 2 năm kể từ khi lấy máu. Đối với đơn vị máu và chế phẩm máu có thời hạn sử dụng dài hơn 1 năm thì thời gian lưu giữ mẫu huyết thanh phải kéo dài thêm tối thiểu là 1 năm tính từ thời điểm hết hạn tối đa sử dụng đơn vị máu và chế phẩm máu đó.

Điều 21. Điều kiện lưu giữ

1. Phải được làm đông lạnh và bảo quản ở nhiệt độ thấp hơn -18°C các mẫu huyết thanh được tách từ cùng mẫu máu dùng để xét nghiệm sàng lọc các đơn vị máu.
2. Mẫu huyết thanh lưu giữ phải được quản lý, bảo quản và tiêu huỷ bảo đảm an toàn, dễ dàng tra cứu và kiểm soát.

Chương IV

TRÁCH NHIỆM CỦA CƠ SỞ THU GOM MÁU VÀ CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ SỬ DỤNG MÁU KHI PHÁT HIỆN ĐƠN VỊ MÁU HIỆN BỊ NHIỄM HIV

Điều 22. Trách nhiệm của cơ sở thu gom máu

1. Khi đơn vị máu có xét nghiệm sàng lọc HIV dương tính, cơ sở thu gom máu phải gửi mẫu đơn vị máu đó kiểm tra tại cơ sở xét nghiệm được Bộ Y tế công nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính.
2. Sau khi được cơ sở xét nghiệm thông báo kết quả xét nghiệm khẳng định HIV dương tính, cơ sở thu gom máu phải thực hiện ngay các yêu cầu sau đây:
 - a) Gửi mẫu huyết thanh của lần lấy máu trước gần nhất của chính người hiến máu đó, để kiểm tra tại cơ sở xét nghiệm được Bộ Y tế công nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính; nếu kết quả khẳng định dương tính thì tiếp tục kiểm tra lại mẫu lấy ở lần hiến trước đó;
 - b) Lập danh sách các đơn vị máu và chế phẩm máu có liên quan đến người hiến bị nhiễm HIV từ các lần hiến trước đó (lần hiến máu gần nhất và các lần hiến trong 06 tháng trước lần có kết quả sàng lọc dương tính) và thông báo kịp thời cho các cơ sở điều trị đã nhận đơn vị máu và chế phẩm máu đó;
 - c) Ghi kết quả xét nghiệm HIV dương tính vào hồ sơ người hiến máu, giới thiệu người nhiễm HIV đến các Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS hoặc Trung tâm y tế dự phòng ở địa phương để được tiếp tục tư vấn, quản lý, hướng dẫn chăm sóc sức khoẻ theo quy định hiện hành;
 - d) Báo cáo cơ quan quản lý cấp trên theo quy định hiện hành.

Điều 23. Trách nhiệm của cơ sở điều trị sử dụng máu và chế phẩm máu

Khi nhận được thông báo của cơ sở truyền máu về danh sách các đơn vị máu và chế phẩm máu có liên quan đến người hiến bị nhiễm HIV, cơ sở điều trị phải thực hiện ngay các yêu cầu sau đây:

1. Máu và chế phẩm liên quan chưa sử dụng: Huỷ ngay sau khi nhận thông báo theo quy định tại Điều 18 của Quy chế này.
2. Lập danh sách người bệnh nhận đơn vị máu và chế phẩm có liên quan đến người hiến bị nhiễm HIV.
3. Giới thiệu người bệnh đó đến Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS hoặc Trung tâm y tế dự phòng ở địa phương để được tư vấn, xét nghiệm khẳng định và hướng dẫn chăm sóc sức khoẻ theo quy định hiện hành.

Chương V

ĐIỀU CHẾ, BẢO QUẢN, VẬN CHUYỂN MÁU VÀ CÁC CHẾ PHẨM MÁU

Điều 24. Điều kiện thực hiện điều chế các chế phẩm máu

1. Các cơ sở điều chế các chế phẩm máu phải tuân thủ các nguyên tắc, tiêu chuẩn thực hành tốt sản xuất (GMP) hoặc các điều kiện do Bộ Y tế quy định đối với các cơ sở điều chế các chế phẩm máu.
2. Các cơ sở thành lập mới để điều chế các chế phẩm máu phải thực hiện ngay theo quy định tại Khoản 1 của Điều này. Các cơ sở đang điều chế các chế phẩm máu phải có kế hoạch triển khai để chậm nhất đến năm 2012 thực hiện được theo quy định tại Khoản 1 của Điều này.
3. Bộ Y tế thẩm định và cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện đối với cơ sở điều chế các chế phẩm máu.
4. Bộ Y tế thẩm định và cấp đăng ký cho các chế phẩm máu được sử dụng trong các cơ sở điều trị.

Điều 25. Máu toàn phần

1. Lượng hemoglobin không thấp hơn 10 g/100 ml máu toàn phần có chống đông.
2. Thể tích thực của đơn vị máu toàn phần phải trong khoảng thể tích quy định $\pm 10\%$.
3. Máu toàn phần phải bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C. Phải bảo quản máu toàn phần theo quy định tại Khoản 1 Điều 27 và Khoản 1 Điều 28 của Quy chế này khi điều chế các chế phẩm tiêu cầu, khối bạch cầu.
4. Máu toàn phần bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng theo quy định của nhà sản xuất túi lấy máu.
5. Máu toàn phần bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C trong dung dịch chống đông bằng Heparin có hạn dùng không quá 24 giờ kể từ khi lấy máu.
6. Máu toàn phần lọc bạch cầu điều chế trong hệ thống hở:
 - a) Bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không quá 24 giờ kể từ khi điều chế;
 - b) Bảo quản ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) có hạn dùng không quá 06 giờ kể từ khi điều chế.
7. Máu toàn phần lọc bạch cầu điều chế trong hệ thống kín và bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không thay đổi so với trước khi lọc bạch cầu.
8. Máu toàn phần chiếu xạ bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không quá 14 ngày kể từ khi chiếu xạ và không quá hạn so với trước khi được chiếu xạ.

Điều 26. Các chế phẩm hồng cầu

1. Tính theo điều chế từ 100 ml máu toàn phần, lượng hemoglobin trong khối hồng cầu cần đạt :
 - a) Khối hồng cầu đông lạnh có lượng hemoglobin không được thấp hơn 8,0 g;
 - b) Khối hồng cầu giảm bạch cầu, khối hồng cầu lọc bạch cầu, khối hồng cầu rửa có lượng hemoglobin không được thấp hơn 9,5 g;
 - c) Các loại khối hồng cầu khác có lượng hemoglobin không thấp hơn 10,0g.
2. Hematocrit của các loại khối hồng cầu không vượt quá 75%.
3. Khối hồng cầu đậm đặc bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng như máu toàn phần theo Khoản 4, Khoản 5, Khoản 6 Điều 25 của Quy chế này.
4. Khối hồng cầu có dung dịch bảo quản: Khi điều chế trong hệ thống kín, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng theo đề nghị của nhà sản xuất túi máu, nhưng không quá 42 ngày kể từ khi lấy máu.
5. Khối hồng cầu giảm bạch cầu bằng phương pháp ly tâm:
 - a) Phải loại bỏ trên 70% bạch cầu có trong đơn vị máu toàn phần ban đầu và số lượng bạch cầu tồn dư tối đa không quá $0,27 \times 10^9$ /thể tích khối hồng cầu điều chế từ 100 ml máu toàn phần;
 - b) Khi điều chế trong hệ thống kín, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng tương tự như trước khi giảm bạch cầu;
 - c) Khối hồng cầu giảm bạch cầu điều chế trong hệ thống hở, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không quá 24 giờ tính từ lúc điều chế; nếu bảo quản ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) có hạn dùng không quá 06 giờ tính từ khi điều chế.
6. Khối hồng cầu lọc bạch cầu:
 - a) Số lượng bạch cầu còn lại ít hơn $0,12 \times 10^6$ /thể tích khối hồng cầu điều chế từ 100 ml máu toàn phần;
 - b) Khi điều chế trong hệ thống kín, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C, có hạn dùng tương tự như trước khi lọc bạch cầu;
 - c) Khi điều chế trong hệ thống hở, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C, có hạn dùng không quá 24 giờ tính từ khi điều chế; nếu bảo quản ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) có hạn dùng không quá 06 giờ tính từ khi điều chế.
7. Khối hồng cầu rửa:
 - a) Khối hồng cầu rửa bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C, có hạn dùng không quá 24 giờ kể từ khi bắt đầu điều chế;
 - b) Khối hồng cầu rửa bảo quản ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) có hạn sử dụng không quá 06 giờ kể từ khi bắt đầu điều chế.
8. Khối hồng cầu đông lạnh: Có hạn sử dụng là 20 năm tính từ khi điều chế với điều kiện sau:
 - a) Đông lạnh trong 40% glycerol và bảo quản ở nhiệt độ thấp hơn -80°C;
 - b) Đông lạnh trong 20% glycerol và bảo quản ở nhiệt độ thấp hơn -120°C;

9. Khối hồng cầu đông lạnh, sau phá đông và loại bỏ glycerol:

Lượng hemoglobin tự do thấp hơn 0,2 g/đơn vị;

Điều chế trong hệ thống kín và bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không quá 2 tuần tính từ khi rửa;

Điều chế trong hệ thống hở và bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không quá 24 giờ tính từ khi rửa.

10. Khối hồng cầu chiếu xạ bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không quá 14 ngày kể từ khi chiếu xạ và không quá hạn dùng như khối hồng cầu trước khi chiếu xạ.

11. Máu toàn phần và các chế phẩm hồng cầu khi vận chuyển phải được bảo quản ở nhiệt độ từ 1 - 10°C. Khối hồng cầu đông lạnh khi vận chuyển phải duy trì nhiệt độ bảo quản theo quy định tại Khoản 8 Điều này.

Điều 27. Các chế phẩm tiểu cầu

1. Chế phẩm tiểu cầu (bao gồm khối tiểu cầu và huyết tương giàu tiểu cầu) phải điều chế từ máu toàn phần bảo quản ở nhiệt độ từ 20 - 24°C trước khi điều chế và không quá 24 giờ sau lấy máu.

2. Huyết tương giàu tiểu cầu: Có số lượng tiểu cầu tối thiểu là 14×10^9 tính theo điều chế từ 100 ml máu toàn phần.

a) Một đơn vị huyết tương giàu tiểu cầu truyền cho người bệnh là người lớn có số lượng tiểu cầu tối thiểu là 70×10^9 và với thể tích huyết tương không dưới 200 ml;

b) Huyết tương giàu tiểu cầu điều chế từ nhiều đơn vị máu có cùng nhóm máu và được trộn cùng trong một túi chế phẩm trước khi truyền hoặc được truyền riêng rẽ trong cùng một lượt truyền.

3. Khối tiểu cầu pool: Có số lượng tiểu cầu tối thiểu là 14×10^9 tính theo điều chế từ 100 ml máu toàn phần.

a) Một đơn vị khối tiểu cầu truyền cho người bệnh (là người lớn) có số lượng tiểu cầu tối thiểu là 140×10^9 với thể tích huyết tương không dưới 150 ml;

b) Khối tiểu cầu điều chế từ nhiều đơn vị máu được pool trước khi truyền hoặc được truyền riêng rẽ trong cùng một lượt truyền.

4. Khối tiểu cầu gan tách được điều chế từ một người cho: Số lượng tiểu cầu tối thiểu phải là 300×10^9 trong thể tích huyết tương không dưới 300 ml với mỗi lượt gan tách.

5. Khối tiểu cầu giảm bạch cầu: Có số bạch cầu thấp hơn $0,12 \times 10^9$ trong một đơn vị truyền.

6. Khối tiểu cầu lọc bạch cầu: Có số bạch cầu thấp hơn $0,5 \times 10^6$ trong một đơn vị truyền.

7. Khối tiểu cầu rửa: Được bảo quản ở nhiệt độ từ 20°C - 24°C, hạn sử dụng không quá 06 giờ kể từ khi bắt đầu điều chế.

8. Khối tiểu cầu chiếu xạ: Bảo quản và hạn dùng giống như khối tiểu cầu không chiếu xạ.

9. Điều kiện bảo quản và hạn dùng các chế phẩm tiểu cầu:

a) Điều chế trong hệ thống kín, đựng trong túi dẻo chuyên dùng đã được cấp đăng ký, bảo quản ở nhiệt độ từ 20 - 24°C kèm lắc liên tục có hạn dùng theo khuyến nghị của nhà sản xuất túi dẻo, nhưng không quá 05 ngày kể từ khi lấy máu;

b) Điều chế trong hệ thống hở, bảo quản ở nhiệt độ từ 20 - 24°C kèm lắc liên tục có hạn dùng không quá 24 giờ kể từ khi điều chế;

c) Bảo quản ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) không lắc, có hạn dùng không quá 12 giờ kể từ khi để ở điều kiện này và không quá hạn bảo quản chung.

d) Bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C, không lắc, có hạn dùng không quá 24 giờ kể từ khi điều chế;

đ) Phải duy trì pH trong khoảng từ 6,6 - 7,4 trong suốt thời gian bảo quản.

10. Khi truyền các chế phẩm tiểu cầu cho trẻ nhỏ và người bệnh có nguy cơ quá tải tuần hoàn, có thể giảm thể tích truyền bằng cách loại bỏ bớt huyết tương từ các khối tiểu cầu. Các chế phẩm tiểu cầu này có thời hạn bảo quản không quá 06 giờ tính từ khi loại bỏ bớt huyết tương.

11. Vận chuyển chế phẩm tiểu cầu:

a) Các chế phẩm tiểu cầu phải vận chuyển ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) hoặc ở nhiệt độ từ 20 - 24°C;

b) Nếu không duy trì lắc tiểu cầu trong vận chuyển, thời gian không lắc phải dưới 12 giờ.

Điều 28. Khối bạch cầu hạt

1. Khối bạch cầu hạt phải điều chế từ máu toàn phần bảo quản ở nhiệt độ từ 20 - 24°C và không quá 24 giờ kể từ khi lấy máu.

2. Khối bạch cầu hạt chứa tối thiểu 10×10^9 bạch cầu hạt trong một lượt truyền.

3. Khối bạch cầu hạt cần sử dụng sớm ngay sau điều chế; nếu không thể truyền ngay thì phải bảo quản ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) hoặc ở nhiệt độ từ 20 - 24°C, không lắc và hạn dùng không quá 24 giờ tính từ khi lấy máu.

4. Khối bạch cầu khi vận chuyển, phải duy trì ở nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3).

Điều 29. Các chế phẩm huyết tương

1. Huyết tương tươi và huyết tương đông lạnh: có nồng độ yếu tố đông máu VIIIc đạt $\geq 0,7$ đơn vị quốc tế /ml.

2. Huyết tương và huyết tương đông lạnh: có nồng độ protein toàn phần không dưới 50 g/l.

3. Tủa lạnh và tủa lạnh pool:

a) Đạt tối thiểu 15 đơn vị quốc tế (tính theo điều chế từ 100 ml máu toàn phần);

b) Tủa lạnh được điều chế từ huyết tương của nhiều đơn vị máu toàn phần sử dụng trong một lần truyền có tổng lượng yếu tố VIII đạt tối thiểu 250 đơn vị quốc tế.

4. Nhiệt độ bảo quản và hạn dùng :

a) Hạn dùng không quá 12 tháng khi bảo quản đông lạnh ở nhiệt độ từ -18 đến -25°C ;

b) Hạn dùng không quá 24 tháng khi bảo quản đông lạnh ở nhiệt độ -25°C hoặc thấp hơn;

c) Huyết tương không đông lạnh được điều chế trong hệ thống kín, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng như đối với máu toàn phần;

d) Huyết tương tươi, tủa lạnh không đông lạnh, bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C có hạn dùng không quá 06 giờ kể từ khi điều chế;

đ) Huyết tương tươi đông lạnh, tủa lạnh đã tan đông phải sử dụng ngay, hoặc bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C trong thời gian không quá 6 giờ từ khi tan đông;

e) Huyết tương tươi đông lạnh đã tan đông nếu bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C trong thời gian quá 06 giờ không được coi là tươi và phải thay nhãn phù hợp;

g) Huyết tương đông lạnh đã tan đông phải sử dụng sớm, hoặc bảo quản ở nhiệt độ từ 2 - 6°C trong thời gian không quá 05 ngày từ khi tan đông.

5. Vận chuyển các chế phẩm huyết tương:

a) Các chế phẩm huyết tương đông lạnh khi vận chuyển phải duy trì ở nhiệt độ thấp hơn -18°C ;

b) Các chế phẩm huyết tương không đông lạnh khi vận chuyển phải duy trì ở nhiệt độ thấp từ 1 - 10°C.

Điều 30. Nhãn đơn vị máu, chế phẩm máu

1. Nhãn đơn vị máu và chế phẩm máu phải thực hiện theo đúng quy định tại Nghị định số 89/2006/NĐ- CP ngày 30 tháng 9 năm 2006 của Chính phủ về Nhãn hiệu hàng hoá và có đủ các thông tin sau:

a) Tên loại chế phẩm;

b) Chữ hoặc mã số xác định đơn vị máu hoặc chế phẩm;

c) Thể tích;

d) Tên và thể tích dung dịch chống đông hoặc dung dịch bảo quản (với máu toàn phần và khối hồng cầu);

đ) Nhóm máu ABO và Rh(D);

e) Điều kiện bảo quản;

g) Ngày, tháng, năm lấy máu hoặc điều chế;

h) Ngày hết hạn sử dụng;

i) Tên, địa chỉ cơ sở thu gom hoặc điều chế;

2. Nội dung các thông tin trên nhãn phải ghi bằng tiếng Việt, bảo đảm rõ ràng, chính xác; chữ viết tay phải dùng mực bền màu.

Chương VI

DỰ TRÙ, CUNG CẤP MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU

Điều 31. Điều kiện cung cấp máu, chế phẩm máu cho các cơ sở điều trị sử dụng máu không trong cùng một Viện, Bệnh viện

1. Phải có hợp đồng trách nhiệm giữa cơ sở điều trị sử dụng máu với cơ sở cung cấp máu và chế phẩm máu.

2. Cơ sở điều trị sử dụng máu khi lĩnh máu cần phải:

- a) Cử nhân viên y tế đến lĩnh máu;
 - b) Có Phiếu dự trữ, cung cấp máu và chế phẩm máu (theo Mẫu số 3) với chữ ký xác nhận của người phụ trách hoặc người được uỷ quyền; nếu lĩnh máu trong giờ trực thì phải có chữ ký xác nhận của người trực lãnh đạo cơ sở điều trị đó hoặc người được uỷ quyền.
 - c) Có phương tiện bảo quản, vận chuyển máu và chế phẩm máu phù hợp.
3. Việc gửi trả lại hoặc đổi máu giữa các cơ sở truyền máu thực hiện theo quy định tại hợp đồng trách nhiệm đã được thoả thuận giữa các bên.

Điều 32. Điều kiện cung cấp máu, chế phẩm máu cho cơ sở điều trị sử dụng máu trong cùng một Viện, Bệnh viện

Cơ sở điều trị khi lĩnh máu, chế phẩm máu phải :

- 1. Cử nhân viên y tế đi lĩnh máu;
- 2. Có Phiếu dự trữ, cung cấp máu và chế phẩm máu (theo Mẫu số 4) với chữ ký của bác sĩ điều trị;
- 3. Có mẫu máu xét nghiệm của người bệnh;
- 4. Có phương tiện bảo quản, vận chuyển máu và chế phẩm máu phù hợp.

Điều 33. Trách nhiệm của cơ sở cung cấp máu và chế phẩm máu cho người bệnh được điều trị trong cùng viện, bệnh viện

Khi cung cấp máu, chế phẩm máu, cơ sở cung cấp máu và chế phẩm máu phải thực hiện:

- 1. Định nhóm hệ ABO mẫu máu người bệnh và đơn vị máu, chế phẩm máu bằng hai phương pháp huyết thanh mẫu và hồng cầu mẫu.

- a) Chế phẩm tiêu cầu, huyết tương và tủa lạnh phải định nhóm bằng phương pháp hồng cầu mẫu.
- b) Việc định nhóm máu người bệnh phải do hai nhân viên thực hiện hai lần trên cùng một mẫu máu hoặc trên hai mẫu máu của cùng một người bệnh.

- 2. Định nhóm Rh(D) mẫu máu người nhận: Chỉ thực hiện khi cần truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu.

- 3. Thực hiện xét nghiệm hoà hợp:

- a) Truyền máu toàn phần, khối hồng cầu, khối bạch cầu:

- Xét nghiệm hoà hợp trong ống nghiệm ở môi trường nước muối sinh lý, nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3):
 - + Ống 1: Giữa hồng cầu của đơn vị máu, chế phẩm máu với huyết thanh người nhận;
 - + Ống 2: Giữa huyết tương của đơn vị máu, chế phẩm máu với hồng cầu người nhận.
- Xét nghiệm hoà hợp dùng huyết thanh chống globulin:

Thực hiện xét nghiệm hoà hợp giữa hồng cầu của đơn vị máu, chế phẩm hồng cầu, khối bạch cầu với huyết thanh người nhận theo kỹ thuật sử dụng huyết thanh chống globulin ở nhiệt độ 37°C.

- b) Khi truyền chế phẩm tiêu cầu, huyết tương: Thực hiện xét nghiệm hoà hợp giữa huyết tương của đơn vị máu, chế phẩm máu với hồng cầu người nhận trong ống nghiệm ở môi trường muối và nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3).

- 4. Khi nghi ngờ có sự không hoà hợp nhóm máu giữa máu người bệnh với đơn vị máu, chế phẩm máu, cần phải:

- a) Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ, các thông tin có liên quan;
- b) Phối hợp với bác sĩ điều trị thực hiện các xét nghiệm tìm, xác định kháng thể bất thường, chọn đơn vị máu, chế phẩm máu hoà hợp miễn dịch.

- 5. Lựa chọn máu và chế phẩm hoà hợp miễn dịch dựa trên kết quả định nhóm máu và xét nghiệm hoà hợp miễn dịch:

- a) Kết quả định nhóm: chỉ được khẳng định nhóm ABO khi hai lần định nhóm cho kết quả giống nhau và các kết quả của phương pháp huyết thanh mẫu, hồng cầu mẫu giống nhau;
- b) Kết quả xét nghiệm hoà hợp ở môi trường muối, nhiệt độ phòng (theo quy định tại Khoản 18 Điều 3) và huyết thanh chống globulin:
 - Chỉ phát máu khi xét nghiệm hoà hợp có kết quả âm tính (-);
 - Khi một hoặc nhiều xét nghiệm hoà hợp có kết quả dương tính (+) và cấp thiết phải truyền máu, chế phẩm máu cho người bệnh, bác sĩ chuyên khoa huyết học truyền máu phải thực hiện các biện pháp chọn lựa máu và chế phẩm hoà hợp theo các quy định tại Điều 34 của Quy chế này.

Điều 34. Một số nguyên tắc chọn lựa máu và chế phẩm máu hoà hợp miễn dịch

1. Truyền máu toàn phần và chế phẩm hồng cầu hoà hợp nhóm hệ ABO với huyết thanh người nhận.

Chọn lựa máu toàn phần và chế phẩm hồng cầu theo yêu cầu sau:

NHÓM MÁU NGƯỜI CHO		NHÓM MÁU NGƯỜI NHẬN
MÁU TOÀN PHẦN	CHẾ PHẨM HỒNG CẦU	
O	O	O
A	A hoặc O	A
B	B hoặc O	B
AB	AB hoặc A hoặc B hoặc O	AB

2. Truyền các chế phẩm huyết tương hoà hợp nhóm hệ ABO với hồng cầu người nhận.

Chọn lựa các chế phẩm huyết tương theo yêu cầu sau:

NHÓM MÁU NGƯỜI CHO	NHÓM MÁU NGƯỜI NHẬN
O hoặc B hoặc A hoặc AB	O
A hoặc AB	A
B hoặc AB	B
AB	AB

3. Có thể sử dụng tủa lạnh không hoà hợp nhóm hệ ABO với hồng cầu người nhận.

4. Hồng cầu, tiểu cầu trong khối tiểu cầu phải hoà hợp nhóm hệ ABO với huyết thanh người nhận.

5. Hồng cầu trong khối bạch cầu phải hoà hợp nhóm hệ ABO với huyết thanh người nhận.

6. Chọn lựa các chế phẩm tiểu cầu và bạch cầu hạt theo yêu cầu sau:

NHÓM MÁU NGƯỜI CHO		NHÓM MÁU NGƯỜI NHẬN
CHẾ PHẨM CÒN HUYẾT TƯƠNG NGUYÊN THUỶ	CHẾ PHẨM LOẠI BỎ HUYẾT TƯƠNG NGUYÊN THUỶ	
O	O	O
A	A hoặc O	A
B	B hoặc O	B
AB	AB hoặc A hoặc B hoặc O	AB

7. Chọn lựa các chế phẩm hồng cầu, tiểu cầu, bạch cầu hạt theo nhóm Rh(D) như sau:

NHÓM MÁU NGƯỜI CHO	NHÓM MÁU NGƯỜI NHẬN
D(-)	D(-)
D(-)	D yếu
D(+) hoặc D yếu hoặc D(-)	D(+)

8. Khi xác định có kháng thể bất thường ở người nhận, không truyền máu toàn phần hoặc khối hồng cầu có kháng nguyên đặc hiệu tương ứng với kháng thể bất thường đã phát hiện.

Điều 35. Cung cấp máu trong trường hợp không có máu và chế phẩm máu cùng nhóm hoặc không xác định được nhóm máu người bệnh.

Khi không có máu và chế phẩm máu cùng nhóm hoặc khi không xác định được nhóm máu người bệnh, nếu được sự đồng ý của bác sĩ điều trị, có thể cung cấp máu như sau:

1. Truyền khối hồng cầu nhóm O cho người bệnh có chỉ định truyền chế phẩm hồng cầu.
2. Truyền huyết tương nhóm AB cho người bệnh có chỉ định truyền huyết tương.
3. Chỉ truyền máu nhóm Rh(D) dương (+) cho người nhận mang nhóm Rh(D) âm (-) trong trường hợp đe dọa tính mạng người bệnh và có đủ 2 điều kiện:
 - a) Phản ứng hoà hợp miễn dịch sử dụng huyết thanh chống globulin ở nhiệt độ 37°C cho kết quả âm tính;
 - b) Có sự đồng ý trong kết quả hội chẩn giữa người phụ trách cơ sở cung cấp máu, bác sĩ điều trị và được sự đồng ý của người bệnh hoặc người nhà.

Điều 36. Lưu trữ mẫu đơn vị máu, chế phẩm máu và mẫu máu người bệnh nhận máu

1. Mẫu máu người bệnh nhận máu và mẫu đơn vị máu, chế phẩm máu truyền phải lưu giữ ít nhất 48 giờ ở nhiệt độ từ 2 - 6°C sau khi cấp máu.
2. Trong trường hợp cần thiết, người phụ trách cơ sở cung cấp máu được quy định thời gian lưu giữ kéo dài hơn theo quy định tại Khoản 1 nêu trên.

Điều 37. Việc trả lại máu và chế phẩm máu chưa sử dụng trong cùng một Viện, Bệnh viện.

1. Khi không sử dụng máu, chế phẩm máu, cơ sở điều trị phải trả lại máu, chế phẩm máu về cơ sở cung cấp máu;

2. Cơ sở cung cấp máu chỉ sử dụng máu, chế phẩm máu trả lại để truyền cho người bệnh khác khi đáp ứng các điều kiện sau:

- a) Đơn vị máu và chế phẩm còn nguyên vẹn;
- b) Không có biểu hiện tan máu được phát hiện bằng mắt thường, không có màu sắc bất thường;
- c) Máu và chế phẩm máu trả lại phải được bảo quản, vận chuyển ở điều kiện thích hợp theo đúng quy định. Nếu máu và chế phẩm máu trả lại được bảo quản ở nhiệt độ vượt ngoài khoảng 2 - 6°C quá 30 phút thì không được dùng để truyền cho người bệnh;
- d) Có giấy cam đoan đơn vị máu, chế phẩm máu còn nguyên vẹn và bảo quản ở điều kiện thích hợp cho từng loại theo đúng quy định của Quy chế này trong suốt thời gian từ lúc nhận đến lúc trả lại cơ sở cung cấp máu. Giấy cam đoan phải có xác nhận của người phụ trách cơ sở điều trị sử dụng máu.

CHƯƠNG VII

SỬ DỤNG MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU TẠI CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ

Điều 38. Chỉ định truyền máu.

Khi chỉ định truyền máu, cơ sở điều trị phải thực hiện các yêu cầu sau:

1. Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ, thuốc để thực hiện truyền máu và xử trí kịp thời khi có tai biến truyền máu.

Những thuốc cấp cứu và dụng cụ tối thiểu cần có:

- Adrenalin;
- Kháng histamin;
- Corticoid dạng tiêm;
- Heparin;
- Lợi tiểu đường tiêm;
- Khí oxy, bóng ambu.

2. Lập kế hoạch, dự trữ máu, chế phẩm và thông báo tới cơ sở cung cấp máu của bệnh viện.

3. Chỉ định truyền máu và chế phẩm máu khi thực sự cần cho người bệnh, không có biện pháp điều trị thay thế, đã cân nhắc đến lợi ích, nguy cơ của truyền máu và phù hợp với khả năng sẵn có của máu và chế phẩm.

4. Thông báo cho người bệnh hoặc người nhà về lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra do truyền máu. Trong trường hợp khẩn cấp cần truyền máu ngay nhưng không thể thông báo được do người bệnh bị hôn mê, không có người nhà thì bác sĩ phải ghi rõ với sự xác nhận của một nhân viên y tế vào trong bệnh án.

Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải xác nhận và ký vào bệnh án nếu từ chối việc truyền máu, chế phẩm máu.

5. Chỉ dẫn các biểu hiện của các tác dụng không mong muốn có liên quan đến truyền máu để người bệnh, người nhà người bệnh có thể hỗ trợ việc theo dõi, phát hiện và thông báo kịp thời cho nhân viên y tế.

Điều 39. Thực hiện truyền máu, theo dõi kết quả truyền máu

Cơ sở điều trị sử dụng máu có trách nhiệm:

1. Phải cử nhân viên lấy mẫu máu xét nghiệm và lấy máu theo quy định tại Điều 32.

2. Thực hiện kiểm tra, đối chiếu.

3. Định lại nhóm máu tại giường:

a) Truyền máu toàn phần, chế phẩm hồng cầu, bạch cầu: sử dụng huyết thanh mẫu định lại nhóm máu ABO của người bệnh và đơn vị máu trước truyền;

b) Truyền chế phẩm tiểu cầu, huyết tương: sử dụng huyết thanh mẫu định lại nhóm máu ABO của người bệnh và làm phản ứng chéo giữa mẫu máu người bệnh và mẫu chế phẩm.

4. Phải theo dõi chặt chẽ tình trạng người bệnh trong và sau truyền máu để phát hiện và xử trí kịp thời phản ứng bất lợi liên quan đến truyền máu.

5. Phải ghi chép đầy đủ mọi diễn biến tình trạng người bệnh vào Phiếu truyền máu (theo Mẫu số 5).

6. Thông báo các phản ứng liên quan đến truyền máu cho cơ sở cung cấp máu để phối hợp xử trí kịp thời.

7. Báo cáo kết quả truyền máu và các tác dụng không mong muốn (nếu có) cho Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Ban An toàn Truyền máu bệnh viện và cơ sở cung cấp máu.

Điều 40. Ủ ấm máu

Việc ủ ấm máu không được làm tan máu, không làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn và phải theo yêu cầu sau:

1. Không được ủ ấm mỗi đơn vị máu, chế phẩm máu quá 30 phút.
2. Thời gian từ khi ủ ấm đến khi kết thúc truyền máu không quá 06 giờ.
3. Ủ ấm máu không vượt quá nhiệt độ 37°C.

Chương VIII **TRUYỀN MÁU TỰ THÂN**

Điều 41. Các nguyên tắc chính khi truyền máu tự thân

1. Các bác sĩ điều trị, bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ huyết học truyền máu có trách nhiệm chỉ định và phối hợp thực hiện các loại truyền máu tự thân, bao gồm: Truyền máu tự thân theo kế hoạch, pha loãng máu đẳng tích, truyền máu hoàn hồi.
2. Việc lấy máu dành cho truyền máu tự thân theo kế hoạch và pha loãng máu đẳng tích được thực hiện khi có sự đồng ý của người bệnh.
3. Các đơn vị máu lấy tự thân phải được quản lý, bảo quản riêng và sử dụng đúng mục đích.
4. Khi cần điều chế các đơn vị máu truyền tự thân thì phải thực hiện theo quy định về điều chế, bảo quản máu và chế phẩm máu.
5. Người lãnh đạo cơ sở điều trị phải phê duyệt các quy trình thực hiện truyền máu tự thân phù hợp với điều kiện của cơ sở.

Điều 42. Truyền máu tự thân theo kế hoạch.

1. Điều kiện để chọn người bệnh truyền máu tự thân theo kế hoạch:
 - a) Từ 18 - 60 tuổi đối với cả nam và nữ;
 - b) Trọng lượng cơ thể không dưới 45 kg;
 - c) Thể tích lấy máu mỗi lần không quá 07 ml/kg cân nặng;
2. Tiêu chuẩn sức khoẻ:
 - a) Lâm sàng: Theo quy định tại Điểm b Khoản 5 Điều 6 của Quy chế này;
 - b) Các xét nghiệm bắt buộc trước khi lấy máu đối với người bệnh truyền máu tự thân theo kế hoạch:
 - + Nồng độ hemoglobin phải đạt ít nhất là 110 g/l.
 - + Định nhóm máu ABO;
 - + Xét nghiệm các bệnh lây truyền qua đường truyền máu, tối thiểu gồm: HBsAg, kháng thể chống HIV 1 và HIV 2, kháng thể chống HCV, giang mai, sốt rét.
 - + Các kết quả xét nghiệm này được thông báo cho người bệnh.
3. Bác sĩ điều trị người bệnh truyền máu tự thân theo kế hoạch được quyền biết kết quả các xét nghiệm và có quyền quyết định việc truyền những đơn vị máu tự thân có kết quả bất thường với các xét nghiệm nêu trên.
4. Việc cung cấp, xét nghiệm hoà hợp miễn dịch trước truyền máu tự thân phải thực hiện theo quy định về dự trữ, cung cấp máu và chế phẩm máu.

Điều 43. Pha loãng máu đẳng tích

1. Điều kiện đối với người bệnh được thực hiện pha loãng máu đẳng tích trước mổ:
 - a) Từ 18 - 60 tuổi đối với cả nam và nữ;
 - b) Trọng lượng cơ thể không dưới 45 kg;
 - c) Phẫu thuật có sử dụng kỹ thuật tiên mê hoặc gây mê toàn thân.
2. Tiêu chuẩn sức khoẻ:
 - a) Lâm sàng: Theo quy định tại Điểm b Khoản 5 Điều 6 của Quy chế này;
 - b) Một số chỉ số sinh học và xét nghiệm trước khi thực hiện lấy máu:
 - + Nồng độ hemoglobin phải đạt ít nhất là 110 g/l;
 - + Hematocrit của người bệnh phải đạt ít nhất là 34%.
3. Những yêu cầu trong khi thực hiện pha loãng máu đẳng tích và truyền lại máu cho người bệnh:
 - a) Hematocrit của người bệnh không dưới 25% sau khi thực hiện lấy máu và truyền dịch thay thế;
 - b) Bảo đảm duy trì cân bằng thể tích máu lấy ra và lượng dịch truyền;

c) Bảo đảm truyền trả lại các đơn vị máu đúng cho người bệnh đã được lấy máu.

Điều 44. Truyền máu hoàn hồi

Không truyền máu hoàn hồi trong các trường hợp sau:

1. Võ tạng rỗng;
2. Đã xác định thời gian chảy máu quá 06 giờ;
3. Máu có nguy cơ nhiễm khuẩn;
4. Có biểu hiện tan máu.

Điều 45. Nhãn các đơn vị máu truyền tự thân

Nhãn các đơn vị máu truyền tự thân phải được thực hiện theo đúng quy định về điều chế, bảo quản, vận chuyển máu và chế phẩm máu. Ngoài ra cần phải bảo đảm các yêu cầu:

1. Trên nhãn ghi rõ “Chỉ dùng cho truyền máu tự thân”;
2. Nếu xét nghiệm bệnh lây truyền quy định tại ý thứ ba Điểm b Khoản 2 Điều 42 cho kết quả dương tính, thì cần ghi rõ: "Thận trọng khi tiếp xúc".

Chương IX

**XỬ LÝ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN
CÓ LIÊN QUAN ĐẾN TRUYỀN MÁU**

Điều 46. Phát hiện và xử trí các tác dụng không mong muốn có liên quan đến truyền máu

1. Phát hiện và xử trí các tác dụng không mong muốn trong truyền máu và ngay sau truyền máu:
 - a) Khi xuất hiện các triệu chứng bất thường ở bệnh nhân đang truyền máu hoặc chế phẩm máu, phải ngừng truyền ngay và báo cáo bác sĩ điều trị để xử trí kịp thời. Khi cần thiết, phải mời bác sĩ hoặc người phụ trách của cơ sở cung cấp máu để phối hợp xử trí;
 - b) Trường hợp bệnh nhân có phản ứng nặng hoặc tử vong có liên quan đến truyền máu thì cơ sở cung cấp máu phải báo cáo ngay với lãnh đạo bệnh viện và cơ sở cung cấp máu để phối hợp tìm nguyên nhân và đề xuất ý kiến giải quyết;

Lập Báo cáo tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu (theo Mẫu số 6), bàn giao cho cơ sở cung cấp máu các túi máu, chế phẩm máu, dây truyền máu và các loại thuốc tiêm, dịch truyền khác sử dụng cho người bệnh vào thời điểm xảy ra tác dụng không mong muốn. Thời gian lưu giữ các bệnh phẩm trên và các mẫu máu có liên quan ít nhất là 14 ngày kể từ lúc xảy ra tác dụng không mong muốn;

Cơ sở cung cấp máu phải xét nghiệm các mẫu bệnh phẩm để xác định nguyên nhân và lập Phiếu xét nghiệm tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu (theo Mẫu số 7);

2. Phát hiện và xử trí tác dụng không mong muốn xảy ra chậm sau truyền máu:

Cơ sở điều trị sử dụng máu cần phối hợp với cơ sở cung cấp máu để xác định nguyên nhân tác dụng không mong muốn xảy ra chậm và áp dụng các biện pháp theo dõi và điều trị tích cực theo quy định của Bộ Y tế.

Điều 47. Báo cáo các tác dụng không mong muốn có liên quan đến truyền máu

1. Khoa, phòng điều trị và cơ sở cung cấp máu của bệnh viện phải báo cáo các trường hợp người bệnh có các tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu với:
 - a) Lãnh đạo Bệnh viện, Hội đồng Truyền máu và Phòng Kế hoạch Tổng hợp;
 - b) Cơ sở cung cấp máu ngoài bệnh viện có liên quan.
2. Cơ sở cung cấp máu phải thực hiện báo cáo định kỳ về các tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu lên cơ sở chuyên khoa huyết học truyền máu cấp trên. Cơ sở chuyên khoa huyết học truyền máu cấp trên có trách nhiệm báo cáo lên Viện Huyết học Truyền máu Trung ương. Trường hợp diễn biến nghiêm trọng hoặc gây tử vong cho người bệnh thì phải báo cáo ngay trong vòng 24 giờ.
3. Viện Huyết học Truyền máu Trung ương phải thực hiện chế độ báo cáo định kỳ với Bộ Y tế (Vụ Điều trị) về các tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu và báo cáo đột xuất khi có diễn biến nghiêm trọng hoặc gây tử vong cho người bệnh.

Điều 48. Chăm sóc, điều trị người bệnh bị lây nhiễm bệnh do truyền máu và xác định nguyên nhân lây nhiễm

1. Khi nghi ngờ người bệnh bị lây nhiễm bệnh do truyền máu, cơ sở cung cấp máu (bao gồm cả cơ sở cung cấp máu không trong cùng một Viện, Bệnh viện) phải phối hợp với cơ sở điều trị sử dụng máu để xác định nguyên nhân bị lây nhiễm bệnh qua đường truyền máu theo các yêu cầu sau:

a) Xét nghiệm kiểm tra tất cả các mẫu huyết thanh lưu của các đơn vị máu và chế phẩm máu đã truyền cho người bệnh trong vòng 6 tháng trước lần xét nghiệm gần nhất ở người bệnh có kết quả âm tính cho đến thời điểm hiện tại.

b) Xét nghiệm kiểm tra lại tác nhân lây nhiễm ở người hiến máu đã cho đơn vị máu nghi ngờ lây truyền bệnh cho người bệnh.

c) Tìm hiểu khả năng người bệnh bị lây nhiễm do nguyên nhân khác.

2. Cơ sở điều trị phối hợp với cơ sở truyền máu có trách nhiệm chăm sóc, điều trị người bệnh bị lây nhiễm bệnh do truyền máu.

Chương X **TỔ CHỨC THỰC HIỆN**

Điều 49. Chế độ báo cáo

Theo phạm vi hoạt động, chức năng và trách nhiệm được giao, mỗi cơ sở truyền máu phải thực hiện chế độ báo cáo định kỳ hàng năm và báo cáo đột xuất với cơ quan quản lý nhà nước cấp trên và cơ sở truyền máu tuyến trên.

1. Nội dung báo cáo định kỳ hàng năm gồm các thông tin sau:

- a) Số lượng người hiến máu và số lượt hiến máu;
- b) Số lượng đơn vị máu đủ tiêu chuẩn và không đủ tiêu chuẩn theo từng loại;
- c) Các phản ứng bất lợi ở người hiến máu (nếu có);
- d) Số lượng đơn vị chế phẩm máu mỗi loại được gạn tách;
- đ) Kỹ thuật, số lượng, loại sinh phẩm dùng để xét nghiệm sàng lọc và tỷ lệ phát hiện các tác nhân lây truyền ở người hiến máu và theo lượt hiến máu, danh sách các trường hợp cho kết quả nghi ngờ và dương tính với các bệnh lây qua đường truyền máu;
- e) Số đơn vị máu không được xét nghiệm sàng lọc (nếu có) và lý do;
- g) Hoạt động điều chế các chế phẩm máu;
- h) Hoạt động cung cấp, sử dụng máu và chế phẩm máu;
- k) Tình hình các phản ứng bất lợi có liên quan đến truyền máu (nếu có);

2. Nội dung báo cáo đột xuất: Thực hiện theo nội dung yêu cầu của cơ quan quản lý hoặc theo yêu cầu thực tế mà đơn vị cần báo cáo lên cấp trên.

Điều 50. Hồ sơ lưu trữ tại cơ sở truyền máu

Mỗi cơ sở truyền máu phải có hệ thống hồ sơ được lưu trữ theo các yêu cầu sau:

1. Hồ sơ bao gồm:

- a) Tài liệu về lấy máu:
 - + Trả lời của người hiến máu theo Bảng hỏi tình trạng sức khoẻ người hiến máu (theo Mẫu số 1);
 - + Hồ sơ sức khoẻ người hiến máu (theo Mẫu số 2) bao gồm các thông tin về hành chính, khám lâm sàng, xét nghiệm sàng lọc người hiến máu, kết quả hiến máu, các tác dụng bất lợi (nếu có) của người hiến đó;
 - + Các quy trình chuyên môn kỹ thuật có liên quan.
- b) Tài liệu về đơn vị máu và chế phẩm máu:
 - + Thông tin về thu nhận mẫu máu; loại, lô, hạn sử dụng, kiểm tra chất lượng sinh phẩm xét nghiệm; xử lý số liệu và trả lời kết quả; bảo quản, kiểm tra và tiêu huỷ mẫu bệnh phẩm lưu.
 - + Trong trường hợp các đơn vị máu và chế phẩm máu có hạn bảo quản quá 02 năm, phải lưu trữ thông tin liên quan với các chế phẩm này ít nhất là 08 năm tính từ thời điểm hết hạn sử dụng các chế phẩm đó.
 - + Thông tin về tên loại chế phẩm, phương thức điều chế, trang thiết bị, dụng cụ sử dụng, mã hiệu, nhóm máu, ngày điều chế, ngày hết hạn sử dụng, tên cơ sở lấy máu, cơ sở điều chế.
 - + Các quy trình chuyên môn kỹ thuật đã được thực hiện.
- c) Tài liệu về người bệnh nhận máu và chế phẩm máu:
 - + Thông tin về người bệnh nhận máu;
 - + Thông tin về đơn vị máu và chế phẩm máu;
 - + Thông tin về xét nghiệm, cung cấp máu và chế phẩm máu;
 - + Thông tin về truyền máu lâm sàng, theo dõi và xử trí các phản ứng bất lợi có liên quan đến truyền máu (nếu có);
 - + Thông tin về bệnh lây nhiễm qua đường truyền máu (nếu có).

- d) Các báo cáo đã gửi cho các cơ quan khác.
- 2. Hồ sơ phải đầy đủ, dễ tìm kiếm và tra cứu, bảo mật, an toàn.
- 3. Hồ sơ được lưu trữ 10 năm tính từ ngày cập nhật thông tin lần cuối cùng.

Điều 51. Trách nhiệm thực hiện

- 1. Trách nhiệm của các Vụ, Cục, Thanh tra Bộ Y tế.
 - a) Vụ Điều trị có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với các Vụ, Cục có liên quan để chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra hoạt động truyền máu trong phạm vi cả nước;
 - b) Cục Y tế dự phòng Việt Nam có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Vụ Điều trị và các Vụ, Cục có liên quan tổ chức việc thẩm định và trình Bộ trưởng Bộ Y tế cấp giấy chứng nhận cơ sở có đủ điều kiện điều chế các chế phẩm máu và cấp đăng ký cho các chế phẩm máu được sử dụng trong cơ sở điều trị.
 - c) Vụ Kế hoạch - Tài chính có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Vụ Điều trị và các cơ quan có liên quan để hướng dẫn chế độ tài chính đảm bảo các hoạt động truyền máu;
 - d) Thanh tra Bộ Y tế có trách nhiệm chủ trì, phối hợp với Vụ Điều trị và các Vụ, Cục có liên quan để tổ chức việc thanh tra hoạt động truyền máu trong phạm vi cả nước.
- 2. Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương có trách nhiệm chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra, thanh tra hoạt động truyền máu trong phạm vi địa phương.
- 3. Viện Huyết học Truyền máu Trung ương là Viện chuyên khoa trực thuộc Bộ Y tế có trách nhiệm chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật để bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu trong phạm vi cả nước.
- 4. Các Trung tâm truyền máu khu vực có trách nhiệm chỉ đạo về chuyên môn kỹ thuật để bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu đối với các cơ sở được Bộ Y tế giao phụ trách.
- 5. Các bệnh viện có trách nhiệm bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu trong bệnh viện. Mỗi bệnh viện phải tổ chức Hội đồng Truyền máu để tham mưu cho Giám đốc Bệnh viện trong việc bảo đảm chất lượng, an toàn truyền máu.
- 6. Các cơ sở truyền máu có trách nhiệm:
 - a) Thực hiện hoạt động chuyên môn theo nhiệm vụ được giao, phù hợp với điều kiện cơ sở vật chất, nhân lực, trang thiết bị hiện có và phải theo đúng quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật về an toàn truyền máu.
 - b) Phối hợp, hỗ trợ các cơ sở điều trị thực hiện truyền máu lâm sàng an toàn.
 - c) Phối hợp với các tổ chức, đoàn thể trong công tác vận động hiến máu tình nguyện.
- 7. Các cơ sở điều trị sử dụng máu chịu trách nhiệm:
 - a) Thực hiện việc truyền máu lâm sàng theo đúng quy định, quy trình chuyên môn kỹ thuật về an toàn truyền máu.
 - b) Phối hợp với cơ sở truyền máu để đảm bảo an toàn truyền máu lâm sàng.

BỘ TRƯỞNG

(đã ký)

Trần Thị Trung Chiến

PHỤ LỤC

**(Ban hành kèm theo Quyết định số 06 /2007/QĐ-BYT ngày 19/01/2007
của Bộ trưởng Bộ Y tế)**

1. Mẫu số 1. Bảng hỏi tình trạng sức khoẻ người hiến máu
2. Mẫu số 2. Hồ sơ sức khoẻ người hiến máu
3. Mẫu số 3. Phiếu dự trữ và cung cấp máu, chế phẩm máu cho các cơ sở không cùng viện, bệnh viện
4. Mẫu số 4. Phiếu dự trữ và cung cấp máu, chế phẩm máu cho các cơ sở trong viện, bệnh viện
5. Mẫu số 5. Phiếu truyền máu
6. Mẫu số 6. Báo cáo tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu
7. Mẫu số 7. Phiếu xét nghiệm tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu

BẢNG HỎI TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ NGƯỜI HIẾN MÁU

I. Phần thông tin chung:

1. Họ và tên:
2. Ngày sinh:
3. Giới:
4. Quốc tịch:
5. Dân tộc:
6. Nghề nghiệp:
7. Địa chỉ cơ quan, trường:
8. Địa chỉ thường trú:
9. Địa chỉ liên lạc:
10. Điện thoại (nếu có):
11. Email (nếu có):
12. Số chứng minh thư / hộ chiếu (nếu có):
13. Nơi cấp:
14. Thẻ hiến máu số:

II. Phần dành cho người hiến máu

1. Cảm giác bản thân về sức khoẻ hiện tại của người hiến máu:
2. Số lần hiến máu và lần hiến máu gần nhất:
3. Tiền sử sức khoẻ chung và bệnh tật:
 - Bệnh tim mạch:
 - Bệnh gan, viêm gan các loại:
 - Bệnh thận:
 - Nội tiết:
 - Bệnh lao và hệ hô hấp:
 - Bệnh máu:
 - Bệnh tâm thần kinh:
 - Sốt rét:
 - Giang mai:
 - HIV/AIDS:
 - Các bệnh lây truyền khác:
 - Tiền sử về phẫu thuật, các thủ thuật y tế:
 - Tiền sử tiêm vắc xin và các chế phẩm sinh học, truyền máu và các chế phẩm máu; ghép cơ quan, tổ chức; xăm trổ; phơi nhiễm với máu và dịch cơ thể từ người khác....
4. Các biểu hiện bất thường bệnh lý:
 - Sụt cân không rõ lý do,
 - Ra mồ hôi trộm,
 - Xuất hiện u, bثور trên da hoặc niêm mạc,
 - Hạch to kéo dài trên 1 tháng,
 - Rối loạn tiêu hoá,
 - Sốt trên 37^o5 kéo dài trên 10 ngày.
5. Tiền sử có sử dụng các chất gây nghiện:
6. Tiền sử quan hệ tình dục với người mắc viêm gan, HIV/AIDS, người có quan hệ tình dục đồng giới:
7. Tình trạng mang thai, nuôi con nhỏ dưới 12 tháng tuổi:
8. Lời cam đoan của người hiến máu về:
 - Hiểu và trả lời trung thực các câu hỏi;
 - Không hiến máu nếu tự thấy có nguy cơ lây truyền bệnh cho người khác;
 - Cảm thấy thật sự khoẻ mạnh;
 - Tình nguyện hiến máu;
 - Sau khi đã hiến máu, nếu mới phát hiện thấy bản thân có nguy cơ làm lây truyền bệnh cho người được truyền, tự nguyện báo ngay cho cơ sở thu gom máu về sự không an toàn của đơn vị máu vừa cho.
9. Ngày tháng năm thực hiện bản tự khai
10. Chữ ký và họ tên của người hiến máu
11. Chữ ký và họ tên của người hướng dẫn trả lời câu hỏi
12. Chữ ký và họ tên của người khám sức khoẻ

Bộ y tế hoặc Sở y tế...
Tên cơ sở lấy máu

MẪU SỐ 2
HỒ SƠ SỨC KHOẺ NGƯỜI HIẾN MÁU

I. Phần thông tin chung

1. Họ và tên:
2. Mã hiệu người hiến máu:
3. Ngày sinh:
4. Giới:
5. Dân tộc
6. Số chứng minh thư, hộ chiếu:
7. Ngày và nơi cấp:
8. Địa chỉ hiện tại:
9. Số điện thoại nhà:
10. Nghề nghiệp:
11. Nơi làm việc:
12. Số điện thoại nơi làm:
13. Cho máu lần đầu năm:
14. Tiền sử sức khoẻ chung và bệnh tật:
 - Bệnh tim mạch:
 - Bệnh gan, viêm gan các loại:
 - Bệnh thận:
 - Nội tiết:
 - Bệnh lao và hệ hô hấp:
 - Bệnh máu:
 - Bệnh tâm thần kinh:
 - Sốt rét:
 - Giang mai:
 - HIV/AIDS:
 - Các bệnh lây truyền khác:
 - Tiền sử về phẫu thuật, các thủ thuật y tế:
 - Tiền sử tiêm vaccin và các chế phẩm sinh học, truyền máu và các chế phẩm máu; ghép cơ quan, tổ chức; xăm trổ; phơi nhiễm với máu và dịch cơ thể từ người khác....
15. Chiều cao:
16. Cân nặng:
17. Nhóm máu ABO:
18. Nhóm máu khác:
19. Ngày lập hồ sơ lần đầu hiến máu:
20. Nhân viên lập hồ sơ và chữ ký:

II. Phần khám và xét nghiệm mỗi lần hiến máu

1. Ngày khám:
2. Biểu hiện chung:
3. Màu sắc da, niêm mạc:
4. Cân nặng:
5. Mạch:
6. Huyết áp:
7. Nhiệt độ cơ thể:
8. Hemoglobin:
9. Số lượng tiểu cầu (khi cần gạn tách tiểu cầu):
10. HBsAg:
11. Anti-HCV
12. Anti-HIV 1/2:

13. Giang mai:
14. Sốt rét:
15. Đường niệu hoặc đường huyết:
16. Kết quả các xét nghiệm khác:
17. Kết luận tình trạng sức khỏe và khả năng hiến máu:
18. Tên bác sĩ khám, kết luận và chữ ký:

III. Phần lấy máu

1. Loại chế phẩm máu đã lấy:
2. Thể tích:
3. Mã hiệu đơn vị máu:
4. Tác dụng không mong muốn trong, sau khi lấy máu và xử trí (nếu có):
6. Các ghi chú khác:
7. Tên nhân viên lấy máu và chữ ký:

MẪU SỐ 3

**PHIẾU DỰ TRÙ VÀ CUNG CẤP MÁU, CHẾ PHẨM MÁU
CHO CÁC CƠ SỞ KHÔNG CÙNG VIỆN, BỆNH VIỆN**

Bộ Y tế hoặc Sở Y tế
Tên bệnh viện

PHIẾU DỰ TRÙ MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU

STT	Chủng loại máu và chế phẩm	Nhóm máu ABO và Rh	Thể tích 1 đơn vị	Số đơn vị

Trực lãnh đạo bệnh viện
(Khi Phụ trách Khoa HHTM vắng mặt)

Phụ trách Khoa HHTM

... giờ .. ngày / /200.
Người dự trù

Bộ Y tế hoặc Sở Y tế

Tên cơ sở cung cấp máu và chế phẩm máu

PHIẾU CUNG CẤP MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU

STT	Chủng loại máu và chế phẩm	Nhóm máu ABO và Rh	Thể tích 1 đơn vị	Số đơn vị

**Phụ trách cơ sở cung cấp máu và chế phẩm
hoặc người được uỷ quyền**

... giờ .. ngày / /200.
Người thực hiện

MẪU SỐ 4

PHIẾU DỰ TRÙ VÀ CUNG CẤP MÁU, CHẾ PHẨM MÁU CHO CÁC CƠ SỞ TRONG VIỆN, BỆNH VIỆN
PHẦN LƯU TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG **PHẦN LƯU TẠI KHOA CUNG CẤP MÁU**

<p>Bộ Y tế hoặc Sở y tế Tên bệnh viện</p> <p style="text-align: center;">PHIẾU DỰ TRÙ MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU</p> <p>Họ tên người bệnh: Tuổi: Giới: Chẩn đoán: Khoa/phòng: Số giường: Nhóm máu ABO: Nhóm máu Rh : Số lần đã truyền: Loại chế phẩm cần truyền: Số lượng: Số lượng: Hồi . . . giờ . . . ngày . . . tháng . . . năm 200 . . . Phụ trách khoa phòng điều trị Bác sĩ điều trị (Họ tên và chữ ký) (Họ tên và chữ ký)</p>	<p>Bộ Y tế hoặc Sở y tế Tên bệnh viện</p> <p style="text-align: center;">PHIẾU CUNG CẤP MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU</p> <p>Họ tên người bệnh: Tuổi: Giới: Chẩn đoán: Khoa/phòng: Số giường: Nhóm máu ABO: Nhóm máu Rh : Số lần đã truyền: Loại chế phẩm cần truyền: Số lượng: Số lượng: Hồi . . . giờ . . . ngày . . . tháng . . . năm 200 . . . Phụ trách khoa phòng điều trị Bác sĩ điều trị (Họ tên và chữ ký) (Họ tên và chữ ký)</p>
<p>Loại chế phẩm đã cấp: Số lượng đv Bao gồm các đơn vị máu và chế phẩm có tên người cho/mã hiệu như sau: 1. Nhóm máu Thể tích: 2. Nhóm máu Thể tích: 3. Nhóm máu Thể tích: Hồi . . . giờ . . . ngày . . . tháng . . . năm 200 . . . Y tá điều dưỡng Người phụ trách Người phát máu (Họ tên và chữ ký) (Họ tên và chữ ký) (Họ tên và chữ ký)</p>	<p>Loại chế phẩm đã cấp: Số lượng đv Bao gồm các đơn vị máu và chế phẩm có tên người cho/mã hiệu như sau: 1. Nhóm máu Thể tích: 2. Nhóm máu Thể tích: 3. Nhóm máu Thể tích: Hồi . . . giờ . . . ngày . . . tháng . . . năm 200 . . . Y tá điều dưỡng Người phụ trách Người phát máu (Họ tên và chữ ký) (Họ tên và chữ ký) (Họ tên và chữ ký)</p>

Bộ y tế hoặc sở y tế

MẪU SỐ 5

Tên bệnh viện

PHIẾU TRUYỀN MÁU

PHẦN I. XÉT NGHIỆM HOÀ HỢP MIỄN DỊCH TRUYỀN MÁU

Họ tên người bệnh: Tuổi: Giới:

Chẩn đoán: Khoa/phòng: Số giường:

Loại chế phẩm truyền: Số lượng: ml

Tên người cho máu / Mã số:

Ngày lấy máu / điều chế: Hạn dùng:

Nhóm máu ABO người bệnh: Rh . . .	Kết quả xét nghiệm hoà hợp		
Nhóm máu ABO người cho: Rh . . .		Môi trường muối	Anti globulin
Các xét nghiệm khác:	ống 1		
.	ống 2		
.			

Hồi giờ ngày tháng năm 200 . .

NGƯỜI PHỤ TRÁCH XÉT NGHIỆM

(Chữ ký và họ tên)

NGƯỜI LÀM XÉT NGHIỆM THỨ 1

(Chữ ký và họ tên)

NGƯỜI LÀM XÉT NGHIỆM THỨ 2

(Chữ ký và họ tên)

PHẦN II. THEO DÕI TRUYỀN MÁU LÂM SÀNG

Lần truyền máu thứ:

Định nhóm người cho: Định nhóm người nhận: Phản ứng chéo tại giường:

Bắt đầu truyền hồi: giờ ngày tháng năm 200 . .

Thời gian	Tốc độ truyền (giọt/ph)	Màu sắc da, niêm mạc	Nhịp thở (l/phút)	Mạch (l/phút)	Huyết áp (mmHg)	Thân nhiệt (°C)	Những diễn biến khác

Ngừng truyền hồi: giờ ngày tháng năm 200

Số lượng máu thực tế đã truyền: ml

Nhận xét quá trình truyền máu:

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

(Chữ ký và họ tên)

Y TÁ ĐIỀU DƯỠNG TRUYỀN MÁU

(Chữ ký và họ tên)

Bộ y tế hoặc sở y tế
Tên bệnh viện

MẪU SỐ 6
**BÁO CÁO TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN
LIÊN QUAN ĐẾN TRUYỀN MÁU**

Họ tên người bệnh: Tuổi: Giới:
Chẩn đoán: Nhóm máu hệ ABO: Rh:
Khoa/phòng: Số giường:
Ngày giờ bắt đầu truyền máu:

Tên người cho máu /Mã số đơn vị máu		
Loại chế phẩm		
Thể tích đơn vị (ml)		
Tốc độ truyền (giọt/ph)		
Ngừng truyền lúc		
Thể tích đã truyền (ml)		
Nhóm máu hệ ABO		
Nhóm máu hệ Rh		
Ngày lấy máu		
Hạn sử dụng		
Tên cơ sở lấy máu và điều chế		

Các loại dung dịch, thuốc được tiêm truyền trong khoảng thời gian ngay trước khi xuất hiện dấu hiệu bất thường :

.....

Mô tả tóm tắt biểu hiện và tiến triển lâm sàng:

- Dấu hiệu đầu tiên là: Thời điểm xuất hiện dấu hiệu đầu tiên:

- Diễn biến và xử trí đã thực hiện:

.....

.....

Định nhóm ABO tại giường ngay sau đó: Máu bệnh nhân: Đơn vị máu truyền:

Thời điểm lấy mẫu máu ở người bệnh sau khi xảy ra dấu hiệu đầu tiên:

HÒI GIỜ NGÀY THÁNG NĂM 200

Y tá điều dưỡng truyền máu
(Họ tên và chữ ký)

Bác sĩ điều trị
(Họ tên và chữ ký)

Bộ y tế hoặc sở y tế

Tên bệnh viện

MẪU SỐ 7

PHIẾU XÉT NGHIỆM**TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN LIÊN QUAN ĐẾN TRUYỀN MÁU**

Họ tên người bệnh: Tuổi: Giới:

Chẩn đoán: Nhóm máu: ... Rh : ...

Khoa/phòng: Số giường :

Tên người cho/Mã số đơn vị máu nghi ngờ: Loại chế phẩm:

Thể tích đơn vị chế phẩm:

Thời điểm bắt đầu truyền đơn vị máu nghi ngờ gây phản ứng:

Thời điểm xuất hiện dấu hiệu đầu tiên:

Thời điểm ngừng truyền:

Thể tích chế phẩm đã truyền:

Thời điểm nhận thông báo và mẫu máu của người bệnh:

Kết quả xét nghiệm:

Mẫu máu Kết quả	Mẫu máu bệnh nhân trước truyền	Mẫu máu bệnh nhân sau truyền	Mẫu máu từ đơn vị máu nghi ngờ gây tác dụng phụ
Tự ngưng kết			
Huyết tương (huyết thanh) có tan máu			
Màu sắc mẫu máu			
Định nhóm ABO			
Định nhóm Rh			
Xét nghiệm chống globulin trực tiếp			
Xét nghiệm chống globulin gián tiếp			
Xét nghiệm tìm kháng thể bất thường			
Các xét nghiệm khác			
Kết luận và đề nghị		

HỒI GIỜ NGÀY THÁNG NĂM 200 ...

Người phụ trách xét nghiệm

(Họ tên và chữ ký)

Kỹ thuật viên xét nghiệm

(Họ tên và chữ ký)

BỘ Y TẾ

Số:12/2005/QĐ-BYT

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 28 tháng 3 năm 2005

QUYẾT ĐỊNH CỦA BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ
Về việc ban hành “Quy định chuyên môn trong công tác
xét nghiệm HIV để bảo đảm an toàn truyền máu”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

- Căn cứ Nghị định 49/2003/NĐ-CP ngày 15/5/2003 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
- Căn cứ Pháp lệnh phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS) ngày 31/5/1995;
- Căn cứ Nghị định số 34/CP ngày 01/6/1996 của Chính phủ hướng dẫn thi hành Pháp lệnh phòng, chống nhiễm vi rút gây ra hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người (HIV/AIDS);
- Theo đề nghị của ông Cục trưởng Cục Y tế dự phòng và Phòng chống HIV/AIDS, Vụ trưởng Vụ Điều trị – Bộ Y tế,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này “Quy định chuyên môn trong công tác xét nghiệm HIV để bảo đảm an toàn truyền máu”

Điều 2. Quyết định này áp dụng đối với các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Nhà nước, tư nhân và bán công.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực sau 15 ngày kể từ ngày đăng công báo và thay thế Quyết định số 175/2001/QĐ-BYT ngày 18/01/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về “Quy định chuyên môn trong công tác xét nghiệm máu phòng lây nhiễm HIV/AIDS”.

Điều 4. Các ông bà: Chánh Văn phòng, Chánh Thanh tra, Vụ trưởng, Cục trưởng các Vụ, Cục thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương, Thủ trưởng các đơn vị thuộc Bộ Y tế và Thủ trưởng Y tế ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

THỨ TRƯỞNG

(Đã ký)

Trần Chí Liêm

Hà Nội, ngày 28 tháng 3 năm 2005

QUY ĐỊNH CHUYÊN MÔN TRONG CÔNG TÁC
XÉT NGHIỆM HIV ĐỂ BẢO ĐẢM AN TOÀN TRUYỀN MÁU

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 12 /2005/QĐ-BYT
ngày 28 tháng 3 năm 2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

I. CÁC QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Quy định này hướng dẫn việc xét nghiệm sàng lọc HIV đối với các trường hợp truyền máu, truyền chế phẩm máu, thực hiện các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản và ghép mô, bộ phận cơ thể người tại các cơ sở y tế của nhà nước, tư nhân và bán công (sau đây gọi tắt là cơ sở y tế).

2. Việc xét nghiệm sàng lọc HIV phải tuân thủ các quy định về chuyên môn kỹ thuật do Bộ Y tế ban hành.

II. CÁC QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Quy định về xét nghiệm sàng lọc HIV:

a) Cơ sở y tế bắt buộc phải tiến hành xét nghiệm sàng lọc HIV đối với:

- Túi máu trước khi truyền (kể cả trong trường hợp cấp cứu) hoặc để điều chế các sản phẩm máu.
- Người cho tinh trùng, noãn, mô hoặc bộ phận cơ thể người.

b) Việc xét nghiệm sàng lọc HIV phải được thực hiện bằng các loại sinh phẩm chẩn đoán HIV đã được Bộ Y tế cấp giấy chứng nhận đăng ký lưu hành tại Việt Nam.

2. Quy định về việc ghi chép, lưu trữ và trả lời kết quả xét nghiệm HIV:

a) Các kết quả xét nghiệm HIV phải được ghi chép đầy đủ vào hồ sơ của người cho máu, thành phần máu, tinh trùng, noãn, mô hoặc bộ phận cơ thể cũng như sổ lưu kết quả xét nghiệm của phòng xét nghiệm.

b) Trong sổ lưu kết quả xét nghiệm phải ghi đầy đủ các nội dung sau:

- Ngày, tháng, năm làm xét nghiệm.
- Tên, tuổi, giới, địa chỉ người cho máu, thành phần máu, mô hoặc bộ phận cơ thể. Nếu là người cho máu thì phải có thêm nhóm máu. Với người cho tinh trùng, noãn thì không nhất thiết phải ghi mục này nhưng phải có mã số của mẫu máu xét nghiệm HIV trùng hợp với mã số của tinh trùng, noãn lưu trữ.
- Kết quả xét nghiệm: Nếu là HIV dương tính thì phải ghi rõ bằng chữ “dương tính” hoặc nếu là HIV âm tính thì phải ghi rõ bằng chữ “âm tính”.
- Loại sinh phẩm xét nghiệm, kỹ thuật xét nghiệm.
- Bác sỹ hoặc kỹ thuật viên làm xét nghiệm: Ghi rõ họ tên.

c) Việc trả lời kết quả xét nghiệm HIV cho người cho máu, thành phần máu, tinh trùng, noãn, mô hoặc bộ phận cơ thể phải tuân theo đúng quy định ở mục 4 của Chỉ thị số 11/2001/CT-BYT ngày 31/10/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc “Tăng cường công tác xét nghiệm phát hiện vi rút HIV”.

d) Phiếu kết quả xét nghiệm HIV của người cho máu, thành phần máu, tinh trùng, noãn, mô hoặc bộ phận cơ thể phải được lưu vào hồ sơ theo quy định của bản “Quy chế bệnh viện” ban hành kèm theo Quyết định số 1895/ 1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Quy định về lưu mẫu bệnh phẩm xét nghiệm sàng lọc HIV trong truyền máu:

a) Mỗi một túi máu sau khi lấy máu xong phải hàn và tách ra một đoạn ống dài khoảng 7cm - 10 cm từ đoạn dây lấy máu, trên đó có mã số của túi máu.

b) Đoạn ống sau khi tách ra khỏi túi máu phải được ly tâm, hàn tách riêng phần huyết tương và hồng cầu. Đoạn ống huyết tương với mã số đầy đủ được lưu trữ ở ngăn đá hoặc tủ lạnh sâu - 30 °C (âm ba mươi độ C) trong 2 năm.

c) Bộ phận xét nghiệm chịu trách nhiệm quản lý quầy lạnh lưu trữ bảo quản bệnh phẩm theo quy chế quản lý riêng. Việc tra cứu bệnh phẩm hoặc sử dụng bệnh phẩm vào mục đích nghiên cứu hoặc các mục đích khác chỉ được thực hiện khi được sự đồng ý của Giám đốc cơ sở y tế.

d) Trong sổ theo dõi lấy máu, phát máu, nhân viên y tế phải ghi thêm mã số của túi máu, mã số của sản phẩm máu để tiện tra cứu khi cần thiết.

4. Quy định về báo cáo các trường hợp HIV dương tính:

a) Khi xét nghiệm sàng lọc phát hiện HIV dương tính, các cơ sở y tế phải gửi mẫu máu đó đến cơ sở xét nghiệm được Bộ Y tế công nhận đủ điều kiện khẳng định các trường hợp HIV dương tính để xét nghiệm khẳng định.

b) Sau khi xét nghiệm và khẳng định, cơ sở xét nghiệm phải thông báo cho cơ sở y tế nơi gửi mẫu biết để tư vấn đối với người cho máu, thành phần máu, tinh trùng, noãn, mô hoặc bộ phận cơ thể, đồng thời thực hiện việc báo cáo theo đúng quy định trong “Thường quy giám sát HIV/AIDS ở Việt Nam” ban hành kèm theo Quyết định số 1418/2000/QĐ-BYT ngày 04/5/2000 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

KT. BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

THỨ TRƯỞNG

(Đã ký)

Trần Chí Liêm

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

1. Ban Điều hành Soạn thảo

(Theo QĐ của Bộ trưởng Bộ Y tế số 1416 ngày 16 tháng 4 năm 2007)

Ông Trần Chí Liêm	Thứ trưởng Bộ Y tế	Trưởng Ban
Ông Nguyễn Đình Loan	Vụ trưởng Vụ Sức khỏe sinh sản	Phó Trưởng Ban
Ông Lương Ngọc Khuê	Phó Vụ trưởng Vụ Điều trị	Phó Trưởng Ban
Ông Trương Việt Dũng	Vụ trưởng Vụ Khoa học và Đào tạo	Ủy viên
Ông Nguyễn Duy Khê	Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe sinh sản	Ủy viên
Bà Đinh Thị Phương Hòa	Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe sinh sản	Ủy viên
Bà Lưu Thị Hồng	Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe sinh sản	Ủy viên
Ông Nguyễn Huy Quang	Phó Vụ trưởng Pháp Chế	Ủy viên
Ông Nguyễn Việt Tiến	Giám đốc Bệnh viện Phụ sản TW	Ủy viên
Ông Phạm Việt Thanh	Giám đốc Bệnh viện từ Dũ Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe sinh sản	Ủy viên
Ông Phạm Văn Hiến	Viện trưởng Viện Da Liễu	Ủy viên
Bà Khu Thị Khánh Dung	Phó giám đốc Bệnh viện nhi TW	Ủy viên
Bà Trần Thị Phương Mai	Giảng viên Bộ môn Phụ sản Đại học Y Hà nội	Ủy viên

2. Tổ Thư ký

Bà Nghiêm Thị Xuân Hạnh	Chuyên viên Vụ Sức khỏe sinh sản	Tổ trưởng
Ông Nguyễn Trọng Khoa	Chuyên viên Vụ Điều Trị	Thành viên
Ông Nguyễn Đức Vinh	Chuyên viên Vụ Sức khỏe sinh sản	Thành viên
Ông Nguyễn Minh Tuấn	Chuyên viên Vụ Sức khỏe sinh sản	Thành viên
Bà Nguyễn Thị Lê	Chuyên viên Vụ Sức khỏe sinh sản	Thành viên
Ông Hoàng Anh Tuấn	Chuyên viên Vụ Sức khỏe sinh sản	Thành viên

3. Tổ chuyên gia trong nước

Nhóm Hướng dẫn chung/Làm mẹ an toàn

PGs.Ts.Nguyễn Đức Hình
Ts.Lưu Thị Hồng
Ts. Phạm Thị Hoa Hồng
Ts. Nguyễn Thị Ngọc Khanh
Gs.Ts.Trần Thị Phương Mai
Bs. Phó Đức Nhuận
Bs. Nguyễn Thị Ngọc Phượng
PGs.Ts. Ngô Văn Tài
PGs.Ts. Cao Ngọc Thành
PGs.Ts. Nguyễn Việt Tiến
Bs.CKII.Trần Đình Tú

Nhóm Chăm sóc sơ sinh

Ts. Khu Thị Khánh Dung
PGs.Ts. Đinh Thị Phương Hòa
Bs. CKII. Trâm Thị Minh Hương
Bs. CKII. Nguyễn Thị Kim Nga
Ts. Cam Ngọc Phượng
Ts. Ngô Minh Xuân

Nhóm Kế hoạch hoá gia đình

Ts. Nguyễn Vũ Quốc Huy
Ts. Trần Sơn Thạch
Bs. Trịnh Hữu Thọ

Nhóm Nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục

PGs.Ts. Trần Lan Anh
ThS. Lê Hữu Doanh
PGs.Ts. Phạm Văn Hiến
Ts. Nguyễn Duy Hưng

Nhóm Sức khoẻ sinh sản vị thành niên/Tư vấn

ThS. Hoàng Tú Anh
ThS. Nguyễn Quốc Chính
ThS. Nguyễn Thu Giang
Bs. Trịnh Hữu Thọ

Nhóm Phá thai an toàn

PGs.Ts. Nguyễn Đức Hình
ThS. Hồ Sỹ Hùng
Bs. CKII. Nguyễn Thị Hồng Minh
Bs. Phan Văn Quý
ThS. Hoàng Diễm Tuyết

Nhóm Nam học

Gs. Trần Quán Anh
ThS. Vũ Nguyễn Khải Ca
Bs. Nguyễn Hoài Bắc
ThS. Trịnh Hoàng Giang
ThS. Nguyễn Phương Hồng
ThS. Nguyễn Quang

Nhóm Phòng chống bạo lực gia đình

ThS. Hoàng Tú Anh
ThS. Nguyễn Vân Anh
Bs. Nguyễn Thị Hoà Bình
Bs. Đào Xuân Dũng
Ts. Phạm Thị Hoa Hồng
Ts. Lưu Thị Hồng
Ts. Lê Thị Phương Mai

Nhóm thư ký giúp việc các tổ chuyên gia

ThS. Nghiêm Thị Xuân Hạnh
ThS. Lê Quang Dương
Bs. Hoàng Anh Tuấn
Bs. Nguyễn Minh Tuấn
ThS. Nguyễn Đức Vinh

Cn. Nguyễn Hồng Linh
Bs Nguyễn Văn Phương
Bs. Ngô Thúy Nga
Bs. Nguyễn Thi Lê
Bs. Dương Thúy Lợi
Cn. Trần Minh Nghĩa
Cn. Nguyễn Quỳnh Như

4. Các tổ chức quốc tế hỗ trợ tài chính và kỹ thuật cho quá trình soạn thảo

Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA)
Quỹ Nhi đồng Liên hiệp quốc (UNICEF)
Tổ chức Y tế thế giới (WHO)
Tổ chức Pathfinder International
Tổ chức IPAS
Quỹ cứu trợ nhi đồng Mỹ (SCUS)
Quỹ Ford (Ford foundation)