

**DỰ ÁN GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO NHÂN LỰC Y TẾ
PHỤC VỤ CẢI CÁCH HỆ THỐNG Y TẾ**



TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

**CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU THEO
NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH DÀNH CHO
Y SỸ LÀM VIỆC TẠI TRẠM Y TẾ XÃ**

Tháng 12 – 2019

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Ý nghĩa
ADR	Adverse Drug Reaction: Phản ứng có hại của thuốc
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Chỉ số khối cơ thể
BN	Bệnh nhân
BPTNMT	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
BSGD	Bác sĩ gia đình
CAT	COPD Assessment Test (Thang điểm triệu chứng COPD)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính)
CPR	Hồi sinh tim phổi
CSGN	Chăm sóc giảm nhẹ
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CTCS	Chấn thương cột sống cổ
CTM	Công thức máu
CTSN	Chấn thương sọ não
ĐM	Động mạch
PTĐMC	Phình tách động mạch chủ
DNT	Dịch não tủy
ĐTĐ	Đái tháo đường
DVCĐ	Dựa vào cộng đồng
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
Ferritine	là một chỉ số phản ánh mức dự trữ sắt trong cơ thể
FEV1	Forced Expired Volume in one second (Thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên)
FVC	Force vital capacity (Tổng thể tích thở ra tối đa trong 1 hơi thở)
HA	Huyết áp
Hb A1c	là loại hemoglobin đặc biệt kết hợp giữa hemoglobin và đường glucose
HbsAg	Kháng nguyên bề mặt viêm gan virus B
HGD	Hộ gia đình

HIV	human immunodeficiency virus (virus suy giảm miễn dịch ở người)
HP	Helicobacter Pylori
KST	Ký sinh trùng
mMRC	Modified medical Reseach Council (Hội đồng nghiên cứu y học sửa đổi)
NKQ	Nội khí quản
NKT	Người khuyết tật
NMCT	Nhồi máu cơ tim
NSAID	Non-Steroid Anti-Inflammatory Drug (Thuốc chống viêm không steroid)
NTH	Ngừng tuần hoàn
NVYT	Nhân viên y tế
ÔNKK	Ô nhiễm không khí
PHCN	Phục hồi chức năng
PKBSGD	Phòng khám bác sĩ gia đình
QĐ-BYT	Quyết định bộ y tế
SA	Siêu âm
SAT	Huyết thanh kháng độc tố uốn ván
SDD	Suy dinh dưỡng
SDTHL	Sử dụng thuốc hợp lý
STD	Bệnh về đường tình dục
TALTC	Tăng áp lực tĩnh mạch cửa
TBMMN	Tai biến mạch máu não
TCMR	Tiêm chủng mở rộng
THA	Tăng huyết áp
TLT	Tiền liệt tuyến
TM	Tĩnh mạch
TMTQ	Tĩnh mạch thực quản
TN-TT	Tai nạn thương tích
TT	Trung tâm
TT-GDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TYT	Trạm y tế
XQ	X quang
YHGĐ	Y học gia đình

MỤC LỤC

BÀI 1_LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN, VAI TRÒ VÀ CÁC NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.	3
BÀI 2_TRẠM Y TẾ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI VIỆT NAM.....	20
BÀI 3_VÒNG ĐỜI NGƯỜI, VÒNG ĐỜI GIA ĐÌNH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI SỨC KHỎE, BỆNH TẬT	32
BÀI 4_MỘT SỐ CÔNG CỤ THƯỜNG SỬ DỤNG TRONG ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH	48
Bài 5_HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE CÁ NHÂN, HỘ GIA ĐÌNH THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH	58
Bài 6: KỸ NĂNG LÀM VIỆC NHÓM.....	67
BÀI 7_CÁC CẤP ĐỘ DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHOẺ.....	79
BÀI 8_QUẢN LÝ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ SỨC KHỎE	86
BÀI 9_TIÊM CHỦNG PHÒNG BỆNH.....	95
Bài 10_SÀNG LỌC PHÁT HIỆN BỆNH SỚM	116
BÀI 11_VỆ SINH MÔI TRƯỜNG.....	126
BÀI 12_VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM.....	150
BÀI 13_HÀNH VI SỨC KHỎE VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HÀNH VI SỨC KHỎE	158
Bài 14: TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁ NHÂN, HỘ GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG	177
Bài 15: LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG THEO Y HỌC GIA ĐÌNH	194
BÀI 16_QUẢN LÝ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI CỘNG ĐỒNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH	203
Bài 17_CẤP CỨU NGOẠI KHOA VÀ THẢM HỌA	213
Bài 18_CẤP CỨU NỘI KHOA	256
Bài 19_PHÒNG, CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ PHẢN VỆ	289
BÀI 20_CHĂM SÓC TRẺ EM KHỎE MẠNH	301
BÀI 21_XỬ TRÍ LÒNG GHÉP TRẺ BỆNH (IMCI)	325
BÀI 22_MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI LỚN VÀ NGƯỜI CAO TUỔI	340
BÀI 23_KHÁM THAI – QUẢN LÝ THAI NGHÉN – CHĂM SÓC THAI NGHÉN	404
BÀI 24_MỘT SỐ BỆNH PHỤ KHOA VÀ CẤP CỨU SẢN KHOA.....	425
Bài 25_CHĂM SÓC GIẢM NHẸ, CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI	467

Bài 26: PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG	474
Bài 27: SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN HỢP LÝ	490
BÀI 28: CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TẠI NHÀ.....	506

BÀI 1

LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN, VAI TRÒ VÀ CÁC NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, vai trò của YHGD trong hệ thống y tế và công tác chăm sóc sức khỏe.
2. Giải thích được các nguyên lý của YHGD để áp dụng tại trạm y tế xã.
3. Thể hiện được sự đổi mới về chức trách nhiệm vụ trong công tác chăm sóc sức khỏe, hợp tác, trao đổi, học hỏi để hoàn thành công việc được giao theo nguyên lý YHGD.

NỘI DUNG

1. Tổng quan về Y học gia đình.

1.1. Định nghĩa về Y học gia đình.

Năm 1963, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa BSGĐ là “*Những thầy thuốc thực hành có vai trò cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp, liên tục, toàn diện và phối hợp cho từng cá nhân, mọi thành viên trong hộ gia đình đang được theo dõi và quản lý...Những thầy thuốc gia đình tự chịu trách nhiệm cung cấp các chăm sóc y tế hoặc hỗ trợ cho các thành viên của từng hộ gia đình được sử dụng các dịch vụ y tế và các nguồn lực xã hội khác nếu cần*”.

Hiệp Hội Y Học Gia Đình Hoa Kỳ (AAFP): “*Y học gia đình là chuyên ngành y học cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện, liên tục cho từng cá nhân và gia đình. Đây là chuyên ngành rộng, lồng ghép sinh học, lâm sàng học và khoa học hành vi. Phạm vi hoạt động của y học gia đình bao gồm các nhóm tuổi, giới tính, cơ quan, và các bệnh lý thực thể*”.

Hiệp hội bác sĩ gia đình thế giới (WONCA): “*BSGĐ là những thầy thuốc chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe toàn diện và liên tục cho các cá nhân trong bối cảnh gia đình, cho các gia đình trong bối cảnh cộng đồng, không phân biệt tuổi, giới, chủng tộc, bệnh tật cũng như điều kiện văn hóa và tầng lớp xã hội*”.

Tóm lại: Y học gia đình có trách nhiệm chăm sóc người bệnh một cách toàn diện, liên tục và phối hợp nhằm mục tiêu phát hiện sớm và xử lý sớm các vấn đề bệnh tật, dự phòng và duy trì sức khỏe, cho từng cá nhân trong gia đình và cộng đồng.

1.2. Lịch sử phát triển Y học gia đình trên thế giới.

Y học gia đình là một chuyên ngành Y khoa ra đời trong thập niên 60 của thế kỷ trước. Vào những năm 1960, tại Anh, Mỹ và Canada bắt đầu triển khai chương trình đào tạo thầy thuốc đa khoa thực hành, sau này là bác sĩ chuyên khoa YHGD. Năm 1964 ra đời Hội cấp chứng chỉ hành nghề y học gia đình tại Mỹ. Tháng 7 năm 1969 mới chỉ có 15 bác sĩ thực hành y học gia đình được công nhận tại Mỹ, sau đó chuyên khoa y học gia đình được chấp nhận và nhanh chóng phát triển đến năm 1979 đã có 6531 bác sĩ thực hành y học gia đình được công nhận. Y học gia đình đã

góp phần thay đổi thực hành lâm sàng trong chăm sóc sức khỏe tại Mỹ từ cuối thế kỉ XX.

Năm 1972, tổ chức bác sĩ gia đình thế giới (WONCA :*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, với tên gọi ngắn là: World Organization of Family Doctors) được thành lập với sự tham gia của 18 quốc gia. Đến năm 1995, theo WONCA có ít nhất 56 nước phát triển và áp dụng chương trình đào tạo bác sĩ gia đình. Loại hình này đã dần thay thế bác sĩ đa khoa ở nhiều nước trên thế giới như : Mỹ, Canada, Anh, Úc, Thụy Điển, Singapore, Ấn Độ, Philippine, Hồng Kông, Hàn Quốc, Nhật Bản, Đài Loan, Thái Lan, Indonexia,... Tại Mỹ, ước tính đến năm 2020 mỗi năm cần đào tạo thêm khoảng 4500 bác sĩ gia đình phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân. Cho đến nay, đã có 120 thành viên từ 99 quốc gia và vùng lãnh thổ tham gia. Hiện nay, Y học gia đình đã phát triển mạnh với Hội bác sĩ gia đình ở các quốc gia, khu vực và thế giới, có hơn 200000 hội viên. Trang web của WONCA là www.globalfamilydoctor.com.

WONCA có nhiệm vụ cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân trên toàn thế giới thông qua định nghĩa và cổ súy cho các giá trị của nó cũng như việc nuôi dưỡng và duy trì các chuẩn mực về chăm sóc thực hành YHGD thông qua việc tăng cường chăm sóc cá nhân, liên tục, dễ tiếp cận trong khung cảnh gia đình và cộng đồng.

1.3. Lịch sử phát triển y học gia đình tại Việt Nam

1.3.1. Chủ trương của Đảng và Chính phủ đối với công tác chăm sóc sức khỏe

Chăm sóc sức khỏe nhân dân là một trong những trọng tâm ưu tiên trong chính sách của Đảng và nhà nước ta. Năm 2005, Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị cũng đặc biệt nhấn mạnh kiện toàn và nâng cao chất lượng hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở là một nội dung quan trọng trong định hướng chiến lược CSSK toàn dân. Năm 2015, Thủ tướng Chính phủ đã kết luận tại cuộc họp về thực hiện đề án giảm tải bệnh viện, việc phát triển thí điểm mô hình BSGĐ là một trong các giải pháp giúp giảm tải bệnh viện đã được đề cập tới (Thông báo số 99/TB-VPCP ngày 26/3/2015).

1.3.2. Sự thay đổi của mô hình bệnh tật và nhu cầu chăm sóc sức khỏe

Gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm cùng với sự xuất hiện và diễn biến khó lường của một số dịch bệnh mới nổi làm cho nhu cầu CSSK của người dân này càng tăng. Nhóm bệnh không lây nhiễm đã chiếm tới gần $\frac{3}{4}$ (71%) tổng gánh nặng bệnh tật (12,3 triệu DALYs vào năm 2008)..

Số liệu từ Niên giám thống kê của Bộ y tế cho thấy sự thay đổi rõ rệt về mô hình bệnh tật trong số người bệnh đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế. Theo đó, tỷ trọng các bệnh không lây nhiễm tăng liên tục từ 39,0% năm 1986 lên 71,6% năm 2010. Tỷ lệ tử vong do các bệnh không lây nhiễm tăng trong số các người bệnh tử vong tại bệnh viện.

Sự già hóa dân số, gia tăng các bệnh không lây nhiễm làm cho nhu cầu CSSK tăng. Khi tuổi càng cao, sức khỏe giảm, có nguy cơ cao mắc các bệnh mạn tính và đối diện với nguy cơ tàn phế, nên nhu cầu CSSK càng lớn với chi phí điều trị ngày càng cao.

Hiện nay, nhu cầu dịch vụ y tế của người dân cũng đã có những thay đổi, không chỉ dừng lại ở việc khám, điều trị bệnh cho người bệnh tại các cơ sở y tế mà còn đòi hỏi phải được tư vấn, dự phòng và nâng cao sức khỏe cho cả người khỏe mạnh, quản lý theo dõi các bệnh mạn tính tại cộng đồng. Bên cạnh đó, tình trạng quá tải tại các cơ sở tuyến trên đòi hỏi phải có những giải pháp thích hợp để tăng cường khả năng phân loại, xử trí và điều trị cũng như dự phòng bệnh tật ngay tại tuyến y tế cơ sở.

1.3.3. Thực trạng của hệ thống y tế và sự cần thiết đổi mới

Trong hơn 20 năm gần đây, hệ thống cung ứng dịch vụ y tế vốn được vận hành theo cơ chế bao cấp trong một thời gian dài, đang được từng bước đổi mới theo hướng xã hội hóa, đa dạng hóa các nguồn lực đầu vào, cũng như các hình thức cung ứng dịch vụ. Do tác động của các chính sách kinh tế, xã hội, cũng như chính sách và cơ chế mới trong lĩnh vực y tế, hệ thống cung ứng dịch vụ y tế nước ta đã đạt được nhiều thành tựu to lớn, cải thiện đáng kể tình trạng sức khỏe của người dân. Năm 2012, tuổi thọ bình quân của nam giới là 72, nữ giới là 76,9 tuổi. Việt Nam có nhiều tiến bộ trong thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ liên quan đến y tế. Bên cạnh những thành tựu to lớn trong công tác CSSK, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế ở nước ta cũng bộc lộ nhiều khó khăn, hạn chế và hàng loạt vấn đề cần được giải quyết, đổi mới:

- Sự mất cân đối của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế
- + Quá tải ở tuyến trên, dưới tải ở tuyến dưới.
- + Mất cân đối giữa lĩnh vực y tế dự phòng và điều trị.
- + Mất cân đối giữa dịch vụ CSSKBD với dịch vụ bệnh viện (chăm sóc chuyên khoa).
- + Mất cân đối trong phân bổ nguồn lực giữa tuyến trên và y tế cơ sở.
- + Mất cân đối trong phân bổ nhân lực y tế giữa khu vực thành thị và nông thôn,...
- Sự phân mảnh trong tổ chức cung ứng dịch vụ, chưa thực hiện tốt chăm sóc phối hợp, lồng ghép, liên tục:
 - + Hệ thống dự phòng và điều trị gần như tách rời cả về tổ chức, nhân lực cũng như kinh phí, thiếu sự kết nối, phối hợp.
 - + Các cơ sở thực hiện CSSK hoạt động khá độc lập và tập trung nhiều vào điều trị cho các cá nhân tại cơ sở y tế hơn là chăm sóc, nâng cao sức khỏe, quản lý theo dõi tại cộng đồng.
 - + Thiếu sự chia sẻ thông tin giữa các cơ sở y tế; hệ thống chuyển tuyến còn bất cập, thiếu điều kiện cần thiết để chia sẻ thông tin về người bệnh giữa các tuyến và các cơ sở y tế.
- Hiệu suất của cả hệ thống chưa cao:
 - + Công tác CSSKBD và mạng lưới y tế cơ sở là các yếu tố mang lại hiệu quả- chi phí cao đối với cả hệ thống chưa được phát triển đúng mức
 - + CSSK ngoài cơ sở y tế (tại cộng đồng và gia đình) chưa được chú trọng.

+ Sử dụng quá ít dịch vụ ngoại trú tại tuyến cơ sở và quá nhiều dịch vụ nội trú cũng như ngoại trú ở cơ sở y tế tuyến trên.

+ Tình trạng chỉ định nhiều xét nghiệm không cần thiết.

+ Tỷ lệ nhập viện cao không cần thiết,... dẫn đến lãng phí lớn (theo ước tính của Ngân hàng Thế giới, tỷ lệ nhập viện không cần thiết của Việt Nam khoảng 20%).

+ Hiệu suất sử dụng các nguồn lực (nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất) còn hạn chế.

- Năng lực cung ứng của mạng lưới y tế cơ sở còn hạn chế, chất lượng dịch vụ y tế thấp và chưa được người dân tin cậy:

+ Các trạm y tế xã mới chỉ cung ứng được khoảng 52% dịch vụ khám chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế.

+ Tỷ lệ xử trí đúng các bệnh thường gặp còn thấp (30-40%).

+ Nhân lực y tế ở tuyến cơ sở thiếu về số lượng và yếu về chất lượng. Còn hơn 20% số trạm y tế xã không có bác sĩ. Tình trạng khó thu hút và duy trì nhân lực y tế ở tuyến y tế cơ sở đang là vấn đề nổi cộm, nhất là ở các lĩnh vực nông thôn và miền núi.

+ Việc quản lý các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính đang vượt quá năng lực của đội ngũ cán bộ y tế ở trạm y tế xã.

+ Chất lượng dịch vụ y tế ở tuyến cơ sở còn thấp do sự hạn chế của các yếu tố đầu vào của chất lượng dịch vụ y tế (nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất...).

+ Quản lý chất lượng và hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật từ tuyến trên còn yếu.

- Tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế:

+ Có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm mức sống.

+ Các chỉ số sức khỏe cơ bản ở nhóm nghèo thấp hơn nhóm có mức sống cao hơn.

+ Tỷ trọng chi từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế còn cao (khoảng 49% năm 2012).

- Việc cập nhật thông tin y tế, đào tạo liên tục cho cán bộ y tế tuyến cơ sở: Hiện nay, phần lớn các bác sĩ công tác tại tuyến cơ sở đều là bác sĩ đa khoa, ít có điều kiện học tập nâng cao trình độ chuyên môn. Với nhu cầu nâng cao trình độ, buộc các bác sĩ này phải lựa chọn theo đuổi một chuyên khoa lâm sàng hẹp không phù hợp với môi trường, điều kiện và yêu cầu khám chữa bệnh đa khoa, thực hiện công tác phòng bệnh, nâng cao sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở. Phát triển chuyên ngành YHGD sẽ góp phần bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ lâm sàng đa khoa cho tuyến cơ sở, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở, tăng khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế cho người dân, đặc biệt là nhóm người nghèo và góp phần làm giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên. Đây là yêu cầu cấp bách và là một giải pháp mang tính đột phá nhằm nâng cao chất lượng công tác CSSKBĐ ở tuyến y tế cơ sở theo hướng công bằng và hiệu quả.

1.3.4. Quá trình phát triển chuyên ngành YHGD tại Việt Nam

Danh từ Y học gia đình mới xuất hiện ở nước ta khoảng hơn 15 năm trở lại đây (từ năm 1995). Năm 2000, dự án phát triển Bác sĩ gia đình ở Việt Nam được chính phủ phê duyệt với sự tham gia của 3 trường : Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, với mục tiêu chính là đào tạo bác sĩ chuyên khoa I chuyên ngành Y học gia đình và xây dựng các phòng khám ngoại trú hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình.

Tháng 3 năm 2002, chuyên khoa Y học gia đình được Bộ y tế cho phép đào tạo chuyên khoa I với mã số CK 62729801.

Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên bắt đầu với việc đào tạo chuyên khoa I Y học gia đình vào năm 2002. Tiếp theo là Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Trường Đại học Y Dược Huế, Trường Đại học Y Hải Phòng cũng đã tham gia đào tạo Y học gia đình. Tính đến nay đã có 6 trường Đại học Y trong cả nước liên tục tuyển sinh đào tạo chuyên ngành Y học gia đình với 547 bác sĩ chuyên khoa I Y học gia đình và nhiều bác sĩ tham gia các lớp định hướng Y học gia đình đã tốt nghiệp.

Năm 2005 Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch hợp tác với Đại học Liege – Vương quốc Bỉ đã thành lập các trung tâm thí điểm thực hành Bác sĩ gia đình.

Việt Nam đã thành lập Hội bác sĩ gia đình bằng quyết định số 43/2005/QB-BNV của Bộ trưởng Bộ Nội vụ kí ngày 26/04/2005.

Năm 2010, Trường Đại học Y Hà Nội đã được Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt mã số cho phép đào tạo Thạc sĩ Y học gia đình theo hệ tín chỉ 18 tháng.

Tháng 1 năm 2012, chuyên khoa Y học gia đình đã được đưa vào chương trình khung của đối tượng sinh viên y đa khoa do Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt.

Năm 2014, Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh đã xây dựng chương trình đào tạo bác sĩ chuyên khoa II YHGD và được bộ y tế phê duyệt...

Thông tư số 16/2014/TT-BYT ngày 22 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế “Hướng dẫn thí điểm về bác sĩ gia đình và phòng khám bác sĩ gia đình” là một bước tiến mới thể hiện chủ trương của Bộ Y tế ủng hộ mạnh mẽ việc phát triển mô hình thực hành Y học gia đình ở Việt Nam.

Năm 2018, các Trường đào tạo chuyên khoa cấp 1 về Y học gia đình: Đại học Y Hà Nội, Y Dược TPHCM, Y Dược Cần Thơ, Y Dược Huế, Y Dược Hải Phòng, Y Dược Thái Nguyên và Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. Thạc sĩ Y học gia đình được đào tạo tại Đại học Y Hà Nội, và Bác sĩ chuyên khoa cấp 2 Y học gia đình tại Đại học Y Dược TPHCM.

1.4. Vai trò của y học gia đình trong hệ thống y tế

Hiện nay phần lớn các bác sĩ ở tuyến cơ sở đều là bác sĩ đa khoa, ít có điều kiện học tập nâng cao trình độ chuyên môn. Với nhu cầu nâng cao trình độ buộc các bác sĩ này phải phải lựa chọn theo đuổi một chuyên khoa lâm sàng hẹp không còn phù hợp với môi trường, điều kiện và yêu cầu làm việc của tuyến cơ sở. Phát triển chuyên khoa YHGD sẽ góp phần bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ cho tuyến cơ sở, thúc đẩy và nâng cao trình độ khám chữa bệnh cho tuyến y tế cơ sở, tăng khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế cho người dân đặc biệt là nhóm đối tượng nghèo và góp phần giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên. Đây là yêu cầu cấp bách và là

một giải pháp mang tính đột phá nhằm nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở theo hướng công bằng, hiệu quả và giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên.

Thầy thuốc gia đình là người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe một cách liên tục và toàn diện cho người bệnh ở mọi lứa tuổi và cho cả gia đình họ, kể cả lúc có bệnh và lúc khỏe mạnh. Bác sĩ gia đình có trách nhiệm xử lý các nhu cầu sức khỏe cũng như thiết lập mối quan hệ gần gũi, tin cậy với người bệnh. Bác sĩ gia đình có khả năng chăm sóc hầu hết các nhu cầu sức khỏe của người bệnh, nếu vấn đề vượt ngoài khả năng, họ có trách nhiệm lựa chọn bác sĩ chuyên khoa khác phù hợp, để tiếp tục chăm sóc cho người bệnh. Các thầy thuốc chuyên khoa khác sẽ phối hợp với bác sĩ gia đình cùng chăm sóc sức khỏe để đạt hiệu quả cao nhất và tiết kiệm nhất.

Chuyên khoa y học gia đình đã nhấn mạnh đến việc chăm sóc toàn bộ các vấn đề sức khỏe từ lần khám đầu tiên, tiếp tục theo dõi, đánh giá và chăm sóc các bệnh mạn tính (từ dự phòng cho tới phục hồi chức năng). Ngoài ra y học gia đình còn nhấn mạnh đến sự phối hợp và lồng ghép tất cả các dịch vụ y tế cần thiết trong công tác chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

Bác sĩ gia đình với sự kết hợp chức năng của bác sĩ lâm sàng với bác sĩ dự phòng và nhà tâm lý, đáp ứng khoảng 90% các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân, thích hợp làm việc tại các phòng khám thuộc hệ thống y tế công và tư nhân ở mọi tuyến từ trung ương đến cơ sở, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở để giải quyết các vấn đề sức khỏe/bệnh của người dân trong cộng đồng thường gặp.

Chức năng của người bác sĩ gia đình:

1. Có trách nhiệm trong việc chăm sóc toàn diện, liên tục từng cá thể cũng như toàn gia đình trong suốt thời kỳ ốm đau, giai đoạn phục hồi, cũng như khi khỏe mạnh. Phát hiện được các vấn đề sức khỏe của người bệnh ở giai đoạn sớm nhất (kết hợp chức năng của bác sĩ lâm sàng và bác sĩ dự phòng).

2. Ham học hỏi, tìm tòi các vấn đề nảy sinh trong quá trình thực hành lâm sàng và cách giải quyết chúng.

3. Quan tâm đến nhiều lĩnh vực, chuyên khoa thuộc y học lâm sàng.

4. Có khả năng giải quyết nhiều vấn đề sức khỏe/bệnh đồng thời xảy ra trên một người bệnh. Kiến thức chuyên môn rộng và có cách nhìn toàn diện hơn, trong đó chú trọng đến việc phát hiện và xử trí các bệnh cấp cứu thông thường, ưu tiên quản lý và điều trị ngoại trú (đáp ứng khoảng 90% nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân trong cộng đồng).

5. Có khả năng hành động như người điều phối các nguồn lực cần thiết đáp ứng cho yêu cầu chăm sóc sức khỏe tổng thể của người bệnh.

6. Nhiệt tình trong công việc, luôn cập nhật kiến thức thông qua đào tạo liên tục.

7. Có kỹ năng điều trị và quản lý các bệnh mạn tính, đảm bảo sự phục hồi tốt nhất (ít có biến chứng) cho người bệnh.

8. Có khả năng tư vấn cho người bệnh và các gia đình về các yếu tố nguy cơ, bệnh tật và các hành vi có hại cho sức khỏe, nguyên tắc dự phòng nhằm mục đích nâng cao sức khỏe.

9. Có khả năng xử lý các tình huống phức tạp về tâm lý tình cảm và các yếu tố xã hội trong chăm sóc người bệnh, kể cả trong giai đoạn người bệnh tử vong và sau tử vong.

10. Yêu thương và cảm thông sâu sắc với gia đình người bệnh. Có mong muốn duy trì sự hài lòng của người bệnh, nhận ra các nhu cầu cần thiết để tạo ra mối quan hệ tốt với người bệnh và gia đình họ.

Ngoài các kiến thức, kỹ năng và thái độ chung cho bác sĩ gia đình trên toàn thế giới, việc đào tạo bác sĩ gia đình tại các quốc gia đang phát triển có một số đặc thù riêng. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra tiêu chuẩn “Bác sĩ năm sao”:

+ Đánh giá và cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe bằng cách đáp ứng hoàn toàn với nhu cầu của người dân.

+ Sử dụng tối ưu các kỹ thuật mới trong chẩn đoán và điều trị.

+ Khuyến khích lối sống lành mạnh.

+ Điều hòa các nhu cầu sức khỏe của từng cá thể và cộng đồng.

+ Làm việc theo nhóm một cách hiệu quả.

Bác sĩ gia đình ở các nước đang phát triển được đề nghị các vai trò sau đây:

- Nhà lâm sàng có khả năng xử trí và chẩn đoán các bệnh và cấp cứu thường gặp tại cộng đồng.

- Quan tâm dự phòng như : tiêm chủng, kiểm soát mầm bệnh, vệ sinh và kiểm soát các bệnh nhiễm trùng, phòng và hạn chế các yếu tố nguy cơ.

- Là cầu nối giữa lĩnh vực lâm sàng và y tế công cộng. Bác sĩ gia đình sẽ cộng tác chặt chẽ với các chuyên gia y tế dự phòng để đảm bảo nguồn nước sạch, đảm bảo hệ thống nước thải, kiểm soát tác nhân truyền bệnh, chống ô nhiễm môi trường,...

- Chỉ có khoảng 5 – 10% cuộc khám đầu tiên của người bệnh với bác sĩ gia đình cần chuyển khám chuyên khoa và chuyển viện. Trong trường hợp này bác sĩ gia đình phải đảm bảo được việc giới thiệu khám chuyên khoa và chuyển viện một cách hợp lý và hiệu quả.

2. Khái niệm về nguyên lý thực hành của Y học gia đình

Phần lớn các chuyên khoa trong Y học được xác định bằng cách loại trừ hoặc giới hạn, như tuổi, giới tính, bệnh hoặc cơ quan hay một hệ thống của cơ thể. Y học gia đình không có giới hạn, đó là một chuyên khoa bao gồm nhiều lĩnh vực. Y học gia đình tập trung vào người bệnh chứ không tập trung vào bệnh. Người bệnh đến gặp bác sĩ gia đình có khi chỉ là những lý do đơn giản, không cần phải có bất cứ vấn đề sức khỏe cụ thể hoặc một bệnh đặc biệt nào. Y học gia đình được xác định không phải chỉ bằng một nguyên lý mà bằng tất cả các nguyên lý. Tất cả các nguyên lý này cùng nhau tạo nên một tác nhân chữa bệnh rất mạnh và có sức thuyết phục nên có thể sử dụng để giúp đỡ người bệnh bất kể bị bệnh gì, giới tính nào hoặc tuổi nào.

Sáu nguyên lý của y học gia đình là:

- Chăm sóc liên tục

- Chăm sóc toàn diện

- Chăm sóc phối hợp
- Quan tâm cộng đồng
- Định hướng phòng bệnh
- Định hướng gia đình

Cây WONCA và 12 kỹ năng



Hình 1. Cây WONCA TREE.

2.1. Chăm sóc liên tục.

Đây có thể là nguyên tắc quan trọng nhất trong thực hành y học gia đình và càng quan trọng hơn khi phải thực hành trong hoàn cảnh người bệnh đông và thời gian khám bệnh ngắn như ở Việt Nam.

Cần phân biệt chăm sóc liên tục và khám bệnh liên tục: Chăm sóc liên tục là việc người bệnh được khám bệnh cùng một thầy thuốc thường là BSGĐ còn việc khám bệnh liên tục là việc khám bệnh với nhiều bác sĩ khác nhau (thường xảy ra khi người bệnh đến khám với các chuyên khoa khác y học gia đình).

BSGĐ đã sử dụng thời gian tiếp xúc là công cụ chẩn đoán và điều trị và tự nguyện hình thành cam kết chăm sóc lâu dài cho người bệnh vì lợi ích cả đôi bên. Trong hoàn cảnh Việt Nam điều này càng có ý nghĩa tích cực hơn vì thời gian khám bệnh ngắn nên chính áp dụng nguyên lý này sẽ giúp BSGĐ có thêm thời gian để tiến hành chẩn đoán và điều trị cho người bệnh ở những nơi có số lượng người bệnh khám đông.

Ngoài ra, do trong quá trình chăm sóc liên tục thầy thuốc sẽ sử dụng bản thân mình cùng mối quan hệ với người bệnh để xây dựng lòng tin cho người bệnh và gia

đình là cơ sở để lôi kéo cả gia đình đến chăm sóc dự phòng và rộng hơn cả cộng đồng, kinh nghiệm này được BS Balint phát hiện ở Anh.

Việt Nam: Với khu vực tìm kiếm dịch vụ y tế khu trú vào dịch vụ y tế tư nhân thì có thể áp dụng nguyên lý này thông qua việc BSGĐ đầu tiên chỉ khám cho từng cá thể dưới danh nghĩa khám tổng quát nhưng sau đó hình thành lòng tin và chỉ ra cho bệnh thấy có vai trò của gia đình trong các biện pháp hỗ trợ người bệnh như nấu ăn đúng, giúp tuân thủ điều trị, tạo tâm lý vui vẻ... từ đó lôi kéo cả gia đình đến để chăm sóc nhằm dự phòng các yếu tố nguy cơ cho bệnh đã xảy ra cũng như các bệnh nguy hiểm khác....

Thực hành của YHGD lấy con người làm trung tâm hơn là lấy bệnh làm trung tâm. Thực hành gia đình được dựa trên mối quan hệ con người bền vững giữa người bệnh và thầy thuốc, chăm sóc sức khỏe cá thể theo suốt cuộc đời và không bị giới hạn vào một giai đoạn ốm đặc biệt nào. Điều này đòi hỏi bác sĩ phải gặp gỡ người bệnh trong những lần ốm và trong nhiều lần thăm thân tình. Qua quá trình chăm sóc, mối quan hệ tin cậy lẫn nhau và lâu dài sẽ nảy sinh và được thiết lập. Tính liên tục được coi là nguyên tắc quan trọng nhất của y học gia đình. Trong y học gia đình, đối tượng theo dõi là người bệnh, mỗi đợt ốm là một bệnh. Trong các chuyên ngành khác, đối tượng theo dõi là bệnh và mỗi đợt là một người bệnh. Bác sĩ gia đình sử dụng thời gian như là một công cụ chẩn đoán và điều trị.

Nguyên lý chăm sóc liên tục trong thực hành YHGD được thể hiện, người thầy thuốc phải:

- Biết rõ tiền sử của người bệnh trước khi có một quyết định trong chẩn đoán hay điều trị hay không.
- Giải thích cho người bệnh về tầm quan trọng của việc theo dõi bệnh.
- Bàn bạc với người bệnh về mục đích chăm sóc sức khỏe lâu dài.
- Có sự tin cậy giữa thầy thuốc và người bệnh.
- Có sổ ghi chép khi theo dõi và khám bệnh, đặc biệt là các bệnh mạn tính.

2.2. Chăm sóc toàn diện.

Khi lập kế hoạch chẩn đoán điều trị và theo dõi thì BSGĐ thường xem xét các yếu tố gia đình, xã hội và tâm lý người bệnh ngoài bản thân người bệnh nhằm đảm bảo việc tuân thủ người bệnh tối ưu và theo đúng hướng.

Cơ sở của chăm sóc toàn diện: Bắt đầu từ nghiên cứu của Kerr White về chăm sóc người bệnh ở hoa kỳ và anh quốc cho thấy vai trò của BSGĐ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn 70% các vấn đề sức khỏe thông thường ở cộng đồng, từ nghiên cứu của Barbara Starfield cho thấy BSGĐ giúp giảm tử vong do ung thư và nhiều bệnh khác. Lấy chăm sóc người bệnh làm trung tâm là định hướng.

Thực hành YHGD đảm nhận việc tăng cường sức khỏe một cách lồng ghép, phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và hỗ trợ thể chất tâm lý và xã hội cho các cá thể. Thực hành gia đình giải quyết mối quan hệ giữa ốm và bệnh, lồng ghép nhân văn và đạo đức của mối quan hệ thầy thuốc, người bệnh, trong việc ra các quyết định trong lâm sàng.

Bác sĩ gia đình không chỉ xem xét người bệnh dưới góc độ sinh học mà còn xem xét cả về mặt tâm lý, xã hội nữa. Bác sĩ gia đình xem xét tổng thể các cá nhân trong khuôn khổ các nhu cầu tổng thể của họ, xem xét tất cả các yếu tố khi lập kế hoạch chẩn đoán hoặc điều trị. Những chuyên ngành khác cũng tham gia vào việc chăm sóc người bệnh và bác sĩ gia đình có vai trò làm cầu nối để người bệnh tiếp cận được với những chăm sóc đó. Người thầy thuốc gia đình có thể giải quyết tới 90-95% các loại bệnh tật mà người bệnh tìm đến chữa và cung ứng phần lớn sự chăm sóc và phục vụ.

Nguyên lý chăm sóc toàn diện trong thực hành YHGD được thể hiện:

- Danh mục các vấn đề và thuốc được liệt kê trong phác đồ điều trị.
- Sử dụng và tiếp cận thông tin y học một cách dễ dàng.
- Có thời gian biểu chăm sóc cho từng người bệnh.
- Biết khả năng chi trả của người bệnh.
- Bác sĩ gia đình có hiểu biết sâu về những vấn đề tâm lý, xã hội, trong quá trình chăm sóc người bệnh.

2.3. Chăm sóc phối hợp

Trong mô hình chăm sóc người bệnh bệnh mạn tính thông thường người bệnh chịu sự chăm sóc nhiều nguồn khác nhau kể cả chuyên gia, thật sự thảm họa nếu hệ thống không nhất quán về quan điểm điều trị.

Bác sĩ gia đình có thể giải quyết rất nhiều vấn đề sức khỏe của các cá thể ngay từ lần đầu tiên tiếp xúc với người bệnh, nhưng khi cần thiết, bác sĩ gia đình cũng đảm bảo việc chuyển người bệnh phù hợp và đúng thời gian đến các dịch vụ chuyên khoa hoặc các chuyên ngành sức khỏe khác. Trong những cơ hội này, bác sĩ gia đình có trách nhiệm thông báo cho người bệnh về những dịch vụ có sẵn và sử dụng những dịch vụ này như thế nào. Bác sĩ gia đình nên đóng vai trò như là nhạc trưởng trong việc chăm sóc cho từng người bệnh trong mối liên quan với các nhà cung cấp sức khỏe, xã hội khác, khuyên người bệnh về những vấn đề sức khỏe.

Việc phối hợp trong chăm sóc được thể hiện, BSGĐ:

- Có bàn bạc với các chuyên gia về việc chăm sóc người bệnh.
- Đi cùng người bệnh đến các chuyên gia.
- Có kế hoạch chăm sóc người bệnh khi vắng mặt các chuyên gia.
- Huấn luyện những người trong phòng khám cùng phối hợp chăm sóc.
- Nói với người bệnh về kết quả chẩn đoán khi hội chẩn với các chuyên gia.

2.4. Hướng dự phòng.

BSGD không những chỉ là bác sĩ điều trị mà còn phải giúp người bệnh của mình phòng chống các nguy cơ bệnh tật. Phòng bệnh bao gồm nhiều khía cạnh, đó là nhận biết các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh, dự phòng làm chậm lại các hậu quả của bệnh tật và khuyến khích lối sống lành mạnh. Dự phòng cũng có nghĩa là dự đoán trước các vấn đề sẽ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý của người bệnh và gia đình. Phòng bệnh không chỉ giới hạn vào việc tư vấn mọi người không hút thuốc lá, tích cực tập thể dục và ăn uống đúng... mà còn tìm ra các yếu tố

nguy cơ đối với việc mắc bệnh nào đó, dựa vào các thông tin về tiền sử gia đình, vòng đời người, vòng đời gia đình, sử dụng phương tiện sàng lọc để phát hiện bệnh sớm ngay từ giai đoạn đầu.

Quan tâm dự phòng được thể hiện ở nhiều khía cạnh:

- Nhận ra yếu tố nguy cơ mắc bệnh như dựa vào yếu tố cộng đồng(mô hình bệnh tật), phá hệ (bệnh lý, vấn đề tâm lý, vấn đề tâm lý xã hội) để có chương trình giáo dục sức khỏe thích hợp.

- Tiến hành khám sàng lọc, khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các rối loạn và điều chỉnh kịp thời như rối loạn chuyển hóa, thừa cân béo phì trước khi có diễn tiến thành bệnh tim mạch, tiểu đường.

- Khuyến khích, động viên thay đổi hành vi nhằm thực hiện lối sống lành mạnh như cai rượu, thuốc lá...

- Khi có bệnh thì chăm sóc dự phòng biến chứng giảm tử vong

- Chăm sóc dự phòng tai biến do dùng thuốc không phù hợp quá liều.

Câu hỏi đánh giá hệ thống y học gia đình có đáp ứng tính dự phòng không.

- BSGĐ có ghi nhận yếu tố nguy cơ của người bệnh theo tuổi, theo môi trường, nghề nghiệp.. vào bệnh án, sổ khám bệnh?

- Có biện pháp hỗ trợ sức khỏe, thay đổi hành vi người bệnh ghi trong bệnh án không?

- Có ghi nhận rối loạn trong vòng đời, rối loạn trong quan hệ gia đình vào bệnh án và có dự đoán rối loạn tiếp theo cho người bệnh?

2.5. Hướng cộng đồng

Khi chăm sóc người bệnh cần chú ý đến các yếu tố cộng đồng tác động. Các vấn đề của người bệnh nên được nhìn nhận trong ngữ cảnh của cuộc sống người bệnh ở cộng đồng địa phương. Nghề nghiệp, văn hoá, môi trường là những khía cạnh của cộng đồng tác động đến việc chăm sóc người bệnh. Bác sĩ gia đình phải biết được bệnh nào hoặc vấn đề sức khỏe nào có tỷ lệ mắc cao nhất trong cộng đồng. Điều này rất quan trọng vì sẽ liên quan đến việc chẩn đoán và quyết định về giáo dục cộng đồng và cung ứng dịch vụ. Bác sĩ gia đình có thể sử dụng nhiều nguồn trong cộng đồng để cung ứng chăm sóc tối ưu nhất. Bác sĩ gia đình phải rộng về thực hành, và sâu về kiến thức. Có được như vậy thì hiệu quả của hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu mới được phát huy.

Biểu hiện của nguyên lý thực hành định hướng cộng đồng là:

- Bác sĩ biết người bệnh làm nghề gì, và nơi làm việc của họ.

- Bác sĩ sử dụng nguồn lực của cộng đồng.

- Bác sĩ sử dụng hiểu biết về tần suất bệnh của cộng đồng trong chẩn đoán.

- Bác sĩ cũng là một thành viên tích cực trong cộng đồng.

- Chẩn đoán và điều trị được thực hiện trên cơ sở những điều kiện kinh tế, xã hội, tập quán, tâm lý và lối sống của người bệnh tại cộng đồng

2.6. Hướng gia đình

BSGD thừa nhận ảnh hưởng, bệnh tật lên gia đình người bệnh và ngược lại, từ đó ứng dụng nó như công cụ chẩn đoán và hỗ trợ điều trị cho người bệnh. Do đó cần khảo sát bất thường gia đình theo ngành dọc với cây phả hệ, theo hệ ngang với điểm số APGAR và vị trí của họ trong gia đình cũng tiên đoán khủng hoảng với vòng đời và công cụ SCREEM cho phép khảo sát ảnh hưởng gia đình, môi trường lên người bệnh và ngược lại, từ đó xác định nguy cơ và kế hoạch can thiệp sát hợp cho từng khách hàng và gia đình họ.

Thực hành Y học gia đình tập trung vào các vấn đề sức khỏe của cá nhân trong ngữ cảnh hoàn cảnh gia đình của người bệnh, trong hệ thống văn hoá xã hội của họ và hoàn cảnh mà ở đó người bệnh sống và làm việc. Bác sĩ gia đình coi người bệnh như những thành viên của các hệ thống gia đình và thừa nhận sự ảnh hưởng của bệnh tật đến gia đình cũng như gia đình đến bệnh tật. Bác sĩ gia đình được đào tạo để làm việc với các gia đình. Một gia đình được định nghĩa rộng rãi như là những cá nhân mà người bệnh trông mong ở họ sự hỗ trợ.

Biểu hiện của việc chăm sóc định hướng gia đình là:

- Sử dụng các số liệu: bản đồ gen, sơ đồ gia đình, tình trạng gia đình.
- Sử dụng những điều kiện của gia đình hỗ trợ chăm sóc người bệnh.
- Ảnh hưởng của bệnh đến các thành viên trong gia đình và ngược lại

3. Áp dụng các nguyên lý cơ bản của y học gia đình vào công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Chuyên ngành YHGD với đặc trưng lấy người bệnh làm trung tâm chứ không chỉ quan tâm đến một bệnh/ vấn đề sức khỏe cụ thể nào đó. Các dịch vụ được tổ chức xoay quanh con người, chính họ là đối tác trong CSSK của bản thân.

Với đặc trưng lấy người bệnh làm trung tâm, thể hiện sự thay đổi từ việc tập trung vào chăm sóc lâm sàng dựa trên một phương pháp tiếp cận điều trị bệnh tật sang việc CSSK mang tính chất toàn diện cho người bệnh. Chuyên ngành YHGD áp dụng nguyên tắc này như một động lực thúc đẩy việc cung cấp các dịch vụ CSSK và chất lượng của các dịch vụ này. Đặc tính lấy người bệnh làm trung tâm chú trọng đến các yếu tố:

Xác định vấn đề về bệnh lý của người bệnh;

Hiểu người bệnh cả chi tiết và tổng thể.

Tìm kiếm phương pháp điều trị hiệu quả đối với từng người bệnh (cá thể hóa từng người bệnh cụ thể cho phù hợp).

Chú trọng lòng ghép công tác dự phòng và nâng cao sức khỏe.

Cải thiện mối quan hệ giữa người bệnh và bác sĩ trong quá trình quản lý sức khỏe liên tục.

Về cơ bản, nguyên lý YHGD chỉ có một, song hệ thống y tế của các quốc gia lại rất khác nhau. Việc áp dụng dịch vụ BSGD vào hệ thống y tế của từng quốc gia sẽ có những điểm khác biệt nhất định. Tuy nhiên, điểm chung của dịch vụ BSGD ở tất cả các quốc gia là:

Là nơi tiếp cận đầu tiên của người dân với hệ thống y tế, gắn liền với khu vực địa lý mà người dân sinh sống.

BSGD là những bác sĩ thực hành lâm sàng đa khoa, đóng vai trò “*người gác cổng*” của hệ thống y tế, chịu trách nhiệm khám, điều trị, dự phòng bệnh tật, theo dõi quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục cho cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng cả về thể chất và tinh thần.

BSGD lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho từng cá nhân từ lúc sinh ra đến lúc qua đời.

Dù có những sự khác biệt giữa các quốc gia, đặc trưng cơ bản và thuộc tính của BSGD vẫn tương tự nhau trên toàn thế giới. Điều này cho phép các BSGD có thể đóng góp tối đa vào sự phát triển của hệ thống y tế. Các BSGD cần có những kỹ năng, kiến thức lâm sàng nhạy bén để có thể giải quyết nhiều vấn đề khác nhau trong quá trình CSSK. Họ thường chăm sóc người bệnh với những bệnh lý chưa được phân loại, do đó phải phân biệt được những biểu hiện sinh lý bình thường với các bệnh lý ở giai đoạn sớm. Điều này đòi hỏi họ phải được đào tạo một cách đặc biệt để có chuyên môn trong việc xử lý những vấn đề thường gặp trong cộng đồng, xác định được những vấn đề mà mình không thể giải quyết được và chuyển người bệnh khi có chỉ định. Cũng như tất cả bác sĩ chuyên ngành khác, BSGD cần được cập nhật các kiến thức mới về y khoa, duy trì những kỹ năng chẩn đoán và điều trị. Để có thể phát triển được những kỹ năng này, vấn đề đào tạo BSGD tại các nước được diễn ra trong môi trường tiếp xúc đầu tiên nơi mà các kiến thức và kỹ năng của họ có thể được thực hành một cách nhuần nhuyễn. Bên cạnh đó, BSGD cần được đào tạo cách để cải thiện khả năng tiếp cận với nhiều nhóm đối tượng khác nhau, với các phong tục tập quán và yếu tố văn hóa khác nhau.

Mặc dù các BSGD trên toàn thế giới có nhiều điểm chung, phạm vi của dịch vụ thực hành của các BSGD có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia và cộng đồng, phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Những dịch vụ được cung cấp bởi các BSGD phụ thuộc vào tần suất lưu hành của các bệnh lý và vấn đề sức khỏe của người dân trong cộng đồng, tổ chức của hệ thống y tế, sự sẵn có của các nguồn lực (trang thiết bị tại phòng khám, các nguồn cung cấp, khả năng chi trả,...), chương trình đào tạo, chức năng, nhiệm vụ của BSGD được quy định ở mỗi nước, khả năng tổ chức và tài chính cho các dịch vụ sức khỏe.

Hiện nay tại Việt Nam, có hiện tượng quá tải ở các cơ sở y tế tuyến trên (đặc biệt là tuyến trung ương). Người bệnh thường đến cơ sở khám chữa bệnh tuyến trên mà không sử dụng y tế tuyến cơ sở, dẫn đến nhiều hệ lụy xấu không đáng có. Nếu y tế tuyến cơ sở đảm bảo số lượng và chất lượng sẽ cho phép giải quyết 80 - 90% nhu cầu CSSK của người dân trong cộng đồng. Các bệnh viện tuyến trên cần dành thời gian điều trị cho các ca bệnh nặng đúng với vai trò của cơ sở y tế chuyên sâu. Một nghiên cứu tại Anh cho thấy nếu tăng thêm một BSGD cho cộng đồng dân cư với khoảng 10.000 người dân, sẽ làm giảm 6% tỷ lệ tử vong chung. Các chỉ số sức khỏe đều được cải thiện khi chuyên ngành YHGD phát triển như giúp làm tăng tuổi thọ và giảm tỷ lệ tử vong. Về mặt xã hội, chuyên ngành YHGD giúp tiết kiệm được nhiều công sức và tiền của của cá nhân, gia đình và xã hội do được dự phòng ngay tại hộ gia đình nên nhiều bệnh tật không phát sinh. Việc phát hiện và điều trị bệnh sớm giúp giảm gánh nặng chi phí so với việc điều trị bệnh ở giai đoạn muộn. Ở góc độ rộng hơn, chuyên ngành YHGD mang ý nghĩa nhân văn, đảm bảo cho sự phát triển kinh tế và xã hội một cách bền vững.

Câu hỏi lượng giá

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:

1. Những nguyên lý của y học gia đình là:

A. Chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng gia đình, hướng cộng đồng, dự phòng nâng cao sức khỏe.

B. Chăm sóc chung, chăm sóc ngắt quãng, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng gia đình, định hướng cộng đồng.

C. Chăm sóc cá nhân, chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng gia đình, định hướng cộng đồng

D. Chăm sóc chung, chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng cá nhân, định hướng cộng đồng.

2. Chăm sóc liên tục theo nguyên lý y học gia đình được thể hiện:

A. Người thầy thuốc không biết rõ tiền sử của người bệnh.

B. Người thầy thuốc chú trọng giải thích cho người bệnh về sự quan trọng của việc theo dõi sức khỏe, mục đích chăm sóc sức khỏe lâu dài.

C. Người thầy thuốc bàn bạc với người nhà người bệnh về mục đích sức khỏe lâu dài.

D. Sự không tin cậy giữa thầy thuốc và người bệnh.

3. Chăm sóc toàn diện theo nguyên lý y học gia đình được thể hiện:

A. Sử dụng và tiếp cận thông tin y học một cách khó khăn.

B. Có thời gian biểu của người nhà người bệnh.

C. Bác sĩ có hiểu biết về khả năng chi trả của người bệnh.

D. Không đánh giá các vấn đề tâm lý, xã hội cho người bệnh.

4. Tính cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình là:

A. Bác sĩ sử dụng nguồn lực của cá nhân

B. Bác sĩ không cần sử dụng sự hiểu biết về tần xuất bệnh tật của cộng đồng trong chẩn đoán.

C. Người bệnh là thành viên tích cực trong cộng đồng.

D. Các chẩn đoán và điều trị được thực hiện trên cơ sở lối sống của người bệnh ở cộng đồng.

5. Chức năng nào sau đây không phải của bác sĩ gia đình

A. Chỉ chăm sóc toàn diện, liên tục cho từng cá thể

B. Quan tâm đến nhiều lĩnh vực, chuyên khoa thuộc y học lâm sàng.

C. Có khả năng hành động như người điều phối các nguồn lực cần thiết đáp ứng cho yêu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện của người bệnh

D. Có kỹ năng điều trị và quản lý các bệnh mạn tính, đảm bảo sự hồi phục tốt nhất (dự phòng và hạn chế biến chứng) cho người bệnh.

6: Đặc điểm nào sau đây không thuộc chăm sóc phối hợp

A. Bác sĩ gia đình bàn bạc với các chuyên gia khi cần thiết về việc chăm sóc người bệnh

B. Bác sĩ gia đình đi cùng người bệnh đến các chuyên gia

C. Bác sĩ có kế hoạch chăm sóc người bệnh khi vắng mặt người bệnh

D. Bác sĩ là thành viên tích cực trong cộng đồng tại nơi hành nghề.

7. Bác sĩ gia đình như là một nhà điều phối chăm sóc sức khỏe :

A. Không phối hợp các dịch vụ lâm sàng cho chăm sóc cá thể

B. Thân thiện với tất cả các tuyến của hệ thống y tế từ cấp huyện trở lên

C. Phối hợp các dịch vụ lâm sàng chăm sóc cho nhóm

D. Thân thiện với tất cả các tuyến của hệ thống y tế

8. Hiệu quả của bác sĩ gia đình phản ánh qua :

A. Khả năng đáp ứng với nhu cầu chăm sóc sức khỏe

B. Bác sĩ gia đình có chuyên môn rộng nhưng không phải chuyên khoa nên thường phải chuyển tuyến

C. Phạm vi thực hành của bác sĩ gia đình là ở tuyến ở cơ sở

D. Bác sĩ gia đình chăm sóc người bệnh ở giai đoạn cuối đời.

9. Lý do ra đời của chuyên ngành y học gia đình

A. Mô hình bệnh tật thay đổi với sự gia tăng gánh nặng của nhóm bệnh không lây nhiễm

B. Sự thay đổi về nhu cầu khám chữa bệnh, CSSK của người dân

C. Hệ thống y tế

D. Tất cả các đáp án trên

10. Hội Bác sĩ gia đình Việt Nam được thành lập vào ngày tháng năm nào?

A. 24/04/2005

B. 25/04/2005

C. 26/04/2005

D. 27/04/2005

11. Nguyên lý nào sau đây không phải của bác sĩ gia đình

A. Chăm sóc toàn diện

B. Chăm sóc nhóm

C. Chăm sóc liên tục

D. Chăm sóc phối hợp

12. Bác sĩ chủ yếu làm việc tại tuyến y tế cơ sở là

A. Bác sĩ đa khoa

B. Bác sĩ chuyên khoa cấp 1

C. Bác sĩ chuyên khoa cấp 2

D. Tiến sĩ

13. Bác sĩ gia đình có thể giải quyết các vấn đề sức khỏe lên tới

A. 70%

B. 80%

C. 90%

D. 95%

14. YHGD là một chuyên ngành lâm sàng đa khoa chú trọng vào công tác.

A. Chăm sóc sức khỏe ban đầu

B. Chăm sóc bệnh nhân nặng

C. Chăm sóc bệnh nhân tại viện

D. Tất cả các ý trên

15. Điều kiện cần thiết để cấp chứng chỉ hành nghề BSGĐ?

A. Thạc sĩ YHGD

B. Chuyên khoa cấp I YHGD

C. Bác sĩ nội trú YHGD

D. Đào tạo 3 tháng về YHGD

16. YHGD được phát triển tại những nước phát triển từ những năm nào?

A. 1950

B. 1960

C. 1970

D. 1980

17. Mô hình bệnh tật ở Việt Nam có sự thay đổi như thế nào dẫn đến sự ra đời của YHGD?

A. Không thay đổi

B. Từ không lây nhiễm sang lây nhiễm

C. Từ lây nhiễm sang không lây nhiễm

D. Tất cả các đáp án đều sai

18. Vai trò của bác sĩ gia đình thích hợp nhất làm việc ở

A. Tuyến y tế cơ sở

B. Tuyến tỉnh

C. Tuyến trung ương

D. Tất cả 3 ý trên đều đúng

Tài liệu tham khảo)

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội: *Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu (2012)*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trung tâm đào tạo bác sĩ gia đình. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh: *Y học gia đình (2012)*. Nhà xuất bản Y học 2012
3. Bộ Y tế (2019): Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình
4. Bộ Y tế (2016).Quyết định số 1568/QĐ-BYT ngày 27 tháng 4 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về *Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sỹ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020*
5. Bộ Y tế (2015).Thông tư 33/2015-TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn chức năng của Trạm Y tế xã , phường, thị trấn*”.
6. Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05 tháng 12 năm 2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.

BÀI 2

TRẠM Y TẾ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI VIỆT NAM

MỤC TIÊU

1. Phân biệt được 2 mô hình: TYT xã hoạt động theo nguyên lý YHGD và bác sĩ gia đình tại Việt Nam trong giai đoạn hiện nay.
2. Xác định được những tiêu chuẩn về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị của một trạm y tế hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình.
3. Phân tích được nhiệm vụ của trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình.

NỘI DUNG

1. Mô hình cơ sở y học gia đình hiện nay:

Theo thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình, cơ sở y học gia đình bao gồm:

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn; bệnh xá; trạm y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức;
- Phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân;
- Phòng khám đa khoa, phòng khám đa khoa khu vực, phòng khám chuyên khoa thuộc trung tâm y tế quận, huyện, phòng khám quân dân y;
- Khoa khám bệnh thuộc bệnh viện quận, huyện hoặc trung tâm y tế quận, huyện hoặc bệnh viện của trường đại học y.

2. Nhiệm vụ của cơ sở y học gia đình:

Theo thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình, cơ sở y học gia đình là cơ sở đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu, tư vấn, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh đa khoa theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình. Cơ sở y học gia đình là cơ sở đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu, tư vấn, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh đa khoa theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình.

2.1. Quản lý sức khỏe cộng đồng:

- Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân theo Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu;
- Quản lý, chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình theo phân công của Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây viết tắt là Sở Y tế).

2.2. Tư vấn nâng cao sức khỏe và phòng bệnh:

Tư vấn về dinh dưỡng, hoạt động thể lực, phòng chống tác hại của thuốc lá, rượu bia và các yếu tố nguy cơ khác đối với sức khỏe, tư vấn về khám bệnh, chữa bệnh cho cá nhân, hộ gia đình, cộng đồng;

- Truyền thông, giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức của người dân về phòng bệnh tích cực và chủ động, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe;
- Hướng dẫn vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm;
- Tham gia giám sát, phát hiện sớm, phòng chống dịch bệnh trong cộng đồng;
- Tiêm chủng;
- Phòng chống các bệnh không lây nhiễm: ung thư, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

2.3. Thực hiện các chương trình, hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời; các chương trình mục tiêu y tế dân số, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, người cao tuổi, dân số - kế hoạch hóa gia đình, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại.

2.4. Khám bệnh, chữa bệnh:

- Sơ cứu, cấp cứu;
- Khám sàng lọc, phát hiện sớm bệnh tật, đặc biệt các bệnh dịch;
- Bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm;
- Chăm sóc, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà đối với người bệnh theo danh mục quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này;
- Thực hiện các dịch vụ kỹ thuật trong:
 - + Các gói dịch vụ y tế cơ bản quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế;
 - + Danh mục kỹ thuật của tuyến 3, tuyến 4 quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, danh mục kỹ thuật;
 - + Các kỹ thuật chuyên môn khác, ở tuyến cao hơn khi đủ điều kiện theo quy định.

Phạm vi hoạt động chuyên môn tối đa của cơ sở y học gia đình, bác sĩ gia đình bao gồm các dịch vụ, kỹ thuật quy định tại điểm này. Căn cứ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực thực tế (chứng chỉ hành nghề, văn bằng chuyên môn, giấy chứng nhận đào tạo về y học gia đình của người hành nghề) của từng cơ sở y học gia đình, Bộ Y tế, Sở Y tế xác định phạm vi hoạt động chuyên môn, danh mục kỹ thuật phù hợp đối với từng cơ sở y học gia đình, phạm vi hoạt động chuyên môn của bác sĩ gia đình thuộc thẩm quyền quản lý.

2.5. Chuyển người bệnh lên tuyến trên theo yêu cầu chuyên môn phù hợp; tiếp nhận người bệnh đã được điều trị ổn định từ tuyến trên chuyển về để tiếp tục điều trị theo quy định tại Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/04/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

2.6. Tham gia nghiên cứu khoa học, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật về y học gia đình; là cơ sở thực hành trong đào tạo chuyên ngành y học gia đình theo quy định của pháp luật.

2.7. Thực hiện các nhiệm vụ khác do cấp có thẩm quyền quy định.

2.8. Danh mục chuyên môn kỹ thuật thực hiện tại nhà người bệnh

TT	Tên kỹ thuật
1	Thở ngạt
2	Ép tim ngoài lồng ngực
3	Cấp cứu ngừng tuần hoàn, hô hấp
4	Băng ép bất động sơ cứu rấn cắn
5	Cầm máu (vết thương chảy máu)
6	Băng bó vết thương
7	Chăm sóc vết thương (1 lần)
8	Cố định tạm thời người bệnh gãy xương
9	Cố định cột sống cổ bằng nẹp cứng
10	Xoa bóp phòng chống loét
11	Dẫn lưu nước tiểu bàng quang
12	Vỗ rung lồng ngực
13	Kỹ thuật ho có điều khiển
14	Kỹ thuật tập thở cơ hoành
15	Phục hồi chức năng vận động, nói, nuốt cho người bệnh cấp cứu ≤ 8 giờ
16	Vận động trị liệu cho người bệnh bất động tại giường ≤ 8 giờ
17	Phòng ngừa và xử trí loét do đè ép
18	Nghiệm pháp đi bộ 6 phút
19	Đặt ống thông dạ dày
20	Thụt thuốc qua đường hậu môn
21	Thụt tháo phân
22	Giải stress cho người bệnh
23	Vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho người đau thần kinh tọa
24	Phục hồi chức năng cho người viêm khớp dạng thấp
25	Vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho người cao tuổi
26	Xoa bóp bấm huyệt điều trị cứng khớp chi dưới
27	Xoa bóp bấm huyệt điều trị đau đầu, đau nửa đầu

28	Xoa bóp bấm huyệt điều trị mất ngủ
29	Xoa bóp bấm huyệt điều trị stress
30	Chườm lạnh
31	Chườm ngải cứu
32	Tập vận động có trợ giúp
33	Xoa bóp tại giường bệnh cho người bệnh
34	Hướng dẫn người bệnh ra vào xe lăn
35	Sử dụng khung, nạng, gậy trong tập đi
36	Sử dụng xe lăn
37	Kỹ thuật thay đổi tư thế lăn trở khi nằm
38	Tập vận động chủ động
39	Tập vận động có kháng trở
40	Tập vận động thụ động
41	Đo tầm vận động khớp
42	Tập do cứng khớp
43	Tập với xe lăn
44	Ngâm rửa vết bỏng bằng nước mát sạch, băng ép trong sơ cấp cứu tổn thương bỏng kỳ đầu.
45	Xét nghiệm đường máu mao mạch
46	Thay băng trên người bệnh đái tháo đường
47	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm Insulin
48	Khám bệnh
49	Lấy mẫu xét nghiệm (máu, nước tiểu, phân...)
50	Tiêm, truyền dịch trong các trường hợp cấp cứu, chống đau cho người bệnh ung thư
51	Thay băng, cắt chỉ

3. Tiêu chuẩn của TYT hoạt động theo nguyên tắc YHGD

3.1. Tiêu chuẩn nhân lực:

Bảo đảm đủ nhân lực theo quy định tại Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của TYT xã, phường, thị trấn.

TYT có Trưởng trạm và 01 Phó trưởng trạm;

Nhân viên TYT xã chịu trách nhiệm phụ trách lĩnh vực công tác theo sự phân công của Trưởng trạm bảo đảm thực hiện các nhiệm vụ của TYT bao gồm:

Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật

- Về y tế dự phòng
- Về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh
- Về chăm sóc sức khỏe sinh sản
- Về cung ứng thuốc thiết yếu
- Về quản lý sức khỏe cộng đồng
- Về truyền thông, giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản

Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật

Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân

Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn

Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương

Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật

Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật

Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao

Cơ cấu chức danh nghề nghiệp và số lượng của từng chức danh nghề nghiệp làm việc tại TYT xã xác định trên cơ sở nhu cầu thực tế, khối lượng công việc và đặc điểm, điều kiện kinh tế xã hội của đơn vị hành chính cấp xã nơi có TYT

Ngoài ra còn có tiêu chuẩn cho YHGD:

- Bác sĩ đa khoa, bác sĩ chuyên khoa hệ lâm sàng đã được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình ngay sau khi đáp ứng một trong các trường hợp sau đây:

a) Có một trong các văn bằng bác sĩ nội trú, chuyên khoa I, chuyên khoa II, thạc sĩ, tiến sĩ về chuyên ngành y học gia đình;

b) Có giấy chứng nhận đã được đào tạo, bồi dưỡng về y học gia đình tối thiểu 03 tháng;

c) Có giấy chứng nhận theo học từng đợt học có các nội dung ghi trong giấy xác nhận hoặc tín chỉ hoặc chương trình đào tạo, bồi dưỡng về y học gia đình với tổng thời gian tối thiểu 3 tháng.

- Bác sĩ y học dự phòng đã được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, có giấy chứng nhận đào tạo, bồi dưỡng về y học gia đình tối thiểu 03 tháng

được tham gia khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình tại trạm y tế xã, phường, thị trấn (tuyến 4).

3.2. Cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế:

Được áp dụng theo quy định tại Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020 và quyết định số 4389/QĐ-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Danh mục trang thiết bị cho Trạm Y tế xã mô hình điểm phục vụ triển khai Đề án Y tế cơ sở theo Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Xây dựng và Phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.

4. Nhiệm vụ của trạm y tế xã khi hoạt động theo nguyên tắc y học gia đình

4.1. Nhiệm vụ của trạm y tế hiện nay

Thực hiện theo thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn và thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.

4.1.1. Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật:

a) Về y tế dự phòng:

- Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về tiêm chủng vắc xin phòng bệnh;
- Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh không lây nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân; phát hiện và báo cáo kịp thời các bệnh, dịch;
- Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về vệ sinh môi trường, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe tại cộng đồng; phòng chống tai nạn thương tích, xây dựng cộng đồng an toàn; y tế học đường; dinh dưỡng cộng đồng theo quy định của pháp luật;
- Tham gia kiểm tra, giám sát và triển khai các hoạt động về an toàn thực phẩm trên địa bàn xã theo quy định của pháp luật.

b) Về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh:

- Thực hiện sơ cứu, cấp cứu ban đầu;
- Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật;
- Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong khám bệnh, chữa bệnh bằng các phương pháp dùng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc; ứng dụng, kế thừa kinh nghiệm, bài thuốc, phương pháp điều trị hiệu quả, bảo tồn cây thuốc quý tại địa phương trong chăm sóc sức khỏe nhân dân;
- Tham gia khám sơ tuyển nghĩa vụ quân sự

c) Về chăm sóc sức khỏe sinh sản:

- Triển khai các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về quản lý thai; hỗ trợ đẻ và đỡ đẻ thường;

- Thực hiện các kỹ thuật chuyên môn về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật.

d) Về cung ứng thuốc thiết yếu:

- Quản lý các nguồn thuốc, vắc xin được giao theo quy định;
- Hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả;
- Phát triển vườn thuốc nam mẫu phù hợp với điều kiện thực tế ở địa phương.

đ) Về quản lý sức khỏe cộng đồng:

- Triển khai việc quản lý sức khỏe hộ gia đình, người cao tuổi, các trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân, bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính;
- Phối hợp thực hiện quản lý sức khỏe học đường.

e) Về truyền thông, giáo dục sức khỏe:

- Thực hiện cung cấp các thông tin liên quan đến bệnh, dịch; tiêm chủng; các vấn đề có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và tuyên truyền biện pháp phòng, chống;
- Tổ chức tuyên truyền, tư vấn, vận động quần chúng cùng tham gia thực hiện công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân; công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình.

4.1.2. Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản:

a) Đề xuất với Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi chung là Trung tâm Y tế huyện) về công tác tuyển chọn và quản lý đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản;

b) Hướng dẫn thực hiện nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật đối với nhân viên y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và cô đỡ thôn, bản theo quy định của pháp luật;

c) Tổ chức giao ban định kỳ và tham gia các khóa đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản theo phân cấp.

4.1.3. Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật;

4.1.4. Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân:

a) Tham gia, phối hợp với các cơ quan có thẩm quyền trong công tác kiểm tra, giám sát hoạt động hành nghề y, dược tư nhân, các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân trên địa bàn xã;

b) Phát hiện, báo cáo với cơ quan quản lý nhà nước về hoạt động y tế vi phạm pháp luật, các cơ sở, cá nhân cung cấp hàng hóa, dịch vụ không bảo đảm an toàn thực phẩm, môi trường y tế trên địa bàn xã.

4.1.5. Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn:

a) Xây dựng kế hoạch hoạt động chăm sóc sức khỏe, xác định vấn đề sức khỏe, lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên trên địa bàn, trình Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã phê duyệt và làm đầu mối tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch được phê duyệt;

b) Xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về Chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn, trình Giám đốc Trung tâm Y tế huyện phê duyệt và tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch được phê duyệt.

4.1.6. Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương.

4.1.7. Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật.

4.1.8. Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật.

4.1.9. Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao.

Căn cứ vào điều kiện, năng lực của từng Trạm Y tế, Trung tâm Y tế huyện trình Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quy định trạm y tế trên địa bàn được thực hiện những nhiệm vụ cụ thể về khám bệnh, chữa bệnh tại Điểm b, chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Điểm c Khoản 1 và thực hiện các nhiệm vụ quy định tại Khoản 6 Điều này để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân theo quy định của pháp luật và của Bộ Y tế.

4.2. Trạm y tế khi hoạt động theo nguyên tắc y học gia đình

- Thực hiện nhiệm vụ của trạm y tế xã theo quy định tại Thông tư số 33/2015/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn nhưng phải theo nguyên tắc toàn diện và liên tục.

- Thực hiện nhiệm vụ tại thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình

5. Phân biệt được nhiệm vụ của bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh và dược sĩ ở trạm y tế hoạt động theo nguyên tắc y học gia đình so với nhiệm vụ theo quy định của nhà nước

5.1. Nhiệm vụ của các nhân viên y tế

Theo nhiệm vụ của trạm y tế phường xã tại thông tư 33/2015/TT-BYT và quy định về bác sĩ tại cơ sở y học gia đình theo thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình, nhiệm vụ của từng nhân viên y tế:

5.1.1. Bác sĩ

a) Quản lý sức khỏe cộng đồng:

- Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân theo Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu;

- Quản lý, chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình theo phân công của Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây viết tắt là Sở Y tế).

b) Tư vấn nâng cao sức khỏe và phòng bệnh:

- Tư vấn về dinh dưỡng, hoạt động thể lực, phòng chống tác hại của thuốc lá, rượu bia và các yếu tố nguy cơ khác đối với sức khỏe, tư vấn về khám bệnh, chữa bệnh cho cá nhân, hộ gia đình, cộng đồng;

- Truyền thông, giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức của người dân về phòng bệnh tích cực và chủ động, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe;

- Hướng dẫn vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm;

- Tham gia giám sát, phát hiện sớm, phòng chống dịch bệnh trong cộng đồng;

- Tiêm chủng;

- Phòng chống các bệnh không lây nhiễm: ung thư, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

c) Thực hiện các chương trình, hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời; các chương trình mục tiêu y tế dân số, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, người cao tuổi, dân số - kế hoạch hóa gia đình, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại.

d) Khám bệnh, chữa bệnh:

- Sơ cứu, cấp cứu;

- Khám sàng lọc, phát hiện sớm bệnh tật, đặc biệt các bệnh dịch;

- Bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm;

- Chăm sóc, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà đối với người bệnh theo danh mục quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này;

- Thực hiện các dịch vụ kỹ thuật trong:

+ Các gói dịch vụ y tế cơ bản quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế;

+ Danh mục kỹ thuật của tuyến 3, tuyến 4 quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, danh mục kỹ thuật;

+ Các kỹ thuật chuyên môn khác, ở tuyến cao hơn khi đủ điều kiện theo quy định.

Phạm vi hoạt động chuyên môn tối đa của cơ sở y học gia đình, bác sĩ gia đình bao gồm các dịch vụ, kỹ thuật quy định tại điểm này. Căn cứ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực thực tế (chúng chỉ hành nghề, văn bằng chuyên môn, giấy chứng nhận đào tạo về y học gia đình của người hành nghề) của từng cơ sở y học gia đình, Bộ Y tế, Sở Y tế xác định phạm vi hoạt động chuyên môn, danh mục kỹ thuật phù hợp đối với từng cơ sở y học gia đình, phạm vi hoạt động chuyên môn của bác sĩ gia đình thuộc thẩm quyền quản lý.

đ) Chuyển người bệnh lên tuyến trên theo yêu cầu chuyên môn phù hợp; tiếp nhận người bệnh đã được điều trị ổn định từ tuyến trên chuyển về để tiếp tục điều trị theo

quy định tại Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/04/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

e) Tham gia nghiên cứu khoa học, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật về y học gia đình; là cơ sở thực hành trong đào tạo chuyên ngành y học gia đình theo quy định của pháp luật.

g) Thực hiện các nhiệm vụ khác do cấp có thẩm quyền quy định.

5.1.2. Điều dưỡng:

- Thực hiện các nhiệm vụ độc lập của điều dưỡng (lấy sinh hiệu, khai thác bệnh sử, tư vấn ...).

- Thực hiện y lệnh của y, bác sĩ và chăm sóc bệnh nhân tại trạm.

- Tham gia thường trực cấp cứu cùng với y, bác sĩ.

- Thực hiện quy trình vệ sinh, chống nhiễm khuẩn tại trạm.

- Tham gia thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng và các chương trình y tế quốc gia khác khi được phân công.

5.1.3. Hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi:

- Khám chữa bệnh, thường trực cấp cứu theo phân cấp, được trạm trưởng giao

- Tham gia khám thai, theo dõi quản lý thai sản, đỡ sinh thường, làm các thủ thuật chuyên môn.

- Phát hiện và chuyển tuyến kịp thời các trường hợp sinh khó.

- Điều trị một số bệnh phụ khoa.

- Quản lý theo dõi, thực hiện chăm sóc chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em như sức khỏe sinh sản, phòng chống suy dinh dưỡng, phòng chống tiêu chảy...

- Thực hiện dịch vụ kế hoạch hóa gia đình được phân cấp.

5.1.4. Dược sĩ trung học hoặc dược tá:

- Quản lý tủ thuốc thiết yếu, bảo quản thuốc theo yêu cầu ghi trên nhãn thuốc, có tủ, ngăn thuốc gây nghiện, thuốc độc riêng theo quy chế.

- Quản lý cấp phát thuốc cho các đối tượng khám chữa bệnh và người có thẻ bảo hiểm y tế, thực hiện theo đúng quy chế dược chính, đặc biệt là thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần, thuốc độc, quản lý thuốc rõ ràng theo từng nguồn và sử dụng theo đúng qui định.

- Tham mưu với trạm trưởng kiểm tra, hướng dẫn thực hiện tủ thuốc cấp cứu tại phòng khám, luôn có đủ thuốc cấp cứu trên địa bàn thuốc chống sốc theo qui định.

- Tham mưu với trưởng trạm y tế triển khai thực hiện các nội dung trong bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến năm 2020 trên địa bàn.

- Thực hiện chế độ thống kê báo cáo về công tác dược chính xác, kịp thời.

- Thực hiện các nhiệm vụ khác khi được phân công.

5.2. Làm việc theo ê-kíp chăm sóc sức khỏe

Ngoài các nhiệm vụ độc lập nêu trên, để chăm sóc người bệnh / người khỏe toàn diện và liên tục, cần phải có sự phối hợp giữa các nhân viên y tế tại trạm và đôi khi phải phối hợp với các chuyên ngành / đoàn thể khác.

Một người bệnh đôi khi cần đến nhiều nhân viên y tế chăm sóc. Sự phối hợp chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế thể hiện qua:

- Khám chữa bệnh; theo dõi diễn tiến, đáp ứng với điều trị (y, bác sĩ).
- Chăm sóc, theo dõi diễn tiến (điều dưỡng...)
- Quản lý các thông tin qua các lần thăm khám, mối quan tâm của người bệnh với 1 hồ sơ duy nhất (điều dưỡng, bác sĩ), hướng tới quản lý sức khỏe cho cả hộ gia đình
- Tư vấn, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn lối sống lành mạnh (bác sĩ, điều dưỡng ...)
- Hướng dẫn dùng thuốc, theo dõi tác dụng phụ (dược sĩ, điều dưỡng, bác sĩ...)
- Hướng dẫn khám chuyên khoa sâu hoặc phục hồi chức năng ... (nếu cần) và ghi nhận kết quả khám chuyên khoa vào hồ sơ quản lý duy nhất của người bệnh mà trạm đang theo dõi.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. TYT được công nhận là cơ sở y học gia đình khi đảm bảo:
 - A. Có ít nhất 1 bác sĩ có chứng chỉ y học gia đình từ 3 tháng trở lên
 - B. Có ít nhất 1 y sĩ có chứng chỉ y học gia đình từ 3 tháng trở lên
 - C. Có bác sĩ được đào tạo cập nhật về y học gia đình
 - D. Không có điều kiện nào.
2. Số kỹ thuật tối đa được thực hiện tại nhà người bệnh của cơ sở y học gia đình:
 - A. 50
 - B. 51
 - C. 52
 - D. 53
3. Cơ sở y học gia đình là cơ sở:
 - A. Đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cá nhân
 - B. Đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cá nhân, hộ gia đình
 - C. Tiếp nhận, theo dõi, quản lý người bệnh từ tuyến trên
 - D. Khám chữa bệnh cho người bệnh khi có nhu cầu
4. Nhiệm vụ của trạm y tế hoạt động theo nguyên lý YHGD là:
 - A. Thực hiện các kỹ thuật y tế với chuyên môn thấp
 - B. Thực hiện các kỹ thuật y tế với chuyên môn cao
 - C. Khám và điều trị các bệnh theo chuyên khoa
 - D. Thực hiện các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời

5. Chức năng chăm sóc người bệnh nào sau đây là chức năng của người ĐDGD:

- A. Tuyên truyền phòng chống dịch bệnh
- B. Chăm sóc bệnh nhân và khoa phòng
- C. Chăm sóc cá nhân và gia đình
- D. Tuyên truyền và giáo dục sức khỏe

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn YHGD trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch (2012): Các nguyên tắc y học gia đình
2. Bộ Y tế: Quyết định số 935/QĐ-BYT (22/3/2013), "Đề án xây dựng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình giai đoạn 2013-2020".
3. Quyết định 1568/QĐ-BYT (27/4/2016), "Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020".
4. Bộ Y tế: Thông tư 33/2015/TT-BYT (27/10/2015), "Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế phường, xã, thị trấn"
5. Bộ Y tế: Thông tư thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình
6. Bộ Y tế: Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.
7. Bộ Y tế: Quyết định số 4389/QĐ-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Danh mục trang thiết bị cho Trạm Y tế xã mô hình điểm phục vụ triển khai Đề án Y tế cơ sở theo Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Xây dựng và Phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.

BÀI 3

VÒNG ĐỜI NGƯỜI, VÒNG ĐỜI GIA ĐÌNH VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI SỨC KHỎE, BỆNH TẬT

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm vòng đời người, vòng đời gia đình
2. Mô tả, phát hiện những thay đổi trong các giai đoạn của vòng đời người và vòng đời gia đình.
3. Giải thích được mối liên quan giữa vòng đời người với sức khỏe, bệnh tật
4. Áp dụng kiến thức vòng đời người, vòng đời gia đình vào công tác chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình.
5. Thể hiện được kỹ năng giao tiếp, báo cáo, làm việc nhóm hiệu quả

Nội dung

1. ĐẠI CƯƠNG

Các giai đoạn phát triển trong một vòng đời người có liên quan chặt chẽ với tuổi và lứa tuổi, thể hiện bằng mối liên quan giữa hai quá trình tăng trưởng và hóa già. Đặc trưng sinh học khác nhau trong từng giai đoạn phát triển, thể hiện ra ngoài bằng hình dáng, kích thước cũng như tính nết, hành vi trạng thái sức khỏe khác nhau. Chính những đặc trưng đó sẽ quy định những đặc điểm tâm lý, mô hình ốm đau bệnh tật khác nhau trong từng giai đoạn. Ngược lại, mặc dù có sự đa dạng về chủng tộc, văn hóa và tôn giáo, nhưng con người trong cùng một giai đoạn phát triển của đời người lại có những đặc điểm chung nhất về xã hội, tâm lý, bệnh lý và các vấn đề sức khỏe liên quan.

Có nhiều cách phân chia khác nhau về các giai đoạn trong đời sống con người tùy thuộc vào văn hóa, tôn giáo, sự phát triển của khoa học. Các cách phân chia các giai đoạn trong vòng đời người thường liên quan mật thiết với cách phân chia lứa tuổi.

Ngoài việc quan tâm đến vòng đời người thì xác định vòng đời gia đình cung cấp các thông tin để đánh giá nhanh những trở ngại đối với bệnh nhân và gia đình. Vòng đời gia đình xác định những giai đoạn của phát triển gia đình, phản chiếu những chức năng sinh học và nhận thức nhất định.

Hiểu rõ về vòng đời gia đình giúp thầy thuốc càng có nhiều thông tin về gia đình bệnh nhân, càng có điều kiện hỗ trợ cho quá trình chẩn đoán và chăm sóc người bệnh. Bên cạnh đó, việc đánh giá gia đình giúp người thầy thuốc có được bức tranh toàn cảnh bao gồm các đặc điểm về di truyền, tâm lý và thể chất của các thể hệ trong gia đình, xác định được các bệnh lý, vấn đề sức khỏe hay gặp trong từng giai đoạn gia đình, giúp đưa ra những chỉ dẫn và chăm sóc hợp lý, kịp thời.

2. CÁC GIAI ĐOẠN VÒNG ĐỜI NGƯỜI

2.1. GIAI ĐOẠN TRƯỚC SINH

Giai đoạn trước sinh là giai đoạn nhanh và có nhiều kịch tính nhất của sinh lý phát triển. Bắt đầu bằng một tế bào duy nhất (trứng đã thụ tinh), phôi thai lớn lên và biệt hóa trong vòng 40 tuần để trở thành trẻ sơ sinh. Đồng thời người mẹ phải

trải qua những biến đổi của cơ thể làm người mẹ lo lắng, và người bác sĩ phải giúp họ giải quyết những vấn đề đó vì nó có thể là đầu mối cho những vấn đề sức khỏe trong giai đoạn này.

Bảng1 : Các mốc được lựa chọn của sự sinh trưởng và phát triển trong giai đoạn trước sinh.

GIAI ĐOẠN TRƯỚC SINH		
Tuổi thai nhi	Các mốc	Các vấn đề chăm sóc y tế
3 – 4 tuần	Phôi làm tổ	Chảy máu âm đạo nhẹ thường đi kèm với phôi làm tổ
3 – 5 tuần	Mức HCG bắt đầu tăng	Test thai sớm dương tính, nôn và mệt
4 – 12 tuần	Cơ quan chính được tạo thành	Tác động của thuốc, của độc tố lên thai mạnh nhất
16 tuần	Thai nhi dài 17 cm	Người mẹ thấy thai máy lần đầu (khoảng 15 tuần với con dạ và 18 tuần với con so).
22 tuần	Huyết áp mẹ thấp nhất (thay đổi tuần hoàn do thai nghén)	Nguy cơ tiền sản giật về sau
28 tuần	Thai nhi dài 35 cm, nặng 1000g	Người bố thấy thai cử động khi đặt tay lên bụng người mẹ
28 – 40 tuần	Thai và tử cung lớn nhanh	Sự bất thoải và mệt mỏi của người mẹ tăng lên, rất mong chuẩn bị cho bé ra đời

Trong thực hành lâm sàng, giai đoạn trước sinh thường được chia làm 3 giai đoạn tương ứng với 3 thai kỳ, mỗi thai kỳ kéo dài khoảng 3 tháng. Trong mỗi thai kỳ sẽ có những vấn đề sức khỏe ưu tiên cũng như những nguy cơ khác nhau đối với quá trình mang thai mà thầy thuốc cần phải quan tâm khai thác để phát hiện.

Trong quá trình thăm khám trước sinh, người bác sĩ gia đình thực hiện các hoạt động khác nhau liên quan đến sự phát triển của phôi thai. Việc tính tuổi thai được thực hiện dựa trên những mốc phát triển : kích thước tử cung, thời điểm lần đầu nghe tim thai đập, thời điểm lần đầu bà mẹ thấy thai máy. Giám sát sức khỏe thai nhi phần lớn là so sánh tốc độ lớn của tử cung so với thai nghén bình thường.

2.2. GIAI ĐOẠN TRẺ EM

2.2.1. Giai đoạn trẻ dưới 5 tuổi.

Thời kì nhũ nhi hay trẻ dưới 1 tuổi. Đây là thời kỳ mà trẻ có tốc độ tăng trưởng nhanh đòi hỏi nhu cầu dinh dưỡng cao, chức năng của các bộ phận phát triển nhanh nhưng chưa hoàn thiện, bắt đầu hình thành quá trình phát triển thần kinh cao cấp. Trong thời kỳ này trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn, tiêu chảy, suy dinh dưỡng

Cần đặc biệt quan tâm đến giai đoạn đầu tiên trong vòng 28 ngày đầu sau sinh , còn được gọi là thời kỳ sơ sinh. Trong thời kỳ này, trẻ bắt đầu cuộc sống độc lập bên ngoài cơ thể mẹ, các chức năng bộ phận còn chưa hoàn thiện nhưng biến đổi rất nhanh ngay

từ tuần đầu để giúp trẻ thích nghi với môi trường sống. Khoảng hai phần ba những trường hợp tử vong dưới 1 tuổi diễn ra trong tháng đầu tiên của cuộc đời. Các nguyên nhân tử vong chủ yếu hiện nay ở Việt Nam là do trẻ đẻ ra cân nặng thấp dưới 2500g và nhiễm trùng.

Bảng 2: Các mốc được lựa chọn của sự sinh trưởng và phát triển trong năm đầu tiên của đời sống

Năm đầu tiên của đời sống		
Tuổi	Các mốc	Các vấn đề chăm sóc y tế
0-7 ngày	Thiết lập cầu nối mẹ con	Môi trường bệnh viện và gia đình có thể tác động đến cầu nối
2-4 tuần	Có thể theo dõi sự cử động bằng mắt qua 10-20s	Xét nghiệm sàng lọc về thị giác sớm có thể thực hiện
2-3 tháng	Biết cười khi có kích thích từ xung quanh	Có thể thấy sự tương tác bố mẹ - con
4 tháng	Biết quay đầu về nơi có tiếng động	Có thể sàng lọc các vấn đề về nghe
5-8 tháng	Biết ngồi không cần dựa	Ngồi là một cách đo sự phát triển VĐ đơn giản
12 tháng	Có thể nhận biết tên của mình, nói được vài từ	Phát triển kỹ năng ngôn ngữ, cho thấy sự nghe có hiệu quả, XH hóa, và sự phát triển của não.
9-14 tháng	Tập đi một mình	Thường om xòm trước khi đi. Sự tập đi làm tăng nguy cơ các tai nạn, nguy cơ ăn uống.

Thời kỳ răng sữa hay tiền học đường tốc độ tăng trưởng của trẻ chậm hơn so với thời kỳ trước nhưng chức năng của hệ vận động, khả năng phối hợp động tác, trí tuệ và tinh thần phát triển nhanh hơn. Trẻ bắt đầu xuất hiện các bệnh dị ứng, nhiễm trùng, dễ mắc các bệnh lây do tiếp xúc rộng rãi như lao, bạch hầu, bại liệt, sởi... Việc chăm sóc sức khỏe cho trẻ trong giai đoạn này cần tập trung ưu tiên cho 2 năm đầu vì đây là giai đoạn trẻ cần được chăm sóc tốt nhất đồng thời cũng là giai đoạn trẻ có sự chuyển tiếp về nuôi dưỡng và có ý nghĩa nhất đối với sự phát triển của trẻ trong giai đoạn về sau.

Các vấn đề sức khỏe cần quan tâm của trẻ giai đoạn này là chế độ dinh dưỡng hợp lý, phòng chống suy dinh dưỡng và phòng chống các bệnh nhiễm trùng. Đánh giá sự tăng trưởng về cả thể chất và tinh thần, vận động là một nhiệm vụ quan trọng trong chăm sóc sức khỏe của trẻ giai đoạn này.

Bác sĩ gia đình cần nắm vững các mốc tăng trưởng và phát triển của trẻ, hướng dẫn, giáo dục cho các bậc cha mẹ có những kiến thức và kỹ năng cần thiết trong nuôi dưỡng và đánh giá sự phát triển của trẻ thông qua biểu đồ tăng trưởng của trẻ. Các chỉ số tăng trưởng cần quan tâm là cân nặng, chiều cao, vòng đầu, vòng cánh

tay. Bác sĩ cũng có thể sàng lọc những vấn đề phát triển của trẻ thông qua việc quan sát tác động qua lại của trẻ bằng cách nói chuyện với bố mẹ trẻ.

Tình trạng sức khỏe trong những năm đầu có ảnh hưởng đến sức khỏe lâu dài của mỗi con người. Chăm sóc tốt sức khỏe của trẻ nhỏ dưới 5 tuổi sẽ góp phần đảm bảo cho một thể hệ tương lai mạnh khỏe. Đây là một quá trình toàn diện, liên tục. Quản lý sức khỏe của trẻ cần phải được thực hiện trong bối cảnh của gia đình với sự phối hợp chặt chẽ giữa thầy thuốc với gia đình.

2.2.2. Giai đoạn trẻ học đường

Đây là giai đoạn trẻ tiếp tục phát triển nhanh về thể chất, bắt đầu tiếp xúc với một môi trường mới đồng thời cũng bắt đầu tiếp nhận kiến thức và hình thành kỹ năng giao tiếp cũng như tính cách của trẻ về sau. Ở Việt Nam giai đoạn học đường có thể kéo dài từ 6 – 18 tuổi bao gồm một phần của lứa tuổi vị thành niên.

Về phương diện phát triển, quá trình phát triển thể chất, sinh lý vẫn tiếp tục diễn ra đều đặn trong những năm đầu, tăng tốc độ trong giai đoạn dậy thì và chậm lại những năm sau. Trong giai đoạn này, với sự phát triển của hệ cơ, xương khớp, vóc dáng của trẻ được định hình, sự phát triển mạnh của tế bào não chấm dứt, trọng lượng bộ não ổn định dần, hệ miễn dịch của cơ thể phát triển mạnh và hoàn thiện đi vào ổn định nên sức đề kháng với môi trường tăng lên đáng kể. Đến cuối giai đoạn học đường, các yếu tố thể chất và sinh lý của cơ thể đã được hoàn thiện, và về phương diện này, trẻ có thể được coi như người lớn.

Về phương diện bệnh tật, môi trường tiếp xúc học đường cũng là cơ hội khiến cho trẻ dễ mắc và lây lan các bệnh truyền nhiễm như cúm, sởi, quai bị, đau mắt đỏ... Trên thực tế nhiều bệnh tật ở tuổi trưởng thành đều bắt nguồn từ tuổi học đường như suy dinh dưỡng, cận thị, gù vẹo cột sống, bướu cổ, bệnh lý răng miệng, bệnh tim mạch,... Công tác chăm sóc sức khỏe trong giai đoạn này cần tập trung vào việc phòng chống các bệnh truyền nhiễm gây dịch, các bệnh lý học đường, giáo dục giới tính và đi đôi với việc giúp đỡ, hỗ trợ trẻ hình thành và phát triển nhân cách.

2.3. Giai đoạn vị thành niên.

Vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp của sự phát triển từ tuổi ấu thơ thành người lớn. Theo quy định của tổ chức y tế thế giới, giai đoạn vị thành niên được tính từ 10 – 19 tuổi và ở Việt Nam cũng áp dụng phân loại độ tuổi vị thành niên này.

2.3.1. Những biến đổi về thể chất.

Điểm quan trọng nhất về phát triển thể chất trong giai đoạn này là quá trình dậy thì. Ở bên trong cơ thể, sự gia tăng hoạt động của các tuyến nội tiết trong đó có buồng trứng ở trẻ gái và tinh hoàn ở trẻ trai dẫn đến sự phát triển nhanh về vóc dáng cơ thể và sự xuất hiện của các dấu hiệu sinh dục như vú phát triển, kinh nguyệt, lông cơ thể, thay đổi giọng. Giai đoạn dậy thì chính thức thường xảy ra ở nữ sớm hơn so với nam và được đánh dấu bằng việc hành kinh xuất hiện lần đầu ở trẻ gái và hiện tượng xuất tinh ở trẻ trai. Các hiện tượng này là dấu hiệu cho thấy khả năng có thể thụ thai và sinh con. Các biến đổi về mặt thể chất cũng nhằm chuẩn bị cho việc thực hiện các chức năng này về sau.

2.3.2. Những biến đổi về tâm lý xã hội.

Trẻ vị thành niên thường tự mình nhận thức trước những thay đổi của cơ thể và thường có nhiều câu hỏi về những thay đổi đó. Điều đó song hành với những biến đổi về mặt tâm lý xã hội của trẻ vị thành niên. Những biến đổi về mặt sinh học đôi khi có thể tác động đến tâm lý của trẻ. Trẻ thường có nhu cầu khám phá cơ thể mình và các bạn khác giới, thường hay để ý, băn khoăn về những thay đổi của cơ thể. Lúc này trẻ thường rất quan tâm đến hình ảnh của cơ thể mình, có thể có cảm giác không hài lòng về hình thể của bản thân. Trẻ cũng quan tâm hơn đến các mối quan hệ với gia đình, bạn bè và có thể có nhiều trạng thái căng thẳng với những người xung quanh. Những thay đổi về thể chất và tâm sinh lý của cơ thể trẻ vị thành niên hướng đến sự phát triển một cá nhân tồn tại một cách độc lập. Tính độc lập khiến cho trẻ vị thành niên thường xem xét giá trị và những lời khuyên của bố mẹ dẫn đến việc dễ dàng nảy sinh xung đột với bố mẹ. Mối quan hệ với bạn cùng trang lứa đóng vai trò quan trọng trong độ tuổi vị thành niên. Cần phải tận dụng mối quan hệ bạn bè đồng đẳng trong việc giáo dục và điều chỉnh hành vi của trẻ vị thành niên.

Những vấn đề sức khỏe và chăm sóc sức khỏe trẻ vị thành niên

- + Vấn đề tình dục trước hôn nhân và mang thai ở độ tuổi vị thành niên.
- + Các bệnh thường gặp ở tuổi vị thành niên, bao gồm các bệnh học đường như cận thị, cong vẹo cột sống, bệnh lý răng miệng, bệnh lý rối loạn dinh dưỡng như thiếu máu dinh dưỡng, rối loạn do thiếu iod, béo phì, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và HIV/AIDS.
- + Vấn đề tai nạn thương tích.
- + Các tệ nạn xã hội như hút thuốc lá, nghiện rượu, nghiện chích ma túy.

Bên cạnh việc xử lý, giải quyết các vấn đề sức khỏe ưu tiên, thầy thuốc cần quan tâm đến công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh tật và nâng cao sức khỏe, tập trung vào giáo dục vệ sinh, dinh dưỡng, phòng chống các bệnh học đường, tai nạn thương tích, thay đổi lối sống. ngoài ra đối với lứa tuổi vị thành niên, thầy thuốc cần quan tâm phối hợp với gia đình và nhà trường trong việc giáo dục kỹ năng sống cho trẻ vị thành niên, tập trung vào các kỹ năng giao tiếp và tự nhận thức, kỹ năng xác định giá trị, kỹ năng kiên định, kỹ năng đưa ra quyết định và kỹ năng đạt mục tiêu.

2.4. GIAI ĐOẠN TRƯỞNG THÀNH.

Giai đoạn trưởng thành hay còn gọi là giai đoạn thanh niên và trung niên thường được tính từ 19 tuổi trở lên cho đến dưới 60 tuổi. Đây là giai đoạn kéo dài nhất của một vòng đời người. Trong giai đoạn này, cơ thể phát triển và đạt đến mức ổn định về mặt thể chất, tâm sinh lý ở độ tuổi 25, đồng thời với sự xuất hiện của những dấu hiệu của quá trình lão hóa.

2.4.1. Các mốc phát triển chính trong giai đoạn trưởng thành.

Giai đoạn trưởng thành được coi như một chuỗi các thời kì phát triển ổn định bao gồm : thời kì trưởng thành sớm (dưới 30 tuổi), ổn định (30 – 44 tuổi), trung niên (45 – 59 tuổi). Giữa các thời kì này có một giai đoạn chuyển tiếp trong đó mỗi cá nhân thường đánh giá lại cuộc đời mình, khi đó có thể phát sinh những xung đột dẫn đến những sự thay đổi.

Trong thời kì trưởng thành sớm, mỗi cá thể phải cải tiến hoặc kết thúc mối liên hệ với bố mẹ và các tổ chức xung quanh, và bắt đầu khai thác thế giới với tư cách một người trưởng thành. Sự chọn nghề nghiệp, quan hệ yêu đương, quan hệ bạn bè, đánh giá và cách sống là những phần của cùng một quá trình phát triển trong thời kì trưởng thành sớm và có ảnh hưởng đến các giai đoạn phát triển về sau.

Từ thời kì trưởng thành sớm qua thời kì ổn định có một giai đoạn chuyển tiếp. Kết quả của sự tự đánh giá về bản thân có thể dẫn đến việc tiếp tục phát triển những gì đã lựa chọn và hình thành trong thời kì đã qua nhưng cũng có thể dẫn đến những thay đổi trong nghề nghiệp, hôn nhân, mối quan hệ xung quanh. Trong thời kì ổn định sau đó, mỗi người sẽ bắt đầu thiết lập và định hình vị trí cá nhân trong xã hội.

Giai đoạn chuyển tiếp từ thời kì ổn định qua thời kì trung niên là một giai đoạn khủng hoảng, thường xảy ra ở tuổi 33 – 45 đối với nữ và 37 – 45 đối với nam. Trong giai đoạn này mỗi cá nhân phải đối mặt với những hạn chế trong khả năng hoàn thành được những mục tiêu trong đời mình. Khủng hoảng này thường xảy ra do sự tích tụ những dấu hiệu của tuổi già của bản thân trong những giai đoạn phát triển trước đó cũng như những tác động bên ngoài từ những mối quan hệ gia đình và xã hội như việc qua đời của bố mẹ. Đây là thời điểm thường xảy ra sự thay đổi nghề nghiệp, chấm dứt hôn nhân, tâm trạng chán nản.

Giai đoạn trung niên được tiếp tục cho đến khoảng 60 tuổi. Một trong những thay đổi về mặt sinh học quan trọng đối với phụ nữ trong giai đoạn này là hiện tượng mãn kinh đi kèm với những thay đổi của hormone dẫn đến những thay đổi về biểu hiện bên ngoài cũng như các thay đổi về tính tình. Về mặt xã hội, đối với nhiều người đây là giai đoạn đạt được những thành tựu và mang đến sự hài lòng trong nghề nghiệp nhưng cũng có thể là giai đoạn khủng hoảng đối với những người không có khả năng giải quyết vừa ý những xung đột của họ, dẫn đến sự chán nản, từ chức. Với những người có con, người đàn ông thường chú trọng đến những lợi ích gia đình và mối quan hệ cá nhân, còn người phụ nữ quan tâm nhiều hơn đến tình cảm gia đình và sự trưởng thành của con cái.

2.4.2. Các vấn đề sức khỏe và chăm sóc sức khỏe người trưởng thành.

Trong những năm gần đây, các mối đe dọa chính đối với sức khỏe người trưởng thành đã có sự chuyển đổi từ các bệnh lây truyền sang các bệnh mạn tính không lây truyền. Các yếu tố có thể ảnh hưởng đến mô hình bệnh tật và tử vong của người trưởng thành bao gồm lối sống, tình trạng kinh tế xã hội, yếu tố chủng tộc và việc cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Trên thế giới, các gánh nặng bệnh tật chủ yếu đối với người trưởng thành trong những thập niên cuối của thế kỉ 20 bao gồm :

+ Bệnh tim mạch : là nguyên nhân bệnh tật hàng đầu và là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 2 ở những người trong độ tuổi 25 – 64.

+ Đái tháo đường.

+ Bệnh gan, trong đó quan trọng nhất là xơ gan.

+ Bệnh phổi mạn tính.

+ Viêm khớp, ung thư.

Những nghiên cứu sớm về phát triển của người tập trung vào giai đoạn thơ ấu. Nhưng càng ngày càng có nhiều bằng chứng rằng sự thay đổi và tiến hóa còn

tiếp tục qua giai đoạn trưởng thành và có thể gặp trong các giai đoạn ước đoán trước (bảng 3).

Bảng 3: Các giai đoạn của đời sống và sự chuyển tiếp của giai đoạn trưởng thành

Tuổi	Giai đoạn đời sống	Chuyển tiếp (=CT)	Nhiệm vụ / mục tiêu / vấn đề
17-22		CT trưởng thành sớm	Thiết lập sự độc lập với gia đình; xác định mục tiêu cá nhân và giá trị; Chọn nghề; thử thách đầu tiên với bạn khác giới.
22-29	Trưởng thành sớm		Khởi đầu nghề nghiệp, làm bố mẹ sớm, hoặc trì hoãn sinh sản; vai trò cân bằng cá nhân bạn khác giới; các quan hệ dục dục có thể có ích.
28-33		CT ở tuổi 30	Sự đánh giá lại việc chọn lựa ban đầu có thể dẫn đến hoặc là sự thay đổi hoặc là tái uy thác. Không nghề nghiệp có thể dẫn đến sự chán nản, rượu chè, xung đột hoặc bạc đãi vợ chồng.
30-39	Ổn định		Thiết lập chỗ đứng trong xã hội do thành công nghề nghiệp, nuôi dạy con, quan hệ trong cộng đồng, thích ứng với bạn khác giới và con cái.
33-45		Khủng hoảng giữa cuộc đời	Đánh giá lại mục tiêu và hoạt động sống, những điều chỉnh đầu tiên cho những dấu hiệu sớm của tuổi già, thay đổi nghề nghiệp, khủng hoảng hôn nhân phổ biến, hoàn thành sự sinh đẻ.
45-60	Trung niên		Chuyển từ người hành nghề sang dạy các người khác. Tạo điều kiện cho trẻ con được tự do. Tái thiết lập gia đình sau khi các con cái rời khỏi nhà. Niềm vui trong sự biểu lộ tình cảm cá nhân và sự trưởng thành là phổ biến trong số phụ nữ giành tất cả thời gian làm mẹ.
47-55		CT ở tuổi 50	Đánh giá lại cuộc đời, có thể có sốc ở những người có ít thay đổi trong độ tuổi 30 và 40. Mãn kinh gây nên những đáp ứng sinh lý, tâm lý ở phụ nữ.
58-68		CT ở tuổi 60 sớm	Dự đoán trước sự về hưu. Đồng nhất hơn với gia đình và văn hóa; chấp nhận cuộc đời.
65-79	Người già còn trẻ "những năm vàng"		Hài lòng với đời sống ở mức độ cao, giữ liên hệ với gia đình, trở thành ông bà; khả năng tuân thủ thời gian nhàn rỗi và lợi ích cộng đồng, sự lo âu về bảo vệ sức khỏe và độc lập.
70-84		CT phụ thuộc cơ thể	Bệnh mãn tính và sự ốm yếu làm giảm khả năng độc lập; cần có sự giúp đỡ cho các hoạt động hàng ngày, sự phụ thuộc làm tăng sự tin cậy vào gia đình.
75+	Người già cao tuổi		Sự chết của vợ hoặc chồng, bạn bè, anh chị em chấp nhận sự thay đổi của cơ thể; sự khó chịu của

	"người già ốm yếu"		cơ thể; sự tiếp xúc xã hội đáng kể với sự hỗ trợ của mỗi cơ sở chăm sóc sức khỏe, mong muốn đóng góp kinh nghiệm sống cho người khác, đặc biệt cho người trẻ hơn, sắp sẵn cho chết.

2.5. GIAI ĐOẠN CAO TUỔI

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế thế giới, người cao tuổi là những người từ 60 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính. Tổ chức Y tế thế giới cũng chia người cao tuổi thành 3 thời kỳ : cao tuổi (60 – 74), người già (75 – 90) và người già sống lâu (trên 90 tuổi).

2.5.1. Đặc điểm về cơ thể người cao tuổi

Giai đoạn cao tuổi gắn liền với quá trình già hóa một cách hệ thống của cơ quan trong cơ thể. Chức năng của các cơ quan quan trọng trong cơ thể bị suy giảm một cách nghiêm trọng khi về già. Điều này dẫn đến sự gia tăng nguy cơ ốm đau bệnh tật của người cao tuổi. Sự già hóa này không chỉ diễn ra ở các chức năng về sinh lý mà cả các chức năng về trí tuệ. Đặc biệt, trí nhớ của người cao tuổi nói chung kém hẳn, hay nhầm lẫn do đó việc khai thác tiền sử, bệnh sử thường gặp nhiều khó khăn, độ chính xác và mức độ tin cậy của thông tin thường hạn chế.

2.5.2. Sự thay đổi về tâm lý, xã hội ở người cao tuổi.

Sự thay đổi về sinh lý cộng với những thay đổi về môi trường xã hội thường dẫn đến những thay đổi tâm lý của người cao tuổi. Năng lực cảm nhận sút giảm do sự suy giảm chức năng thính giác, thị giác, trí nhớ, khả năng phản ứng chậm chạp làm cho người cao tuổi có cảm giác già nua. Điều này có thể dẫn đến một loạt phản ứng về tâm lý như sự phiền muộn, thờ ơ, cô độc.

Thay đổi môi trường xã hội xung quanh sau khi rời cương vị công tác khiến cho người cao tuổi gặp khó khăn trong việc thích nghi, tinh thần luôn trong trạng thái dễ bị kích động dẫn đến những phản ứng tiêu cực như mặc cảm, tự ti, tâm trạng sầu muộn, buồn chán. Mặt khác điều kiện kinh tế thay đổi, sự qua đời của bạn bè, người thân và những mâu thuẫn trong gia đình dễ làm cho người già suy sụp. Tình trạng bị kích động kéo dài có thể ảnh hưởng đến sự lành mạnh về cả thể chất và tinh thần của người cao tuổi. Lòng tự trọng của người cao tuổi thường dễ bị tổn thương do đề cao yếu tố từng trải, quen phân tích đánh giá sự vật hiện tượng dựa trên kinh nghiệm nên dễ nảy sinh mâu thuẫn với lớp trẻ. Khi có mâu thuẫn, cảm thấy lòng tự trọng bị tổn thương, người cao tuổi thường có những phản ứng tâm lý có chấp, thô bạo hoặc có thể thâm lạnh, tiêu cực.

Như vậy, để giữ gìn và bảo vệ sức khỏe về cả thể chất và tinh thần, người cao tuổi cần phải bồi dưỡng tâm lý tích cực, duy trì sự lành mạnh trong suy nghĩ và khắc phục các tâm lý tiêu cực.

2.5.3. Đặc điểm về sức khỏe, bệnh tật của người cao tuổi.

Về các bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi thường chia làm 3 nhóm chính :

- + Các bệnh chỉ riêng có ở tuổi già, tức chỉ tuổi già mới mắc bệnh và những bệnh nguyên phát trong quá trình già hóa của người bình thường như lú lẫn, đái tháo đường, xơ cứng mạch máu não.

- + Các bệnh thường thấy ở người già bao gồm cả những bệnh có thể phát sinh ở người trung niên và người cao tuổi nhưng thường gặp ở tuổi già. Các bệnh này

thường liên quan đến sự lão hóa mang tính bệnh lý và sự suy giảm chức năng miễn dịch của cơ thể như đục thủy tinh thể, loãng xương, thoái hóa đốt sống, bệnh khớp mạn tính, xơ gan, u ác tính. Ngoài ra còn có các bệnh lý tim mạch hay gặp như tăng huyết áp, bệnh mạch vành.

+ Các bệnh có thể gặp cả ở người trưởng thành và thanh niên nhưng tỷ lệ mắc bệnh, triệu chứng mắc bệnh ở người cao tuổi khác với người trẻ, ví dụ như viêm phổi người già thường có triệu chứng không điển hình nhưng lại mang tính chất tương đối nặng, các viêm nhiễm ngoài da ở người cao tuổi dễ bị bội nhiễm hơn.

3. CÁC GIAI ĐOẠN CỦA VÒNG ĐỜI GIA ĐÌNH

3.1. Giai đoạn độc thân

Giai đoạn độc thân hay giai đoạn sống độc lập là giai đoạn quyết định trong vòng đời gia đình. Khi chúng ta bước sang tuổi trưởng thành, chúng ta bắt đầu tách rời tình cảm với gia đình. Trong giai đoạn này, chúng ta phải cố gắng hết sức để có thể vững vàng về mọi mặt như: tinh thần, thể chất, xã hội và tài chính, ở giai đoạn này mỗi người bắt đầu phát triển những phẩm chất và đặc điểm thể hiện bản chất của mỗi cá nhân.

Ví dụ: Nếu một người là đồng tính nữ, đồng tính nam, lưỡng tính hoặc người chuyển giới thì giai đoạn này sẽ hình thành những định hướng về tình dục hoặc có tính cách “vượt ra khỏi” suy nghĩ của gia đình và bạn bè.

Tìm hiểu, khám phá sở thích và mục tiêu nghề nghiệp là một phần của mỗi cá nhân ở giai đoạn này. Để có cuộc sống thành công khi không sống cùng gia đình, cá nhân đó phải độc lập về tài chính và tình cảm. Bản thân bắt đầu phải chịu trách nhiệm đối với sức khỏe của mình trong giai đoạn này: trách nhiệm tự lo cho bản thân các nhu cầu về dinh dưỡng, vật chất và y tế. Sự phát triển các thói quen lành mạnh vào thời điểm này như chế độ dinh dưỡng hợp lý, tập thể dục thường xuyên và thực hiện tình dục an toàn là những yếu tố" rất quan trọng để có sức khỏe tốt và cuộc sống hạnh phúc. Mỗi người phải tự tìm hiểu các khía cạnh của cuộc sống mới độc lập trong suốt cuộc đời. Ngay cả khi đã chuyển sang giai đoạn khác của vòng đời như giai đoạn có cặp đôi, các cá nhân vẫn phải tiếp tục học cách sống độc lập trong bối cảnh mới.

Trong suốt giai đoạn tự lập, mỗi cá nhân nên:

- + Tự tìm hiểu mình khi sống riêng so với khi sống trong mối quan hệ ban đầu với gia đình như: cha mẹ, anh chị em và các thành viên gia đình khác.
- + Xây dựng các mối quan hệ bạn bè thân mật bên ngoài gia đình.
- + Tự xây dựng công việc và nghề nghiệp cho bản thân.

3.2. Giai đoạn lập gia đình hay kết hôn

Giai đoạn tiếp theo trong vòng đời gia đình là giai đoạn kết hôn. Khi kết hôn hoặc sống chung, mỗi cá thể phải kết hợp truyền thống gia đình của mình với bạn đời hoặc người sống chung. Điều này đòi hỏi phải có sự sắp xếp lại các mục tiêu của bản thân và bạn đời. Cá thể đó cũng có thể thấy rằng một số ý tưởng hay mong đợi có ý định thực hiện trong quá khứ sẽ không còn phù hợp với giai đoạn này.

Một số quan điểm chung cần điều chỉnh bao gồm:

Tài chính.

Lối sống.

Thiết lập lại các hoạt động hoặc sở thích.

Mối quan hệ đúng pháp luật.

Tình dục hoặc khả năng tương thích tình dục.

Tình bạn.

Đặt nhu cầu của người khác lên trên nhu cầu của mình.

Mục tiêu cuối cùng của giai đoạn này là đạt được sự phụ thuộc lẫn nhau, xảy ra khi cá thể có thể tham gia đầy đủ vào mối quan hệ với một người khác. Phụ thuộc lẫn nhau cũng đòi hỏi cá thể phải chia sẻ các mục tiêu và đôi khi phải đặt những nhu cầu của người khác trên nhu cầu của bản thân. Tuy nhiên, trước khi đạt được sự phụ thuộc lẫn nhau, bản thân cá thể đó phải có sự tự lập cao. Các kỹ năng trong mối quan hệ chúng ta có được trong cuộc sống lứa đôi như là một nền tảng cho các mối quan hệ khác như cha mẹ - con cái, thầy - trò, hoặc bác sĩ - bệnh nhân.

Trong cuộc sống cặp đôi nên tìm hiểu:

Nâng cao giao tiếp giữa các cá nhân.

Kỹ năng giải quyết vấn đề.

Các mục tiêu chung về phát triển tôn giáo và tình cảm.

Tạo ranh giới trong các mối quan hệ.

Luôn đặt những nhu cầu hay tầm quan trọng của những người khác lên trên.

Hầu hết các nghiên cứu cho thấy rằng trong thời gian đầu, một cuộc hôn nhân hạnh phúc sẽ hội tụ đầy đủ sự đam mê và sự hoà hợp tình dục, điều này có thể trở nên ít quan trọng hơn ở những cuộc hôn nhân thành công sau này. Một cuộc hôn nhân thành công ở giai đoạn này bao gồm việc đối xử tốt đẹp, luôn khen ngợi và tôn trọng lẫn nhau (làm những điều tốt đẹp cho người khác mà không đòi hỏi gì). Các kỹ năng sống mà mỗi cá nhân học được trong giai đoạn này rất quan trọng trong việc hình thành các mối quan hệ phụ thuộc lẫn nhau thực sự và duy trì để có một mối quan hệ hợp tác và lâu dài. Một số thách thức của giai đoạn này bao gồm:

Thích nghi với cấu trúc gia đình mới (bao gồm cả vợ, chồng hoặc đôi tác của bản thân trong các mối quan hệ với bạn bè và các thành viên trong gia đình).

Cam kết cho một cuộc hôn nhân bền vững.

Đặt các nhu cầu của người khác lên trên nhu cầu của bản thân.

Mỗi cá nhân và bạn đời hoặc bạn sống chung sẽ gặp ít khó khăn hơn nếu sự dịch chuyển sang giai đoạn mới của vòng đời được uyển chuyển, ít gặp căng thẳng trong cuộc sống đồng nghĩa với việc duy trì sức khoẻ tốt hơn.

Mục tiêu cụ thể cho giai đoạn này là:

Hình thành một gia đình mới với bạn đời/đôi tác.

Sắp xếp lại các mối quan hệ với gia đình gốc và bạn bè

3.3. Giai đoạn có con

3.3.1. Quyết định sinh con

Trong mối quan hệ vợ chồng, đến giai đoạn cặp đôi phải quyết định việc sinh em bé, tuy nhiên một số cặp đôi không muốn có con. Giai đoạn sinh con là một trong những giai đoạn khó khăn nhất của vòng đời gia đình.

Quyết định có con sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển của cá nhân, của gia đình và các mối quan hệ. Giai đoạn có trẻ em sẽ mất nhiều thời gian và nếu cá nhân thiếu các kỹ năng trong giai đoạn trước sẽ khó có được ở giai đoạn này. Khả năng giao tiếp tốt, duy trì các mối quan hệ và giải quyết các vấn đề thường được thể hiện trong giai đoạn này. Có thêm một đứa trẻ trong gia đình đòi hỏi một sự thay đổi lớn vai trò của cá nhân và bạn đời. Mỗi cha mẹ có ba vai trò khác biệt đòi hỏi phải thực hiện đồng thời: là bản thân mình, là vợ chồng và là cha/mẹ. Là cha, mẹ mới, bản sắc cá nhân sẽ thay đổi cùng với sự thay đổi của mối quan hệ giữa hai người với nhau và với những người khác. Các kỹ năng mà bản thân có được trong giai đoạn độc thân và giai đoạn này như là sự thỏa hiệp và cam kết, sẽ giúp bạn chuyển tiếp sang giai đoạn nuôi dạy con thuận lợi hơn.

Cùng với niềm vui khi có thêm một đứa trẻ, bản thân có thể cảm thấy căng thẳng và lo sợ về những thay đổi này. Người phụ nữ có thể lo lắng khi mang thai và sinh con. Người cha có xu hướng giữ nỗi sợ hãi và căng thẳng trong lòng mà không lộ ra ngoài nên có thể gây ra các vấn đề sức khỏe. BSGĐ sẽ giúp giải tỏa.

3.3.2. Gia đình có trẻ nhỏ

Sự thích nghi khi gia đình có trẻ em trong các mối quan hệ là quá trình cảm xúc chính của giai đoạn này. Cá thể sẽ đảm nhận vai trò mới trong gia đình và quá trình chuyển đổi từ một thành viên của một cặp đôi thành cha/mẹ. Trong khi bản thân vẫn đang phát triển như những cá nhân độc lập, bạn và bạn đời của mình sẽ trở thành những người ra quyết định trong gia đình mới. Mỗi người sẽ tiếp tục thể hiện cá tính độc lập của bản thân khi giải quyết ổn thỏa các công việc với nhau như kết quả của một cuộc hôn nhân bền vững.

Sự phát triển khỏe mạnh của đứa trẻ phụ thuộc vào khả năng của cha/mẹ khi nuôi dưỡng con trẻ trong một môi trường có tổ chức, yêu thương và an toàn. Trẻ em sẽ phát triển tốt hơn trong gia đình mà cha mẹ có một mối quan hệ khăng khít và tốt đẹp.

Để dành thời gian chăm sóc trẻ nhỏ thì lượng thời gian dành ra cho bản thân hoặc cho vợ/chồng sẽ bị giảm đi. Nếu bản thân không có đầy đủ các kỹ năng sống trong một số giai đoạn trước như thỏa thuận cho lợi ích của gia đình thì mối quan hệ của gia đình có thể bị ảnh hưởng không tốt. Ví dụ, ly hôn hoặc các vấn đề mâu thuẫn trong gia đình có thể sẽ xảy ra trong những năm nuôi con trẻ, có thể do cha mẹ thiếu các kỹ năng từ các giai đoạn cuộc sống trước đó. Tuy nhiên, với những người có kỹ năng sống thích hợp, thì thời gian này là thời gian hạnh phúc, ngay cả phải đối mặt với tất cả những thách thức phải trải qua trong giai đoạn này. Tốt hơn cả trong giai đoạn này, mỗi cá nhân phát triển một cách độc lập, vừa thể hiện trách nhiệm trong cuộc sống vợ chồng, vừa thể hiện trách nhiệm trong gia đình mới.

Mục tiêu cụ thể của gia đình ở giai đoạn này là:

Điều chỉnh tình cảm vợ chồng để tạo không gian cho trẻ em.

Đảm nhiệm tốt vai trò làm cha/mẹ.

Sắp xếp lại các mối quan hệ với gia đình lớn trong đó bao gồm vai trò làm cha/mẹ và vai trò của ông/bà.

3.3.3. Gia đình có trẻ vị thành niên

Giai đoạn gia đình có trẻ vị thành niên là giai đoạn khó khăn, chúng ta có thể kiểm tra các kỹ năng sống trong mối quan hệ của mình. Đó cũng là thời gian cho sự tăng trưởng tích cực và khám phá những cái mới cho toàn bộ gia đình. Những gia đình nào mà có mối liên kết tốt trong thời gian này sẽ có mối quan hệ mạnh mẽ, linh hoạt và sẽ phát triển thông qua việc giao tiếp tốt, giải quyết vấn đề, chăm sóc lẫn nhau, hỗ trợ và tin tưởng lẫn nhau.

Hầu hết các trẻ em vị thành niên luôn luôn thử nghiệm với những suy nghĩ, niềm tin và phong cách khác nhau nên có thể gây ra xung đột trong gia đình. Thế mạnh của chúng ta như là một cá nhân độc lập và như là trách nhiệm của cha/mẹ nên đây là giai đoạn rất quan trọng khi phải đối phó với những thách thức ngày càng tăng khi có con ở độ tuổi này. Cố gắng phấn đấu để giữ cho bầu không khí gia đình cân bằng sẽ tạo cho con có một cảm giác an toàn và luôn được ủng hộ, tạo điều kiện cho con có cơ hội để thể hiện các phong cách mới. Một kỹ năng quan trọng trong giai đoạn này là tính linh hoạt và nên khuyến khích con mình trở nên độc lập và sáng tạo. Thiết lập ranh giới cho con nhưng khuyến khích nên tìm hiểu cùng một lúc. Con có thể đặt câu hỏi về bản thân trong nhiều lĩnh vực, trong đó có những nhận dạng về giới tính và định hướng tình dục. Khi bản thân có những kinh nghiệm tích lũy được trong giai đoạn đầu của vòng đời, chúng ta sẽ cảm thấy sẵn sàng và yên tâm hơn về những thay đổi của con mình đang trải qua trong giai đoạn này. Nhưng nếu chúng ta thiếu các kỹ năng và kinh nghiệm này ở giai đoạn đầu của vòng đời, chúng ta có thể cảm thấy gặp khó khăn bởi sự phát triển mới của con mình.

Tính linh hoạt trong vai trò của mỗi người trong gia đình là một kỹ năng có giá trị và cần phát triển ở giai đoạn này. Những trách nhiệm của việc chăm sóc người bị bệnh có thể yêu cầu mỗi người trong gia đình có vai trò khác nhau thay đổi tùy thời điểm. Trong thời gian này, có thể một hoặc nhiều thành viên trong gia đình cảm thấy có một vài lo lắng, những lo lắng này có thể dẫn đến các khó chịu về mặt thể chất mà không có nguyên nhân thể chất (rối loạn tâm - thể như đau dạ dày và đau đầu) cùng với các rối loạn liên quan đến stress.

Nuôi dưỡng mối quan hệ của cá nhân và sự phát triển của cá nhân nhiều khi bị lãng quên ở giai đoạn này. Bỏ qua sự phát triển cá nhân và mối quan hệ của cá nhân có thể gây khó khăn cho sự chuyển đổi này.

Chúng ta nên suy nghĩ về vai trò của mình trong việc chăm sóc cha mẹ già. Quan tâm đến sức khỏe của bản thân luôn là ưu tiên trong giai đoạn này và sẽ hữu ích khi cá thể bước vào giai đoạn tiếp theo của vòng đời gia đình.

Mục tiêu cụ thể trong giai đoạn này bao gồm:

- Thay đổi các mối quan hệ cha mẹ - con cái để cho phép đứa trẻ gia nhập và ra khỏi gia đình.
- Thay đổi tập trung lại mối quan hệ và sự nghiệp ở giữa cuộc sống của bản thân.

- Bắt đầu một sự thay đổi về mối quan tâm cho các thế hệ trước trong gia đình lớn của bạn.

3.4. Giai đoạn có con trưởng thành

Giai đoạn này bắt đầu khi đứa con đầu tiên của bạn tự lập và sống độc lập. Khi có con lớn tuổi sống riêng sẽ có ảnh hưởng tích cực và tiêu cực đến gia đình. Nếu gia đình đã có sẵn các kỹ năng quan trọng tích lũy được từ các giai đoạn trước của vòng đời, con cái sẽ sẵn sàng để rời khỏi nhà, sẵn sàng đối mặt những thách thức của cuộc sống. Khi rời xa cha mẹ, cá thể có thể tạo dựng lại mối quan hệ và định hướng nghề nghiệp của bản thân.

Phát triển các mối quan hệ của người lớn với những đứa con trong gia đình là một kỹ năng quan trọng trong giai đoạn này. Bản thân sẽ được thử thách để chấp nhận các thành viên mới vào gia đình mình. Mỗi người có thể tập trung vào những ưu tiên trong cuộc sống của bản thân, tha thứ cho những thành viên trong gia đình đã không cư xử tốt với mình và đánh giá niềm tin của bản thân về cuộc sống. Nếu chúng ta khó khăn khi dịch chuyển qua các giai đoạn của vòng đời, con cái của chúng ta sẽ không học được từ chúng ta tất cả các kỹ năng cần thiết để sống tốt theo cách của họ. Nếu bản thân mỗi cá nhân và bạn đời/bạn sống chung không thay đổi để có tiếng nói chung thì cặp đôi đó sẽ không còn tương thích với nhau nữa. Tuy nhiên, bản thân mỗi cá nhân vẫn có thể học lại được những kỹ năng có thể đã bị bỏ sót ở các giai đoạn trước. Tự kiểm tra, học hỏi thêm và xin tham vấn sẽ nâng cao cuộc sống và đảm bảo cho cặp đôi có một quá trình chuyển đổi sang giai đoạn tiếp theo mạnh mẽ hơn. Giai đoạn này sức khỏe và năng lượng của chúng ta có thể giảm sút, một số người phát hiện mắc bệnh mạn tính.

Các vấn đề sức khỏe liên quan đến tuổi trung niên có thể bắt đầu xuất hiện và bao gồm:

- Tăng huyết áp.
- Các vấn đề cân nặng.
- Viêm khớp.
- Thời kỳ mãn kinh.
- Loãng xương.
- Bệnh tim (bệnh mạch vành).
- Trầm cảm.
- Bệnh lý liên quan đến stress.

Bản thân mỗi người có thể phải chăm sóc cha mẹ già ở giai đoạn này, việc này cũng có thể gây căng thẳng và ảnh hưởng đến sức khỏe của bản thân.

Mục tiêu cụ thể để đạt được ở giai đoạn này bao gồm:

- Tái tập trung vào mối quan hệ của bản thân khi không có con cái bên cạnh.
- Phát triển các mối quan hệ của bản thân cha/mẹ với những đứa trẻ đang lớn.
- Sắp xếp lại các mối quan hệ với các cháu khi các con của bạn bắt đầu có cuộc sống gia đình riêng của họ.

3.5. Giai đoạn về hưu

Trong giai đoạn này, có nhiều thay đổi xảy ra trong cuộc sống của bản thân. Chào đón những thành viên mới trong gia đình hoặc nhìn thấy những người khác rời khỏi gia đình của mình: con cái của chúng ta kết hôn, ly hôn hoặc bản thân trở thành ông/bà. Giai đoạn này có thể được coi là giai đoạn tuyệt vời nhất của vòng đời gia đình, bản thân không phải lo trách nhiệm nuôi dạy con cái mà sẽ được tận hưởng thành quả công việc trong cuộc sống của mình. Thách thức ở đây là bản thân phải hỗ trợ cho các thành viên khác trong gia đình, ngay cả khi bản thân chúng ta vẫn đang tìm hiểu lợi ích và các hoạt động riêng hoặc tập trung vào việc duy trì môi quan hệ của bản thân. Nhiều người đang chăm sóc cho cha mẹ già ở thời điểm này. Chúng ta phải đối mặt với thách thức về những nhu cầu về thể chất, tài chính và tình cảm trong khi cố gắng để giúp giữ độc lập cho bản thân.

Chúng ta sẽ suy giảm khả năng về thể chất và tinh thần hoặc những thay đổi về tài chính, xã hội của bản thân. Đôi khi phải đối mặt với cái chết của các thành viên trong gia đình, kể cả bạn đời. Chất lượng cuộc sống của bản thân, một phần phụ thuộc vào chính bản thân mình sẽ điều chỉnh những thay đổi trong các giai đoạn trước đó như thế nào, một phần phụ thuộc vào bản thân đã chăm sóc cho sức khỏe của mình đến thời điểm này như thế nào? Quá trình lão hóa sẽ ảnh hưởng đến cơ thể: sự xuất hiện các nếp nhăn, đau xương khớp và giảm mật độ xương. Các bệnh mạn tính về tâm thần và thể chất rất hay gặp ở tuổi này. Tuy vậy, tuổi già không có nghĩa là sẽ có sức khỏe kém. Nghỉ hưu có thể là một thời gian đầy ý nghĩa và hạnh phúc. Trở thành ông/bà có thể mang lại cho bản thân niềm vui lớn mà không phải mang thêm trách nhiệm nuôi con. Với những người không có hệ thống hỗ trợ đầy đủ hoặc khó khăn về mặt tài chính đây có thể là thời gian khó khăn hơn trong cuộc sống.

Mục tiêu cụ thể đạt được ở giai đoạn cuối cùng của vòng đời gia đình bao gồm:

- Duy trì sở thích và chức năng thể chất của riêng bản thân và bạn đời, phù hợp với tuổi và cơ thể của bạn.
- Khám phá vai trò xã hội của gia đình mới.
- Cung cấp hỗ trợ tinh thần cho trẻ em lớn trong gia đình và các thành viên trong gia đình mở rộng.
- Có phòng làm việc riêng.
- Cung cấp hỗ trợ cho các thế hệ trước.
- Đương đầu với sự mất mát của bạn đời, anh chị em và các đồng nghiệp, chuẩn bị cho cái chết của riêng bản thân.
- Xem xét lại cuộc sống của bản thân và tất cả những kinh nghiệm mà bản thân đã trải qua trong suốt cuộc sống của mình.

Sự hiểu biết về sự phát triển của từng cá thể và cả gia đình thông qua vòng đời gia đình sẽ giúp các bác sĩ gia đình giải quyết được các vấn đề về tâm lý cũng như về y học giúp quản lý sức khỏe được liên tục và toàn diện. Biết cách sử dụng hiểu biết về sự phát triển cá thể và phát triển gia đình cũng như sử dụng thành thạo các kỹ năng phỏng vấn, đánh giá và tư vấn ngắn gọn, người bác sĩ gia đình sẽ có một ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của bệnh nhân và từ đó sẽ làm tăng hiệu quả điều trị.

Nội dung thực hành:

Chủ đề thảo luận: Người bệnh G 29 tuổi đến khám vì bị "cảm lạnh".

Chị G kể với cán bộ y tế: chị đã bị 4 lần nhiễm trùng đường hô hấp trên trong vòng 6 tháng qua. Chị đã xây dựng gia đình được 6 năm và đã có hai con 2 và 4 tuổi. Nguyên là người giúp việc, hiện nay chị ở nhà với các con, và để tăng thêm thu nhập cho gia đình chị nhận trông thêm ba đứa trẻ.

Bố mẹ của những đứa trẻ gần gia đình chị thường phát hiện ra rằng cả gia đình bị nhiễm bệnh hô hấp khi những đứa trẻ đi vườn trẻ, mẫu giáo hoặc đến trường. Chị G nghĩ rằng mình bị cảm lạnh là do chăm sóc những đứa trẻ khác.

Người bệnh G nói rằng chị cảm thấy mệt mỏi do cùng một lúc phải tự lo kinh tế cho mình, phát triển mối quan hệ vợ chồng, nuôi dạy con cái.

Vận dụng kiến thức trong bài *Vòng đời người, vòng đời gia đình và mối liên quan với sức khỏe, bệnh tật*, thảo luận nhóm trả lời các câu hỏi sau:

1. Mô tả những thay đổi trong giai đoạn chuyển tiếp vòng đời người và vòng đời gia đình của người bệnh G.
2. Giải thích mối liên quan giữa vòng đời người với sức khỏe, bệnh tật của người bệnh G.

Câu hỏi lượng giá

Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Vòng đời người bao gồm sự kiện nào sau đây?

- A. Sự kiện sinh học diễn ra trong suốt cả chu trình của một đời người.
- B. Sự kiện y học diễn ra trong suốt cả chu trình của một đời người.
- C. Sự kiện tâm lý và xã hội diễn ra trong suốt cả chu trình của một đời người.
- D. Tất cả các sự kiện sinh học, y học, tâm lý và xã hội diễn ra trong suốt cả chu trình của một đời người.

Câu 2: Ý nghĩa của vòng đời trong y học gia đình là gì?

- A. YHGD chịu trách nhiệm CSSK liên tục trong suốt cuộc đời của mỗi người.
- B. YHGD cho biết đặc điểm tâm sinh lý của con người không thay đổi qua các giai đoạn.
- C. YHGD chưa hiểu được các thách thức về sức khỏe trong mỗi giai đoạn.
- D. YHGD chịu sự tác động của các sự kiện trong đời sống sẽ giúp CSSK tốt hơn

Câu 3: Khi phơi làm tổ (tuổi thai 3-4 tuần), vấn đề chăm sóc y tế nào là phù hợp ?

- A. Chảy máu Âm đạo nhẹ thường đi kèm với phơi làm tổ.
- B. Test thai sớm dương tính, nôn và mệt.
- C. Tác động của thuốc, độc tố lên thai mạnh nhất.

D. Người mẹ thấy thai máy lần đầu.

Câu 4: Khi thai và tử cung lớn nhanh (tuổi thai 28-40 tuần), vấn đề chăm sóc y tế nào là phù hợp?

- A. Nguy cơ tiền sản giật về sau
- B. Người bố thấy thai cử động khi đặt tay lên bụng người mẹ.
- C. Sự bồn khoăn và mệt mỏi của người mẹ tăng lên.
- D. Chưa chuẩn bị cho bé ra đời.

Câu 5: Vấn đề chăm sóc y tế phù hợp với trẻ 0-7 ngày tuổi là gì?

- A. Môi trường bệnh viện và gia đình có thể tác động đến cầu nối mẹ con
- B. Xét nghiệm sàng lọc về thị giác sớm có thể thực hiện
- C. Có thể thấy sự tương tác bố mẹ - con
- D. Có thể sàng lọc các vấn đề về nghe

Câu 6: Vấn đề chăm sóc y tế phù hợp với trẻ 12 tháng là gì?

- A. Ngồi là một cách đo sự phát triển VĐ đơn giản
- B. Phát triển kỹ năng ngôn ngữ.
- C. Hòa nhập cộng đồng/nhà trường và xã hội.
- D. Hỗ trợ trẻ trong quá trình trưởng thành về nhân cách

Câu 7: Vấn đề chăm sóc y tế phù hợp với giai đoạn dậy thì, vị thành niên là gì?

- A. Xung đột trong gia đình
- B. Bắt đầu chịu trách nhiệm về hành vi của mình.
- C. Có nhiều mối quan tâm về công việc, gia đình & XH.
- D. Giáo dục sức khỏe, thay đổi hành vi

Câu 8: Vấn đề chăm sóc y tế phù hợp với giai đoạn cao tuổi là gì?

- A. Không còn mâu thuẫn, xung đột với con cái
- B. Suy giảm chức năng.
- C. Không phải gánh nặng cho gia đình và xã hội.
- D. Ít phụ thuộc vào con cái.

Câu 9: Một trong những giai đoạn của vòng đời gia đình là:

- A. Giai đoạn độc thân.
- B. Giai đoạn sinh con.
- C. Giai đoạn mang thai
- D. Giai đoạn trưởng thành.

Câu 10: Một trong những giai đoạn của vòng đời gia đình là:

- A. Giai đoạn sống chung hoặc kết hôn.

- C. Giai đoạn vị thành niên.
- D. Giai đoạn trẻ em.
- E. Giai đoạn trước sinh

Câu 11: Để cung cấp cho người bệnh những thông tin tin cậy và tư vấn cho họ về cách phòng bệnh các thầy thuốc phải:

- A. Hiểu rõ và nắm vững được mỗi giai đoạn phát triển của cuộc đời bệnh nhân.
- B. Hiểu rõ và nắm vững được mọi vấn đề mà bệnh nhân thường phải đối mặt.
- C. Hiểu rõ và nắm vững được mọi vấn đề khó khăn mà bệnh nhân gặp phải.
- D. Giúp bệnh nhân vượt qua tất cả mọi khó khăn.

Câu 12: Giai đoạn phát triển chính trong vòng đời người là:

- A. Giai đoạn phôi làm tổ.
- B. Giai đoạn trẻ dưới 5 tuổi
- C. Giai đoạn trẻ trên 5 tuổi
- D. Giai đoạn người cao tuổi.

Tài liệu tham khảo

1. Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học
2. Medalie JH (1979). *The family life cycle and its implications for family practice. J Fam Pract.* 9(1):47-49.
3. Philip D. Sloane, Lisa M. Slatt, Mark H. Ebell et al. (2011). *Essentials of family medicine. Sixth Edition.* Lippincott Williams & Wilkins
4. WONCA Europe (2015), *The World Book of Family Medicine*, Published on the occasion of the 20th Anniversary of WONCA Europe Istanbul, 2015
5. Rakel RE, Rakel D (2016), *Textbook of Family Medicine*, ninth edition, Elsevier Saunders
6. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” do Dự án HPET biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành

BÀI 4

MỘT SỐ CÔNG CỤ THƯỜNG SỬ DỤNG TRONG ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm và nội dung chính của một số công cụ đánh giá gia đình trong hệ thống chăm sóc sức khỏe
2. Thực hành bài tập sử dụng công cụ đánh giá gia đình.

3. *Áp dụng được một số công cụ đánh giá gia đình vào công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân.*

Nội dung:

1. Đại cương

1.1. Vai trò của đánh giá gia đình

Gia đình là một tế bào của xã hội, cơ cấu và các thành viên của gia đình hình thành các mối quan hệ giữa các cá nhân trong toàn bộ gia đình. Trong môi trường sống của mỗi gia đình, có các yếu tố khác nhau như (vệ sinh môi trường, kinh tế, quan hệ xã hội, tương tác giữa các thành viên, văn hóa tập quán, tôn giáo, tâm lý...) ảnh hưởng đến sức khỏe, có thể theo hướng có lợi hoặc không có lợi cho sức khỏe.

Trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị người bệnh, người thầy thuốc càng biết nhiều thông tin về gia đình bệnh nhân thì càng có lợi trong hỗ trợ người bệnh, nó cũng tác động đến hiệu quả chăm sóc, kết quả điều trị người bệnh. Các thành viên trong gia đình có thể có cùng nguy cơ chung về bệnh tim mạch như thói quen hút thuốc lá, béo phì và tăng cholesterol máu. Gia đình có ảnh hưởng theo chiều hướng tích cực hoặc ngược lại đối với tình trạng sức khỏe của người bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy sự tham gia của gia đình có bệnh nhân tăng huyết áp có tác động rất lớn đến sự tuân thủ điều trị, kiểm soát huyết áp tốt hơn và kết quả đã giảm tử vong của người bệnh.

Các yếu tố bảo vệ gia đình bao gồm khả năng thích ứng sang chấn tinh thần (Stress) của cha mẹ, sự gần gũi cảm xúc trong gia đình, mối liên kết giữa bệnh nhân, gia đình, người chăm sóc, thời gian gia đình giành cho các giải trí mang tính sáng tạo (tạo ra môi trường tâm lý thoải mái, sảng khoái của các thành viên trong gia đình). Các yếu tố nguy cơ của gia đình là các mâu thuẫn nội bộ giữa một số thành viên trong gia đình, tạo nên môi trường gia đình căng thẳng, tạo nên những sang chấn tâm lý (Stress) có thể là các yếu tố nguy cơ, dẫn đến những hành vi không có lợi cho sức khỏe như: hút thuốc, uống nhiều rượu. Ngoài ra các thành viên trong gia đình có thể có các yếu tố nguy cơ khác từ bên ngoài như: ô nhiễm môi trường, tiếng ồn, yếu tố kinh tế, văn hóa, xã hội của cộng đồng đều tác động đến sức khỏe (có lợi/hại) của các thành viên trong gia đình.

Để có đầy đủ các thông tin cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe cho từng cá nhân và gia đình, người thầy thuốc cần đánh giá đầy đủ các đặc điểm của gia đình bệnh nhân. Việc đánh giá gia đình được thực hiện tốt sẽ giúp cho người thầy thuốc có được bức tranh toàn cảnh bao gồm các đặc điểm về di truyền, tâm lý, thể chất của các thế hệ trong gia đình trên cơ sở đó xác định được các yếu tố bệnh lý, vấn đề sức khỏe hay gặp của từng giai đoạn trong vòng đời của các thành viên trong gia đình, giúp đưa ra các quyết định chăm sóc hợp lý, kịp thời dựa trên ngữ cảnh “gia đình” của người bệnh.

1.2. Các nội dung chính cần đánh giá

- Cấu trúc và chức năng của gia đình
- Các vấn đề xảy ra trong gia đình, đặc biệt các yếu tố có thể liên quan đến bệnh tật của người bệnh
- Đánh giá các nguồn lực của gia đình

2. Một số công cụ đánh giá gia đình trong y học gia đình

2.1. Cây phả hệ (Genogram)

2.1.1. Khái niệm

- Cây phả hệ là một sơ đồ thể hiện các yếu tố di truyền, tâm lý, tuổi, mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình và giữa các thế hệ trong một gia đình.

- Sơ đồ này được tổ chức dưới dạng một “cây”, được sử dụng rộng rãi trong y học gia đình, xã hội và tâm lý học.

- Cây phả hệ được phát triển đầu tiên trong lâm sàng năm 1985 bởi Monica McGoldrick và Ramdy Gerson.

2.1.2. Các thông tin chính trong cây phả hệ

- Cấu trúc gia đình
- Các thành viên trong gia đình
- Mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình
- Mốc thời gian quan trọng của mỗi thành viên trong gia đình
- Tình trạng bệnh tật, ốm đau diễn ra trong gia đình
- Thông tin chung nhất về một gia đình và các thành viên trong gia đình.

Lưu ý: Một cây phả hệ chuẩn phải có ít nhất 3 thế hệ. Tên của mỗi người đặt dưới biểu tượng của họ. Bệnh sử của mỗi người được ghi chú cẩn thận. Có thể mô tả mối quan hệ xã hội của mỗi thành viên và mối quan hệ đó ảnh hưởng đến vấn đề sức khỏe của bệnh nhân như thế nào.

+ Nam được đặt bên trái nữ, quan hệ hôn nhân được biểu hiện bằng đường nối đơn () giữa hai người, năm kết hôn đặt trên đường nối.

+ Con được xếp từ lớn đến nhỏ, từ trái sang phải.

+ Người quan trọng nhất trong cây phả hệ là bệnh nhân, thường được đánh dấu bằng biểu tượng có hai đường vạch. Ngày sinh của mỗi người được đặt trên biểu tượng.

+ Đường gạch nối (---) biểu thị mối quan hệ sống với nhau, chưa kết hôn, nếu có dấu (x) trên đường gạch nối biểu thị tình trạng ly thân, nếu có dấu (x) tại địa điểm thành viên trong gia đình biểu thị tử vong (thành viên đã tử vong).

2.1.3. Vai trò và ý nghĩa của ghi lại lịch sử gia đình qua các thế hệ

* **Ý nghĩa:** Ghi lại lịch sử của gia đình qua các thế hệ, cây phả hệ gia đình cho phép các nhà phả hệ học, thầy thuốc thấy được một bức tranh tổng quát và phức tạp về các mối quan hệ trong gia đình như tình trạng hôn nhân các xung khắc, các đặc điểm bệnh tật có liên quan đến gia đình như tiểu đường, tăng huyết áp, tim mạch ...

- Đồng thời người thầy thuốc có được bức tranh tổng thể về bệnh sử của các cá nhân trong gia đình đó. Công cụ này cho thầy thuốc nhiều thông tin như đặc tính về các bệnh tật có tính di truyền, đặc tính tâm lý trong các mối quan hệ giữa các thành viên trong gia đình.

- Nó cũng được sử dụng để xác định các hành vi thói quen giống nhau của các thành viên trong gia đình, giúp thầy thuốc nhận ra xu hướng di truyền trong gia đình.

- Cung cấp thông tin tổng quát về các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.

- Cung cấp thông tin về bệnh tật các tình trạng khác nhau xảy ra trong gia đình, giúp việc chẩn đoán nhanh và chính xác hơn.

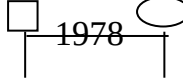
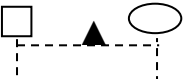
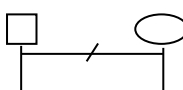
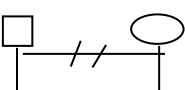
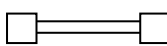
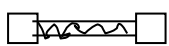
- Sự hiểu biết về tình trạng bệnh tật tác động đến gia đình và ngược lại sẽ giúp thầy thuốc điều trị, phòng bệnh hiệu quả hơn. Ngoài ra giúp cho quá trình xác định bệnh tật, ốm đau và dự phòng bệnh tật cho các thành viên khác trong gia đình có hiệu quả hơn.

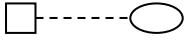
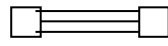
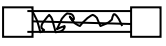
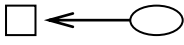
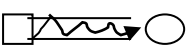
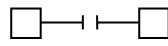
- Ý nghĩa của cây phả hệ đối với các nhà tâm lý học

+ Trong lĩnh vực tâm lý (được coi trọng đặc biệt đối với bác sĩ gia đình ở các nước đã phát triển), các nhà tâm lý học có cái nhìn toàn diện về bệnh nhân và gia đình của người bệnh. Những thông tin này giúp các nhà tâm lý học có cái nhìn toàn diện về bệnh nhân trong môi trường gia đình, hôn nhân, văn hóa và xã hội để có phương pháp tư vấn tâm lý phù hợp.

+ Cây phả hệ đã mô tả các mối quan hệ về tình cảm, tâm lý và cảm xúc của bệnh nhân với các cá nhân khác trong gia đình nên có thể giúp các nhà tâm lý nhận ra và đánh giá các xung đột có thể có trong gia đình.

2.1.4. Một số kí hiệu thường dùng trong cây phả hệ

Ký hiệu	Ý nghĩa	Ký hiệu	Ý nghĩa
 	Nam Nữ	 	Mang thai Bí mật gia đình
	Những vấn đề về lạm dụng thể chất, tinh thần		Đồng tính nam
	Đồng tính nam		Đồng tính nữ
	Chuyển đổi giới tính nam thành nữ		Chuyển đổi giới tính nữ thành nam
	Kết hôn năm 1978		Quan hệ đôi lứa (chưa kết hôn), có vấn đề bí mật
	Ly thân		Ly dị
	Bệnh về thể chất hoặc tinh thần		Lạm dụng rượu hoặc ma túy
	Quan hệ đóng		Quan hệ đóng, bất hợp tác

	Khoảng cách		Bất hợp tác
	Hợp nhất		Hợp nhất, bất hợp tác
	Tập trung		Lạm dụng tình dục
	Ngưng mối quan hệ		Lạm dụng thể xác

Ví dụ: Về cây phả hệ

2.2. Bản đồ gia đình và một số thông tin cần thu thập từ gia đình

2.2.1. Bản đồ gia đình

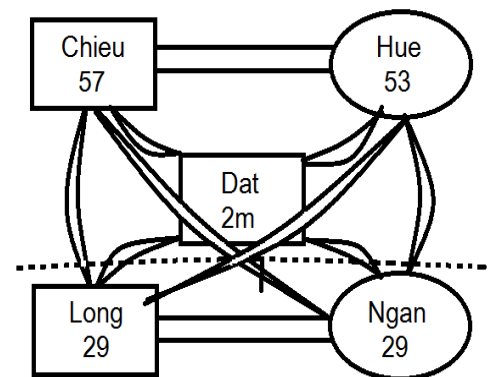
- **Khái niệm:** Bản đồ gia đình là một sơ đồ về cấu trúc của một gia đình, thể hiện các mối quan hệ trong gia đình, các quan hệ tương tác và ảnh hưởng lẫn nhau giữa các thành viên trong gia đình.

- **Ứng dụng:** Bản đồ gia đình được sử dụng trong các trường hợp:

- + Các bệnh rối loạn tinh thần
- + Các bệnh nhân khó, ít hợp tác
- + Trường hợp bệnh nhân lạm dụng thuốc và rượu
- + Nhiều thành viên trong gia đình cùng mắc bệnh đồng thời
- + Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, bệnh khó chữa (ung thư...)

- Ví dụ về bản đồ gia đình

Đây là một gia đình tương đối đoàn kết vì có mối quan hệ tốt giữa các thành viên trong gia đình. Tuy nhiên, có sự ngăn cách nhỏ giữa 2 cặp vợ chồng (đường chấm chấm). Điều này cũng có thể dẫn tới khó khăn khi cần thảo luận một số vấn đề trong gia đình.



2.2.2. Một số thông tin cần thu thập từ gia đình

2.2.2.1. Một số thông tin về tâm lý gia đình

- Người thầy thuốc cần thu thập những thông tin khách quan từ phía gia đình của người bệnh.

- Có cái nhìn toàn diện về bệnh nhân trong mối quan hệ như hôn nhân, gia đình, văn hóa và xã hội từ đó xây dựng kế hoạch tư vấn, hỗ trợ bệnh nhân phù hợp.

- Mô tả các mối quan hệ tình cảm, cảm xúc của bệnh nhân với các cá nhân khác nên có các nhà tâm lý phát hiện và đánh giá các xung đột có thể có trong gia đình.

2.2.2.1. Một số thông tin về xã hội học

- Mô tả được mối quan hệ tình cảm giữa các cá nhân trong một gia đình hay một đơn vị của xã hội.

- Mô tả được cây phả hệ gia đình sẽ giúp cán bộ y tế đánh giá được mức độ gắn kết của các thành viên trong gia đình. Trên cơ sở đó có thể xây dựng được giải pháp chăm sóc và điều trị có hiệu quả dựa trên điều kiện, nguồn lực tiềm tàng của từng gia đình.

2.3. Chỉ số APGAR

2.3.1. Khái niệm: Chỉ số APGAR là hệ thống thang điểm được Gabriel Smilkstein giới thiệu lần đầu tiên năm 1978 nhằm sử dụng để đánh giá mức độ hài lòng của người trưởng thành về sự hỗ trợ của gia đình.

2.3.2. Nội dung chính: Chỉ số APGAR đề cập đến sự hài lòng của người bệnh với việc thể hiện trách nhiệm của gia đình, thể hiện quan điểm của cá nhân người bệnh về gia đình, mức độ chia sẻ giữa các thành viên trong gia đình.

- A: Sự thích nghi (Adaptation): đánh giá mức độ hài lòng về khả năng của gia đình trong việc sẵn sàng chia sẻ nguồn lực sẵn có, tiềm tàng của gia đình.

- P: Sự cộng tác (Partnership): chia sẻ các quyết định, lượng giá thái độ hài lòng trong việc giải quyết các vấn đề bằng giao tiếp.

- G: Sự phát triển về thể chất và tinh thần (Growth): đánh giá mức độ hài lòng về sự chấp nhận và ủng hộ của gia đình trong việc tự do thay đổi.

- A: Tình cảm (Affection): đánh giá mức độ hài lòng về mức độ thân mật, chia sẻ cảm xúc giữa các thành viên trong gia đình.

- R: Giải quyết, phân tích (Resolve): đánh giá mức độ hài lòng về sự tận tụy của các thành viên trong gia đình.

2.3.3. Cách đo lường chỉ số APGAR

- Bao gồm các câu hỏi khẳng định về một khía cạnh của nội dung cần đánh giá.

- Mỗi câu được lượng giá ở 3 mức độ: luôn luôn (2), thỉnh thoảng (1) và hiếm khi (0), ứng với thang điểm 2, 1 và 0.

- Cần hỏi ít nhất 2 thành viên trong mỗi gia đình của người bệnh.

- Đánh giá dựa trên tổng điểm: 8-10 điểm: Gia đình có gắn kết tốt; 4-7 điểm: gia đình có mối gắn kết không tốt; 0-3 điểm: gia đình rời rạc, có mâu thuẫn.

STT	Nội dung các câu đánh giá	Mức độ đạt		
		2	1	0
A	Tôi hài lòng vì tôi có gia đình tôi giúp đỡ khi tôi gặp rắc rối.			
P	Tôi hài lòng với cách gia đình tôi nói một việc gì đó với tôi và chia sẻ các vướng mắc với tôi.			
G	Tôi hài lòng với cách gia đình tôi chấp nhận và ủng hộ những mong ước của tôi, để tôi có các hoạt			

	động và phương hướng mới trong cuộc sống.			
A	Tôi hài lòng với cách gia đình thể hiện tình cảm và đồng cảm với cảm xúc của tôi như tức giận, lo buồn và yêu thương.			
R	Tôi rất hài lòng với cách mà gia đình chia sẻ thời gian cho tôi.			

2.3.4. Áp dụng APGAR trong các tình huống

- Khi gia đình trực tiếp chăm sóc bệnh nhân.
- Khi bệnh nhân có các triệu chứng biểu thị về rối loạn tâm thần kinh như thường xuyên đau đầu, lo lắng, trầm cảm, mất ngủ, mệt mỏi.
- Trong trường hợp bệnh nhân khó, ít hợp tác.
- Bệnh nhân có khó khăn về giới và hôn nhân.
- Bệnh nhân lạm dụng rượu và thuốc
- Bệnh nhân, có bằng chứng về bị lạm dụng thể chất và tình dục đối với vợ, con cái.

2.4. Đánh giá SCREEM

2.4.1. Khái niệm: Là một hệ thống đánh giá về:

- + Mạng lưới hỗ trợ, giúp đỡ bệnh nhân
- + Các mức độ chăm sóc y tế dành cho bệnh nhân
- + Mối quan hệ giữa hành vi sức khỏe, thực hành và sử dụng các dịch vụ y tế.

2.4.2. Các yếu tố trong đánh giá SCREEM

- Xã hội (S: Social)
- Văn hóa (C: Culture)
- Tôn giáo (R: Region)
- Kinh tế (E: Economic)
- Giáo dục (E: Education)
- Y tế (M: Medicine)

Cách đánh giá: theo 3 mức độ theo các nội dung trên (tốt, trung bình, kém)

2.4.3. Ứng dụng: SCREEM cho thấy khái niệm gia đình cùng tham gia vào, cùng giải quyết vấn đề sức khỏe của người bệnh, tham gia của gia đình vào chăm sóc sức khỏe hay giải quyết khủng hoảng trong gia đình, nó thường được sử dụng khi:

- Bệnh nhân có bệnh mạn tính, bệnh nhân mắc bệnh hiểm nghèo.
- Bệnh nhân trong giai đoạn cuối của bệnh, bệnh nhân khó.
- Khi người chăm sóc mệt mỏi cần sự trợ giúp đỡ của các thành viên khác trong gia đình.

2.5. Chuỗi sự kiện gia đình

2.5.1. Khái niệm: Là công cụ theo dõi, đánh giá lịch sử gia đình theo thời gian, đề cập đến các sự kiện quan trọng có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân. Công cụ này được sử dụng như một hồ sơ lưu trữ các thông tin của bệnh nhân.

2.5.2. Nội dung của chuỗi sự kiện:

Ví dụ chuỗi sự kiện

Bệnh nhân: Nguyễn Thị A, bệnh: Đau đầu và các sự kiện

Năm	Tuổi	Hệ thống các sự kiện quan trọng	Bệnh: Đau đầu nặng
1964	17	Mẹ chết	
1865	18	Tốt nghiệp THPT	
1966	19	Vào đại học sống xa nhà	
1967	20	Mâu thuẫn với bố	
1968	21	Gặp khó khăn trong học tập	
1969	22	Tốt nghiệp đại học	
1970	23	Ra trường, về nhà	
1971	24	Hạnh phúc, thích thú với việc học tập	
1972	25	Lập gia đình	
1973	26	Bắt đầu đi làm, không hợp với quản lý	
1974	27	Thay đổi công việc	
1975	28	Trục trặc hôn nhân	

2.5.3. Ứng dụng

Chuỗi sự kiện được sử dụng khi:

- Bệnh nhân bị bệnh mãn tính biết từ trước hoặc bệnh nhân có gặp khó khăn trong chăm sóc.
- Bệnh nhân từ chối điều trị.
- Các trường hợp bệnh nhân có hành vi không thích hợp trong chăm sóc phụ nữ có thai và cho con bú.
- Bệnh nhân có lạm dụng rượu và thuốc.
- Lạm dụng thể chất và tình dục.

Nội dung thực hành:

Tình huống 1: Bệnh nhân nam, 57 tuổi, làm xe ôm, có vợ là bà Huế, 53 tuổi. Hai ông bà có hai người con, con trai lớn là Long, 29 tuổi và con gái thứ 2 là Thuý, 26 tuổi. Con trai lớn đã có vợ là Ngân, 29 tuổi và có một con trai 2 tháng tuổi là Đạt. Con gái thứ cũng đã lấy chồng là Tuệ, 27 tuổi. Bố và mẹ bệnh nhân đã mất. Bố bệnh nhân 81 tuổi là Tét đã mất vì bị ung thư máu (Leucemi cấp), mẹ bệnh nhân tên

là Xinh, 78 tuổi bị tăng HA và Đái tháo đường. Bố vợ của ông Chiêu là Song 78 tuổi bị tăng HA và hay bị dị ứng, mẹ vợ ông là Tào 77 tuổi. Hai vợ chồng ông Chiêu và các con đều hay bị dị ứng với hải sản, bia hoặc thời tiết. Ông Chiêu hay bị viêm phế quản, hút thuốc lá. Hiện tại hai vợ chồng ông đang sống với vợ chồng người con trai cả. Các thành viên trong gia đình đều sống hoà thuận.

Điểm APGAR: Chiêu: 7. Long: 6, Huế: 8, Ngân: 6

Tình huống 2: Bệnh nhân nam, sinh năm 1939, hiện tại 80 tuổi, bị COPD phát hiện được 8 năm, đã điều trị tại trung tâm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của tỉnh 4 năm. 4 năm nay bỏ theo dõi và không dùng thuốc gì hàng ngày tại nhà. Vào viện 3 lần trong 1 năm qua vì khó thở. Lần vào viện gần nhất cách đây 4 tháng, không tìm thấy đơn điều trị ra viện. Hiện tại không dùng thuốc gì ở nhà. Hút thuốc lá 1/2 – 1 bao/ngày trong 55 năm qua, hiện tại vẫn còn hút. Bố mất vì K thanh quản năm 1997, mẹ mất vì K tụy năm 2000, từng được phát hiện tăng HA. Vợ 78 tuổi, rối loạn chuyển hoá lipid, tăng HA điều trị không thường xuyên. Bệnh nhân và vợ ở cùng nhà với con trai cả 48 tuổi, vợ 46 tuổi và 1 con gái 23 tuổi. Hai vợ chồng người con trai cả bị tăng HA 5 năm. Con trai út 44 tuổi, vợ 40 tuổi và 2 con trai chưa phát hiện bệnh gì. Gia đình người con trai út không ở cùng nhà bệnh nhân.

Yêu cầu: Vận dụng kiến thức trong bài *Một số công cụ thường dùng đánh giá gia đình*, thảo luận nhóm trả lời các câu hỏi sau:

1. Vẽ cây phả hệ và phân tích điểm APGAR trong các tình huống 1, 2
2. Xây dựng công cụ Chuỗi sự kiện gia đình cho gia đình bệnh nhân An ở tình huống 2

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau

Câu 1: Việc đánh giá gia đình được thực hiện tốt sẽ giúp gì cho người thầy thuốc?

- A. Giúp người thầy thuốc nắm bắt được đặc điểm dịch tễ về người bệnh.
- B. Hỗ trợ việc chẩn đoán, điều trị.
- C. Giúp thầy thuốc hiểu rõ hoàn cảnh, điều kiện, thành phần gia đình người bệnh.
- D. Giúp đưa ra các quyết định chăm sóc hợp lý, kịp thời dựa trên ngữ cảnh “gia đình” của người bệnh.

Câu 2: Bản đồ gia đình được sử dụng trong trường hợp nào?

- A. Tất cả các bệnh nhân.
- B. Nhiều thành viên trong gia đình cùng mắc bệnh đồng thời.
- C. Các bệnh nhân dễ hợp tác, dễ thăm khám.
- D. Những bệnh nhân mắc bệnh cấp tính như viêm ruột thừa cấp,...

Câu 3: Thông tin của bệnh án chuyên khoa Y học gia đình cần thể hiện điều gì?

- A. Đầy đủ các thủ tục hành chính.
- B. Bao gồm tất cả các thông tin người thầy thuốc cần.

C. Nội dung điền đầy đủ chi tiết, chính xác và đảm bảo tính duy lý, nếu là bệnh án điện tử thì cần sử dụng đúng các mã hóa.

D. Nội dung tương tự các bệnh án chuyên khoa khác.

Câu 4: Công cụ chuỗi sự kiện được sử dụng khi nào?

A. Bệnh nhân bị bệnh mạn tính biết từ trước hoặc bệnh nhân có gặp khó khăn trong chăm sóc.

B. Bệnh nhân bị bệnh cấp tính biết từ trước hoặc bệnh nhân có gặp khó khăn trong chăm sóc.

C. Bệnh nhân mong muốn điều trị.

D. Những người không nghiện rượu.

Câu 5: Ứng dụng SCREEM thường được sử dụng khi nào?

A. Bệnh nhân mắc bệnh cấp tính.

B. Khi người chăm sóc mệt mỏi cần sự trợ giúp đỡ của các thành viên khác trong gia đình.

C. Những người mới mắc bệnh.

D. Khi người chăm sóc cần sự trợ giúp đỡ của các thành viên khác trong gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học

2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” do Dự án HPET biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.

3. Mansfield AK , Keitner GI, Dealy J, et.al (2015). *The family assessment device: an update.*

Bài 5

HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE CÁ NHÂN, HỘ GIA ĐÌNH THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu

1. Trình bày được mục đích, nguyên tắc định hướng, phương pháp tiếp cận, nội dung hồ sơ, biểu mẫu quản lý sức khỏe theo nguyên lý YHGD.
2. Giải thích được quy trình các bước triển khai lập hồ sơ quản lý sức khỏe theo nguyên lý YHGD.
3. Lập được hồ quản lý hồ sơ sức khỏe theo nguyên lý y học gia trong tình huống giả định.

Nội dung.

1. Một số khái niệm.

Hồ sơ sức khỏe cá nhân (personal health record - PHR): là một hồ sơ sức khỏe trong đó dữ liệu sức khỏe và các thông tin khác liên quan đến việc chăm sóc người bệnh được người bệnh giữ. Điều này trái ngược với hồ sơ y tế điện tử được sử dụng rộng rãi hơn, được điều hành bởi các tổ chức (như bệnh viện) và chứa dữ liệu được nhập bởi các bác sĩ lâm sàng (như dữ liệu thanh toán) để hỗ trợ yêu cầu bảo hiểm. Mục đích của hồ sơ sức khỏe cá nhân là cung cấp một bản tóm tắt đầy đủ và chính xác về lịch sử y tế của một cá nhân có thể truy cập trực tuyến. Dữ liệu sức khỏe trên hồ sơ sức khỏe cá nhân có thể bao gồm dữ liệu kết quả do người bệnh báo cáo, kết quả phòng thí nghiệm và dữ liệu từ các thiết bị như cân điện tử không dây hoặc (được thu thập thụ động) từ điện thoại thông minh.

Vòng đời gia đình:

Vòng đời gia đình biểu thị các giai đoạn phát triển và diễn biến về tâm lý, tình cảm và xã hội của mỗi cá nhân trong gia đình từ thời thơ ấu đến lúc nghỉ hưu. Trong mỗi giai đoạn, mỗi cá nhân phải đối mặt với những thách thức trong cuộc sống gia đình của mình, xây dựng và thu nhận được những kỹ năng mới trong cuộc sống. Những kỹ năng này sẽ giúp mỗi cá nhân vượt qua các thay đổi trong cuộc sống mà gia đình nào cũng phải trải qua. Không phải ai cũng gặp thuận lợi khi trải qua những giai đoạn của vòng đời. Một số khó khăn trong cuộc sống như các vướng mắc về tài chính, có thành viên trong gia đình mắc bệnh hiểm nghèo hay người thân qua đời có ảnh hưởng đến mỗi thành viên trong gia đình qua các giai đoạn.

Các giai đoạn chính của vòng đời gia đình bao gồm:

- Giai đoạn độc thân
- Giai đoạn sống chung hoặc kết hôn.
- Giai đoạn có con: Từ khi sinh con đến khi có con vị thành niên.
- Giai đoạn có con đến tuổi trưởng thành.
- Giai đoạn nghỉ hưu.

Với phương châm chăm sóc toàn diện, BSGĐ không chỉ quan tâm đến vấn đề sức khỏe, bệnh tật mà còn phải quan tâm đến cả tác động của các yếu tố sinh lý

và tâm lý xã hội. Việc quan tâm tìm hiểu các yếu tố tâm lý, xã hội của cá nhân trong bối cảnh gia đình sẽ giúp BSGĐ tìm hiểu nguyên nhân sâu xa của bệnh và có các biện pháp nâng cao hiệu quả điều trị. Bệnh tật của mỗi cá nhân không chỉ ảnh hưởng đến bản thân họ mà còn tác động đến các thành viên khác trong gia đình.

2. Hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân và hộ gia đình.

2.1. Mục đích.

- Việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe duy nhất và thống nhất lưu trữ trong hệ thống quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử quốc gia.

- Tạo thuận lợi cho việc đánh giá được tình trạng sức khỏe và phân loại được nhóm nguy cơ sức khỏe khác nhau phục vụ cho lập kế hoạch và đánh giá hiệu quả công tác CSSK.

- Bảo đảm sẵn có thông tin phục vụ cho khám chữa bệnh, CSSK toàn diện, liên tục, bảo đảm chất lượng với mức chi phí hợp lý.

2.2. Nguyên tắc định hướng.

- Lập hồ sơ quản lý sức khỏe theo hộ gia đình cho tất cả các thành viên trong hộ.

- Tổ chức khám sức khỏe sàng lọc và khai thác các nguồn thông tin sẵn có, tận dụng mọi cơ hội tiếp xúc với đối tượng để thu nhập, cập nhật thường xuyên thông tin sức khỏe.

- Hồ sơ sức khỏe nên được quản lý đầy đủ bằng phần mềm tại TYT/PKBSGD và lập sổ theo dõi sức khỏe cho cá nhân và các thông tin cơ bản, thiết thực, và có thể sử dụng hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe liên tục theo vòng đời.

- Tăng cường quản lý thông tin dưới dạng mã hóa, bảo mật trong lưu trữ và cho phép kết nối hai chiều với mạng lưới các cơ sở khám chữa bệnh trên một mã số duy nhất cho mỗi cá nhân trong suốt cuộc đời.

2.3. Phương pháp tiếp cận.

- Hình thức và phương pháp quản lý: Thu thập thông tin ban đầu để xây dựng hồ sơ sức khỏe cho cả hộ gia đình, lập sổ theo dõi cho từng cá nhân và quản lý sức khỏe liên tục theo vòng đời bằng phần mềm tại cơ sở y tế (TYT/PKBSGD).

- Nguồn thông tin: Kết quả khám sàng lọc, khám sức khỏe định kỳ, khám chữa bệnh, thông tin sẵn có trong hồ sơ, bệnh án, sổ sách hoạt động chuyên môn tại cơ sở y tế, các cơ sở dữ liệu khác và từ điều tra hộ gia đình.

- Người tham gia thu nhập, quản lý thông tin: Cán bộ TYT/PKBSGD phối hợp với đội ngũ y tế thôn bản, cộng tác viên dân số và các cán bộ y tế các bệnh viện tham gia thăm khám sàng lọc.

2.4. Nội dung hồ sơ, biểu mẫu quản lý khỏe.

Theo quyết định số 831/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế ngày 11/03/2017, mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân có thể được chia thành các nhóm thông tin sau.

2.5. Quy trình các bước triển khai lập hồ sơ quản lý sức khỏe.

2.5.1. Lập danh sách các hộ gia đình trên địa bàn.

Lập danh sách các hộ gia đình trên địa bàn nhằm làm cơ sở để tổ chức khám sức khỏe sàng lọc lần đầu và cung cấp thông tin cho lập hồ sơ quản lý sức khỏe. Giai đoạn này bao gồm cả việc thu thập các thông tin về hành chính và nhân khẩu cho toàn bộ các thành viên của tất cả các hộ gia đình trong từng cụm dân cư. Tùy theo điều kiện thực tế của từng địa phương, thông tin có thể được trích xuất từ hệ thống cơ sở dữ liệu hành chính dân cư, dữ liệu bảo hiểm y tế, tổng hợp từ danh sách quản lý nhân khẩu của công an, tư pháp và dân số xã, phường hoặc thông qua điều tra hộ gia đình của mạng lưới y tế thôn bản và cộng tác viên dân số. Với các thông tin còn thiếu sẽ được khai thác bổ xung khi thực hiện khám sức khỏe sàng lọc ở bước tiếp theo.

Mỗi gia đình và mỗi thành viên trong hộ sau khi được lập danh sách sẽ được gán một mã duy nhất trong quá trình theo dõi, quản lý sức khỏe. Mã số này cho phép kết nối, cung cấp thông tin sẵn có của mỗi cá nhân phục vụ khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe ở cơ sở y tế tuyến trên, đồng thời cho phép cập nhập thông tin về sức khỏe của từng người sau mỗi lần sử dụng dịch vụ y tế.

2.5.2. Khám sàng lọc, thu thập thông tin về sức khỏe.

Khám sức khỏe sàng lọc là biện pháp tốt nhất để thu thập thông tin sức khỏe của các cá nhân trong hộ gia đình một cách đầy đủ và có hệ thống để lập hồ sơ quản lý sức khỏe lần đầu tiên. Tuy nhiên, để thực hiện khám sức khỏe đồng loạt cho toàn thể người dân trên địa bàn, đòi hỏi một nguồn nhân lực và kinh phí rất lớn và bắt buộc các TYT/PKBSGD phải có sự hỗ trợ của trung tâm y tế quận huyện và các bệnh viện tuyến trên.

Các trung tâm y tế quận huyện cần xây dựng kế hoạch tổ chức các đội khám lưu động thực hiện chiến dịch khám sức khỏe theo hình thức quán chiếu cho từng xã phường và cụm dân cư. Mỗi đội khám lưu động cần đảm bảo khả năng thăm khám các chuyên khoa cơ bản cho phép thu nhập thông tin tối ưu cho việc lập sổ theo dõi sức khỏe và bảo đảm tiết kiệm chi phí phù hợp với điều kiện của từng địa phương. Các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ nên chỉ định riêng cho từng nhóm đối tượng cụ thể dựa trên các nguy cơ về sức khỏe.

Trước mắt, các địa phương phải huy động các nguồn khác nhau cho khám sức khỏe sàng lọc và lập hồ sơ sức khỏe lần đầu nhưng về lâu dài cần có một nguồn phí ổn định chăm hạn thông qua quỹ bảo hiểm y tế để đảm bảo duy trì hoạt động quản lý sức khỏe một cách bền vững.

Với các địa phương không có đủ kinh phí và chưa có điều kiện để tổ chức khám sức ban đầu đồng loạt cho tất cả mọi người trên địa bàn với đầy đủ các chỉ số theo yêu cầu có thể cân nhắc thực hiện trước cho một nhóm đối tượng ưu tiên như người cao tuổi, trẻ em, phụ nữ...và tập trung vào một số thăm khám cơ bản nhất. Những đối tượng không được khám sức khỏe sàng lọc có thể thu thập thông tin sẵn có từ hồ sơ bệnh án, sổ sách hoạt động chuyên môn của các cơ sở y tế hoặc thông qua điều tra bổ xung tại hộ gia đình. Đặc biệt với những cán bộ công chức viên chức, người lao động ở các doanh nghiệp, cơ sở sản xuất, nhất là ở các thành phố lớn và các khu công nghiệp, đã được khám sức khỏe định kỳ, cần tận dụng thông tin này để lập hồ sơ sức khỏe.

2.5.3. Lập hồ sơ quản lý sức khỏe.

Thông tin về sức khỏe nên được quản lý liên tục bằng phần mềm chi tiết ở các cơ sở y tế và sổ theo dõi sức khỏe cá nhân với các thông tin cơ bản nhất phục vụ chăm sóc sức khỏe của bản thân. Sổ theo dõi sức khỏe cá nhân nên được lập cho tất cả các thành viên trong hộ gia đình sau khi có kết quả khám sàng lọc ban đầu. Những người không tham gia khám sức khỏe sàng lọc có thể được bổ xung thông tin từ các nguồn khác như được đề cập ở trên. Các thông tin ban đầu này sẽ được nhập vào máy tính để lưu giữ, cập nhật, bổ sung thường xuyên nhằm quản lý và sử dụng cho mục đích chăm sóc sức khỏe liên tục theo từng vòng đời người và gia đình.

2.5.4. Quản lý cập nhật và sử dụng thông tin sức khỏe.

Về lâu dài, cần thực hiện quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng bằng phần mềm trực tuyến thống nhất dùng chung cho tất cả các cơ sở y tế ở tất cả các địa phương với một mã số duy nhất cho mỗi cá nhân. Mỗi người có thể được cấp một tài khoản cùng với mật khẩu để quản lý, tiếp cận và theo dõi thông tin sức khỏe của bản thân. Tại các cơ sở y tế, chỉ những người có trách nhiệm và được cấp tài khoản cùng mật khẩu mới có thể tiếp cận được thông tin. Khi đó sổ theo dõi sức khỏe nên được giao cho các cá nhân quản lý và sử dụng. Với các địa phương chưa có điều kiện thực hiện quản lý sức khỏe bằng phần mềm, cơ sở y tế phải thực hiện quản lý sổ theo dõi sức khỏe một cách khoa học theo mã số hộ gia đình và theo từng cụm dân cư.

Thông tin sức khỏe của mỗi cá nhân cần được cập nhật liên tục định kỳ ít nhất mỗi năm một lần hoặc bất cứ khi nào đối tượng đến khám chữa bệnh và sử dụng dịch vụ y tế.

Nguồn thông tin cập nhật dựa vào kết quả khám sức khỏe định kỳ, khám chữa bệnh, các hoạt động chuyên môn như tiêm chủng mở rộng, quản lý thai sản, quản lý sức khỏe nghề nghiệp, sức khỏe cộng đồng, sức khỏe học đường.... thông tin sẵn có từ hồ sơ bệnh án, sổ sách của TYT và các cơ sở y tế, thông tin từ điều tra HGD của nhân viên y tế thôn bản, cộng tác viên dân số. Số lượng thông tin được cập nhật có thể khác nhau giữa các cá nhân. Cán bộ TYT/PKBSGD cần tận dụng mọi cơ hội tiếp xúc với đối tượng để khai thác, thu thập và cập nhật thông tin sức khỏe của cá nhân, hộ gia đình đang được quản lý và bổ xung thường xuyên thông tin của cá nhân và hộ gia đình mới.

Một trong những mục đích quan trọng của lập hồ sơ quản lý sức khỏe là nhằm cung cấp thông tin nhanh chóng, sẵn có để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe liên tục, toàn diện. Quản lý tốt thông tin sức khỏe của mỗi cá nhân cho phép bác sỹ gia đình cung cấp thông tin phục vụ cho khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe của đối tượng. Khi được quản lý bằng phần mềm nối mạng với mã số định danh duy nhất cho mỗi người, cơ sở y tế tuyến trên có thể sử dụng thông tin sẵn có để phục vụ cho việc điều trị và xử lý cấp cứu kịp thời cho người bệnh. Bên cạnh đó, mỗi người cũng có thể tiếp cận thông tin theo dõi tình trạng sức khỏe của mình để từ đó đề ra các biện pháp dự phòng, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bản thân.

Để bảo đảm bí mật thông tin quản lý sức khỏe của cá nhân và hộ gia đình, phần mềm quản lý sức khỏe phải được xây dựng với tính bảo mật cao và phải xây dựng được quy trình chặt chẽ trong tiếp cận, sử dụng bảo vệ thông tin. Mỗi người

có trách nhiệm quản lý, bảo vệ mật khẩu tài khoản truy cập của cá nhân. Cán bộ y tế chịu trách nhiệm quản lý và bảo mật thông tin sức khỏe của cộng đồng.

Việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cần được thực hiện cho tất cả các thành viên trong hộ với những thông tin đơn giản, thiết thực, dễ thu nhập, quản lý và sử dụng hiệu quả phục vụ CSSK liên tục và toàn diện theo vòng đời. Hồ sơ sức khỏe mỗi cá nhân được thu nhập lần đầu thông qua khám sức khỏe sàng lọc, được cập nhật liên tục theo thời gian và được quản lý bằng sổ theo dõi sức khỏe phần mềm quản lý sức khỏe và với một mã số duy nhất cho mỗi người.

3. Quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử

3.1. Sự cần thiết quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử

Hồ sơ sức khỏe là tài liệu y tế ghi lại quá trình chăm sóc sức khỏe của một người từ lúc sinh ra cho đến mất đi theo mẫu quy định của Bộ Y tế.

Hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR) là bản tin học hóa của hồ sơ sức khỏe được lập, hiển thị, cập nhật, lưu trữ và chia sẻ bằng phương tiện điện tử.

Đối với người dân, hồ sơ sức khỏe điện tử giúp mỗi người dân biết và tự quản lý thông tin sức khỏe liên tục, suốt đời của mình. Từ đó, chủ động phòng bệnh, chủ động chăm sóc sức khỏe của mình. Khi đi khám bệnh, thông qua hồ sơ sức khỏe, người bệnh cung cấp cho thầy thuốc hồ sơ sức khỏe, tiền sử bệnh tật và quá trình khám chữa bệnh một cách nhanh chóng, chính xác, đầy đủ tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị của thầy thuốc.

Đối với người thầy thuốc, hồ sơ sức khỏe điện tử cung cấp cho người thầy thuốc đầy đủ các thông tin về bệnh tật, tiền sử bệnh tật, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe, từ đó kết hợp với thăm khám hiện tại, người thầy thuốc có nhận định về sức khỏe của người bệnh toàn diện hơn, chẩn đoán bệnh kịp thời, chính xác hơn, phát hiện bệnh sớm hơn, điều trị kịp thời khi bệnh còn ở giai đoạn sớm mang lại hiệu quả điều trị cao hơn, giảm bớt chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) của mỗi người dân. Hơn nữa, khi thông tin về sức khỏe của người bệnh được thông suốt giữa các tuyến sẽ giúp việc chẩn đoán và phối hợp điều trị tốt hơn. Hồ sơ sức khỏe điện tử giúp người thầy thuốc chăm sóc sức khỏe cho người dân liên tục, toàn diện theo nguyên lý của y học gia đình tốt hơn.

Đối với công tác quản lý, việc triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử giúp cho ngành y tế có được dữ liệu về sức khỏe của người dân đầy đủ, chính xác và kịp thời. Đây là cơ sở dữ liệu về sức khỏe lớn của ngành mà việc tổng hợp, phân tích dữ liệu thông tin sẽ giúp ngành y tế có các chỉ đạo rất kịp thời về phòng chống dịch bệnh nói riêng và có được các dự báo, hoạch định chính sách về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân tốt hơn vì có những bằng chứng thực tiễn, có cơ sở khoa học hơn.

Đối với bảo hiểm y tế, khi thông tin về khám chữa bệnh của người bệnh thông suốt, minh bạch, giúp cho việc quản lý chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế dễ dàng hơn, góp phần hạn chế việc lạm dụng thuốc và xét nghiệm nếu có.

Như vậy, việc xây dựng hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử rất có ích cho người dân, rất có lợi cho ngành y tế, tạo thuận lợi cho thầy thuốc khi hành nghề, là một nội dung quan trọng có ý nghĩa thực tiễn, có tính thời sự cao trong việc xây dựng y tế điện tử, từng bước ứng dụng và phát triển y tế thông minh, chủ động tham gia cuộc

cách mạng công nghiệp lần thứ 4, góp phần hiện đại hóa ngành y tế đáp ứng nhu cầu bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới theo Nghị quyết 20-NQ/TW.

3.2. Mục tiêu

3.2.1. Mục tiêu chung

Triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR) cho toàn dân, bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe điện tử, từng bước hình thành cơ sở dữ liệu về sức khỏe người dân tại Trung tâm dữ liệu Y tế Quốc gia.

3.2.2. Mục tiêu cụ thể

a) Xây dựng, hoàn thiện hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử, đảm bảo quản lý đầy đủ các thông tin theo quy định tại quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11/03/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, cung cấp các giao diện tương tác với Bộ Y tế, Sở Y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, chuyên gia y tế và người dân.

b) Thu thập trực tiếp thông tin sức khỏe của người dân hoặc thu thập từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vào hồ sơ sức khỏe điện tử thông qua các tiêu chuẩn của ngành y tế đã ban hành bao gồm tiêu chuẩn quốc tế HL7 và chuẩn định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

c) Đến năm 2020: Các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử, tối thiểu 80% người dân được lập hồ sơ sức khỏe điện tử. Hình thành cơ sở dữ liệu về sức khỏe người dân tại Sở Y tế và Trung tâm dữ liệu Y tế Quốc gia.

d) Năm 2025: 95% người dân trên toàn quốc có hồ sơ sức khỏe điện tử, được cập nhật thông tin sức khỏe thường xuyên và được kết nối với tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cả nước.

Tình huống thực hành:

Ông Nguyễn Văn Hiền có nhu cầu đăng ký quản lý sức khỏe liên tục và toàn diện

Thông tin cá nhân:

Họ và tên: Nguyễn Văn Hiền giới: nam tuổi: 35

Địa chỉ: Thành Phố Thái Bình

Nghề nghiệp: Kỹ sư

- Tiền sử:

+ Cá nhân:Đái tháo đường typ II phát hiện cách đây 5 năm

Lần vào viện gần nhất cách đây 4 tháng, không tìm thấy đơn điều trị ra viện. Hiện tại không dùng Insulin MIX sáng 10UI chiều 8UI

Hút thuốc lá 1/2 – 1 bao/ngày trong 10 năm qua, hiện tại vẫn còn hút

Tăng huyết áp

Bệnh nhân đang được điều trị tại TYT

+ Gia đình:

Bố mất vì K đại tràng

Mẹ đang điều trị tăng HA

Vợ 30 tuổi, rối loạn chuyển hoá lipid.

Bệnh nhân và vợ ở cùng nhà với con trai cả 10 tuổi BMI 26 và 1 con gái 5 tuổi nặng 30kg

- Tình trạng sức khoẻ hiện tại:

+ Cơ năng: Đau đầu chóng mặt

+ Toàn thân:

Thể trạng: BMI 26

HA 170/100 mmHg, Mạch 90 lần/phút, Nhịp thở 20 lần/phút, spO₂: 99%.

+ Bộ phận:

Lồng ngực hai bên cân đối không co kéo cơ hô hấp phụ, không có ran rít.

Nhịp tim đều

Các bộ phận khác chưa phát hiện gì đặc biệt

+ Kết quả đường mao mạch gần nhất: 12 mmol/l trước ăn

Vận dụng kiến thức trong bài *Quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình theo nguyên lý Y học gia đình*, thảo luận nhóm, đóng vai trả lời các câu hỏi sau:

Hãy lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân người bệnh Hiền (mẫu hồ sơ theo QĐ 831/BYT)

Câu hỏi lượng giá: Chọn đáp án đúng

Câu 1. Thông tin sức khỏe cá nhân cần được cập nhật ít nhất

- A. Một năm 1 lần
- B. Hai năm 1 lần
- C. Ba năm 1 lần
- D. Ở lần khám bệnh tiếp theo (hoặc ít nhất 1 năm 1 lần)

Câu 2. Giai đoạn chính của vòng đời gia đình gồm mấy giai đoạn

- A. 3 giai đoạn
- B. 4 giai đoạn
- C. 5 giai đoạn
- D. 6 giai đoạn

Câu 3. Các bước lập hồ sơ quản lý sức khỏe gồm.

- A. 2 bước
- B. 3 bước
- C. 4 bước
- D. 5 bước

Câu 4. Bước 1 trong hồ sơ quản lý sức khỏe là.

- A. Gắn mã cá nhân và hộ gia đình
- B. Sử dụng thông tin sẵn có
- C. Nhập thông tin sức khỏe
- D. Cập nhật và bổ sung định kỳ.

Câu 5. Bước 2 trong hồ sơ quản lý sức khỏe là.

- A. Gắn mã cá nhân và hộ gia đình
- B. Sử dụng thông tin sẵn có
- C. Nhập thông tin sức khỏe
- D. Cập nhật và bổ sung định kỳ.

Câu 6. Bước 3 trong hồ sơ quản lý sức khỏe là.

- A. Gắn mã cá nhân và hộ gia đình
- B. Sử dụng thông tin sẵn có
- C. Nhập thông tin sức khỏe
- D. Cập nhật và bổ sung định kỳ.

Câu 7. Bước 4 trong hồ sơ quản lý sức khỏe là.

- A. Gắn mã cá nhân và hộ gia đình
- B. Sử dụng thông tin sẵn có
- C. Nhập thông tin sức khỏe
- D. Cập nhật và bổ sung định kỳ

Câu 8. Các giai đoạn chính trong vòng đời người gồm.

- A. 3 giai đoạn.
- B. 4 giai đoạn
- C. 5 giai đoạn
- D. 6 giai đoạn

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội: *Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu* (2012). Nhà xuất bản Y học.
2. Trung tâm đào tạo bác sĩ gia đình. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh: *Y học gia đình* (2012). Nhà xuất bản Y học 2012
3. Bộ Y tế (2014). Thông tư 16/2014 ngày 22 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn thí điểm về Bác sỹ gia đình và Phòng khám bác sỹ gia đình*”.
4. Bộ Y tế (2016). Quyết định số 1568/QĐ-BYT ngày 27 tháng 4 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về *Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sỹ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020*
5. Bộ Y tế (2015). Thông tư 33/2015-TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn chức năng của Trạm Y tế xã , phường, thị trấn*”.
6. Bộ Y tế (2017). Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu

Bài 6

KỸ NĂNG LÀM VIỆC NHÓM

Mục tiêu

1. Trình bày được khái niệm làm việc nhóm và quy trình làm việc nhóm
2. Phân biệt vai trò của trưởng nhóm và các thành viên trong nhóm
3. Trình bày các phương pháp làm việc nhóm hiệu quả
4. Thực hành được làm việc nhóm tại lớp học

Nội dung

1. Khái niệm và quy trình làm việc nhóm:

1.1. Khái niệm

Xuất phát từ quan niệm “trí tuệ tập thể bao giờ cũng sáng suốt hơn trí tuệ của mỗi cá nhân”. Xu hướng hiện nay trong hoạt động người ta thường làm việc chung với nhau trong một tập thể. Các hoạt động thực hiện theo nhóm là rất phổ biến. Hoạt động chung trong nhóm có thể kể: đội nhóm truyền thông, các thành viên trong một ca mổ, các thành viên trong một đội thanh tra kiểm tra thực địa, các thành viên cùng đi điều tra. Mặc dù các hoạt động trên có thể được triển khai do nhiều người cùng tham gia, và làm việc theo từng nhóm nhưng không hẳn đều là làm việc nhóm (Teamwork). Vậy làm việc nhóm là gì? Có rất nhiều quan điểm về làm việc nhóm:

- Nhóm là các tập hợp các thành viên có số lượng từ 2 người trở lên có giao tiếp trực diện có kỹ năng bổ sung cho nhau có sự chia sẻ mối quan tâm hoặc mục đích chung

- Làm việc nhóm là 1 nhóm người có cùng mục tiêu. Họ làm việc với nhau, có sự tương tác qua lại thường xuyên, có sự phân công công việc, nhiệm vụ rõ ràng, và có quy tắc ràng buộc cụ thể là tập hợp nhiều người cùng có chung mục tiêu, thường xuyên tương tác với nhau, mỗi thành viên có vai trò nhiệm vụ rõ ràng và có các quy tắc chung chi phối lẫn nhau

- Làm việc nhóm là làm việc thực hiện do một nhóm làm việc (thông thường khoảng 7-10 thành viên) cùng hướng đến việc hoàn thành một mục tiêu chung nhất định, trong đó mỗi thành viên có một vai trò nhất định, tương đối độc lập và tương tác lẫn nhau

Tuy có nhiều khái niệm khác nhau. Nhưng tựu chung lại nhóm làm việc có một số tính chất cơ bản sau:

- Tính tổ chức: Các thành viên trong nhóm có chức năng, nhiệm vụ nhất định.
- Cùng một mục tiêu: Các thành viên trong nhóm làm việc với nhau là để cùng chia sẻ một mục tiêu, mà nếu để một thành viên làm thì không thể đạt được. Họ cùng nhau giải quyết vấn đề, cùng đưa ra ý kiến, cùng quyết định hoặc cùng liên kết với cơ quan khác.
- Sự đồng cảm: Thành viên trong nhóm có sự thích nghi và cảm nhận được sự khác nhau giữa nhóm của mình với nhóm khác

Nhóm làm việc vì sức khỏe:

Nhóm làm việc vì sức khỏe về tổ chức cũng như một nhóm truyền thống. Sự khác nhau là nhóm làm việc vì sức khỏe có nhiệm vụ giải quyết các vấn đề về sức khỏe, ví dụ như nhóm truyền thông giáo dục sức khỏe, nhóm phòng chống dịch...những nhóm như vậy có thể bao gồm các cán Bộ Y tế và các thành viên từ các đơn vị khác tham gia như chính quyền, ngành nông nghiệp, giao thông, giáo dục... Đặc biệt đối với một số vấn đề sức khỏe, bệnh dịch được trú trọng quan tâm trong một sức khỏe có liên quan đến nhiều đối tác tham gia giải quyết như dịch cúm gia cầm, bệnh sốt xuất huyết, ô nhiễm môi trường, ô nhiễm thực phẩm...

Ví dụ: Khi có dịch cúm gia cầm (cúm A/H5N1) xảy ra, để kịp thời dập dịch hiệu quả, cần phải thành lập một nhóm công tác, thành phần của nhóm có thể gồm:

Đại diện lãnh đạo chính quyền xã,

Cán bộ thú y,

Cán Bộ Y tế,

Đại diện Ban văn hóa thông tin xã,

Đại diện các hộ chăn nuôi gia cầm,

Đại diện của một số ban ngành liên quan (tùy thuộc thực tế từng địa phương để huy động) như: Hội Nông dân, Hội Phụ nữ, Đoàn thanh niên, Hội cựu chiến binh ...

Nhóm công tác sẽ phân công các nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên, huy động các nguồn lực cần thiết trong và ngoài cộng đồng và xây dựng kế hoạch triển khai cụ thể để dập dịch.

Các hình thức nhóm:

Có hai hình thức nhóm gồm nhóm chính thức và nhóm không chính thức

- Nhóm chính thức: là nhóm của tổ chức ổn định, có chức năng nhiệm vụ rõ ràng, thường tập hợp những người cùng chung chuyên môn hoặc có chuyên môn gần gũi nhau tồn tại trong thời gian dài.

- Nhóm không chính thức: thường được hình thành theo những yêu cầu nhiệm vụ đột xuất có thể là tập hợp của những người có chuyên môn không giống nhau và ở nhiều lĩnh vực khác nhau. Nhóm không chính thức có nhiệm vụ giải quyết nhanh một hoặc một số vấn đề trong thời gian ngắn

1.2. Sự phát triển của nhóm.

Sự hình thành của một nhóm làm việc hay một nhóm công tác thông thường sẽ trải qua 4 giai đoạn như sau:

Giai đoạn I: Hình thành (Form)

Hình thành là quá trình các thành viên trong nhóm họp cùng nhau. Trong giai đoạn này, các thành viên tự thu thập các thông tin về nhau: kiến thức, thái độ và tính cách. Điểm này tương tự với việc nhận định bệnh nhân trong quá trình chăm sóc sức khỏe, mà khi đó cán bộ y tế phải thu thập thông tin chính xác về bệnh nhân.

Trong giai đoạn đầu này, mỗi thành viên trong nhóm cố gắng thể hiện mình, nhằm tạo ra những ấn tượng tốt đẹp. Tuy nhiên, sự tham gia của các thành viên thường bị hạn chế, do họ chưa làm quen với nhau và với môi trường nhóm. Đến cuối giai đoạn

này, các thành viên đã bắt đầu chú ý đến nhiệm vụ được giao và thảo luận về mục đích hoạt động của nhóm và thiết lập được các quy tắc của nhóm.

Giai đoạn II: Giông bão (Storm)

Giai đoạn này bắt đầu xuất hiện các xung đột nội bộ, do các cá tính khác nhau, chưa có sự thống nhất, xung đột về nhu cầu của các cá nhân trong nhóm, cũng như nhu cầu của nhóm. Giai đoạn này tương đương với quá trình phân tích trong chăm sóc sức khỏe, bởi vì ở thời điểm này, mỗi thành viên xem xét lại những thông tin mà họ thu thập được từ giai đoạn I.

Không khí trong nhóm không ổn định. Giao tiếp có thể trở nên căng thẳng. Một vài thành viên trong nhóm, thậm chí có thể rời nhóm. Sự khác nhau giữa các cá nhân trong nhóm có thể thấy rõ và có thể dẫn tới sự xuất hiện các tiểu ban hay bè phái. Các cuộc đấu tranh gay gắt cũng có thể xảy ra. Nếu các bất ổn trên được giải quyết thì sau giai đoạn này, nhóm sẽ thống nhất được mục tiêu hoạt động, cơ cấu tổ chức và các quy định mới mang tính chất thiết thực, đáng tin cậy hơn. Nếu cơ cấu tổ chức trong giai đoạn I kém, thì sẽ phải tổ chức lại.

Giai đoạn III: Chuẩn mực (Norm)

Nếu các thành viên trong nhóm có thể thỏa thuận để giải quyết những bất đồng, thì giai đoạn chuẩn mực sẽ tiếp theo. Ở giai đoạn này, quy tắc hay luật lệ của nhóm sẽ phát triển theo hướng để đạt được mục tiêu, phân công nhiệm vụ cho từng người và phổ biến cách thức tiến hành nhiệm vụ đó. Các thành viên bắt đầu cảm thấy bớt căng thẳng và cảm thấy mình là một phần của nhóm. Họ đã quyết định duy trì nhóm và sắp xếp lại vị trí trong nhóm.

Không khí trong nhóm trở nên thân thiện hơn, cho nên các thành viên trong nhóm hành động có mục đích, mang tính xây dựng hơn. Giai đoạn này có thể so sánh với giai đoạn lập kế hoạch trong quá trình chăm sóc sức khỏe, mà ở đó các ý kiến được tổng kết để giải quyết vấn đề đã được xác định trong giai đoạn trước. Nhóm lúc này đã trưởng thành với những cuộc thảo luận để đưa ra những ý kiến, nhằm tháo gỡ mâu thuẫn. Các quyết định giờ đây được đưa ra một cách dân chủ hơn.

Giai đoạn IV: Thực hiện (Perform)

Ngay khi giai đoạn III kết thúc thì nhóm có thể bắt đầu nhiệm vụ của mình. Chức năng của nhóm có thể là một đơn vị, hoặc một nhóm lao động có năng lực. Đây là giai đoạn thú vị nhất, bởi vì nhóm đạt được sự nhất trí cao khi đề ra mục tiêu. Mỗi thành viên đều cảm thấy mình là một phần của nhóm và biết rõ cái gì đang đợi họ. Không khí thật cởi mở, các thành viên trong nhóm cảm thấy thoải mái và hợp tác. Tuy nhiên, vẫn có những bất đồng, nhưng trong nhóm có thể giải quyết một cách dễ dàng. Các mâu thuẫn có thể được giải tỏa bằng đàm phán, thương thuyết. Đây là giai đoạn trưởng thành của nhóm và hiệu quả hoạt động của nhóm là cao nhất.

1.3. Lợi ích của làm việc nhóm:

- Nhiều người nhiều ý nên dễ có các ý tưởng tốt và việc quyết định do đó cũng dễ dàng hơn.
- Ý tưởng đa dạng, lựa chọn tối ưu để có được ý tưởng tốt nhất.
- Nhiều ý kiến sáng tạo, tổng hợp trí tuệ nhiều người.

- Các ý kiến hay và mới đề được chấp nhận và triển khai
- Kết quả đạt được có chất lượng cao hơn.
- Phát huy sức mạnh tổng hợp.
- Hiệu quả cao, có tính chuyên nghiệp.
- Mọi người đều tham gia trong quá trình làm việc.
- Tận dụng sức mạnh của mỗi cá nhân.
- Tạo sự hợp tác, hiểu biết lẫn nhau.
- Xây dựng tốt mối quan hệ làm việc.
- Đoàn kết tương trợ nhau trong công việc.
- Học hỏi lẫn nhau để cùng tiến.
- Truyền thông trong nhóm và ngoài nhóm được rộng rãi hơn.
- Chia sẻ các kiến thức và nhận thức với nhau trong nhóm.
- Tăng cường cơ hội để làm gia tăng năng lực cá nhân, lấp đầy các khiếm khuyết cá nhân.
- Phát triển mối quan hệ cá nhân của các thành viên nhóm.
- Làm tăng tinh thần làm chủ của các thành viên trong nhóm với công việc đang tiến hành

1.4. Quy trình làm việc nhóm

+ Tại lần họp đầu tiên:

- Khi nhóm nhận đề tài, trưởng nhóm sẽ đem ra cho các thành viên trong nhóm thảo luận chung, tìm ý tưởng hay, phát biểu và đóng góp ý kiến.
- Nhóm sẽ phân công, thảo luận công việc cho phù hợp khả năng từng người dựa trên chuyên môn của họ.
- Đề ra kế hoạch cụ thể, nhật ký công tác, thời gian dự tính sẽ hoàn thành và chuẩn cho lần họp sau. Thông báo phần thưởng, phạt với các thành viên.

+ Những lần gặp sau:

- Tiếp tục có nhiều cuộc họp khác để bổ sung thêm ý kiến và giải đáp thắc mắc cho từng người.
- Biên tập lại bài soạn của từng người cũng như chuẩn bị tài liệu bổ sung.

+ Lần họp cuối cùng trước khi hoàn thành công việc:

- Người trưởng nhóm tổng hợp lại toàn bộ phần việc của mỗi thành viên
- Chuẩn bị sẵn bài thuyết trình và trả lời những câu hỏi thường gặp.
- Chọn người đứng lên thuyết trình đề tài, trả lời câu hỏi, ghi chú và một số người dự bị.

Tuy nhiên, trong rất nhiều hoạt động làm việc nhóm diễn ra trong thời gian ngắn, các quy trình trên không thể thực hiện đầy đủ. Thay vào đó là các vòng làm việc nhóm theo các bước:

Bước 1: Tập hợp nhóm

Bước 2: Phân trách nhiệm từng thành viên

Bước 3: Thiết lập các hướng dẫn công việc

Bước 4: Lập kế hoạch hành động

Bước 5: Thực hiện công việc

Bước 6: Xem xét các hoạt động của nhóm

Bước 7: Hoàn thành công việc, trình bày kết quả, khen thưởng/rút kinh nghiệm

Bước 8: Mở rộng nhóm hoặc chuyển sang một hoạt động nhóm khác

2. Vai trò của các thành viên trong làm việc nhóm:

2.1. Lãnh đạo nhóm làm việc (Trưởng nhóm)

Người lãnh đạo đội nhóm làm việc có chức năng dẫn dắt nhóm hướng đến mục tiêu chung, tập trung phát triển đội nhóm và các thành viên trong nhóm, quan tâm đến cả nhóm và tạo sự cam kết trong nhóm.

Với vai trò lãnh đạo nhóm làm việc, cần có các vai trò sau:

2.1.1. Người khởi đầu: (Starter)

Khởi xướng nhiều hoạt động của nhóm. Có nhiều ý tưởng mới và hiệu quả. Xây dựng đội nhóm làm việc ngay từ đầu.

2.1.2. Người làm gương (Role player)

Luôn mẫu mực trong việc làm và trong hành vi ứng xử. Luôn làm gương cho các thành viên khác trong nhóm trong việc thực thi công việc hay việc hoàn thành nhiệm vụ được giao. Làm gương trong đời sống và sinh hoạt thường ngày.

2.1.3. Người dẫn dắt (Coach)

Như một huấn luyện viên trưởng, người này đào tạo, dẫn dắt toàn đội đi đến thành công với các nhiệm vụ sau:

- Tư vấn và giúp các thành viên phát triển chiến lược chung của nhóm, hướng dẫn kỹ thuật, giải quyết các vấn đề thuộc về cá nhân.
- Đào tạo giáo dục hỗ trợ các thành viên trong nhóm, truyền thông cho các thành viên nhóm về các chuẩn mực, giá trị, lợi ích chung của nhóm.
- Hướng dẫn các thành viên nhóm phát triển các kỹ năng cá nhân.
- Giải quyết các xung đột nảy sinh trong nhóm do mâu thuẫn lợi ích cá nhân và tập thể, mâu thuẫn giữa các cá nhân.

2.2. Vai trò của các thành viên khác trong nhóm:

Các thành viên nhóm thường có các vai trò sau. Trong đó một cá nhân có thể có nhiều vai trò (như vừa đề xuất ý tưởng, vừa tổng hợp ý tưởng).

- Người đề xuất ý tưởng.

- Người tổng hợp, tổng kết.
- Người tìm kiếm thông tin cho nhóm.
- Người quản lý cho nhóm đi đúng hướng.
- Người làm rõ các ý kiến của nhóm.
- Người điều hòa các mâu thuẫn trong nhóm.
- Người thiết lập các chuẩn mực của nhóm.

Tuy nhiên, trên đây chỉ là một cách phân loại vai trò của các thành viên nhóm. Có thể có nhiều cách phân chia vai trò thành viên tham gia nhóm, tùy theo mức độ đóng góp của cá nhân vào hoạt động chung của nhóm. Theo đề xuất của nhóm nghiên cứu tại Hà Lan các thành viên nhóm có thể chia thành 8 nhóm có các đặc điểm như sau:

Đặc điểm	Đóng góp	Điểm yếu
Người sáng tạo (Plant)	Rất sáng tạo rất giàu trí tưởng tượng không chỉ suy nghĩ theo lối chính thống, giúp giải quyết các vấn đề khó khăn	Không quan tâm đến các biến cố ngẫu nhiên có thể xảy ra. Quá bận tâm đến việc muốn truyền thông hiệu quả trong nhóm
Người điều hòa (Coordinator)	Trưởng thành, tự tin, có thể đảm nhiệm chức năng chủ tịch hay trưởng nhóm. Xác định các mục tiêu rõ ràng, thúc đẩy quá trình ra quyết định, ủy quyền tốt	Đôi khi thích lôi kéo người khác theo mình. Tham công tiếc việc (ôm đồm)
Người lập chuẩn mực (Shaper)	Mang tính thách thức năng động thúc ép tạo áp lực cố gắng và khuyến khích mọi người vượt qua trở ngại	Có khuynh hướng khiêu khích người khác. Gây khó chịu cho người khác
Người thừa hành (Implementer)	Tuân thủ nguyên tắc chuẩn mực, đáng tin cậy, mang tính bảo thủ và làm việc hiệu quả. Chuyển các ý tưởng thành các hành động cụ thể	Đôi khi tỏ ra cứng nhắc. Đáp ứng chậm với các cơ hội và khả năng mới
Thành viên nhóm (Teamworker)	Hợp tác, dễ chịu nhận thức tốt và có tính ngoại giao. Chịu nghe, mang tính xây dựng thực tế	Không quyết đoán trong tình huống có đổ vỡ, mâu thuẫn cao cho nhóm
Người hoàn thành (Finisher/Completer)	Chịu đựng khó khăn đau đớn có, lương tâm, hay lo lắng. Luôn tìm kiếm sai sót và lỗi lầm. Quan tâm nhiều đến việc đúng hạn	Có khuynh hướng lo lắng thái quá. Không tự nguyện tham gia đóng góp cho nhóm
Người tìm nguồn lực (Resource investigator)	Hướng ngoại, nhiệt tình, giao tiếp tốt. Khám phá các cơ hội. Phát triển các mối quan hệ	Lạc quan thái quá. Nếu nhiệt tình ban đầu bị nguội lại thì mất hết hứng thú tham gia
Người theo dõi	Đúng mực, có chiến lược và sáng	Ít khả năng tạo cảm hứng

(Monitor/Evaluator)	suốt. Nhận ra được tất cả các chọn lựa. Đánh giá chính xác	và thúc đẩy người khác

3. Một số phương pháp làm việc nhóm hiệu quả.

Làm việc nhóm không khó, nhưng làm thế nào để mọi người phát huy hết thế mạnh của từng cá nhân, đóng góp cho công việc chung của nhóm đạt hiệu quả cao, lại là điều không phải ai cũng làm được.

Làm việc nhóm không hiệu quả. Tại sao

Một điều có thể dễ dàng nhìn thấy ở các nhóm, là có thành viên đảm nhận quá nhiều công việc, còn thành viên khác thì không có công việc gì. Điều này vô tình dẫn đến sự mâu thuẫn trong nội bộ và không công bằng giữa các thành viên. Đôi khi, công việc của nhóm thường dồn quá nhiều cho nhóm trưởng. Và sản phẩm có thể là kết quả của riêng nhóm trưởng chứ không phải công sức của nhóm. Ngược lại, khi nhóm trưởng “ôm” quá nhiều việc mà không giao cho thành viên, sẽ làm cho mọi người chán nản, bất hợp tác.

Mỗi thành viên là một mảnh ghép, một tính cách khác nhau. Trong quá trình làm việc nhóm, việc xuất hiện những mâu thuẫn hay bất đồng ý kiến, là điều không thể tránh khỏi. Nếu bạn không giải quyết không lo những “xung đột” ấy sẽ dẫn đến việc rạn nứt tình cảm bạn bè.

Bên cạnh đó, một số cán bộ thường có tâm lý “không phải việc của mình”, “ngồi mát ăn bát vàng”. Và kết quả là “cha chung không ai khóc”. Đặc biệt, một số thành viên thường thích làm vừa lòng người khác bằng cách luôn tỏ ra đồng ý khi người khác đưa ra ý kiến, mà chính bản thân mình không đồng ý hoặc không hiểu gì. Có thể thấy, những người như trên đang áp dụng triệt để châm ngôn “thứ nhất ngồi yên, thứ nhì đồng ý”.

Đặc biệt, chúng ta thường lẫn lộn giữa tình cảm cá nhân hay vị trí của từng thành viên trong nhóm, mà không đưa ra những đóng góp, chất vấn hay tranh luận để đạt được kết quả tốt nhất. Các thành viên thường có thái độ “dĩ hòa vi quý”, nhưng đây chỉ nên là yếu tố tạo sự đồng thuận, chứ không phải là sự dễ dãi trong công việc.

3.1. Điều kiện làm việc nhóm hiệu quả

Để hoạt động nhóm có hiệu quả cần phải có sự phân bổ các nhiệm vụ hợp lý cho các thành viên trong nhóm, đó là một trong những chức năng quan trọng của người quản lý. Nếu sự phân bổ các công việc cho các thành viên trong nhóm không công bằng có thể gây ra sự không hài lòng. Các thành viên được phân công công việc (qua bảng mô tả công việc) sao cho không ai quá bận hay quá rảnh rỗi và phù hợp với khả năng của mình.

Để đạt được hiệu quả trong việc làm việc nhóm, hãy áp dụng những phương pháp sau:

1. Hãy luôn đúng giờ, điều đó sẽ giúp cho các thành viên khác trong nhóm không phải chờ đợi bạn, hay phải mất thêm thời gian nhắc lại những gì được thảo luận trước đó.
2. Phân công công việc một cách thật hợp lý. Điều này phụ thuộc nhiều vào vai trò và khả năng của nhóm trưởng. Khi công việc được phân công một cách rõ

ràng, thì từng thành viên sẽ tự ý thức được vai trò và trách nhiệm của bản thân mình.

3. Hãy luôn lắng nghe người khác nói. Đừng bao giờ nghĩ rằng mọi ý kiến của mình đều đúng và bản thân có thể giải quyết mọi việc. Ai cũng có những giới hạn nhất định về một vấn đề nào đó. Lắng nghe là cách chúng ta học hỏi kiến thức từ người khác, bổ sung những gì còn thiếu cho bản thân. Khi làm việc nhóm, lắng nghe là điều rất quan trọng, nó giúp mọi người hiểu nhau hơn, tôn trọng nhau hơn.

4. “Một cây làm chẳng nên non. Ba cây chụm lại nên hòn núi cao”. Hãy luôn đoàn kết để đạt được mục đích chung. Bởi, mỗi người có một thế mạnh ở một lĩnh vực riêng. Và đôi khi để giải quyết vấn đề của nhóm cần nhiều kiến thức ở nhiều lĩnh vực, mức độ và đòi hỏi các kỹ năng khác nhau.

5. Tôn trọng ý kiến của các thành viên trong nhóm. Bởi, một ý kiến hay phương án nào đó có hay tới đây đi chẳng nữa cũng không tránh khỏi những thiếu sót. Nếu bạn biết tôn trọng ý kiến của người khác, đúc kết những điểm hay, mới, sáng tạo thì sẽ giúp công việc của cả nhóm đạt được hiệu quả cao.

6. Sự tự ý thức của mỗi thành viên trong nhóm Một nhóm chỉ hoạt động hiệu quả khi các thành viên có ý thức tự giác, trách nhiệm với công việc được giao. Không chỉ trách nhiệm với công việc mình, mà bản thân cần có trách nhiệm với công việc chung của cả nhóm. Làm việc nhóm cần phối hợp các thành viên để hiệu quả công việc đạt được cao nhất và đúng tiến độ.

7. Đừng tiết kiệm những lời khen với cố gắng và nỗ lực của các thành viên trong nhóm. Bất cứ lời động viên, khen ngợi nào cũng đều khiến cho các thành viên cảm thấy công sức của mình được trân trọng, từ đó sẽ thúc đẩy sự đóng góp của bản thân.

Nếu nắm bắt được 7 phương pháp làm việc nhóm trên và áp dụng phù hợp, vấn đề làm việc nhóm sẽ trở nên hiệu quả hơn bao giờ hết.

3.2. Phương pháp làm việc theo nhóm

Có 2 dạng nhóm làm việc:

+ Nhóm đồng việc: Tất cả các nhóm đều cùng một chủ đề (chung một công việc)mà vấn đề hay nhiệm vụ đó có thể được giải quyết theo nhiều cách thức khác nhau tùy theo cách tiếp cận vấn đề khác nhau.

+ Làm việc nhóm theo vị trí công việc: được áp dụng khi một nhiệm vụ chung cần thực hiện có thể phân ra thành nhiều nhiệm vụ nhỏ mà các giải pháp của chúng được tập hợp chung lại sau khi kết thúc làm việc theo nhóm. Hình thức này đòi hỏi giảng viên phải chuẩn bị nhiều hơn để đáp ứng cho các nhóm có những phần việc riêng cụ thể khác nhau.

3.3. Lãnh đạo nhóm có hiệu quả.

Một người lãnh đạo có hiệu quả là người có ảnh hưởng tới những người khác, để có thể làm việc trong không khí ổn định vui vẻ và có sự đóng góp tích cực vào mục tiêu của nhóm.

Một người lãnh đạo nhóm hoạt động có hiệu quả, cần thiết phải có 4 đặc tính:

- Có khả năng đề ra mục tiêu
- Có khả năng phán đoán
- Có khả năng giúp đỡ nhóm nhận biết về nguồn lực của họ
- Có khả năng khởi động và thúc đẩy hoạt động

3.3.1. Khả năng đề ra mục tiêu:

Người lãnh đạo phải biết 3 mục tiêu: mục tiêu cá nhân, mục tiêu của nhóm, mục tiêu tổ chức. Lãnh đạo nhóm phải giúp các thành viên trong nhóm tìm ra cơ sở để thỏa hiệp và làm rõ các mục tiêu: ví dụ: điều dưỡng a tham gia buổi họp sáng để thảo luận việc xuất viện của người bệnh

Mục tiêu cá nhân của điều dưỡng a là kết thúc buổi họp cho kịp cuộc hẹn trưa

Mục tiêu của nhóm có thể khác với mục tiêu cá nhân. Nhóm có thể thảo luận về kế hoạch cuối tuần hơn là sự xuất viện của người bệnh.

Mục tiêu tổ chức lo lắng không chỉ việc xuất viện của người bệnh mà còn xem xét khả năng tiếp tục chăm sóc người bệnh đó như thế nào.

3.3.2. Khả năng phán đoán

Lãnh đạo không chỉ hiểu biết sự việc mà còn phân tích sự việc đó, suy đoán khả năng xảy ra. Việc tích trữ kiến thức về chăm sóc sức khỏe, tạo ra cho các nhà lãnh đạo sự tự tin khi làm việc với đồng nghiệp. Lãnh đạo cũng cần nhận biết thái độ và động lực thúc đẩy các thành viên trong nhóm. Có khả năng giúp đỡ nhóm nhận biết về nguồn lực của họ

Lãnh đạo nhận biết sức mạnh mà các thành viên trong nhóm mang lại cho nhóm và sử dụng để có hiệu quả cao nhất. lãnh đạo cố gắng tìm ra khả năng của mỗi cá nhân cho phù hợp với các nhiệm vụ.

3.3.3. Có khả năng khởi động và thúc đẩy hoạt động.

Lãnh đạo không chỉ có khả năng lắng nghe các thành viên trong nhóm, mà còn khuyến khích, động viên để thu được thông tin. Lãnh đạo có thể lưu ý về một thành viên trong nhóm không đưa ra ý kiến nào trong thảo luận. lãnh đạo có thể cố gắng giúp anh ta tham gia vào cuộc thảo luận thay vì phê bình anh ta một mình không quan tâm

3.4. Đặc điểm nhóm làm việc hiệu quả

Một số đặc điểm thường gặp ở các nhóm làm việc hiệu quả:

- Đoàn kết cùng một mục tiêu chung.
- Có tổ chức tốt.
- Chia sẻ thông tin.
- Định hướng làm việc rõ ràng, có kế hoạch.
- Mọi người cùng tham gia.
- Có tinh thần hợp tác.
- Có ý thức trách nhiệm.

- Chấp hành sự phân công.
- Trưởng nhóm được tín nhiệm.
- Các thành viên có năng lực chuyên môn.
- Không khí làm việc thoải mái thân thiện.
- Chấp nhận ý kiến khác với ý kiến của mình.
- Tôn trọng các thành viên.
- Quản lý nguồn lực hiệu quả.

Để tổng hợp các đặc điểm của nhóm làm việc hiệu quả, có thể nêu tóm tắt các đặc điểm chính của một nhóm làm việc hiệu quả như sau:

3.4.1. Tinh thần đồng đội (Cooperation)

Các thành viên trong một nhóm làm việc hiệu quả luôn có cảm giác nhập cuộc khi làm, không có cảm giác “mình là người ngoài nhóm”

Mọi người tham gia vào việc lập kế hoạch giải quyết vấn đề

Các thành viên được phân công việc và thích thú được làm việc của mình và hiểu rằng những người khác trong nhóm cũng chia sẻ công việc với họ.

Mọi người phấn đấu cho một mục tiêu chung.

Có cảm giác gắn bó với các thành viên khác trong nhóm.

3.4.2. Sự cam kết (Commitment)

Các thành viên có nhận thức về sự cam kết với mục tiêu chung của nhóm Quan tâm đến kết quả và thành tích của đội

Nếu xảy ra sai sót thì thành viên của công việc được giao nhận trách nhiệm cá nhân của mình.

Không nản chí, hay bỏ dở công việc mà luôn tìm cách khắc phục để đưa cả nhóm tiến lên phía trước.

Các thành viên tự nguyện phục tùng các quy định, nguyên tắc, điều lệ chung mà nhóm đề ra.

3.4.3. Truyền thông nhóm tốt (Communication)

Truyền thông luôn thông suốt trong nhóm làm việc hiệu quả

Các thành viên luôn thông tin cho nhóm biết về kết quả hoạt động của mình.

Khi gặp trở ngại các thành viên hỏi ý kiến và tìm sáng kiến từ các thành viên khác trong nhóm

Không có cảm giác có thông tin cần phải giấu diếm trong các thành viên nhóm.

3.4.4. Sự cống hiến (Contribution)

Các thành viên đều muốn cống hiến hết mình cho lợi ích và mục tiêu chung.

Các thành viên làm việc chăm chỉ đến khi cả nhóm đạt được kết quả cuối cùng. Đánh giá đúng công sức đóng góp của từng thành viên cho mục đích chung. Không nảy sinh cảm giác muốn kể công, dành phần đóng góp là của riêng mình

Tình huống thực hành:

Địa phương của anh/chị bắt đầu xuất hiện bệnh nhân sốt xuất huyết tại nhà ông Hùng nằm trung tâm của thôn 1

Vận dụng kiến thức trong bài *Kỹ năng làm việc nhóm*, thảo luận nhóm, đóng vai trả lời các câu hỏi sau:

Hãy tổ chức một buổi thảo luận nhóm để bàn biện pháp khống chế và dập dịch

Lượng giá cuối bài: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

1. Tính chất cơ bản của một nhóm làm việc:

- A. Tính phổ biến
- B. Tính tập trung
- C. Tính tổ chức
- D. Tính liên tục

2. Sự phát triển của một nhóm bình thường trải qua mấy giai đoạn:

- A. 3 giai đoạn
- B. 4 giai đoạn
- C. 5 giai đoạn
- D. 2 giai đoạn

3. Giai đoạn 3 của quá trình phát triển nhóm là:

- A. Giai đoạn hình thành
- B. Giai đoạn chuẩn mực
- C. Giai đoạn thực hiện
- D. Giai đoạn giông bão

4. Lợi ích của làm việc nhóm là:

- A. Các thành viên có thể dựa dẫm vào nhau
- B. Thành viên này có thể làm cả việc của thành viên khác
- D. Không phát hiện được ai là người có năng lực cao hơn
- E. Phát huy sức mạnh tổng hợp

5. Vai trò của người lãnh đạo nhóm là:

- A. Người dẫn dắt
- B. Người ra quyết định tối ưu
- C. Người có quyền quyết định toàn bộ
- D. Chỉ là người quan sát nhóm

6. Vai trò của các thành viên trong nhóm là:

- A. Người làm gương
- B. Người dẫn dắt
- C. Người đề xuất ý tưởng
- D. Người khởi đầu

7. Một số phương pháp làm việc nhóm hiệu quả

- A. Tất cả các thành viên phải tuân theo ý kiến trưởng nhóm
- B. Người trưởng nhóm phải sử dụng tất cả các ý kiến của thành viên
- C. Lựa chọn thành viên ưu tú nhất và sử dụng ý kiến của họ
- D. Tôn trọng ý kiến của các thành viên trong nhóm

8. Một lãnh đạo nhóm có hiệu quả là người có khả năng:

- A. Áp đặt tốt
- B. Lắng nghe tốt
- D. Độc lập tốt
- E. Phán đoán tốt

Tài liệu tham khảo:

- 1 Học viện công nghệ bưu chính viễn thông (2016) - Kỹ năng làm việc nhóm
- 2. Trường Đại học Y Hà Nội (2012), Một sức khỏe, Nhà xuất bản Y học
- 3. Trường Đại học Y tế công cộng (2014), Giáo dục sức khỏe và nâng cao sức khỏe, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
- 4. Jeff DeGraff & Staney DeGraff (2018) - Kỹ năng sáng tạo trong làm việc nhóm - Nhà xuất bản Lao Động
- 5. Michel Maginn (2007) - Thúc đẩy nhóm làm việc hiệu quả, NXB Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh
- 6. Trần Thị Bích Nga, Phạm Ngọc Sáu, Nguyễn Thu Hà (biên dịch) (2006): Xây dựng nhóm làm việc hiệu quả, NXB Tổng hợp Thành phố Hồ Chí Minh
- 7. PGS.TS Vũ Hoàng Ngân, Ths Trương Thị Nam Thắng (2009): Xây dựng và phát triển nhóm làm việc, NXB Phụ nữ

BÀI 7

CÁC CẤP ĐỘ DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE

Mục tiêu:

1. Trình bày các cấp độ dự phòng, nội dung và vai trò của từng cấp độ trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng.
2. Lập được kế hoạch để dự phòng một số bệnh hay gặp tại địa phương.

Nội dung:

1. Khái niệm

- Y tế dự phòng (*Preventive healthcare - Preventive medicine*) là một lĩnh vực Y tế liên quan đến việc thực hiện các biện pháp để phòng bệnh. Song song với Y học điều trị, Y tế dự phòng chịu trách nhiệm triển khai thực hiện, đẩy mạnh các hoạt động nghiên cứu và xây dựng chính sách nhằm thúc đẩy và bảo vệ sức khỏe (để giảm tần suất xuất hiện bệnh hoặc ngăn chặn sự tiến triển hoặc kiểm soát của nó), giám sát vấn đề sức khỏe của người dân, xác định nhu cầu sức khỏe của họ, lập kế hoạch, quản lý và đánh giá các dịch vụ y tế. Y tế dự phòng bao gồm 05 lĩnh vực chuyên môn cụ thể đó là dịch tễ học, quản lý y tế, y học dự phòng, y học môi trường và nghề nghiệp và nâng cao sức khỏe.

-Chiến lược y tế dự phòng thường được mô tả theo các cấp từ thấp lên cao bao gồm dự phòng ban đầu, dự phòng cấp I, dự phòng cấp II, dự phòng cấp III. Những năm 1940, Hugh R. Leavell và E. Gurney Clark đã đặt ra lý thuyết phòng ngừa ban đầu. Họ làm việc tại Trường Y tế công cộng và sau đó được mở rộng ra các cấp dự phòng cao hơn. Nội dung dự phòng cấp II và cấp III vẫn còn đang được sử dụng đến ngày nay.

Có thể chia dự phòng cấp I thành 2 cấp độ: dự phòng ban đầu và dự phòng cấp 1.

Dự phòng ban đầu chính là tác động vào các yếu tố thuộc về lối sống, kinh tế, văn hóa của quần thể, các yếu tố đó được quy cho là góp phần làm tăng nguy cơ bị bệnh. Ở các nước phương Tây, dự phòng được chia làm 4 cấp độ là:

1. Chiến lược dự phòng để tránh mắc bệnh, bằng cách tiến hành các hoạt động, biện pháp phòng ngừa bệnh tật cho người dân.
2. Chiến lược dự phòng để cố gắng chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời một căn bệnh ngay trong giai đoạn đầu của nó để tránh cho phát bệnh và diễn biến nặng.
3. Những phương pháp điều trị nhằm mục đích khỏi hay ổn định bệnh, giảm thiểu các biến chứng của bệnh bằng cách tích cực phục hồi chức năng cho người bệnh.
4. Các hoạt động y tế nhằm giảm nhẹ hoặc tránh những hậu quả của các can thiệp quá mức hoặc không cần thiết trong hệ thống y tế.

2. Nội dung dự phòng

2.1. Dự phòng cấp I

Dự phòng ban đầu bao gồm việc tăng cường và bảo vệ sức khỏe. Các hoạt động tăng cường sức khỏe là lựa chọn cuộc sống khoa học và lành mạnh như ăn uống đầy đủ dinh dưỡng và tập thể dục hàng ngày, giúp ngăn ngừa bệnh tật và tạo ra một cảm

giác hạnh phúc nói chung và kéo dài tuổi thọ. Các hoạt động chăm sóc bảo vệ sức khỏe không nhằm mục đích làm mất một bệnh cụ thể mà thay vào đó là tăng cường sức khỏe và hạnh phúc cho mọi người. Mặt khác, bảo vệ sức khỏe nhằm loại bỏ một hay nhiều nhóm bệnh và nâng cao sức khỏe. Ví dụ trong trường hợp của một bệnh lây truyền qua đường tình dục như HIV/AIDS chẳng hạn thì việc nâng cao sức khỏe bao gồm việc tránh lây truyền bằng cách duy trì lối sống lành mạnh, vợ chồng thủy chung, nên sử dụng các biện pháp bảo vệ cụ thể để phòng bệnh như sử dụng bao cao su trong tình dục an toàn hay và không tiêm chích chung....

Lương thực, thực phẩm là nguồn dinh dưỡng quan trọng trong việc chăm sóc sức khỏe để phòng trừ bệnh tật. Năm 2011, một cuộc khảo sát được thực hiện bởi Trung tâm kiểm soát dịch bệnh Mỹ đã tiến hành điều tra toàn quốc bao gồm các câu hỏi về khả năng chi trả cho lương thực. Kết quả là khoảng 1/3 người việc trả tiền cho thực phẩm, thuốc men đang là vấn đề phải đối mặt. Việc lựa chọn thực phẩm có sẵn phải đảm bảo chất lượng và ATVSTP nhưng ở Việt Nam vấn đề này đang trở nên quá khó khăn. Một số nhà quản lý đất nước đã cảnh báo: *“con đường từ dạ dày đến nghĩa trang chưa bao giờ gần đến thế...”* Thực tế ở nước ta, người nghèo thì thiếu ăn cả về số lượng và chất lượng đối mặt với tình trạng suy dinh dưỡng trẻ em cao, nhưng thực phẩm mà họ tự cung tự cấp thường sạch hơn. Người dân đô thị, người giàu thì thừa ăn đối mặt với vấn đề béo phì, các bệnh mãn tính đi kèm và tình trạng thực phẩm không sạch phổ biến...

Tiến bộ khoa học về di truyền học đã góp phần đáng kể vào sự hiểu biết về các bệnh di truyền và đã tạo điều kiện tiến bộ lớn trong biện pháp bảo vệ cụ thể cá nhân là người mang gen bệnh hay có khuynh hướng tăng lên đến một bệnh cụ thể. Xét nghiệm di truyền đã cho phép các bác sĩ làm các chẩn đoán nhanh hơn và chính xác hơn và cho phép cho phương pháp điều trị phù hợp hoặc thuốc cá nhân. Tương tự như vậy, các biện pháp bảo vệ cụ thể như lọc nước, xử lý nước thải, và sự tăng cường những thói quen vệ sinh cá nhân (chẳng hạn như rửa tay) đã trở thành chủ đạo để loại bỏ các tác nhân gây bệnh truyền nhiễm như vi khuẩn. Những sáng kiến này đã làm giảm tỷ lệ các bệnh truyền nhiễm thường được lan truyền trong điều kiện thiếu vệ sinh.

Cuối cùng, một vấn đề rất quan trọng trong dự phòng đó là quan tâm chăm sóc con người rất sớm ngay từ lúc chưa sinh, trong khi mang thai... Đó là các nội dung tư vấn tiền hôn nhân để cho các ông bố bà mẹ tương lai có hiểu biết và trách nhiệm với những đứa trẻ được họ sinh ra. Hay hoạt động sàng lọc chẩn đoán trước sinh, giáo dục bà mẹ chăm sóc trước sinh... rồi chăm sóc trong sinh, sau sinh... đảm bảo cho đứa trẻ được sinh ra và lớn lên khỏe mạnh ít bệnh tật nhất...

2.2. Dự phòng cấp II

Cách phòng ngừa thứ phát với các bệnh tiềm ẩn và những nỗ lực để ngăn chặn bệnh không có triệu chứng từ tiến tới bệnh có triệu chứng. Một số bệnh có thể được phân loại là chính hay phụ. Điều này phụ thuộc vào định nghĩa thế nào là một bệnh, tuy nhiên, nói chung, phòng ngừa ban đầu đề cập đến nguyên nhân gốc rễ của một bệnh hoặc chấn thương trong khi đó phòng ngừa thứ phát nhằm phát hiện và điều trị bệnh sớm. Phòng ngừa thứ cấp bao gồm *"chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời"* chữa bệnh cho người và ngăn chặn sự lây lan của các cá nhân khác, và *"hạn chế khuyết tật"* để ngăn chặn các biến chứng trong tương lai tiềm năng và tàn tật do bệnh tật. Ví dụ, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho bệnh nhi một bệnh nhiễm trùng mũi họng sẽ phòng được các biến chứng các bệnh khác nặng nề hơn như viêm phế quản

hay viêm xoang...Hướng dẫn bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị để phòng các biến chứng như tai biến mạch máu não hay bệnh tim mạch khác rất nguy hiểm cho tính mạng và nếu sống thì di chứng cũng sẽ rất nặng nề.

2.3. Dự phòng cấp III

Cuối cùng, nỗ lực dự phòng nhằm giảm các thiệt hại gây ra bởi bệnh có triệu chứng bằng cách tập trung vào phục hồi chức năng tâm thần, thể chất và xã hội. Không giống như phòng ngừa thứ cấp, nhằm mục đích phòng ngừa tàn tật, các mục tiêu dự phòng là để tối đa hóa khả năng còn lại và các chức năng của một bệnh nhân đã bị vô hiệu hóa. Mục tiêu của công tác dự phòng cấp III bao gồm: Ngăn ngừa đau và tổn thương, ngăn chặn sự tiến triển và biến chứng từ bệnh và phục hồi sức khỏe và chức năng của các cá nhân bị ảnh hưởng bởi bệnh tật. Đối với bệnh nhân TBMMN phục hồi chức năng bao gồm vận động như đi lại hay thậm chí cử động được. Phục hồi chức năng nói hay khả năng tự phục vụ...là sự nỗ lực cố gắng của các thầy thuốc, người nhà và chính bản thân người bệnh...

3. Phòng bệnh trong chăm sóc sức khỏe gia đình

Dự phòng là quá trình tránh các bệnh thông qua những can thiệp đặc biệt. Dự phòng ban đầu bao gồm các can thiệp như tiêm chủng để phòng các bệnh cho những cá nhân có nguy cơ. Dự phòng thứ cấp nhằm chẩn đoán bệnh trong giai đoạn tiền triệu chứng hoặc làm giảm các yếu tố nguy cơ cho những người có các yếu tố đó. Ví dụ, kiểm tra huyết áp và cholesterol huyết thanh. Dự phòng cấp ba là quá trình làm giảm tối thiểu hậu quả của bệnh khi bệnh xảy ra, ví dụ các chương trình phục hồi cho các bệnh nhân TBMMN...

Trong những năm gần đây, nhiều tổ chức đã đưa ra những chỉ dẫn về dự phòng trong các cơ sở chăm sóc ban đầu. Những hướng dẫn này thường bao gồm những danh sách các test và các khảo sát mà đa số thuộc lĩnh vực dự phòng thứ cấp, với các hướng dẫn ai phải chấp nhận các can thiệp nào, bao nhiêu lần. Việc đánh giá khoa học những biện pháp này phải xem xét cả một số đặc tính của bệnh và biện pháp dự phòng, các tiêu chuẩn này được tóm tắt như sau:

Năm tiêu chuẩn để đánh giá một quy trình sàng lọc

- 1) Có liên quan đến một bệnh ảnh hưởng có ý nghĩa tới độ dài hoặc chất lượng cuộc sống không?
- 2) Có cách nào để điều trị bệnh có hiệu quả và dễ chấp nhận cho bệnh nhân không?
- 3) Việc phát hiện sớm và điều trị bệnh có cải thiện được tỷ lệ mắc bệnh và tử vong không?
- 4) Quy trình sàng lọc có hiệu quả không, có dễ chấp nhận cho bệnh nhân và đỡ tốn kém một cách hợp lý không?
- 5) Bệnh có phổ biến đến mức đáng chịu chi phí sàng lọc cho toàn thể dân chúng không?

Nâng cao sức khỏe có thể được định nghĩa như là quá trình giúp đỡ mọi người đạt được tình trạng sức khỏe tối ưu có thể có được đối với họ. Vì sức khỏe không dừng lại ở ý nghĩa là không có bệnh chẩn đoán được, cho nên từ "*khỏe mạnh*" đã trở thành một từ thông dụng để chỉ tình trạng thể lực, xã hội, và hoạt động tâm lý cao nhất có thể đạt được.

Bảng: Phỏ sức khỏe/ bệnh và các hoạt động dự phòng/nâng cao

Khỏe mạnh	Không có bệnh	Có bệnh nhưng không có triệu chứng	Có bệnh có triệu chứng (ốm lâm sàng)	Chết sớm
Nâng cao sức khỏe thông qua quá trình tự cải thiện	Xác định các yếu tố nguy cơ (thường được xem là dự phòng cấp I)	Phát hiện sớm thông qua sàng lọc (dự phòng cấp II)	Dự phòng các biến chứng thông qua việc xử lý các vấn đề và phục hồi (dự phòng cấp III)	

4. Thực hiện dự phòng.

4.1. Dự phòng các yếu tố nguy cơ

Thực hành dự phòng đòi hỏi sử dụng bệnh sử lâm sàng, khám thực thể, xác định ưu tiên thích hợp, dành thời gian giáo dục và tư vấn bệnh nhân, và sử dụng hệ thống biểu đồ dự phòng có định hướng. Để thực hiện dự phòng trong thực tiễn, nhiều thầy thuốc gia đình thấy rằng: suy nghĩ và hành động một cách có hệ thống là hữu ích. Một hệ thống đơn giản là sử dụng thuật nhớ RISE. R thay cho risk factor identification (xác định yếu tố nguy cơ), I thay cho immunization (tiêm chủng), S thay cho screening (sàng lọc) và E thay cho education (giáo dục).

Xác định yếu tố nguy cơ gắn liền với bệnh sử và khám thực thể (ví dụ hỏi tiền sử gia đình), tiêm chủng đều đặn trong các lần khám cho người khỏe hay cấp cứu, kiểm tra được thực hiện trong lúc khám thực thể và sử dụng các xét nghiệm labor, còn giáo dục thì xen lẫn trong các lần gặp giữa bệnh nhân và thầy thuốc.

Chăm sóc dự phòng hay còn gọi là chăm sóc “*khỏe mạnh*” đặt niềm tin vững chắc vào con người (người bệnh), đòi hỏi phải nắm chắc tiền sử gia đình và bản thân. Do đó mà thầy thuốc lâm sàng phải là người biết khai thác tiền sử và ghi lại chính xác các yếu tố nguy cơ. Nhận ra các yếu tố nguy cơ và có kế hoạch giảm bớt, đồng thời theo dõi các nguy cơ này là mục tiêu của việc thăm khám nhằm chăm sóc dự phòng.

Nhận biết các yếu tố nguy cơ và can thiệp sớm vào cách sống rõ ràng có thể tác động đến một số bệnh thường gặp. Ví dụ: nếu ngừng hút thuốc lá thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch, phổi sẽ giảm hẳn. Giáo dục cho bệnh nhân biết cách đề phòng chấn thương và tham vấn cho họ tạo cách ngăn chặn bệnh lây truyền qua đường tình dục, qua đường tiêm chích còn quan trọng hơn bất kỳ một biện pháp điều trị nào đối với họ.

Có nhiều cách khuyên trong chăm sóc dự phòng. Có những lời khuyên chung dựa trên những dữ liệu y tế và dịch tễ học và cũng có những ý kiến và kinh nghiệm thuộc về cá nhân người thầy thuốc và bệnh nhân.

4.2. Xác định yếu tố nguy cơ

Nguy cơ có thể dùng được từ RISE: Xác định yếu tố nguy cơ (risk factor), tiêm chủng (immunization), sàng lọc (screening) và giáo dục (education).

Xác định yếu tố nguy cơ bao gồm lịch sử chi tiết gia đình và bản thân.

- Trong việc khai thác tiền sử bản thân cần chú ý đến thói quen và sở thích, tiền sử bệnh tật, dinh dưỡng, tiền sử nghề nghiệp, tiền sử tình dục (khuyến hướng tình dục).

- Lịch sử gia đình cần được đánh giá cả về mặt tâm thần, vấn đề uống rượu, xung đột trong gia đình, cũng như các bệnh có tính chất gia đình, như đái tháo đường, bệnh mạch vành, ung thư v.v...

- Trong việc nghiên cứu các yếu tố nguy cơ, cần chú ý đến các nguyên nhân chính đe dọa tính mạng của bệnh nhân trước mắt và lâu dài.

4.3. Vấn đề tiêm chủng

Trên thế giới, người ta đã tiêm chủng các loại vaccine cơ bản. Các miễn dịch chủ yếu ở trẻ như: bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi, quai bị, bại liệt, đã được áp dụng cho tất cả trẻ em. Hiệu quả tiêm chủng phòng một số bệnh nhiễm khuẩn đã được chứng minh rõ ràng ở nhiều quốc gia trên thế giới. Tất nhiên, người lớn rất ít khi dùng vaccin, trừ một số loại như những tiêm chủng thường qui cần khuyến tiêm cho người lớn bao gồm bạch hầu, uốn ván 10 năm 1 lần, phòng cúm, phòng viêm gan B và những tình huống khẩn cấp về dịch tễ học.

4.4. Vấn đề chăm sóc dự phòng người du lịch, người di cư

Trên thực tế thông qua hệ thống thông tin nhiều nước sẽ cho ta biết những điều cần thiết chung và đặc biệt cho từng vùng lãnh thổ về bệnh tật và tiêm chủng, cách đề phòng bệnh trong ăn uống, cách phòng chống bệnh tiêu chảy, sốt rét, sốt vàng, thương hàn, đặc biệt một số bệnh nguy hiểm hiện nay như bệnh SARS, một số bệnh ở cúm gia cầm liên quan tới sức khoẻ người di cư, người du lịch giữa các quốc gia.

Ngày nay, trong bối cảnh liên thông giữa các quốc gia trên thế giới ngày càng tăng, việc thực hiện chăm sóc dự phòng cho người du lịch, người di cư có ý nghĩa rất quan trọng không chỉ đối với riêng từng quốc gia mà còn là vấn đề chung cho toàn cầu, cả về vấn đề sức khoẻ, kinh tế văn hoá - xã hội, đặc biệt càng có ý nghĩa đối với các nước có cùng chung biên giới như Việt Nam- Lào- Campuchia- Trung Quốc v.v..

4.5. Giáo dục cho bệnh nhân

Hướng phòng bệnh này là sử dụng việc nhận biết các yếu tố nguy cơ vào việc giáo dục về thay đổi phong cách, hành vi lối sống có liên quan tới vấn đề sức khoẻ. Trong lĩnh vực này cả 2 chương trình cộng đồng và cá nhân đều tỏ ra có hiệu quả. Ví dụ việc giảm tỷ lệ tử vong do bệnh mạch vành là nhờ quá trình giáo dục trong cộng đồng, nhờ tư vấn về chế độ dinh dưỡng, luyện tập cũng như nhờ việc hạn chế uống rượu đã không chế tốt hơn bệnh cao huyết áp v.v...

4.6. Thực hiện chăm sóc dự phòng

- Để chăm sóc dự phòng được thành công người thầy thuốc cần phải đưa việc chăm sóc dự phòng vào phần chăm sóc cơ bản cho từng bệnh nhân. Điều này thường bị lãng quên khi giải quyết vấn đề bệnh tật trước mắt.

- Đối với những bệnh nhân nhập viện thì việc hỏi tiền sử và thăm khám sàng lọc phải trở thành thường qui cho mọi cuộc khám bệnh và cần được chuẩn hoá cho tất cả bệnh nhân.

- Các bệnh nhân ngoại trú cần được hướng dẫn rằng họ cần thăm khám định kỳ để chăm sóc dự phòng.

- Cần có các phiếu theo dõi và các bảng đồ thị để lập hồ sơ chăm sóc dự phòng. Các số liệu về chăm sóc dự phòng phải được cập nhật trong mỗi lần thăm khám.

Nhân viên tiếp đón, chăm sóc ở phòng khám có thể chịu trách nhiệm đánh dấu vào các biểu đồ, bảng kiểm tra về chăm sóc dự phòng đặc hiệu theo nhóm tuổi, như cân nặng, đo chiều cao, huyết áp, đánh giá việc tập luyện và chế độ ăn, tự khám bệnh v.v...

4.7. Các thách thức trong chăm sóc dự phòng

Việc cung cấp chăm sóc dự phòng bao hàm những thách thức sau

-Một thách thức nghiêm trọng là xác định xem các can thiệp nào là có chi phí hiệu quả chấp nhận được để đưa vào việc chăm sóc dự phòng. Có 5 tiêu chuẩn đánh giá các can thiệp đặc trưng. Nếu như can thiệp sàng lọc đáp ứng được các tiêu chuẩn này thì sẽ nằm trong những lời khuyên cho chăm sóc dự phòng người lớn. Các tiêu chuẩn này hàm ý rằng có những số liệu thích hợp cho từng loại can thiệp để có thể ra được những quyết định đôi khi có trường hợp không phù hợp. Từng bệnh nhân cần được bổ sung thêm vào phiếu thăm khám, sàng lọc những tiêu chí sàng lọc thích hợp, tùy theo các yếu tố nguy cơ và việc ưu tiên của thầy thuốc.

-Một thách thức khác của chăm sóc dự phòng là việc thúc đẩy bệnh nhân và thầy thuốc. Có một số điều trở ngại cho chăm sóc dự phòng do quan điểm của bệnh nhân. Chăm sóc dự phòng có thể không được cung cấp hoặc không sẵn có. Thậm chí bệnh nhân có thể từ chối việc này.

-Chăm sóc dự phòng có thể tốn kém vì có nhiều lĩnh vực bảo hiểm không có chăm sóc dự phòng nên bệnh nhân phải trả tiền.

-Trở ngại cho việc sàng lọc về phía thầy thuốc: Chuẩn mực của chăm sóc dự phòng cũng luôn luôn thay đổi có qui luật. Một loạt các tổ chức cho ra những lời khuyên và chúng thường mâu thuẫn lẫn nhau.

- Trên thực tế, không phải tất cả bệnh nhân đến với thầy thuốc đều chỉ để chăm sóc dự phòng, mà họ thường ưu tiên cho việc chữa bệnh nhiều hơn.

- Một số thầy thuốc cảm thấy không đủ bằng chứng để chứng tỏ rằng chăm sóc dự phòng có hiệu quả rõ rệt trong việc giảm tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cũng như là giảm chi phí. Chúng ta đều biết rằng việc đánh răng hàng ngày là quan trọng và có thể phòng được bệnh nha chu viêm, nhưng liệu bao nhiêu người trong số chúng ta làm được điều đó?

Kết luận

Cũng như hầu hết các ngành y học, chúng ta không thể học việc chăm sóc dự phòng chỉ qua một chương sách hoặc một biểu đồ. Chỉ qua việc chăm sóc dự phòng cho bệnh nhân ta mới có kinh nghiệm để biết rằng nó có hiệu quả hơn nhiều so với các can thiệp ở giai đoạn cuối của bệnh. Chăm sóc dự phòng có thể có hiệu quả cho cả bệnh nhân và thầy thuốc nếu như có hệ thống đôn đốc, có tổ chức và sử dụng công thức RISE khi thăm khám từng bệnh nhân.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Các cấp độ dự phòng được chia thành mấy cấp độ?

A.3.

B.4.

C.2.

D.5.

Câu 2: Nội dung của dự phòng cấp 1?

A. Dự phòng ban đầu bao gồm việc tăng cường và bảo vệ sức khỏe .

B. Phát hiện sớm bệnh.

C. Chẩn đoán và điều trị sớm bệnh.

D. Sàng lọc phát hiện sớm các bệnh tật.

Câu 3: Để Thực hiện chăm sóc dự phòng tốt, người thầy thuốc cần làm gì?

A. Người thầy thuốc cần phải đưa việc chăm sóc dự phòng vào phần chăm sóc cơ bản cho từng bệnh nhân.

B. Các bệnh nhân nội trú cần được hướng dẫn rằng họ cần thăm khám định kỳ để chăm sóc dự phòng.

C. Các bệnh nhân ngoại trú thì việc hỏi tiền sử và thăm khám sàng lọc phải trở thành thường qui.

D. Thường xuyên đến nhà người bệnh thăm khám.

Câu 4: Nội dung của dự phòng cấp 2?

A. Cách phòng ngừa thứ phát với các bệnh tiềm ẩn và những nỗ lực để ngăn chặn bệnh không có triệu chứng từ tiến tới bệnh có triệu chứng.

B. Tập luyện, nâng cao sức khỏe.

C. Chăm sóc giảm nhẹ triệu chứng do bệnh gây ra.

D. Tiêm vaccin.

Câu 5: Nội dung của dự phòng cấp 3?

A. Cách phòng ngừa thứ phát với các bệnh tiềm ẩn và những nỗ lực để ngăn chặn bệnh không có triệu chứng từ tiến tới bệnh có triệu chứng.

B. Tập luyện nâng cao sức khỏe.

C. Giảm các thiệt hại gây ra bởi bệnh có triệu chứng bằng cách tập trung vào phục hồi chức năng tâm thần, thể chất và xã hội.

D. Tiêm vaccin.

Câu 6: Hướng dẫn bệnh nhân tăng huyết áp tuân thủ điều trị để phòng các biến chứng như tai biến mạch máu não hay bệnh tim mạch là biện pháp dự phòng cấp mấy?

A.4.

B.1.

C.2.

D.3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học*
2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” **do Dự án HPET** biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.

BÀI 8

QUẢN LÝ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ SỨC KHỎE

Mục tiêu:

1. *Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe tại cộng đồng.*
2. *Lập được kế hoạch để quản lý các yếu tố nguy cơ sức khỏe cho người dân tại địa phương.*

Nội dung:

1. Khái niệm sức khỏe

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1978): "*Sức khỏe là một tình trạng thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không phải chỉ là một tình trạng không bệnh hay tật*". Do đó sức khỏe là sự kết hợp hài hòa cả ba thành phần: thể chất, tâm thần, xã hội.

- Sức khỏe thể chất là:

+ Tầm vóc (chiều cao, cân nặng, các kích thước cơ thể...) cân đối, phù hợp với tuổi và giới. Như vậy người béo quá hay gầy quá đều có sức khỏe thể chất không tốt.

+ Thể lực (sức nhanh, sức mạnh, sức bền, sức dai, khéo léo...) phù hợp với tuổi, giới. Như vậy người quá chậm chạp, nhanh mệt mỏi, nhanh xuống sức...là có sức khỏe thể chất không tốt.

- Sức khỏe tâm thần là: có khả năng tự làm chủ được bản thân, luôn giữ được cân bằng trong lý trí và tình cảm trước mọi thay đổi không ngừng của môi trường bên ngoài.

- Sức khỏe xã hội là: có khả năng hoà nhập với môi trường xã hội xung quanh, có khả năng tác động cải tạo lại môi trường đó.

Để đánh giá sức khỏe của một cá nhân, người ta thường sử dụng các chỉ tiêu sau:

- Đo các chỉ tiêu về thể lực: chiều cao, cân nặng, lực bóp cánh tay...

- Đo các chỉ tiêu chức năng: mạch, huyết áp, dung tích sống, thị lực, thính lực, điện não đồ, chức năng gan, chức năng thận...

Để đánh giá sức khỏe của một cộng đồng, người ta thường sử dụng các chỉ tiêu như tuổi thọ trung bình, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bệnh tật, tỷ lệ chết trẻ em...

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

2.1. Hành vi lối sống cá nhân và cộng đồng

***Các yếu tố tâm lý (nhân cách, tình trạng cảm xúc):**

- Nhân cách: gồm các trạng thái tâm lý, nhận thức, tình cảm, xúc cảm, khiến cho mỗi người có những đáp ứng tâm lý và tinh thần khác nhau với các yếu tố ngoại sinh và nội sinh. Nó giải thích tại sao đối với cùng một tác động bất lợi cho sức khỏe, thì người này chống đỡ hay vượt qua được còn người kia thì bị mắc bệnh.

- Tình trạng cảm xúc âm tính có thể gây ra thay đổi bệnh lý và có thể khiến cho con người có những hành vi có hại cho sức khỏe hoặc hành vi gây bệnh như hút thuốc lá, uống rượu để giải sầu. Cảm xúc âm tính (trầm cảm, lo lắng, thù địch) dễ đưa đến một loạt bệnh tâm thể (bệnh mạch vành, hen, viêm khớp, loét dạ dày tá tràng...).

***Các yếu tố hành vi và lối sống:** hành vi và lối sống của mỗi cá nhân hay cộng đồng góp phần tạo nên sức khỏe tốt hoặc gây bệnh ở các nhóm người thuộc các lứa tuổi khác nhau sống trong các cộng đồng, xã hội khác nhau và có thể góp phần bảo vệ hay phá hoại môi trường sinh thái. Nước ta hiện nay, cùng với tăng trưởng kinh tế là quá trình đô thị hóa nhanh chóng, hai quá trình này bên cạnh tác động tích cực, còn góp phần hình thành một số hành vi lối sống tác động mạnh đến sức khỏe cá nhân và sức khỏe cộng đồng. Nghèo túng khiến cho người ta không có điều kiện để thực hiện được các hành vi và lối sống lành mạnh, mặc dù người ta vẫn biết rõ các hành vi và lối sống đó là có lợi cho sức khỏe. Thêm vào đó, người nghèo lại dễ có các hành vi có hại cho sức khỏe như hút thuốc lá và nghiện rượu cao hơn so với người giàu, thay vì đi tìm các thú vui chơi lành mạnh. Tình trạng nghèo nàn hay sung túc cũng chi phối lối sống, các mối quan hệ gia đình, cộng đồng, xã hội, từ đó ảnh hưởng đến sức khỏe cá nhân và cộng đồng.

- Các yếu tố hành vi: hành vi của con người do kiến thức, thái độ, thực hành và niềm tin tạo thành. Mỗi hành vi là sự biểu hiện của tất cả các yếu tố đó thành những hành động cụ thể. Hành vi sức khỏe là hành vi người có liên quan đến việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe hoặc liên quan đến một vấn đề sức khỏe nhất định. Có những hành vi tăng cường cho sức khỏe như rửa tay trước khi ăn, tập thể dục thường xuyên. Hay hành vi gây hại cho sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng như ăn uống quá độ, quan hệ tình dục bừa bãi, hút thuốc lá ở nơi công cộng. Rèn luyện để thích ứng, có thể là tích cực như tập một vài động tác thể dục sau một buổi lao động trí óc (đổi phó tích cực với mệt mỏi) hay đối phó tiêu cực như hút một điếu thuốc lá. Hành vi gây nghiện như hút thuốc lá, uống rượu. Hành vi cạnh tranh, như cho con bú bình hay bú sữa mẹ hoàn toàn. Hành vi tìm kiếm sức khỏe như ăn ít mỡ, rèn luyện thân thể. Thói quen hay tập quán sức khỏe đó là những hành vi sức khỏe đã được thiết lập một cách bền vững và được thực hiện một cách tự động, ngoài ý thức. Thói quen hay tập quán được coi như bản năng thứ hai của con người nên rất khó thay đổi.

- Lối sống: lối sống của mỗi cá nhân là do:

+ Các hành vi và thói quen nhất định của mỗi cá nhân nhằm đáp ứng với các điều kiện hoàn cảnh cụ thể.

+ Các niềm tin và giá trị của cá nhân, gồm các giá trị vật chất và tinh thần biểu hiện trình độ văn hóa cũng như toàn bộ nhân cách của cá nhân trong một cộng đồng, xã hội nơi cá nhân sinh sống.

+ Các đặc trưng cá nhân như tuổi, giới, tính cách, tâm lý.

+ Các mối tương tác xã hội xác định vai trò của cá nhân trong cộng đồng xã hội cũng như mối giao tiếp của cá nhân với mọi người trong cộng đồng và xã hội, sự hoà đồng của cá nhân với tập thể và cộng đồng.

Các thành phần này tạo nên lối sống. Các thành phần này có thể góp phần duy trì sức khỏe tốt như: bản thân làm chủ được việc làm và các điều kiện sống của mình (có thu nhập đủ), có đủ khả năng về tâm lý và hành vi để đối phó được với các vấn đề mới nảy sinh trong cuộc sống, có quan hệ tốt với xã hội và được xã hội hỗ trợ trong những thời điểm cần được hỗ trợ về vật chất cũng như tinh thần, tự biết mình có đủ khả năng kiểm soát được cuộc sống của chính bản thân mình, tin tưởng vào khả năng duy trì tốt sức khỏe của bản thân.

2.2. Các yếu tố môi trường

Bao gồm các yếu tố môi trường tự nhiên và các yếu tố môi trường xã hội.

2.2.1. Các yếu tố môi trường tự nhiên: Bao gồm các yếu tố vật lý, hóa học, sinh học của môi trường không khí, đất, nước.

- Những thay đổi về vi khí hậu: vi khí hậu nơi ở, nơi làm việc có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và năng suất lao động, môi trường quá nóng, quá lạnh, quá ẩm, quá khô làm căng thẳng quá trình điều nhiệt, suy giảm sức đề kháng, gây các bệnh theo mùa, tăng các bệnh liên quan đến thời tiết.

- Ô nhiễm không khí nơi ở, nơi làm việc: các nguồn gây ô nhiễm nơi ở, nơi sản xuất có rất nhiều, do sinh hoạt, đun nấu, nghề phụ, từ các công trình vệ sinh, do ô nhiễm tại các khu công nghiệp, giao thông, xử lý chất thải, thải ra khói bụi, hơi khí độc, các loại vi khuẩn nấm mốc gây bệnh làm gia tăng các bệnh liên quan đến ô nhiễm.

- Ô nhiễm các nguồn nước: do khí thải, nước thải, rác thải từ khu dân cư, khu công nghiệp, làm ô nhiễm các nguồn nước mặt, ngầm, làm cho nguồn nước bị nhiễm các chất độc hại: chất hữu cơ, hóa chất độc, kim loại nặng, vi sinh vật, ký sinh trùng gây bệnh, làm gia tăng các bệnh liên quan đến ô nhiễm nước.

- Ô nhiễm môi trường đất: do nước thải, rác thải từ khu dân cư, khu công nghiệp, do phân bón, các hóa chất trừ sâu diệt cỏ, gây ô nhiễm nguồn nước, tích lũy trong các sản phẩm nông nghiệp, qua chuỗi thức ăn vào cơ thể, ảnh hưởng xấu cho sức khỏe.

- Suy thoái môi trường, mất cân bằng sinh thái và đa dạng sinh học: do khai thác quá mức các nguồn tài nguyên thiên nhiên cho sản xuất và đời sống, làm cạn kiệt tài nguyên. Trong tự nhiên, có mối quan hệ sinh tồn giữa con người và các sinh vật, khi một số loài sinh vật bị mất đi sẽ gây mất cân bằng sinh thái. Suy thoái môi trường gây biến đổi khí hậu, thiên tai thảm họa, ảnh hưởng trực tiếp đến điều kiện sinh tồn của con người và mọi sinh vật.

2.2.2. Các yếu tố môi trường xã hội

**Dân số.*

- Chính sách dân số, kế hoạch hóa gia đình có ảnh hưởng mạnh đến sức khỏe, nhất là phụ nữ và trẻ em.

- Sự phân bố dân cư ở mỗi vùng khác nhau có ảnh hưởng nhất định đến sức khỏe của cá nhân và cộng đồng: nơi đô thị mật độ dân cư quá cao, chật trội, quá tải cơ sở hạ tầng, vùng sâu, vùng xa, giao thông khó khăn, cơ sở hạ tầng thấp, tiếp cận dịch vụ y tế khó khăn.

- Tình trạng di dân tự do, điều kiện sống thay đổi, thiếu dịch vụ đáp ứng nhu cầu của cá nhân và cộng đồng.

**Kinh tế thu nhập, nghề nghiệp, việc làm:*

- Mỗi khu vực có phương thức sản xuất khác nhau và tác động nhất định lên sức khỏe người dân như cường độ lao động, thời gian lao động, môi trường lao động, ở khu vực nông thôn khác khu vực đô thị.

- Thu nhập có ảnh hưởng quan trọng đối với sức khỏe vì nó quyết định mức sống của mỗi cá nhân và gia đình họ, việc làm ổn định, thu nhập tăng thì tình trạng sức khỏe được cải thiện. Việc làm không ổn định, nghề nghiệp nhiều rủi ro, thu nhập thấp làm giảm sút sức khỏe, nhất là phụ nữ và trẻ em.

- Khi xem xét mối liên quan giữa việc làm, thu nhập, sức khỏe cần chú ý tính chất công việc, chế độ. làm việc, nghỉ ngơi, cường độ lao động, điều kiện lao động, nguy cơ tiếp xúc với độc hại, tai nạn lao động, phương tiện bảo hộ, chế độ bảo hiểm.

**Chỗ ở:* có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe con người từ khi sinh ra cho đến khi chết, đó là môi trường trực tiếp bảo vệ sức khỏe mỗi cá nhân về cả ba mặt thể chất tinh thần và xã hội. Người nghèo ở trong căn nhà chật hẹp, điều kiện vệ sinh xấu, ô nhiễm, thiếu nước sạch, không xử lý phân rác, dễ mắc các bệnh truyền nhiễm, dễ bị các căng thẳng, không có điều kiện được chăm sóc. Một vấn đề nghiêm trọng nữa là không có chỗ ở, nhất là khi bị thất nghiệp, không được xã hội hỗ trợ, làm cho tình trạng sống lang thang gia tăng trở thành một vấn đề xã hội.

**Các yếu tố văn hóa:*

- Trình độ học vấn ảnh hưởng đến hiểu biết, thái độ, thực hành đối với sức khỏe và việc bảo vệ sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.

- Phong tục tập quán: mỗi nơi có phong tục tập quán riêng, nhất là người dân tộc thiểu số có thể ảnh hưởng đến khả năng đối phó với các vấn đề sức khỏe như có thói quen ảnh hưởng tốt cho sức khỏe, có thói quen ảnh hưởng xấu đến sức khỏe.

**An sinh xã hội và gia đình:* sự hỗ trợ xã hội và các mối quan hệ gần gũi, thân thiện có tác dụng bảo vệ sức khỏe cho mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng. Ngược lại các mâu thuẫn trong gia đình, cộng đồng, xã hội bao giờ cũng gây ra các gánh nặng tâm lý (stress) có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, không có lợi cho sức khỏe tâm thần.

2.3. Hệ thống chăm sóc sức khỏe, dịch vụ y tế

**Mạng lưới tổ chức y tế.*

-Sự phân bố các cơ sở y tế, các cán bộ y tế và nhân viên y tế ở các vùng nông thôn và đô thị có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của cư dân trong vùng. Các đô thị lớn, có mạng lưới y tế tốt hơn về mọi mặt: cơ sở vật chất, trang thiết bị, trình độ cán bộ y tế, làm cho chất lượng chăm sóc dịch vụ tốt hơn cả về dự phòng và điều trị so với vùng khác. Với người nghèo, vùng nghèo, dịch vụ y tế, quan hệ thầy thuốc bệnh nhân thường không được tốt như người ta mong muốn.

-Hệ thống y tế ngoài công lập, tư nhân, ngày càng có vai trò quan trọng trong đáp ứng dịch vụ y tế của người dân do gần dân, dễ tiếp cận, giá cả lựa chọn tùy khả năng. Tuy nhiên hệ thống này cần được định hướng phục vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện chứ không chỉ vì lợi nhuận.

**Khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế:* người nghèo thường không biết khai thác các dịch vụ y tế sẵn có để đáp ứng những nhu cầu chăm sóc tối thiểu của họ, thiếu tiền và phương tiện cá nhân để tiếp cận dịch vụ y tế khi cấp bách, dịch vụ y tế chất lượng cao, họ không có điều kiện lựa chọn dịch vụ theo ý muốn. Về kinh tế Việt Nam trong những năm gần đây đã có bước tiến lớn (tỷ lệ đói nghèo giảm từ 30% năm 1992 xuống còn dưới 10% vào năm 2014). Tuy vậy, sự hưởng thụ lợi ích không đồng đều giữa các tầng lớp dân cư. Mức độ sử dụng dịch vụ bệnh viện, dịch vụ y tế chất lượng cao của những người khá giả cao hơn nhiều so với những người nghèo. Nguyên nhân chính khiến người nghèo ít được sử dụng dịch vụ bệnh viện là do các rào cản về tài chính (chi phí cho dịch vụ y tế lớn, khả năng chi trả của người nghèo thấp), rào cản địa lý (người nghèo ở miền núi, vùng sâu, vùng xa) và thậm chí cả các rào cản về văn hóa, phong tục tập quán.

2.4. Các yếu tố di truyền, bẩm sinh

Có các bệnh di truyền từ cha mẹ sang con cái như bệnh ưa chảy máu, cận thị nặng, có các dị tật bẩm sinh như nứt môi hở hàm, thừa ngón chân, ngón tay, liệt tứ chi. Cha mẹ bị bệnh tật sẽ có nguy cơ cao sinh ra con cái bị bệnh tật. Hiện tại các giải pháp tác động trực tiếp lên bộ máy di truyền để sửa chữa các sai lệch trên gen, phòng tránh các bệnh di truyền còn rất hạn chế và tốn kém. Tuy nhiên, người ta có thể chủ động phòng tránh các yếu tố tác hại trong quá trình mang thai để hạn chế các dị tật bẩm sinh.

3. Mối liên quan giữa các yếu tố môi trường với sức khỏe

3.1. Những yếu tố môi trường gây nguy hại cho sức khỏe

Mọi biến đổi của môi trường đều tác động tới sức khỏe. Có nhiều biến đổi môi trường tác động không tốt tới sức khỏe, gây nguy hại cho sức khỏe. Theo nguyên nhân xã hội, người ta có thể chia các yếu tố môi trường thành hai nhóm chính:

- Nhóm các yếu tố truyền thống, đó là các yếu tố do nghèo nàn, lạc hậu, chậm phát triển, thiếu cơ sở hạ tầng tối thiểu như:

- + Thiếu nguồn nước sạch.
- + Vệ sinh môi trường kém.
- + Nước thải, rác thải không được thu gom, xử lý.
- + Ô nhiễm không khí trong nhà.
- + Thực phẩm bị ô nhiễm do vi sinh vật.

- + Lao động nặng nhọc trong điều kiện tồi tàn, lạc hậu, ô nhiễm.
- + Các thảm họa thiên nhiên như lũ lụt, hạn hán...
- Nhóm các yếu tố hiện đại, đó là các yếu tố do phát triển không bền vững, thiếu quan tâm của xã hội, thường gặp ở các nước bắt đầu công nghiệp hóa, gồm:
 - + Ô nhiễm không khí do khí thải công nghiệp, do giao thông, ô nhiễm tiếng ồn.
 - + Ô nhiễm đất, ô nhiễm các nguồn nước do nước thải, rác thải công nghiệp.
 - + Tai nạn giao thông, tai nạn do lao động sản xuất, do sinh hoạt.
 - + Ô nhiễm môi trường do các loại hóa chất công nghiệp, thuốc trừ sâu dùng trong nông nghiệp.
 - + Thực phẩm bị ô nhiễm do các hóa chất độc dùng trong sản xuất, bảo quản, chế biến.
 - + Nạn phá rừng, khai thác tài nguyên cạn kiệt, gây suy thoái môi trường, làm giảm đa dạng sinh học, gây diệt chủng biến mất nhiều loài động thực vật.
 - + Gây thay đổi khí hậu như mưa acid, lỗ thủng tầng ôzôn, hiệu ứng nhà kính làm tăng nhiệt độ trái đất, biến đổi khí hậu, gây các thảm họa thiên nhiên như hạn hán, lũ lụt...
 - + Lối sống không lành mạnh cũng đang là một yếu tố môi trường gây ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cộng đồng, nhất là ở các đô thị hiện nay do ăn uống không hợp lý, uống nhiều bia rượu, hút thuốc lá, ăn nhiều thịt, mỡ, đồ ngọt, làm việc căng thẳng, ít vận động, hút thuốc lá, sử dụng ma túy, tình dục không an toàn.

Giữa nguy cơ truyền thống và nguy cơ hiện đại có sự khác biệt. Tác động của nguy cơ truyền thống thường nhanh chóng biểu hiện ở dạng bệnh tật, do vậy dễ được phát hiện và phòng tránh như khi dùng nguồn nước bẩn sẽ dễ gây tiêu chảy, gây các bệnh về da, mắt, viêm nhiễm đường sinh dục...

Một số tác động của các nguy cơ hiện đại thường biểu hiện từ từ, lặn lẽ, tiềm tàng, rất khó nhận biết được ngay và khi phát hiện ra thì đã có hậu quả nặng nề như nhiễm độc nghề nghiệp, ung thư, tăng đường huyết, tăng huyết áp, suy nhược thần kinh...

3.2. Những yếu tố môi trường truyền thống phổ biến hiện nay có ảnh hưởng đến sức khỏe

3.2.1. Thiếu nước sạch và vệ sinh môi trường kém

Thiếu nước sạch và vệ sinh môi trường kém là nguyên nhân trực tiếp của nhiều bệnh, nhất là các bệnh đường tiêu hóa. Các nghiên cứu chứng minh rằng có đến 88% trường hợp tiêu chảy là do thiếu nước sạch và vệ sinh môi trường kém. Tại các vùng nông thôn đồng bằng, nhiều nơi có tới 80% học sinh tiểu học bị nhiễm giun, các bệnh mắt hột, viêm nhiễm ngoài da, viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ tăng cao.

3.2.2. Ô nhiễm không khí trong nhà ở

Ô nhiễm không khí trong nhà là yếu tố nguy hại cho các nước đang phát triển và là vấn đề lớn tại các vùng nông thôn. Nguyên nhân chính là do đun nấu bếp bằng than củi không được thông khí tốt, nhà cửa không thông thoáng, ẩm thấp, gần

chuồng gia súc. Phụ nữ, trẻ em và người già là những người chịu ảnh hưởng nhiều nhất do thời gian ở và làm việc tại nhà nhiều nhất. Theo WHO năm 2001 ô nhiễm không khí trong nhà là nguyên nhân của 35,7% trường hợp viêm đường hô hấp dưới, 22% các bệnh phổi mạn tính trên thế giới.

3.2.3. Ô nhiễm đất, nước do nước thải, rác thải không được thu gom xử lý

Lượng nước thải, rác thải ngày càng tăng cùng với sự gia tăng dân số và mức sống. Nước thải, rác thải từ các hộ gia đình, công sở, chợ...luôn mang theo một lượng lớn các chất ô nhiễm, các mầm bệnh từ phân, chất thải của người và gia súc, làm ô nhiễm đất, nước, thức ăn, làm gia tăng các bệnh đường tiêu hóa, da, mắt, viêm nhiễm đường sinh dục phụ nữ. Ô nhiễm các nguồn nước còn làm gia tăng các bệnh do muỗi truyền như sốt xuất huyết, giun chỉ, viêm não Nhật Bản, sốt rét.

3.3. Những yếu tố môi trường hiện đại có ảnh hưởng đến sức khỏe

3.3.1. Ô nhiễm môi trường đất, các nguồn nước do hóa chất độc

Các hóa chất độc có trong nước thải, rác thải công nghiệp, các hóa chất trừ sâu diệt cỏ, được thải vào môi trường chưa qua xử lý ngày càng tăng về số lượng và chủng loại, đang là nguy cơ lớn gây ô nhiễm môi trường. Số ca nhiễm độc thuốc bảo vệ thực vật hàng năm không giảm. Các hóa chất này từ môi trường xâm nhập vào cơ thể tích lũy gây các tổn thương tại tế bào, tổn thương bộ máy di truyền, gây nhiễm độc, ung thư (trẻ em nhạy cảm với hóa chất gấp 10 lần người lớn), để lại hậu quả lâu dài.

3.3.2. Ô nhiễm không khí ngoài trời

Hiện tại môi trường không khí vẫn đang bị ô nhiễm bởi các yếu tố gây ô nhiễm truyền thống như đun nấu, khói bụi... đã được bổ sung thêm các nguồn gây ô nhiễm mới, nhất là ở các đô thị, khu công nghiệp, các làng nghề. Nguyên nhân chính của sự ô nhiễm không khí này là do:

- Phát triển các khu công nghiệp, các khu đô thị. Khói bụi, hơi khí độc từ các nhà máy xí nghiệp của khu công nghiệp, đô thị không được xử lý, gây ô nhiễm cho khu vực dân cư xung quanh.

- Các hơi khí độc như khí CO, CO₂, NO₂, chì, khói bụi do các phương tiện giao thông vận tải thải ra gây ô nhiễm.

- Đặc biệt tại các làng nghề, nguyên liệu đầu vào thường là các loại phế liệu thu gom từ mọi nguồn không được làm sạch, công nghệ tái chế thường thủ công, lạc hậu, nơi sản xuất thường chật hẹp không được quy hoạch ngay tại hộ gia đình (nơi sản xuất cũng đồng thời là nhà ở), chất thải, khí thải không được thu gom xử lý gây ô nhiễm nặng nề cho khu vực dân cư làng nghề.

Hậu quả của ô nhiễm không khí tại các đô thị, khu công nghiệp, làng nghề làm tăng các bệnh liên quan ô nhiễm như các bệnh phổi, phế quản, tắc nghẽn, dị ứng...

3.3.3. Ngộ độc thực phẩm

Ngộ độc thực phẩm đang là mối quan tâm của toàn xã hội, nhất là những năm gần đây. Để đáp ứng nhu cầu thực phẩm ngày càng tăng của toàn xã hội, người sản xuất đã sử dụng ngày càng nhiều các hóa chất trừ sâu diệt cỏ, phân bón hóa học, các chất kích thích tăng trưởng cho cây trồng vật nuôi. Hậu quả là số vụ ngộ độc thực

phẩm do môi trường bị ô nhiễm bởi các loại mầm bệnh, các loại hóa chất độc vẫn ngày càng gia tăng.

3.3.4. Tai nạn thương tích

Tai nạn thương tích đã trở thành một hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại và đang gây ra những hậu quả rất lớn cho sức khỏe cộng đồng. Tai nạn xảy ra chủ yếu là do các yếu tố môi trường như:

- Tai nạn thương tích trong nhà: do bếp, do điện, do lửa
- Tai nạn trong các nhà máy xí nghiệp công nông trường do sản xuất, do cháy nổ, sập hầm lò
- Tai nạn thương tích ngoài đường: do giao thông (đây là nguyên nhân gây thiệt hại lớn nhất hiện nay), do sét đánh, do đổ cây, đổ tường Tai nạn do tắm sông, suối, biển, do lũ lụt, đi rừng.
- Tai nạn trong các đợt thiên tai, thảm họa.

3.3.5. Biến động khí hậu thời tiết do môi trường suy thoái

Khai thác tài nguyên môi trường cạn kiệt, chặt phá rừng, làm thay đổi môi trường sinh thái, suy giảm đa dạng sinh học, diệt chủng nhiều loài động thực vật.

Sự suy giảm tầng ôzôn, hiệu ứng nhà kính, thảm họa thiên nhiên đang ngày càng ảnh hưởng lớn tới sức khỏe cộng đồng, làm tăng tỷ lệ các bệnh ung thư da, các bệnh do thảm họa. Số người chết do thiên tai ở nước ta vẫn có xu hướng gia tăng hàng năm. Theo ước tính khoảng 70% dân số nước ta bị lũ đe dọa, nguy cơ càng tăng khi phá rừng vẫn đang tiếp tục với tốc độ 200.000 hecta mỗi năm (cứ đà này thì 20 năm nữa rừng Việt Nam sẽ cơ bản phá xong. Bão, lũ lụt, lở đất cũng là tác nhân gây ô nhiễm môi trường, đặc biệt môi trường nước, làm hư hại các công trình vệ sinh, kéo theo các bệnh dịch như tiêu chảy, tả, lỵ, thương hàn, sốt xuất huyết, sốt rét và cũng là nguyên nhân gây đói nghèo, làm suy giảm sức khỏe dân cư.

3.3.6. Lối sống không lành mạnh

Lối sống không lành mạnh đang là một nguy cơ lớn cho sức khỏe cộng đồng hiện nay do bệnh tật do lối sống không lành mạnh như các bệnh tim mạch, tăng đường huyết, suy nhược thần kinh... đang chiếm vị trí hàng đầu trong danh mục bệnh tật tại cộng đồng, nhất là tại các đô thị đang thay thế dần các bệnh nhiễm trùng.

- Hút thuốc lá: là vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu, là yếu tố nguy cơ lớn nhất gây nên các bệnh ác tính, kể cả ung thư.

- Uống bia rượu. Tiêu thụ bia rượu gắn liền với rất nhiều bệnh tật và các vấn đề xã hội như xơ gan, ung thư gan, bệnh tim mạch, thần kinh tâm thần, bạo lực trong gia đình, xã hội, tai nạn thương tích (đặc biệt tai nạn giao thông), ước tính một nửa số vụ bạo lực trong gia đình do lạm dụng rượu. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy 80% số vụ cưỡng dâm trẻ em có liên quan đến rượu.

- Ma túy: sức khỏe cộng đồng luôn bị thách thức bởi các hành vi nguy hiểm của nghiện hút. Nghiện hút đã trở thành vấn đề nghiêm trọng, đặc biệt tại các thành phố lớn và các tỉnh biên giới. Tác động tiêu cực do sử dụng ma túy đối với người nghiện là rất nặng nề về sức khỏe như nhiễm HIV/AIDS, viêm gan virus, bạo lực thương tích gây hậu quả nặng nề cho gia đình và xã hội. Số người nghiện hàng năm vẫn tăng dần và tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở người tiêm chích cũng tăng từng năm, đặc biệt đang tăng lên ở lứa tuổi học đường. Đồng

hành với ma túy ngoài HIV/AIDS là các bệnh lây qua đường tình dục, tệ nạn mại dâm, tội phạm.

- Dinh dưỡng: chế độ ăn uống vệ sinh, đầy đủ chất dinh dưỡng, cân đối, hợp lý là nền tảng cho sức khỏe cộng đồng. Thực tế dinh dưỡng tại Việt Nam đang ở hai thái cực: thiếu dinh dưỡng ở nhiều vùng sinh thái, nhất là các vùng khó khăn, đặc biệt ở trẻ em dưới 5 tuổi và phụ nữ mang thai và thừa dinh dưỡng ở một bộ phận dân cư, nhất là tại các đô thị lớn, ở cả trẻ em và người lớn.

- Thể dục thể thao: tập luyện thường xuyên tạo nên một lối sống lành mạnh, tăng cường sức khỏe, dự phòng bệnh tật khi tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Ngày càng có nhiều bằng chứng về mối quan hệ nhân quả giữa việc ít vận động và các bệnh tim mạch, béo phì, tăng huyết áp, hô hấp, các bệnh xương khớp mạn tính.

- Hoà nhập với xã hội: sự thích nghi, hoà nhập với môi trường luôn thay đổi hàng ngày có tác động quan trọng tới sức khỏe cá nhân và cộng đồng. Mô hình từ gia đình lớn thành các gia đình nhỏ hơn, từ hợp tác xã nông nghiệp tới kinh tế hộ gia đình tự hạch toán, quá trình đô thị hóa nhanh chóng, từ kinh tế tập trung kế hoạch sang kinh tế mở thị trường, từ tư duy tập thể đến phát huy ý tưởng cá nhân... đều ảnh hưởng đến tình trạng bệnh tật liên quan tới các stress tâm lý, sự hoà nhập, cách ly của mỗi cá nhân với cộng đồng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Để đánh giá sức khỏe của một cá nhân, người ta thường sử dụng các chỉ tiêu sau?

- A.Đánh giá chỉ số BIM.
- B. Đo các chỉ tiêu chức năng: mạch, huyết áp, dung tích sống, thị lực, thính lực điện não đồ, chức năng gan, chức năng thận...
- C.Chỉ cần đo các chỉ tiêu về thể lực.
- D.Tính tuổi thọ trung bình.

Câu 2: Nhóm các yếu tố truyền thống ảnh hưởng đến sức khỏe là gì?

- A. Tai nạn giao thông, tai nạn do lao động sản xuất, do sinh hoạt.
- B. Nước thải, rác thải không được thu gom, xử lý.
- C. Ô nhiễm đất, ô nhiễm các nguồn nước do nước thải, rác thải công nghiệp.
- D. Ô nhiễm không khí do khí thải công nghiệp, do giao thông, ô nhiễm tiếng ồn.

Câu 3: Nhóm các yếu tố hiện đại ảnh hưởng đến sức khỏe là gì?

- A. Ô nhiễm không khí trong nhà.
- B. Thực phẩm bị ô nhiễm do vi sinh vật.
- C. Lao động nặng nhọc trong điều kiện tồi tàn, lạc hậu, ô nhiễm.
- D. Ô nhiễm môi trường do các loại hóa chất công nghiệp, thuốc trừ sâu dùng trong nông nghiệp.

Câu 4: Đặc điểm yếu tố nguy cơ truyền thống và nguy cơ hiện đại đối với sức khỏe?

- A. Yếu tố nguy cơ truyền thống và nguy cơ hiện đại có mức độ nguy hại ngang bằng nhau.
- B. Tác động của nguy cơ truyền thống thường từ từ.
- C. Tác động của các nguy cơ hiện đại thường biểu hiện nhanh chóng.
- D. Giữa nguy cơ truyền thống và nguy cơ hiện đại có sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học*
2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” do **Dự án HPET** biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.

BÀI 9

TIÊM CHỦNG PHÒNG BỆNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được 12 bệnh truyền nhiễm trong chương trình tiêm chủng mở rộng.
2. Trình bày được khái niệm, tiêu chuẩn, phân loại vắc xin và hệ thống dây truyền lạnh bảo quản vắc xin.
3. Mô tả được các loại vắc xin trong chương trình tiêm chủng mở rộng và giải thích được 5 nguyên tắc tiêm chủng.
4. Vận dụng tư vấn, chỉ định được các tình huống tiêm chủng trong thực tế.
5. Lập được kế hoạch tổ chức một buổi tiêm chủng tại trạm y tế.

Nội dung:

1.Đại cương

Chương trình Tiêm chủng mở rộng (TCMR) bắt đầu được triển khai ở Việt Nam từ năm 1981 do Bộ Y tế khởi xướng với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF). Chương trình có mục tiêu ban đầu là cung cấp dịch vụ tiêm chủng miễn phí cho trẻ em dưới 1 tuổi, bảo vệ trẻ khỏi mắc 6 loại bệnh truyền nhiễm phổ biến và gây tử vong cao bao gồm bệnh lao, bại liệt, bạch hầu, ho gà, uốn ván và sởi. Sau một thời gian thí điểm, Chương trình từng bước được mở rộng về địa bàn và đối tượng tiêm chủng. Từ năm 1985 tới nay toàn bộ trẻ em dưới 1 tuổi trên toàn quốc đều có cơ hội được tiếp cận với Chương trình TCMR. Hiện nay, đã có 12 loại vắc xin phòng bệnh truyền nhiễm cho trẻ em được đưa vào Chương trình bao gồm vắc xin phòng bệnh lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, viêm gan B, sởi, viêm não Nhật Bản, tả, thương hàn, viêm phổi/viêm màng não do Hib, rubella.

Chương trình TCMR đã được Bộ Y tế và các tổ chức quốc tế đánh giá là một trong những chương trình Y tế công cộng hiệu quả và thành công nhất ở Việt Nam. Chương trình đã và đang làm thay đổi rõ rệt mô hình bệnh tật ở Việt Nam. Hàng năm chương trình TCMR đã bảo vệ cho hàng triệu trẻ em không bị mắc, không bị chết cũng như các di chứng của các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm, phổ biến, bảo vệ cho hàng triệu phụ nữ và trẻ sơ sinh không bị mắc uốn ván trong sản khoa. Việt Nam đã thanh toán được bệnh bại liệt; loại trừ được uốn ván sơ sinh; giảm đáng kể tỷ lệ mắc các bệnh bạch hầu, ho gà; giảm tỷ lệ nhiễm virus viêm gan B ở trẻ dưới 5 tuổi, khống chế và tiến tới loại trừ bệnh sởi; mở rộng diện bao phủ các vắc xin viêm não Nhật Bản, tả và thương hàn.

2. Các bệnh truyền nhiễm trong Chương trình TCMR

2.1. Bệnh lao:

Gây ra bởi trực khuẩn lao (*mycobacterium tuberculosis*), thường gây bệnh ở phổi, lây theo đường hô hấp khi người mắc bệnh lao ho hoặc hắt hơi. Mọi lứa tuổi đều có thể bị mắc lao. Nhưng nguy cơ mắc bệnh lao cao hơn ở trẻ em dưới 3 tuổi, người già và người mắc bệnh suy giảm miễn dịch.

2.2. Bệnh viêm gan B:

Là bệnh gây ra bởi virus làm tổn thương ở gan. Tỷ lệ người nhiễm virus viêm gan B khỏi hoàn toàn là 90%. Tuy nhiên, có 90% trẻ em bị nhiễm virus bẩm sinh trở thành người mang trùng mạn tính. Trẻ mang virus nhiều năm và có thể lây truyền sang người khác. Bệnh lây qua tiếp xúc với máu và các dịch cơ thể khác do: lây từ mẹ sang con trong quá trình sinh đẻ, lây qua vết cắt, vết xước và vết cào, lây qua đường tình dục, tiêm truyền không an toàn hoặc do bị kim đâm. Khả năng lây truyền bệnh viêm gan B cao gấp 50-100 lần so với virus HIV.

2.3. Bệnh bại liệt:

Là bệnh do virus bại liệt (*polio virus*) gây ra typ 1,2 hoặc 3. Bệnh bại liệt ảnh hưởng chủ yếu trẻ em dưới 5 tuổi. Bệnh bại liệt là một trong 200 bệnh nhiễm trùng gây liệt không hồi phục do virus tấn công các tế bào sừng trước tủy sống. Virus polio lây theo đường tiêu hóa (phân-miệng). Phần lớn những người lành mang virus trở thành nguồn lây truyền bệnh.

2.4. Bệnh bạch hầu:

Là một bệnh nhiễm trùng nhiễm độc do vi khuẩn bạch hầu gây ra. Vi khuẩn bạch hầu tiết ra độc tố gây tổn thương nhiều tổ chức và cơ quan của cơ thể. Thể bệnh bạch hầu hay gặp nhất là thể hầu họng và thanh quản. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng thường xảy ra ở trẻ không được tiêm chủng. Ở vùng khí hậu nhiệt đới bệnh thường gặp trong những tháng lạnh. Bệnh lây truyền từ người bệnh sang người lành qua đường hô hấp và tiếp xúc trực tiếp.

2.5. Bệnh ho gà:

Là bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn (*Bordetella pertusis*) có trong miệng, mũi và họng gây nên. Khả năng lây bệnh cao đặc biệt ở trẻ chưa được tiêm chủng, ho gà vẫn là bệnh ảnh hưởng lớn đến sức khỏe toàn cầu, ngay cả những nước đạt tỷ lệ tiêm chủng cao. Bệnh lây truyền rất dễ dàng qua đường hô hấp trực tiếp từ người bệnh sang người lành qua những giọt nước bọt do những người bệnh ho hoặc hắt hơi. Đây là bệnh có nhiều tai biến (xuất huyết hốc mắt, ngừng thở ...) và có tỷ lệ tử vong cao. Ở nhiều nước dịch có chu kỳ từ 3-5 năm.

2.6. Bệnh uốn ván:

Là bệnh do độc tố uốn ván (*clostridium tetani*) có trong đất gây nên. Nha bào uốn ván lây qua các vết thương hở : do dao, đinh đâm hoặc do cắt rốn ...khi tiếp xúc với nha bào uốn ván có trong đất, môi trường xung quanh. Độc tố do vi khuẩn tiết ra gây co cứng cơ và có thể dẫn đến tử vong. Uốn ván sơ sinh và uốn ván mẹ là vấn đề nghiêm trọng ở những vùng còn tập tục sinh đẻ tại nhà không đảm bảo vô trùng.

2.7. Bệnh viêm phổi/viêm màng não do vi khuẩn Hib:

Haemophilus influenzae là vi khuẩn thường tìm thấy trong mũi họng trẻ nhỏ. Trước khi triển khai vắc xin phòng bệnh, vi khuẩn *Haemophilus influenzae* có 6 typ trong đó có typ b (Hib) gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe cộng đồng, gây ra 90% các bệnh nhiễm khuẩn nặng do vi khuẩn *Haemophilus influenzae*. Vi khuẩn Hib là một trong những nguyên nhân chính gây viêm phổi nặng, viêm màng não và các bệnh xâm lấn khác ở trẻ em dưới 5 tuổi. Vi khuẩn ký sinh ở niêm mạc đường hô hấp trực tiếp từ người này sang người khác trong những giọt nước bọt qua ho, hắt hơi. Trẻ bị nhiễm có thể mang vi khuẩn Hib trong mũi và họng mà không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng gì của bệnh nhưng vẫn có thể gây bệnh cho người khác.

2.8. Bệnh sởi:

Là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus sởi gây nên, lây theo đường hô hấp. Sởi là nguyên nhân quan trọng gây tử vong ở trẻ em trên toàn cầu, mặc dù đã có vắc xin phòng bệnh an toàn và hiệu quả. Hơn 95% bệnh sởi tử vong xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và cơ sở hạ tầng y tế yếu kém. Bệnh dễ lây và có khả năng gây thành dịch lớn. Trường hợp mắc sởi nặng thường xảy ra ở trẻ em suy dinh dưỡng, đặc biệt trẻ thiếu vitamin A, những người sống trong điều kiện đông đúc, suy giảm hệ miễn dịch.

2.9. Bệnh Viêm não Nhật Bản:

Là bệnh viêm não do virus viêm não Nhật Bản. Bệnh lưu hành hầu hết các nước khu vực châu Á, các quốc đảo thuộc khu vực Tây Thái Bình Dương và một phần nhỏ ở miền nam nước Úc. Mặc dù bệnh hầu hết xảy ra ở trẻ em nhưng vẫn có thể gặp ở mọi lứa tuổi, đặc biệt khi virus mới xâm nhập đến địa phương nơi mà người

dân chưa có miễn dịch. Virus tồn tại chủ yếu ở các loài chim hoang dại (chim liếc, diều ...) và gia súc (lợn, ngựa ...). Miễn dịch sau mắc bệnh là miễn dịch bền vững.

2.10. Bệnh tả:

Là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do phẩy khuẩn tả (*Vibrio cholerae*) gây ra, lây truyền theo đường tiêu hóa. Bệnh có biểu hiện lâm sàng là ỉa lỏng và nôn nhiều lần, nhanh chóng dẫn đến mất nước - điện giải, trụy tim mạch, suy kiệt dẫn đến tử vong nếu không được điều trị kịp thời. Bệnh được xếp vào loại bệnh “tối nguy hiểm”.

2.11. Bệnh thương hàn:

Do vi khuẩn *Salmonella* gây bệnh theo đường tiêu hóa. Biểu hiện triệu chứng nhiễm trùng, nhiễm độc nặng kèm theo rối loạn tiêu hóa và li bì. Có thể dẫn đến biến chứng xuất huyết tiêu hóa, hoại tử ruột nếu không được điều trị.

2.12. Bệnh Rubella

Là bệnh truyền nhiễm do virus rubella gây ra ở trẻ em và người lớn. Hội chứng rubella bẩm sinh (CRS) là một nhóm các dị tật bẩm sinh xảy ra khi thai nhi bị nhiễm virus rubella. Khi bị nhiễm virus rubella trong thời kỳ đầu của thai kỳ, 90% thai nhi có nguy cơ bị mắc hội chứng rubella bẩm sinh, có thể dẫn đến thai chết lưu hoặc xảy thai. Các dị tật bẩm sinh thường gặp nhất là điếc, hoặc các dị tật ở mắt, tim, não. Bệnh chủ yếu lây theo đường hô hấp bởi các hạt trong không khí khi người mang mầm bệnh hắt hơi hoặc ho, lây truyền cho thai nhi qua rau thai khi người mẹ mang thai trong 3 tháng đầu của thời kỳ mang thai.

3. Vắc xin

3.1. Khái niệm vắc xin:

Vắc xin là những kháng nguyên được sản xuất từ vi khuẩn, virus, mảnh vi sinh vật hoặc các chất bài tiết của chúng đã làm mất khả năng gây bệnh nhưng còn tính kháng nguyên.

Thành phần của vắc xin gồm: Kháng nguyên đặc hiệu, nước, muối đệm, chất bảo quản (như thiomersal hoặc phenol), chất ổn định (sorbitol và hydrolysed gelatin trong vắc xin sởi - quai bị - rubella hoặc $MgCl_2$ trong vắc xin bại liệt uống), tá chất (muối nhôm trong vắc xin uốn ván, DPT). Ngoài ra có thể có các thành phần khác như: chất tồn dư của môi trường nuôi cấy (tổ chức não chuột trong vắc xin dại Fluenzalida), kháng sinh neomycin, streptomycin trong vắc xin bại liệt tiêm.

3.2. Phân loại vắc xin

Vắc xin sống: Vắc xin dễ bị hỏng hoặc giảm hiệu lực bởi những tác nhân lý hóa (nhiệt độ cao, ánh sáng, hóa chất...). Vắc xin có thể gây phản ứng với người tiêm chủng bị suy giảm miễn dịch. Ví dụ: vắc xin lao, bại liệt uống, sởi, quai bị, rubella...

Vắc xin chết (bất hoạt): được sản xuất từ các vi sinh vật đã bị giết chết bằng phương pháp vật lý hoặc hóa học. Các kháng nguyên này chủ yếu kích thích đáp ứng miễn dịch thể. Ví dụ: vắc xin ho gà toàn tế bào, tả, cúm, viêm não Nhật Bản, bại liệt tiêm...

Vắc xin giải độc tố: được sản xuất từ ngoại độc tố của vi khuẩn sinh ngoại độc tố bằng cách làm mất độc tính nhưng vẫn giữ được tính kháng nguyên. Ví dụ: vắc xin bạch hầu, vắc xin uốn ván.

Vắc xin tinh chế: chứa kháng nguyên được chiết tách từ vi sinh vật. Những kháng nguyên đã được chiết tách để làm vắc xin như polysaccharid của màng não cầu, polysaccharid của phế cầu, polysaccharid của H.influenzae type b...

Vắc xin tái tổ hợp: bằng công nghệ sinh học hiện đại, gen mã hóa cho kháng nguyên vi sinh vật cần có để làm vắc xin được tách và tái tổ hợp vào E.coli hoặc một dòng tế bào thích hợp. Trong điều kiện tối ưu, những tế bào này sẽ sản xuất loại kháng nguyên đó. Ví dụ: vắc xin tái tổ hợp được sản xuất như vắc xin tả, vắc xin thương hàn, vắc xin viêm gan B...

3.3. Tiêu chuẩn của vắc xin

Hai tiêu chuẩn cơ bản nhất của vắc xin là an toàn và hiệu lực.

3.3.1. An toàn

Một vắc xin lý tưởng khi sử dụng sẽ không gây bệnh, không gây độc và không gây phản ứng. Sau khi sản xuất vắc xin phải được cơ quan kiểm định nhà nước kiểm tra chặt chẽ về mặt vô trùng, thuần khiết và không độc.

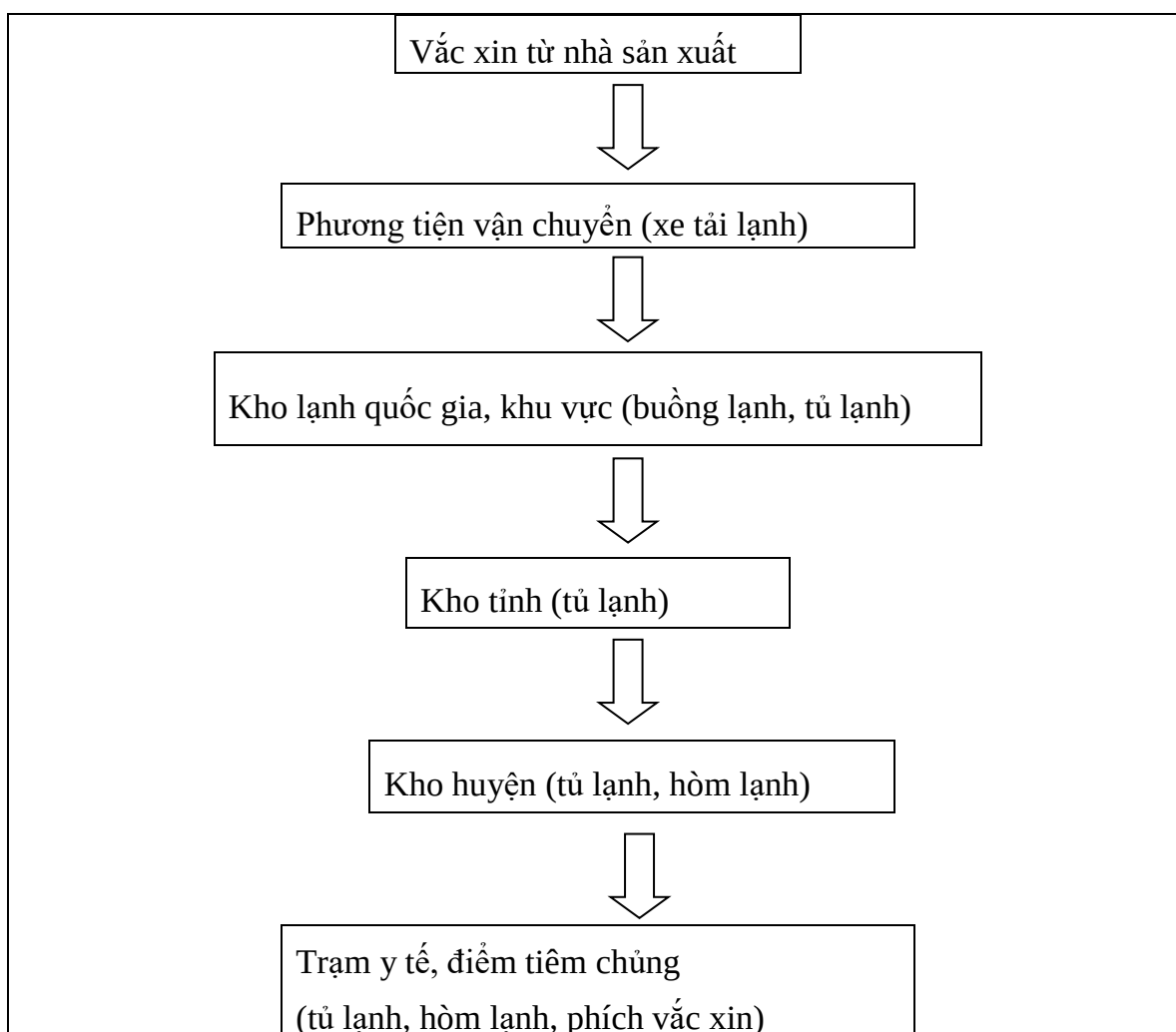
- + Vô trùng: vắc xin không được nhiễm các vi sinh vật khác.
- + Thuần khiết: không được các thành phần khác có thể gây ra phản ứng.
- + Không độc: liều sử dụng phải thấp hơn rất nhiều so với liều gây độc.

3.3.2. Hiệu lực

Vắc xin có hiệu lực lớn là vắc xin gây được miễn dịch ở mức độ cao và tồn tại lâu. Hiệu lực gây miễn dịch của vắc xin trước hết được đánh giá trên động vật thí nghiệm, sau đó trên thực địa.

3.4. Hệ thống dây truyền lạnh

Dây truyền lạnh là một hệ thống thiết bị nhằm bảo quản và vận chuyển vắc xin theo đúng nhiệt độ quy định từ nhà sản xuất đến người sử dụng bao gồm buồng lạnh, xe lạnh, tủ lạnh, tủ đá, hòm lạnh, phích vắc xin.



Hình 1. Sơ đồ dây truyền lạnh bảo quản vắc xin

Vắc xin là một sản phẩm sinh học rất nhạy cảm. Một số vắc xin nhạy cảm với nhiệt độ đông băng, một số thì nhạy cảm với ánh sáng hoặc nhiệt độ cao. Hiệu lực vắc xin là khả năng tạo miễn dịch bảo vệ cho người được tiêm chủng, hiệu lực vắc xin có thể giảm khi vắc xin được bảo quản trong nhiệt độ không phù hợp. Khi đã giảm hiệu lực, vắc xin không thể phục hồi lại được. Để đảm bảo chất lượng, vắc xin phải luôn được bảo quản ở nhiệt độ phù hợp trong dây truyền lạnh theo quy định tại cơ sở tiêm chủng, không bảo quản chung với các sản phẩm khác. Vắc xin phải được theo dõi các thông tin về nhiệt độ, điều kiện bảo quản hàng ngày.

Vắc xin	Kho các tuyến				
	Quốc gia	Khu vực	Tỉnh	Huyện	Trạm y tế, BV
	12 tháng	12 tháng	6 tháng	3 tháng	01 tháng
OPV	Bảo quản ở nhiệt độ -15°C đến -25°C nhưng có thể bảo quản ở nhiệt độ từ -15°C đến -25°C nếu không đủ chỗ			Bảo quản ở nhiệt độ $+2^{\circ}\text{C}$ đến $+8^{\circ}\text{C}$	
BCG					
Sởi					
MR					

Viêm gan B	Bảo quản ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C, không được để đông băng
DPT	
DT/TT/Td	
DPT-VGB-Hib	

Vắc xin nhạy cảm với nhiệt độ cao như vắc xin bại liệt, vắc xin đông khô sau khi pha hồi chỉnh (sởi, rubella, quai bị...).

Chú ý: thông tin về tính ổn định nhiệt độ với các vắc xin đông khô chỉ sử dụng đối với lọ vắc xin chưa mở, hầu hết các vắc xin đông khô nhanh chóng mất hiệu lực sau khi pha hồi chỉnh. Các lọ vắc xin nhiều liều đã mở dù là vắc xin đông khô hay dung dịch đều cần bảo quản ở nhiệt độ từ +2⁰C đến +8⁰C trong suốt buổi tiêm chủng và chỉ được sử dụng trong vòng 4 giờ sau khi mở.

Vắc xin nhạy cảm với nhiệt độ đông băng như viêm gan B, Hib dung dịch, IPV, DPT, Uốn ván...

Vắc xin nhạy cảm với ánh sáng như BCG, sởi, MR. Những vắc xin này thường được đóng trong các lọ tối màu và được bảo quản trong hộp càng lâu càng tốt trong quá trình bảo quản và vận chuyển để hạn chế bị hỏng do ánh sáng

3.5. Vắc xin trong Chương trình TCMR

1. Vắc xin lao (BCG)	
Loại vắc xin	Vắc xin sống giảm độc lực
Số liều	1
Lịch tiêm	Sơ sinh tiêm càng sớm càng tốt
Chống chỉ định	Nhiễm HIV hoặc suy giảm miễn dịch
Liều lượng/đường tiêm	0,1ml/tiêm trong da
Vị trí tiêm	Vùng cơ Delta tay trái
Bảo quản	- ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng dung môi - Dung dịch hồi chỉnh sử dụng trong 4h
2. Vắc xin viêm gan B	
Loại vắc xin	Vắc xin tái tổ hợp
Số liều	1
Lịch tiêm	Trong 24h sau sinh
Chống chỉ định	Sốc phản vệ hoặc quá mẫn với lần tiêm trước
Liều lượng/đường tiêm	0,5ml/tiêm bắp
Vị trí tiêm	Mặt ngoài giữa đùi
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng vắc xin

3. Vắc xin bại liệt (OPV)	
Loại vắc xin	Vắc xin sống giảm độc lực
Số liều	3
Lịch tiêm	Đủ 2,3,4 tháng tuổi
Chống chỉ định	Sốc phản vệ hoặc quá mẫn với lần tiêm trước
Liều lượng/đường tiêm	2 giọt/uống
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Vắc xin không bị hỏng bởi nhiệt độ đông băng.
4. Vắc xin DPT-VGB-Hib (Quivaxem)	
Loại vắc xin	Phối hợp (giải độc tố bạch hầu, giải độc tố uốn ván, vi khuẩn ho gà bất hoạt, vắc xin viêm gan B tái tổ hợp, vắc xin Hib tinh chế)
Số liều	3
Lịch tiêm	Đủ 2,3,4 tháng
Chống chỉ định	Sốc phản vệ hoặc quá mẫn với lần tiêm trước
Liều lượng/đường tiêm	0,5ml/tiêm bắp sâu
Vị trí tiêm	Mặt ngoài giữa đùi
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng vắc xin
5. Vắc xin sởi	
Loại vắc xin	Vắc xin sống giảm độc lực
Số liều	1
Lịch tiêm	Đủ 9 tháng
Chống chỉ định	Phụ nữ có thai
Liều lượng/đường tiêm	0,5ml/tiêm dưới da
Vị trí tiêm	Mặt ngoài trên cánh tay
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Dung dịch hồi chỉnh sử dụng trong 4h - Tránh ánh sáng
6. Vắc xin viêm não Nhật Bản	
Loại vắc xin	Vắc xin chết bất hoạt
Số liều	3
Lịch tiêm	12 tháng, 1 tuần sau, 1 năm sau
Chống chỉ định	Sốc phản vệ hoặc quá mẫn với lần tiêm trước

Liều lượng/đường tiêm	0,5ml trẻ <36 tháng, 1ml trẻ >36tháng/tiêm dưới da
Vị trí tiêm	Mặt ngoài trên cánh tay
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng vắc xin
7. Vắc xin MR (Sởi-Rubella)	
Loại vắc xin	Vắc xin sống giảm độc lực
Số liều	1
Lịch tiêm	18 tháng
Chống chỉ định	Phụ nữ có thai
Liều lượng/đường tiêm	0,5ml/tiêm dưới da
Vị trí tiêm	Mặt trước bên của 1/3 trên bắp đùi ở trẻ mới biết đi hoặc 1/3 ngoài trên cánh tay ở trẻ lớn
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Dung dịch hồi chỉnh sử dụng tối đa trong 4h - Tránh ánh sáng
8. Vắc xin DPT	
Loại vắc xin	Vắc xin phối hợp bất hoạt
Số liều	1
Lịch tiêm	18 tháng
Chống chỉ định	Sốc phản vệ hoặc quá mẫn với lần tiêm trước
Liều lượng/đường tiêm	0,5ml/tiêm bắp
Vị trí tiêm	Mặt ngoài giữa đùi
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng vắc xin
9. Vắc xin tả	
Loại vắc xin	Vắc xin chết bất hoạt toàn tế bào
Số liều	2
Lịch tiêm	Khoảng cách giữa 2 liều 10-14 ngày
Chống chỉ định	Đang mắc các bệnh nhiễm trùng đường ruột cấp tính
Liều lượng/đường tiêm	1,5ml/uống
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng vắc xin
10. Vắc xin thương hàn	

Loại vắc xin	Làm từ polysaccharid của vỏ vi khuẩn
Số liều	1
Lịch tiêm	Trẻ từ 2 tuổi
Chống chỉ định	- Trẻ em dưới 2 tuổi - Phụ nữ đang mang thai
Liều lượng/đường tiêm	0,5ml/tiêm bắp
Vị trí tiêm	Mặt ngoài giữa đùi (trẻ nhỏ) hoặc mặt ngoài trên cánh tay trẻ lớn
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng vắc xin
11. Vắc xin uốn ván (TT)	
Loại vắc xin	Giải độc tố
Số liều	Tối thiểu 2 liều cơ bản
Chống chỉ định	Phản ứng quá mẫn với lần tiêm trước
Liều lượng/đường tiêm	0,5ml/tiêm bắp
Vị trí tiêm	Mặt ngoài phần trên cánh tay
Bảo quản	- Ở nhiệt độ +2 ⁰ C đến +8 ⁰ C - Không để đông băng vắc xin

4. Tiêm chủng

4.1. Khái niệm:

Tiêm chủng là việc sử dụng các hình thức khác nhau để đưa vào cơ thể một hay nhiều kháng nguyên (vắc xin) với mục đích tạo miễn dịch chủ động phòng bệnh cho người và động vật

Tiêm chủng loại nào chỉ có tác dụng phòng loại bệnh đó.

4.2. Các nguyên tắc tiêm chủng

Để gây được miễn dịch chủ động nhân tạo để phòng một bệnh có hiệu quả, ngăn ngừa một số tai biến có thể xảy ra công tác tiêm chủng phải đảm bảo các nguyên tắc sau:

4.2.1. Đảm bảo vô trùng

- Lý do phải đảm bảo vô trùng:

Nếu không vô trùng, có thể gây nhiễm trùng tại chỗ, gây nhiễm trùng huyết hoặc làm lây truyền các bệnh lây theo đường máu: Viêm gan virus B, HIV ...

- Đảm bảo vô trùng như sau:

+ Buồng tiêm: rộng rãi, thoáng sạch, theo nguyên tắc một chiều.

+ Dụng cụ: tuyệt đối vô khuẩn (luộc, hấp), kim sắc nhỏ không han gỉ, có bông cotton để sát khuẩn nơi tiêm.

+ Vắc xin: kiểm tra hạn dùng, chất lượng (xem có hiện tượng bất thường như đông vón, thay đổi màu sắc ...)

+ Nhân viên: có áo, mũ, khẩu trang, rửa tay sạch sẽ, được tham gia tập huấn về tiêm chủng, thực hiện đúng nguyên tắc, kỹ thuật tiêm chủng.

4.2.2. *Đúng thời gian*

- Kháng nguyên đưa vào cơ thể phải sau 7 - 15 ngày miễn dịch mới được hình thành. Do vậy việc tiêm chủng phải đón trước được các mùa phát dịch để có đủ thời gian hình thành miễn dịch.

- Đối với những vắc xin tạo miễn dịch cơ bản phải tiêm chủng nhiều lần, khoảng cách hợp lý giữa các lần là một tháng.

- Thời gian tiêm chủng nhắc lại tùy thuộc vào thời gian duy trì được tình trạng miễn dịch có đủ hiệu lực bảo vệ của mỗi loại vắc xin.

4.2.3. *Đúng liều lượng, đúng khoảng cách.*

- Kháng nguyên đưa vào cơ thể phải đủ liều quy định mới kích thích cơ thể sinh kháng thể để phòng bệnh, nếu ít quá sẽ không đủ gây được miễn dịch, nếu nhiều quá có thể gây tác hại cho cơ thể.

- Thời gian tồn tại miễn dịch dài ngắn tùy theo từng loại bệnh, miễn dịch không mất đi đột ngột mà giảm từ từ do vậy khoảng cách giữa các mũi tiêm để gây miễn dịch cơ bản hoặc duy trì miễn dịch cơ bản phải được thực hiện đúng.

- Khoảng cách giữa các mũi tiêm là khoảng cách tối thiểu. Không tiêm vắc xin trước thời gian tối thiểu cho những lần tiêm tiếp sau.

- Nếu trẻ thiếu mũi tiêm chủng, cần tiêm chủng mũi tiếp theo càng sớm càng tốt, không cần phải tiêm lại từ đầu.

4.2.4. *Đúng đường, đúng kỹ thuật:*

Mỗi loại vắc xin đòi hỏi một cách thức chủng ngừa thích hợp.

- Đường tiêm: tùy loại vắc xin có thể tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp, không tiêm vắc xin theo đường tĩnh mạch.

- Đường uống: là đường đưa vắc xin vào cơ thể dễ thực hiện nhất. Tuy nhiên chỉ thực hiện đối với những vắc xin không bị dịch đường tiêu hóa phá hủy.

- Vắc xin còn được đưa vào cơ thể bằng đường chủng (rạch da), ngậm dưới lưỡi, khí dung, thụt đại tràng...những đường này ít được sử dụng.

4.2.5. *Đúng đối tượng, đúng chỉ định*

- Đối tượng cần được tiêm chủng là tất cả những người có nguy cơ nhiễm vi sinh vật gây bệnh mà chưa có miễn dịch. Trẻ em là đối tượng cần được tiêm chủng rộng rãi vì sau khi hết miễn dịch do mẹ truyền, nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng là rất lớn. Đối với người lớn đối tượng tiêm chủng thu hẹp hơn. Thường chỉ tiến hành tiêm chủng cho nhóm người có nguy cơ cao. Những người du lịch đến các vùng có lưu hành dịch cần phải được tiêm chủng.

- Có thể tiêm chủng nhiều loại vắc xin trong cùng một buổi tiêm nhưng nên ở các vị trí và đường khác nhau.

- Để tạo được miễn dịch cộng đồng, ngăn chặn dịch có thể xảy ra, tiêm chủng phải đảm bảo diện rộng. Tối thiểu phải có 80% số đối tượng trong diện tiêm chủng được sử dụng vắc xin.

4.3. Các trường hợp chống chỉ định và tạm hoãn tiêm chủng.

4.3.1. Trẻ em ≥ 1 tháng tuổi

* Các trường hợp chống chỉ định.

- Có tiền sử sốc hoặc phản ứng nặng sau tiêm chủng vắc xin lần trước (có cùng thành phần): sốt cao trên 39°C kèm co giật hoặc dấu hiệu não/màng não, tím tái, khó thở.

- Suy giảm miễn dịch (bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh, trẻ nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng IV hoặc có biểu hiện suy giảm miễn dịch nặng) chống chỉ định tiêm chủng các vắc xin sống giảm độc lực.

- Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

* Các trường hợp tạm hoãn

- Đối với cơ sở tiêm chủng ngoài bệnh viện:

+ Có tình trạng suy chức năng các cơ quan (như suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy tim, suy thận, suy gan, hôn mê...). Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

+ Mắc các bệnh cấp tính, các bệnh nhiễm trùng. Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

+ Sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách).

+ Trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng (trừ kháng huyết thanh viêm gan B): tạm hoãn tiêm chủng vắc xin sống giảm độc lực.

+ Trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) liều cao (trương đương prednison $\geq 2\text{mg/kg/ngày}$), hóa trị, xạ trị trong vòng 14 ngày: tạm hoãn tiêm chủng vắc xin sống giảm độc lực.

+ Trẻ có cân nặng dưới 2000g: chuyển khám sàng lọc và tiêm chủng tại bệnh viện.

+ Có tiền sử phản ứng tăng dần sau các lần tiêm chủng trước của cùng loại vắc xin (ví dụ: lần đầu không sốt, lần sau sốt cao trên 39°C ...): chuyển khám sàng lọc và tiêm chủng tại bệnh viện.

+ Mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu, ung thư chưa ổn định: chuyển khám sàng lọc và tiêm chủng tại bệnh viện.

+ Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

- Đối với cơ sở tiêm chủng tại bệnh viện:

+ Có tình trạng suy chức năng các cơ quan (như suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy tim, suy thận, suy gan, hôn mê...). Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

- + Trẻ mắc các bệnh cấp tính, các bệnh nhiễm trùng. Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.
- + Trẻ sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách).
- + Trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng (trừ kháng huyết thanh viêm gan B): tạm hoãn tiêm chủng vắc xin sống giảm độc lực.
- + Trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) liều cao (tương đương prednison $\geq 2\text{mg/kg/ngày}$), hóa trị, xạ trị trong vòng 14 ngày: tạm hoãn tiêm chủng vắc xin sống giảm độc lực.
- + Trẻ mắc các bệnh tim bẩm sinh hoặc mạn tính kèm theo tăng áp lực động mạch phổi ($\geq 40\text{mmHg}$).
- + Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

4.3.1. Trẻ sơ sinh

* Các trường hợp chống chỉ định:

- Không tiêm vắc xin BCG cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV mà mẹ không được điều trị dự phòng tốt lây truyền từ mẹ sang con.
- Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

* Các trường hợp tạm hoãn:

- Đối với cơ sở tiêm chủng ngoài bệnh viện:

+ Có tình trạng suy chức năng các cơ quan (như suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy tim, suy thận, suy gan, hôn mê...).Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

+ Trẻ mắc các bệnh cấp tính, các bệnh nhiễm trùng. Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.

+ Trẻ sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách). Tiêm chủng khi thân nhiệt của trẻ ổn định.

+ Trẻ có cân nặng dưới 2000g: chuyển khám sàng lọc và tiêm chủng tại bệnh viện.

+ Trẻ sinh non có tuổi thai < 34 tuần: Nếu mẹ có HBsAg (-) tạm hoãn tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh, tiêm chủng khi trẻ đủ 34 tuần tuổi (tính cả tuổi thai). Nếu mẹ có HBsAg (+) hoặc mẹ không xét nghiệm chuyển khám sàng lọc và tiêm chủng tại bệnh viện.

+ Trẻ sinh non có tuổi thai < 34 tuần tạm hoãn tiêm vắc xin BCG. Tiêm chủng khi trẻ đủ 34 tuần tuổi (tính cả tuổi thai).

+ Mắc các bệnh bẩm sinh hoặc bệnh mạn tính ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, tiết niệu, máu, thần kinh, ung thư chưa ổn định: chuyển khám sàng lọc và tiêm chủng tại bệnh viện.

+ Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

- Đối với cơ sở tiêm chủng tại bệnh viện:

- + Trẻ có chỉ định cấp cứu. Tiêm chủng khi sức khỏe của trẻ ổn định.
- + Trẻ sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách), tiêm chủng khi thân nhiệt của trẻ ổn định.
- + Trẻ có tuổi thai < 28 tuần. Tiêm chủng vắc xin viêm gan B khi trẻ đủ 28 tuần tuổi (tính cả tuổi thai).
- + Trẻ có tuổi thai < 34 tuần tạm hoãn tiêm vắc xin BCG. Tiêm chủng khi trẻ đủ 34 tuần tuổi (tính cả tuổi thai).
- + Trẻ có cân nặng $< 2000\text{g}$ mà mẹ có HbsAg (-). Trường hợp mẹ có HbsAg (+) hoặc không xét nghiệm cho mẹ thì cần tiêm vắc xin viêm gan B cho trẻ.
- + Trẻ mắc các bệnh tim bẩm sinh có tăng áp lực động mạch phổi ($\geq 40\text{mmHg}$).
- + Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

* Các trường hợp cần khám sàng lọc và tiêm chủng tại bệnh viện:

Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng tại các cơ sở tiêm chủng ngoài bệnh viện cần chuyển tuyến để được khám sàng lọc, tiêm chủng tại bệnh viện:

- Trẻ có cân nặng $< 2000\text{g}$ và mẹ có HBsAg (+) hoặc mẹ không xét nghiệm.
- Trẻ có tuổi thai < 34 tuần và mẹ có HBsAg (+) hoặc mẹ không xét nghiệm.
- Trẻ mắc các bệnh bẩm sinh ở tim, phổi, hệ thống tiêu hóa, gan, thận, máu, thần kinh, ung thư, chưa ổn định.

5. Tổ chức tiêm chủng

5.1. Chuẩn bị buổi tiêm chủng

5.1.1. Lập kế hoạch tổ chức buổi tiêm chủng

- Xác định số buổi tiêm (dựa vào số cháu, địa hình, số lượng cán bộ y tế ...)
- Lập danh sách đối tượng tiêm chủng.
- Báo cáo chính quyền, thông báo, ghi phiếu hẹn cho các đối tượng.
- Phân công nhân viên trong buổi tiêm.
- Phối hợp với các tổ chức để hỗ trợ như hội phụ nữ, đoàn thanh niên.
- Cử người đi lấy vắc xin
- Chuẩn bị công tác vô trùng
- Chuẩn bị phòng tiêm, bàn tiêm v.v...

5.1.2. Chuẩn bị địa điểm tiêm

Điểm tiêm chủng lý tưởng là:

- Dễ nhận biết và tiếp nhận.
- Địa điểm tổ chức buổi tiêm chủng cố định tại một điểm.
- Điểm tiêm chủng được bố trí ở khu vực sạch sẽ, tránh nắng, mưa và bụi.
- Có mái che để các đối tượng có chỗ chờ trước khi tiêm chủng.

- Đủ diện tích bố trí các khu vực: khu vực chờ trước tiêm chủng, khám sàng lọc và tư vấn trước tiêm chủng, khu vực tiêm chủng, khu vực theo dõi và xử trí phản ứng sau tiêm.

- Đủ yên tĩnh để các cán bộ y tế có thể hỏi và tư vấn.

5.1.3. Chuẩn bị dụng cụ

Những dụng cụ cơ bản cần thiết trong buổi tiêm chủng

- Hộp chống sốc để xử trí cấp cứu chống sốc có thể gặp sau tiêm chủng.

- Thùng chứa nước, chậu, xà phòng, khăn rửa và lau tay.

- Dụng cụ cắt ống thuốc.

- Phiếu/sổ tiêm chủng cá nhân

- Sổ theo dõi tiêm chủng của trẻ em, phụ nữ.

- Các bảng, biểu mẫu ghi chép cần thiết.

- Bơm kim tiêm, bông và băng dính.

- Giấy, bút bi và bút chì.

- Bàn, ghế.

5.1.4. Chuẩn bị vắc xin và các vật tư tiêm chủng

- Đối với tiêm chủng tại trạm y tế, tính toán số liều vắc xin cần thiết dựa vào số trẻ đến lịch và quá lịch tiêm chủng.

- Đảm bảo đủ bơm kim tiêm và hộp an toàn.

- Đảm bảo sử dụng đúng bình tích lạnh và phích vắc xin.

5.2. Truyền thông

- Thông báo cho người được tiêm hoặc cha mẹ, người giám hộ của trẻ về loại vắc xin được tiêm chủng lần này để phòng bệnh gì và số liều (mũi) cần tiêm.

- Tư vấn cho gia đình, người được tiêm chủng về tác dụng, lợi ích của việc sử dụng vắc xin và những phản ứng có thể gặp sau tiêm chủng.

- Giải thích những phản ứng có thể xảy ra sau tiêm chủng gồm phản ứng thường gặp như sốt nhẹ, sưng đau và các phản ứng nặng hơn như sốc phản vệ, sốt cao co giật.

- Hướng dẫn cách chăm sóc, theo dõi sau khi tiêm chủng.

- Tiếp tục theo dõi người được tiêm chủng tại nhà ít nhất 24 giờ sau tiêm chủng về các dấu hiệu sau: toàn trạng, tinh thần, ăn, ngủ, thở, phát ban, phản ứng tại chỗ tiêm...Nếu trẻ tiêm chủng có biểu hiện sốt, cần phải cặp nhiệt độ và theo dõi sát, dùng thuốc hạ sốt theo chỉ dẫn của cán bộ y tế.

- Không đắp bất cứ thứ gì lên vị trí tiêm.

- Cần đưa ngay trẻ được tiêm chủng tới bệnh viện hoặc cơ sở y tế nếu sau tiêm chủng có những dấu hiệu sau: sốt cao, bỏ bú, li bì, co giật, quấy khóc kéo dài, khó thở, tím tái, phát ban và các biểu hiện bất thường khác hoặc khi phản ứng thông thường kéo dài trên 1 ngày.

- Nếu cha mẹ không yên tâm về sức khỏe của con mình sau khi tiêm chủng có thể đến gặp cán bộ y tế để được khám và tư vấn.

5.3. Khám phân loại và chỉ định tiêm chủng

Khi trẻ tới trạm y tế, các cán bộ y tế cần khám sàng lọc và chỉ định các loại vắc xin tiêm chủng cho trẻ lần này. Các bước cần thực hiện:

- Xem phiếu tiêm chủng để biết tuổi, các loại vắc xin trẻ đã được tiêm chủng.
- Xác định loại vắc xin cần được tiêm cho trẻ trong lần này.
- Đánh giá những chống chỉ định của tiêm chủng.

5.4. Tiêm chủng

5.4.1. Chuẩn bị trước tiêm chủng

- Rửa tay với xà phòng, nước sạch và lau khô tay.
- Đảm bảo bàn làm việc sạch sẽ.
- Chuẩn bị vắc xin trước khi tiêm chủng cho từng đối tượng, không hút sẵn vắc xin vào bơm kim tiêm.

5.4.2. Pha hồi chỉnh vắc xin

- Pha hồi chỉnh vắc xin đông khô: Vắc xin đông khô cần pha hồi chỉnh trước khi tiêm. Chỉ pha hồi chỉnh vắc xin khi có người được tiêm chủng và đã sẵn sàng tiêm chủng. Các bước pha hồi chỉnh vắc xin.

Bước 1: Kiểm tra nhãn của dung môi và vắc xin để đảm bảo dung môi của đúng nhà sản xuất, đúng loại vắc xin. Không dùng dung môi của vắc xin này pha cho vắc xin khác, không dùng nước cất thay thế cho dung môi.

Bước 2: Kiểm tra hạn sử dụng của dung môi và vắc xin để đảm bảo còn hạn. Dung môi phải được bảo quản lạnh ở nhiệt độ 2 đến 8°C trước khi pha hồi chỉnh.

Bước 3: Mở ống dung môi và vắc xin: Mở phần giữa của nắp lọ vắc xin hay lọ dung môi nơi có vòng tròn nhỏ, hoặc dùng cưa để mở.

Bước 4: Sử dụng một bơm kim tiêm (5ml) vô trùng cho mỗi lần pha hồi chỉnh. Hút toàn bộ dung môi trong lọ vào bơm kim tiêm vô trùng sau đó bơm toàn bộ dung môi vào lọ/ống vắc xin. Trộn dung môi và vắc xin bằng cách hút từ từ dung môi vào bơm tiêm sau đó bơm trở lại một vài lần cho đến khi bột vắc xin tan hết. Không lưu kim tiêm trên nắp lọ vắc xin. Bỏ bơm và kim tiêm pha hồi chỉnh vào hộp an toàn sau khi đã sử dụng.

Bước 5: Vắc xin sau khi pha hồi chỉnh bảo quản trên miếng xốp trong phích vắc xin. Sử dụng 1 bơm kim tiêm tự khóa để hút vắc xin và sử dụng chính bơm kim tiêm đó để tiêm vắc xin cho đối tượng.

Bước 6: Hủy bỏ tất cả vắc xin đã pha hồi chỉnh ngay cuối buổi tiêm chủng trong vòng 4 giờ đối với vắc xin sởi, BCG hoặc theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

5.4.3. Thực hiện tiêm chủng

Bước 1: Rửa tay bằng nước sạch và xà phòng.

Bước 2: Kiểm tra lọ/ống vắc xin: loại vắc xin/dung môi, tình trạng của lọ/ống, màu sắc, nhãn, chỉ thị nhiệt độ, hạn sử dụng. Đưa cho người được tiêm chủng hoặc cha mẹ, người giám hộ của trẻ xem lọ vắc xin trước khi tiêm chủng.

Bước 3: Lắc lọ vắc xin. Không chạm vào nút cao su.

Bước 4: Mở lọ/ống vắc xin.

Bước 5: Đâm kim tiêm vào và dốc ngược lọ vắc xin lên để lấy vắc xin.

Bước 6: Lấy đủ liều tiêm đối với từng loại.

Bước 7: Đẩy pít tông đuổi khí trong bơm tiêm.

Bước 8: Tiêm vắc xin thực hiện 5 đúng (Đúng người được tiêm, đúng vắc xin, đúng đường, đúng liều, đúng thời điểm).

5.5. Những công việc sau khi tiêm

- Thông kê:
 - + Số trẻ tiêm từng loại vắc xin.
 - + Số trẻ (đối tượng) không tiêm.
- Tiến hành tiêm vét
- Ghi sổ sách theo mẫu tiêm chủng
- Hủy bỏ vắc xin thừa
- Lau rửa dụng cụ tiêm chủng → bảo quản
- Lập dự trù cho tháng tới.
- Báo cáo lên cấp trên về kết quả tiêm chủng, lượng vắc xin đã dùng
- + Tỷ lệ tiêm chủng từng loại vắc xin:

$$= \frac{\text{Số trẻ được tiêm (từng loại)}}{\Sigma \text{ số cháu phải tiêm}} \times 100$$

- + Tỷ lệ hao phí vắc xin:

$$= \frac{\text{Số liều vắc xin lĩnh - số trẻ được tiêm}}{\text{Số liều vắc xin lĩnh}} \times 100$$

- Hợp rút kinh nghiệm
- Xử trí các trường hợp tai biến.

Nội dung thực hành:

Gia đình chị Hiền có cháu đến đợt tiêm vaccine, tuy nhiên, chị Hiền nghe nói có một số trẻ sai tiêm vaccine 5.1 về bị sốt cao hơn 39 độ C và quấy khóc kéo dài. Chị lo lắng không muốn cho cháu đi tiêm chủng mở rộng theo lịch

Anh chị hãy thảo luận nhóm, bằng phương pháp đóng vai trả lời câu hỏi sau:

Là y sỹ làm việc tại trạm, anh chị hãy:

1. Giải thích cho chị Hiền về vaccine Combe five để chị yên tâm tiêm cho cháu
2. Phân công các thành viên trong nhóm chuẩn bị buổi tiêm chủng mở rộng tại xã.

Câu hỏi lượng giá:

Câu 1: Mục tiêu của chương trình tiêm chủng mở rộng là:

- A. Duy trì việc bảo vệ thành quả thanh toán bại liệt và loại trừ uốn ván rốn sơ sinh
- B. Từ năm 2006 vac xin viêm gan B được coi là vac xin dịch vụ trong tiêm chủng cho tất cả trẻ em
- C. Không cần sự giúp đỡ của các chính phủ và các tổ chức quốc tế vì người dân có khả năng tự chi trả.
- D. Duy trì tỷ lệ tiêm chủng đầy đủ các loại vac xin cơ bản cho trẻ em dưới 1 tuổi đạt từ 60% trở lên trong quy mô huyện

Câu 2: Mục đích của tiêm chủng mở rộng là:

- A. Kích thích sự đáp ứng miễn dịch đặc hiệu của cơ thể người đối với từng loại vi khuẩn hoặc virus gây bệnh
- B. Kích thích sự đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu của cơ thể đối với virus gây bệnh
- C. Kích thích sự đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu của cơ thể đối với vi khuẩn gây bệnh
- D. Kích thích sự đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu của cơ thể đối với những vi khuẩn và virus gây bệnh.

Câu 3: Tiêm chủng có đặc điểm:

- A. Là một biện pháp phòng bệnh nhờ miễn dịch thụ động
- B. Có tác dụng ngay sau khi tiêm chủng
- C. Hiệu quả kéo dài suốt đời
- D. Phải theo đúng lịch mới có hiệu quả tốt

Câu 4: Các bệnh có thể tiêm chủng là:

- A. Lao
- B. Sốt rét
- C. Lỵ
- D. Viêm phổi tụ cầu

Câu 5: Lịch tiêm chủng cho trẻ sơ sinh là:

- A. BCG
- B. BH- HG- UV1
- C. Sa bin 1
- D. Sởi

Câu 6: Đường tiêm của vac xin DPT là:

- A. Tiêm trong da
- B. Tiêm dưới da
- C. Tiêm bắp
- D. Tiêm tĩnh mạch

Câu 7 Liều tiêm của vac xin sởi là:

- A. 1 liều
- B. 2 liều
- C. 3 liều
- D. 4 liều

Câu 8: Đường tiêm của vac xin sởi là:

- A. Tiêm trong da
- B. Tiêm dưới da
- C. Tiêm bắp
- D. Tiêm tĩnh mạch

Câu 9: Đường đưa vac xin BCG vào cơ thể là:

- A. Tiêm trong da
- B. Tiêm dưới da
- C. Tiêm bắp
- D. Tiêm tĩnh mạch

Câu 10: Vị trí tiêm của vac xin BCG là:

- A. Vai trái
- B. Vai phải
- C. Mạt trong đùi
- D. Mạt trong cánh tay

Câu 11: Liều lượng tiêm vac xin BCG là:

- A. 0,1ml
- B. 0,2ml

C. 0,3 ml

D. 0,5ml

Câu 12: Các bệnh nằm trong chương trình TCMR là:

A. Bạch hầu

B. Tả

C. Quai bị

D. Tất cả các bệnh trên

Câu 13: vị trí tiêm của vac xin DPT là:

A. Bắp đùi trái

B. Vai trái

C. Dưới da ở cánh tay

D. Bắp cánh tay

Câu 14: vị trí tiêm của vac xin sởi là:

A. Vai trái

B. Dưới da ở cánh tay

C. Bắp cánh tay

D. Bắp đùi phải

Câu 15: vị trí tiêm của vac xin uốn ván là:

A. Bắp đùi trái

B. Dưới da ở cánh tay

C. Bắp đùi phải

D. Bắp cánh tay

Câu 16: Trong quá trình tư vấn cho bà mẹ về tiêm chủng, người cán bộ y tế không nên:

A. Nói cho bà mẹ biết về lợi ích của tiêm chủng

B. Không nói cho các bà mẹ biết tác dụng phụ có thể xảy ra khi tiêm chủng

C. Nhắc bà mẹ đưa con đến tiêm chủng những lần sau

D. Hỏi bà mẹ xem có điều gì cần hỏi thêm sau tiêm cho trẻ không.

Câu 17: Những việc phải làm khi kết thúc buổi tiêm chủng:

- A. Hoàn thành việc vào sổ tiêm chủng
- B. Đánh giá sau buổi tiêm
- C. Báo cáo kết quả tiêm chủng hàng tháng
- D. Cả 3 ý trên

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y Tế (2011), Thông tư số 26/2011/TT-BYT ngày 24/6/2011 Ban hành danh mục bệnh truyền nhiễm, phạm vi và đối tượng phải sử dụng vắc xin, sinh phẩm y tế bắt buộc, Hà Nội.
2. Bộ Y tế. (2014), *Quyết định số 1731/QĐ-BYT về việc ban hành "Hướng dẫn tổ chức buổi tiêm chủng"*.
3. Bộ Y tế (2018), Thông tư số 34/2018/TT-BYT ngày 16/11/2018 về việc ban hành: “Quy định chi tiết một số điều của Nghị định số 104/2016/NĐ-CP ngày 01 tháng 7 năm 2016 của Chính phủ quy định về hoạt động tiêm chủng”
4. Bộ Y tế (2019), Quyết định số 2470/QĐ-BYT ngày 14/6/2019 về việc ban hành hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em.

Bài 10

SÀNG LỌC PHÁT HIỆN BỆNH SỚM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tầm quan trọng của sàng lọc phát hiện sớm bệnh.
2. Trình bày được một số nội dung tầm soát sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng theo nguyên lý y học gia đình.

NỘI DUNG

1. Cơ sở khoa học của sàng lọc, khám sức khỏe định kỳ.

Sàng lọc hay tầm soát trong y học, là một chiến lược được tiến hành trong dân số để xác định sự có mặt của một bệnh chưa được chẩn đoán ở những cá nhân không có dấu hiệu hoặc triệu chứng. Bao gồm các cá nhân có tiền triệu chứng hoặc bệnh không có triệu chứng. Như vậy, các xét nghiệm sàng lọc có phần khác biệt ở chỗ là được thực hiện trên những người lành.

Các can thiệp sàng lọc được thiết kế để phát hiện sớm bệnh trong cộng đồng, do đó cho phép can thiệp và quản lý sớm hơn với hy vọng giảm tỷ lệ tử vong và mắc bệnh. Mặc dù sàng lọc có thể dẫn đến chẩn đoán sớm hơn, nhưng không phải tất cả các xét nghiệm sàng lọc đều được chứng minh là có lợi cho người được sàng lọc; chẩn đoán quá mức, chẩn đoán sai và tạo ra cảm giác an toàn sai lầm là một số tác động bất lợi tiềm tàng của sàng lọc. Ngoài ra, một số xét nghiệm sàng lọc có thể bị lạm dụng quá mức không phù hợp. Với những lý do này, một xét nghiệm được thực hiện trong một chương trình sàng lọc, đặc biệt những bệnh có tỷ lệ mắc thấp, phải có độ nhạy cao bên cạnh tính đặc hiệu được chấp nhận.

Khám sàng lọc cho người dân nên lồng ghép vào các chương trình chăm sóc lâu dài. Đây cũng chính là cơ sở để hình thành khám sức khỏe định kỳ cho từng cá nhân và gia đình.

Các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế cho các bệnh nhân và gia đình của họ có liên quan chặt chẽ đến sức khỏe và hành vi, lối sống từng thành viên trong một gia đình. Như vậy bác sĩ gia đình có thể dự phòng được các nguyên nhân khi thăm khám sức khỏe định kỳ như tư vấn, tiêm chủng, các biện pháp tập luyện, ăn uống tăng cường sức khỏe.

Bác sĩ gia đình tiếp cận với bệnh nhân và gia đình của họ ngay khi có cơ hội như khám sức khỏe định kỳ và khám bệnh kiểm tra một vấn đề lâm sàng. Bác sĩ gia đình phải chuẩn bị cơ hội để nhấn mạnh với người đến khám rằng việc kiểm tra sức khỏe định kỳ có giá trị như là kiểm tra khi có triệu chứng lâm sàng (sốt, nhức đầu ...).

Bác sĩ gia đình cũng như các nhà cung cấp các dịch vụ sức khỏe khác phải tuân theo các phác đồ hướng dẫn và điều chỉnh nó theo các dữ liệu cá nhân của mỗi người (tuổi, giới, bệnh sử, các yếu tố nguy cơ khác...). Họ nên dùng hệ thống các phòng khám để theo dõi và đưa can thiệp dự phòng một cách có hiệu quả.

Nên việc khám sức khỏe định kỳ được thực hiện tốt sẽ kéo dài tuổi thọ cho người bệnh, nâng cao chất lượng sống, giảm chi phí cho điều trị, giảm kinh phí đầu tư vào dự phòng. Ví dụ khám dự phòng bệnh cho công nhân của nhà máy sẽ làm

giảm được ngân sách phúc lợi cho công tác điều trị và cũng như duy trì sản xuất, lao động được liên tục.

2. Hoạt động khám định kỳ

Trong khi khám định kỳ các bác sĩ gia đình tiếp xúc với các cá nhân trong một gia đình với nhiều vấn đề khác nhau: một vài cá nhân có bệnh mạn tính còn lại là những người khỏe mạnh chưa có triệu chứng nhưng cần được sàng lọc sớm bệnh mạn tính và tư vấn các biện pháp phòng ngừa cũng như tăng cường sức khỏe.

Bác sĩ gia đình phải tận dụng cơ hội nhấn mạnh cho các cá nhân khỏe mạnh chưa có triệu chứng lâm sàng rằng việc khám sức khỏe định kỳ có giá trị như là kiểm tra một vấn đề lâm sàng (sốt, nhức đầu...) vì giúp phát hiện sớm, điều trị kịp thời, giảm chi phí điều trị và phục hồi hoàn toàn, có ít di chứng, ảnh hưởng đến công việc lao động để kiếm tiền nuôi gia đình của họ.

Rào cản của dự phòng ở Việt Nam.

- Bệnh nhân không nhận ra nguy cơ bệnh có thể xảy đến cho mình, phản kháng, không được động viên tốt.
- Người bệnh thường có khuynh hướng để bệnh xảy ra hơn là dự phòng do nhiều quan điểm khác biệt văn hóa ví dụ cơ sở khoa học thường truyền miệng.
- bác sĩ không có thời gian giải thích
- Xã hội áp lực của kkinh doanh như thuốc lá, rượu bia..
- Vệ sinh an toàn thực phẩm còn là vấn nạn.

2.1. Tiêu chí khám sàng lọc.

Tiêu chí WILSONJUNGNER	Nguyên lý tầm soát theo tổ chức y tế thế giới 1968
1.Vấn đề sức khỏe tầm soát là vấn đề sức khỏe cộng đồng.	1. Thử nghiệm phát hiện vấn đề sức khỏe quan trọng.
2. Hiểu rõ lịch sử tự nhiên của vấn đề cần tầm soát.	2. Có điều trị cho bệnh khi phát hiện
3. Có thể phát hiện giai đoạn sớm	3. Có sẵn phương tiện chẩn đoán và điều trị
4. Xử trí giai đoạn sớm tốt hơn giai đoạn muộn	4. Bệnh lý phải có giai đoạn tiềm ẩn
5. Có thử nghiệm thích hợp phát hiện bệnh giai đoạn sớm	5. Phải có thử nghiệm hay khám lâm sàng cho vấn đề sức khỏe cần thử nghiệm
6. Đã xác định rõ khoảng thời gian lập lại thử nghiệm tầm soát.	6. Thử nghiệm phải được dân số chấp thuận
7. Thử nghiệm đã được dân số đích chấp nhận	7. Phải hiểu rõ tiền sử tự nhiên của bệnh
8. Cơ sở hạ tầng đáp ứng được quá tải công việc do tầm soát.	8. Phải có sự đồng ý về chính sách về người được trị liệu
9. Nguy cơ thể chất và tâm thần đều ít hơn lợi ích tầm soát	9. Giá thành toàn bộ của ca đã được xác định phải có cân bằng về phương tiện kinh tế liên quan đến chi phí y khoa toàn bộ.
	10. Xác định ca phải là quá trình liên tục chứ không phải (một hay tất cả)

Tiêu chí của Frame để lựa chọn bệnh và test sàng lọc:

- Thử nghiệm phải có hiệu quả rõ rệt trên chất lượng cuộc sống.
- Các biện pháp điều trị phải có sẵn.

Điều kiện phải bao gồm giai đoạn không có triệu chứng và việc chẩn đoán cũng như điều trị mang lại hiệu quả giảm tỷ lệ bệnh nặng và tử vong. Điều trị ở giai đoạn không có triệu chứng có hiệu quả cao hơn điều trị chậm trễ khi đã có triệu chứng xuất hiện. Thử nghiệm phải được cá nhân chấp nhận và có sẵn ở một mức giá phù hợp để phát hiện ra giai đoạn chưa có triệu chứng.

- Kiểm soát bệnh phải đủ lớn để điều chỉnh giá thành của xét nghiệm.
- Độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán của test có tầm quan trọng trong việc đánh giá và lựa chọn test sàng lọc. Độ nhạy và độ đặc hiệu kém sẽ đưa đến việc tăng cao tỷ lệ dương tính giả và tỷ lệ âm tính giả, gây các hậu quả xấu cho bệnh nhân.

2.2. Nội dung tầm soát

Tùy theo lứa tuổi, đối tượng cần ưu tiên mà đưa ra nội dung tầm soát cho phù hợp

Bảng tầm soát thường dùng.

	Trẻ em	Người lớn	
		Nam	Nữ
Khám lâm sàng			
Vòng đầu đến 2 tuổi	x		
Cân, chiều cao, BMI	x	x	x
HA	x > 3 tuổi	x	x
Giác quan thính, thị giác	x	x	x
Tâm lý	x	x	x
Thai kỳ	x	x	x
STD	x	x	x
Kiểm tra lịch chủng ngừa/ bổ xung ngay nếu có	x	x	x
Xét nghiệm			
CTM	x	x	x
Thiếu sắt	x	x	x
KST đường ruột	x	x	x
Viêm gan, A, B, C	x	x	x

Chức năng gan	x	x	x
Chức năng thận	x	x	x
Tổng phân tích nước tiểu	x	x	x
SA ổ bụng	x	x	x
XQ ngực thẳng	x	x	x
Nhóm nguy cơ			
Tim bẩm sinh	x		
G6PD	x		
TSH	x		
IDR	x		
Thính lực, thị lực	x		
Câu hỏi sức khỏe tâm thần	x		
Ngộ độc kim loại nặng	x	x	x
Rối loạn chuyển hóa lipid	x	x	x
Nhiễm HP	x	x	x
G máu		x	x
HbA1c		x	x
Ung thư		x	x
SA tuyến giáp		x	x
SA tuyến vú			x
SA TLT		x	
Nội soi đại tràng		x	x
			Khám tầm soát sản phụ
Tim thai			x
HA			x
Nước tiểu			x
Hb, ferritine			x
Nhóm máu			x
Test dung nạp glucose			x
Giang mai (VLDR)			x
HbsAg			x
HIV			x

2.2.1. Sàng lọc trẻ em

Có 6 thời kỳ tuổi trẻ, ở mỗi thời kỳ trẻ có những đặc điểm riêng về tâm lý, sinh lý và bệnh lý. Do đó bác sĩ lâm sàng phải làm quen với các hướng dẫn thăm khám cho từng thời kỳ xem có bất thường về các mục sau:

- Theo dõi tăng trưởng

Theo dõi sự tăng trưởng và khuynh hướng phát triển của trẻ theo thời gian, thông qua cân nặng, chiều cao và các vòng cơ thể ở các thời điểm khác nhau, có thể giúp đánh giá sự phát triển của từng trẻ theo các thời kỳ.

- Toàn bộ trẻ sơ sinh phải được kiểm soát các vấn đề: Suy giáp bẩm sinh, Phenylketone niệu, thiếu G6PD

- Phải tiến hành kiểm soát các bệnh về huyết sắc tố như bệnh hồng cầu hình liềm, Thalassemia ở các nhóm có nguy cơ cao.

+ Kiểm soát ở giai đoạn trẻ trên 1 tháng

- Đo huyết áp

Huyết áp phải được bắt đầu đo từ 3 tuổi và tối thiểu mỗi năm một lần. Tăng huyết áp ở trẻ được định nghĩa như là tồn tại huyết áp cao dai dẳng ở mức bằng hay trên 95% mức huyết áp theo giới và tuổi.

- Thính lực

Đa số việc phát âm và bắt đầu ngôn ngữ từ lúc sinh đến 3 tuổi, do đó điều quan trọng là phát hiện sớm thiếu năng thính lực cho trẻ. Đánh giá chủ quan thính lực ở trẻ bao gồm: kiểm tra đáp ứng của trẻ đối với tiếng động được tạo ra từ ngoài tầm mắt của trẻ, chú ý đến việc không xuất hiện bập bẹ một số từ từ 6 tháng tuổi, đánh giá sự phát triển của ngôn ngữ và yêu cầu cha mẹ thực hiện việc đánh giá liên tục trong năm đầu.

- Thiếu máu

Trẻ phải được phát hiện thiếu máu bằng cách định lượng Hemoglobin hay Hct lúc 9 tháng tuổi ($Hb < 11g\%$ hay $Hct < 33\%$). Cần lặp lại việc kiểm soát thiếu máu ở lứa tuổi 3 – 4 tuổi ($Hb < 11,2g\%$ và Hct là $< 34\%$).

- Bất thường nước tiểu

Thử nước tiểu thường quy để sàng lọc đái máu, đái protein, đái đường và nhiễm khuẩn tiết niệu. Nên khuyến khích việc tiến hành kiểm soát nhiễm trùng tiểu không có triệu chứng ở trẻ em tuổi học đường bằng phương pháp lấy nước tiểu giữa dòng.

- Lao

Cần thực hiện từ lúc 6 tháng tuổi và hàng năm được đề nghị chỉ định cho trẻ em thuộc nhóm có nguy cơ cao như: Trẻ em sống ở những nơi có tần suất lưu hành bệnh cao. Không được chăm sóc y tế, thu nhập gia đình thấp.

Thường dùng phản ứng Mantoux (0,1 ml dung dịch protein tinh khiết chứa 5 PPPD đơn vị tuberculin tiêm trong da) đọc kết quả 48 – 72 giờ sau bằng cách đo đường kính của quầng thâm cứng. Phản ứng được xem là dương tính nếu đường kính nếu đường kính quầng thâm nhiễm cứng:

- Lớn hơn hay bằng 5 mm và có hướng nghĩ đến nhiễm AIDS, tiếp xúc gần gũi với người mắc lao, X quang ngực cho thấy tổn thương lao cũ đã lành.
- Trên 10 mm ở mọi trẻ.

Thông thường, trẻ đã chủng BCG mà có phản ứng Mantoux dương tính nên xem như dạng thực sự có nhiễm vi khuẩn lao.

2.2.2. Người lớn

Sàng lọc bệnh trên người lớn không có triệu chứng là một phần quan trọng trong khám sức khỏe định kỳ người lớn và có thể thực hiện trong bất kỳ một cuộc khám sức khỏe nào. Có nhiều lợi ích của việc sàng lọc ở:

- Người lớn nguy cơ các bệnh về tim mạch như hút thuốc lá, tăng huyết áp, tăng lipid máu, ít vận động và có tiền căn gia đình.
- Phụ nữ trên 50 tuổi về ung thư vú.
- Toàn thể phụ nữ trưởng thành về ung thư buồng trứng và cổ tử cung.
- Nam giới trên 40 tuổi về ung thư trực tràng và tiền liệt tuyến.

Chọn lựa các can thiệp kiểm soát phù hợp

+ Sàng lọc Ung thư trực tràng:

Đứng hàng thứ hai gây tử vong do ung thư tại Mỹ, cần thực hiện soi đại tràng trên các bệnh nhân có nguy cơ cao hơn các nguy cơ trung bình. Cần hỏi kỹ bệnh sử gia đình để xác định nhóm nguy cơ bao gồm có các chỉ số quan trọng là người trong gia tộc bị ung thư trực tràng, ednoma hay polip lẻ tẻ.

Bảng 1

Phương pháp	Tỷ lệ(%) phát hiện được
Máu lẫn trong phân	20 – 50
Soi mềm đại tràng Sigma	40
Chụp đại tràng đối quang kép	66 – 92
Soi đại tràng	95

+ Kiểm soát tăng Cholesterol

Cholesterol toàn thể phải được đo đều đặn trên nam giới tuổi từ 35 – 65 và nữ từ 45 - 65, chưa có đủ bằng cứ thuyết phục về lợi ích của việc kiểm soát ở nhóm trẻ hơn. Các cá nhân phải được tham vấn về việc tiết chế mỡ và các biện pháp làm giảm bệnh lý của động mạch vành.

+ Kiểm soát loãng xương

Loãng xương đã tác hại trên 25 triệu người Mỹ bao gồm hơn 50% phụ nữ trên 45 tuổi do đó nên kiểm soát nguy cơ loãng xương cho phụ nữ ở mọi lứa tuổi. Phụ nữ ở giai đoạn tiền mãn kinh sẽ gia tăng nếu là người da trắng có tiền căn cắt bỏ buồng trứng trước tuổi mãn kinh, có thân hình mảnh khảnh, hút thuốc lá và có tiền căn về gia đình loãng xương. Nên kiểm soát ở các cá thể có nguy cơ cao bằng phương pháp đo độ đậm xương. + Nhóm hút thuốc lá có nguy cơ mạch máu cao nên kiểm tra thường xuyên 2 năm 1 lần

3. Sàng lọc một số bệnh thường gặp.

3.1 Mệt mỏi.

3.1.1. Đánh giá và chẩn đoán lâm sàng.

3.1.1.1. Mệt mỏi cấp tính

Mệt mỏi cấp tính biểu hiện phổ biến nhất như một triệu chứng ngẫu nhiên của bệnh thông thường; vấn đề này có thể xảy ra sau khi bị Stress, mất ngủ, hay là triệu chứng của nhiễm bệnh do virus thông thường, có thai hay tác dụng phụ của thuốc. Để đánh giá tình trạng mệt mỏi cấp tính, tốt nhất xem xét trong bối cảnh về các triệu chứng khác của bệnh nhân. Hỏi bệnh sử nên tập trung vào stress tâm lý, gia đình thói quen ngủ, thói quen ăn uống, tổng kết thuốc bệnh nhân dùng, cẩn thận ghi nhận các triệu chứng đi kèm. Trong hầu hết các tình huống, nguyên nhân của mệt mỏi cấp tính nhanh chóng trở nên rõ ràng cho cả bệnh nhân và thầy thuốc qua hỏi bệnh sử và thăm khám thực thể cơ bản.

3.1.1.1. Mệt mỏi mạn tính.

a. Tiêu chuẩn chẩn đoán.

Mệt mỏi kéo dài trên 6 tháng kèm theo ít nhất một trong các điều kiện sau.

- Giảm trí nhớ chủ quan
- Sờ thấy hạch
- Đau cơ
- Đau khớp
- Nhức đầu
- Khó ngủ
- Mệt mỏi 24h sau gắng sức.

b. Lối tiếp cận.

- + Khai thác bệnh sử chi tiết: thời gian mệt mỏi, khởi đầu, giai đoạn phục hồi ngắn hay dài
- + Loại trừ sử dụng thuốc và tác dụng phụ của nó như thuốc kháng histamine, corticoid, chống loạn nhịp..thuốc bắc, biểu hiện độc tính gan thận, độc chất..
- + Đánh giá về tâm lý
- + Đánh giá rối loạn giấc ngủ
- + Khám thực thể và chi tiết bao gồm cả kết quả hồ sơ bệnh án trước đó
- + Xét nghiệm theo mục đích có thể hữu ích.

3.1.2. Điều trị bệnh nhân mệt mỏi.

Điều trị thành công bệnh nhân mệt mỏi đòi hỏi phải có sự đồng cảm và tin tưởng vào quan hệ thầy thuốc và bệnh nhân. Dưới đây là những nguyên tắc về xử lý được đề xuất.

- Hãy quan tâm và thông hiểu tác động của mệt mỏi trên bệnh nhân như là trên chính bạn vậy.

- Giải thích cho bệnh nhân rằng các nguyên nhân phổ biến nhất của mệt mỏi trong thực hành y học gia đình là trầm cảm và các vấn đề tâm lý xã hội. Bệnh nhân sẽ cần nhiều lần đi khám bác sỹ mới cảm thấy thỏa mái hơn và qua đó cung cấp thể bệnh sử cho bác sỹ điều trị.
- Khơi dậy những suy nghĩ của bệnh nhân và gia đình về các lý giải có thể nhất về sự mệt mỏi.
- Thuyết phục gia đình bệnh nhân để đa thông niềm tin của họ về y tế và tiến hành giáo dục sức khỏe
- Cung cấp các bài báo về hội chứng mệt mỏi kéo dài và gánh nặng nghề nghiệp cho bệnh nhân
- Nhờ các chuyên gia tham vấn để hỗ trợ và tăng cường kế hoạch điều trị
- Chương trình tập thể dục có chủ đích thì hiệu quả trong việc điều trị bệnh nhân mệt mỏi kéo dài hơn chỉ là nghỉ ngơi kéo dài.

3.2. Khó thở

3.2.1. Hỏi bệnh

Khai thác triệu chứng ban đầu tỉ mỉ, triệu chứng điển hình của một số nhóm bệnh lý.

Nên khai thác triệu chứng đi kèm

3.2.2. Khám thực thể

Nên khám bệnh nhân cẩn thận, tập trung vào hệ thống tim phổi, nên đặc biệt chú ý có ral không, tĩnh mạch cổ nổi, phù chân, nhạy cảm đau bắp chân,....

3.2.3. Xét nghiệm

- ĐTD
- XQ tim phổi
- Đo Hct, khí máu..
- Nồng độ máu oxy ngoại biên
- Xét nghiệm khí máu động mạch
- Đo lưu lượng khí thở ra tối đa

3.2.4. Các xét nghiệm chuyên biệt.

Nếu các xét nghiệm trên không đủ giúp cho chẩn đoán thì nên xem xét hội chẩn với cấp cao hơn...

3.2.5. Điều trị.

- Điều trị khó thở phù hợp nhất là dựa theo bệnh nguyên.

3.3. Đau bụng.

3.3.1. Hỏi bệnh

- Hỏi đặc điểm của đau bụng
- Hỏi các biểu hiện kèm theo:
- Hỏi diễn biến, tái phát, tiền sử.

3.3.2. Thăm khám

Nên đánh giá cẩn thận, tập trung vào đặc điểm và vị trí đau. Cần phân biệt được đau bụng nội khoa và đau bụng ngoại khoa để đưa ra hướng xử trí phù hợp.

3.3.3. Xét nghiệm

- Siêu âm ổ bụng
- Xq ổ bụng
- Công thức máu

3.3.4. Điều trị

- Điều trị theo nguyên nhân
- Loại trừ bụng ngoại khoa nếu xác định dùng thuốc giảm đau

3.4.Đau ngực.

3.4.1. Hỏi bệnh

- Hoàn cảnh xảy ra đau ngực
- Đặc điểm cơn đau ngực
- Thời gian đau
- Vị trí đau
- Tần xuất đau, yếu tố làm giảm đau
- Có tự điều trị không.....
- Tiền sử những lần đau trước nếu có

3.4.2. Khám thực thể:

- Khám thực thể ít khi giúp bác sỹ xây dựng chẩn đoán xác định hay chẩn đoán phân biệt ở bệnh nhân trẻ. Ở bệnh nhân lớn tuổi đôi khi khám phát hiện nguyên nhân đau ngực.

3.4.3.Xét nghiệm

- Điện tâm đồ
- Xq Tim phổi
- Siêu âm ổ bụng, màng phổi..

3.4.4. Điều trị

- Tìm nguyên nhân điều trị
- Dùng giảm đau khi có những chứng cứ phù hợp

Câu hỏi lượng giá

Câu 1. Tiêu chí lựa chọn thử nghiệm tầm soát WHO 1968 là.

- A. Vấn đề sức khỏe tầm soát là vấn đề sức khỏe cộng đồng.
- B. Hiểu rõ lịch sử tự nhiên của vấn đề cần tầm soát.
- C. Có thể phát hiện giai đoạn sớm

D. Bệnh lý phải có giai đoạn tiềm ẩn

Câu 2. Tiêu chí lựa chọn thử nghiệm tầm soát WHO 1968 là

- A. Có thể phát hiện giai đoạn sớm
- B. Xử trí giai đoạn sớm tốt hơn giai đoạn muộn
- C. Có thử nghiệm thích hợp phát hiện bệnh giai đoạn sớm
- D. Phải có sự đồng ý về chính sách về người được trị liệu

Câu 3. Tiêu chí lựa chọn thử nghiệm tầm soát WHO 1968 là

- A. Thử nghiệm đã được dân số đích chấp nhận
- B. Cơ sở hạ tầng đáp ứng được quá tải công việc do tầm soát.
- C. Nguy cơ thể chất và tâm thần đều ít hơn lợi ích tầm soát
- D. Xác định ca phải là quá trình liên tục chứ không phải (một hay tất cả)

Câu 4. Tiêu chí lựa chọn thử nghiệm tầm soát WHO 1968 là

- A. Có thể phát hiện giai đoạn sớm
- B. Xử trí giai đoạn sớm tốt hơn giai đoạn muộn
- C. Có thử nghiệm thích hợp phát hiện bệnh giai đoạn sớm
- D. Phải hiểu rõ tiền sử tự nhiên của bệnh

Câu 5. Tiêu chí lựa chọn thử nghiệm tầm soát WILSONJUNGNER là

- A. Có thể phát hiện giai đoạn sớm
- B. Phải có thử nghiệm hay khám lâm sàng cho vấn đề sức khỏe cần thử nghiệm
- C. Thử nghiệm phải được dân số chấp thuận
- D. Phải hiểu rõ tiền sử tự nhiên của bệnh

Câu 6. Tiêu chí lựa chọn thử nghiệm tầm soát WILSONJUNGNER là

- A. Có thử nghiệm thích hợp phát hiện bệnh giai đoạn sớm
- B. Phải hiểu rõ tiền sử tự nhiên của bệnh
- C. Phải có sự đồng ý về chính sách về người được trị liệu
- D. Giá thành toàn bộ của ca đã được xác định phải có cân bằng về phương tiện kinh tế liên quan đến chi phí y khoa toàn bộ.

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội: *Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu* (2012). Nhà xuất bản Y học.
2. Trung tâm đào tạo bác sĩ gia đình. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh: *Y học gia đình* (2012). Nhà xuất bản Y học 2012
3. Bộ Y tế (2014). Thông tư 16/2014 ngày 22 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn thí điểm về Bác sĩ gia đình và Phòng khám bác sĩ gia đình*”.

3. Bộ Y tế (2016). Quyết định số 1568/QĐ-BYT ngày 27 tháng 4 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về *Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sỹ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020*

4. Bộ Y tế (2015). Thông tư 33/2015-TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn chức năng của Trạm Y tế xã, phường, thị trấn*”.

5. Ngô Quý Châu (2016). Cẩm nang điều trị nội khoa. Nhà xuất bản đại học Huế

BÀI 11

VỆ SINH MÔI TRƯỜNG

Mục tiêu:

1. *Mô tả một số vấn đề vệ sinh môi trường có ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe cộng đồng dân cư địa phương*
2. *Vận dụng được những nhiệm vụ của cán bộ trạm y tế cần thực hiện trong việc giải quyết vấn đề vệ sinh môi trường tại địa phương.*
3. *Thực hành đánh giá một số vấn đề vệ sinh môi trường đang ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng dân cư địa phương*

Nội dung:

I. Đại cương

1. Môi trường

1.1 Khái niệm môi trường .

Môi trường bao gồm các yếu tố tự nhiên và yếu tố vật chất nhân tạo quan hệ mật thiết với nhau, bao quanh con người, có ảnh hưởng tới đời sống, sản xuất, sự tồn tại, phát triển của con người và thiên nhiên.

1.2. Một số vấn đề cấp bách của môi trường toàn cầu

2.1 Ô nhiễm không khí.

Ô nhiễm không khí ngày càng trở nên nghiêm trọng, gây nên các bệnh về đường hô hấp như hen, các bệnh dị ứng... Sự tích tụ các chất độc trong không khí làm ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và hệ sinh thái.

1.2 Sự ấm dần toàn cầu.

- Nhiệt độ trái đất được quyết định bởi sự cân bằng giữa năng lượng bức xạ mặt trời và nhiệt độ mà toàn bộ trái đất tỏa ra không gian.

- Trái đất được bao bọc bởi khí nhà kính, các khí nhà kính: CO_2 , CH_4 , N_2O_3 , CFC_3 , trong đó khí CO_2 là quan trọng nhất (chiếm khoảng 50% các khí nhà kính).

- Các khí nhà kính hấp thụ lượng nhiệt phóng xạ từ bề mặt trái đất, khí này tăng lên, lượng nhiệt thu vào càng khó thoát ra khỏi trái đất làm cho nhiệt độ trái đất tăng lên.

- Trái đất ấm dần làm ảnh hưởng rất lớn đến đời sống của con người, người ta dự báo vào năm 2100 nhiệt độ trái đất sẽ tăng 2°C và mực nước biển tăng khoảng 50 cm. Mực nước biển cao hơn sẽ đe dọa những lục địa ở thấp sẽ bị nhấn chìm làm mất nhà cửa, đất đai. Nhiệt độ trái đất tăng lên sẽ gây hậu quả nghiêm trọng đến nông nghiệp và hệ sinh thái, cũng như làm trầm trọng thêm những vấn đề sa mạc hoá và sự thiếu hụt lượng nước.

1.3 Sự suy giảm tầng ô zôn.

- Tầng ô zôn được thấy ở tầng bình lưu, với độ cao hơn 10.000 m.

- Tầng ô zôn giữ vai trò quan trọng trong việc hấp thụ tia cực tím của ánh nắng mặt trời.

- Tầng ô zôn bị phá huỷ bởi một số hoá chất do con người tạo ra như CFC_3 được sử dụng rộng rãi như các chất làm lạnh trong tủ lạnh, điều hoà nhiệt độ, mạch điện tử, các chất sủi bọt trong đệm ghế, các chất xịt trong bình xịt phun. Ngoài ra các hoá chất khác cũng gây phá huỷ tầng ô zôn như: Halon (được sử dụng trong chất dập lửa), KCl_3CH_4 (Triclorometan) dùng làm chất tẩy...

- CFC_3 là những hoá chất ổn định, khi thải vào bầu khí quyển chúng không phân huỷ, nhưng khi tới tầng bình lưu hấp thụ tia cực tím từ ánh nắng mặt trời, nó phân huỷ và giải phóng ra các nguyên tử Clo. Những nguyên tử Clo tạo thành một phản ứng chuỗi với hàng triệu phân tử ô zôn. Kết quả làm phá huỷ tầng ô zôn.

- Khi tầng ô zôn bị phá huỷ làm cho tia tử ngoại chiếu xuống trái đất tăng lên làm ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe con người và phá huỷ hệ sinh thái.

1.4 Mưa a xít.

Mưa a xít là hậu quả do thải các khí sunfua oxit, Nitơ oxit vào trong không khí qua quá trình đốt chất các nhiên liệu hoá thạch như dầu và than. Những hoá chất này tăng dần vào trong các đám mây, sau các phản ứng hoá học phức tạp chuyển

thành H_2SO_4 , HNO_3 rơi xuống đất tạo thành mưa a xít. Hậu quả gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến hệ sinh thái.

1.5 Ô nhiễm đời sống sinh vật biển.

Các chất ô nhiễm xâm nhập đại dương qua nhiều kênh khác nhau làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến đời sống sinh vật biển.

1.6 Sự mất đi của các rừng nhiệt đới.

Tổ chức lương thực và nông nghiệp Liên hiệp quốc cho thấy các rừng nhiệt đới của thế giới đang bị phá với tốc độ nhanh. Vào cuối năm 1990, có khoảng 42 triệu ha rừng nhiệt đới bị phá huỷ. Sự mất đi của rừng nhiệt đới đã dẫn đến hậu quả:

- Góp phần vào hiệu ứng nhà kính
- Phá huỷ khả năng làm sạch không khí
- Đe dọa đời sống của các động vật hoang dã
- Tạo ra các vùng bán sa mạc
- Làm tăng tình trạng lụt lội trên qui mô lớn.

2. Quan hệ giữa sức khoẻ và môi trường

Khi con người đầu tiên xuất hiện trên trái đất, tuổi thọ trung bình của họ từ 30 đến 40 tuổi. Do sống trong môi trường khắc nghiệt, tuổi thọ của họ thấp hơn nhiều so với tuổi thọ của con người trong xã hội hiện nay. Vì vậy 30 đến 40 năm cũng đủ để cho họ có thể sinh con đẻ cái, tự thiết lập cho mình cuộc sống với tư cách là một loài có khả năng cao nhất trong việc làm thay đổi môi trường theo hướng tốt lên hay xấu đi. Để có thể sống sót, những người tiền sử phải đối mặt với các vấn đề sau đây: Luôn phải tìm kiếm nguồn thức ăn và nước uống trong khi tránh ăn phải những thực vật có chứa chất độc tự nhiên (thí dụ nấm độc) hoặc các loại thịt đã bị ôi thiu, nhiễm độc. Bệnh nhiễm trùng và các ký sinh trùng được truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang con người thông qua thực phẩm, nước uống hoặc các côn trùng truyền bệnh. Chấn thương do ngã, hoả hoạn hoặc động vật tấn công. Nhiệt độ quá nóng hoặc quá lạnh, mưa, tuyết, thảm hoạ thiên nhiên (bão lụt, hạn hán, cháy rừng...) và những điều kiện khắc nghiệt khác. Những mối nguy hiểm đối với sức khoẻ con người luôn luôn xảy ra trong môi trường tự nhiên. Trong một xã hội, những mối nguy hiểm truyền thống trên đây vẫn là những vấn đề sức khoẻ môi trường được quan tâm nhiều. Tuy nhiên, khi con người đã kiểm soát được những mối nguy hiểm này ở một số vùng, thì những mối nguy hiểm hiện tại do sự phát triển kỹ thuật, công nghiệp tạo ra cũng đã trở thành những mối đe dọa đầu tiên đối với sức khoẻ và sự sống của con người.

Một số thí dụ về các mối nguy hiểm môi trường hiện tại là:

- + Môi trường đất, nước ở nông thôn bị ô nhiễm nghiêm trọng do sử dụng hoá chất bảo vệ thực vật không đúng chủng loại, liều lượng và không đúng cách.
- + Các sự cố rò rỉ các lò phản ứng hạt nhân, nhà máy nhiệt điện nguyên tử ...
- + Sự thay đổi khí hậu toàn cầu, hiệu ứng nhà kính...

Trong một vài thập kỷ vừa qua, tuổi thọ con người đã tăng lên đáng kể ở hầu hết các quốc gia. Các nhà điều tra cho rằng có ba lý do cơ bản dẫn tới việc tăng tuổi thọ của con người.

- + Những tiến bộ trong môi trường sống của con người.
- + Những cải thiện về vấn đề dinh dưỡng.
- + Những tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị y học đối với các loại bệnh tật.

Những tiến bộ trong y tế luôn đi cùng với những cải thiện về chất lượng môi trường, dinh dưỡng và chăm sóc y tế. Ngày nay, những người ốm yếu có cơ hội sống sót cao hơn nhiều do hệ thống y tế được cải thiện. Rất nhiều người luôn sống khoẻ mạnh, do có nguồn dinh dưỡng tốt và kiểm soát tốt các mối nguy hiểm về sức khoẻ môi trường.

Khoa học môi trường là một môn học rất cần thiết và quan trọng dựa trên hai lý do căn bản sau đây:

- + Nghiên cứu những mối nguy hiểm trong môi trường và những ảnh hưởng của chúng lên sức khoẻ.
- + Ứng dụng những phương pháp hiệu quả để bảo vệ con người khỏi những mối nguy hại từ môi trường.

Muốn vậy chúng ta hãy xem xét thế nào là sức khoẻ và thế nào là môi trường?

Trước hết chúng ta hãy điểm qua vài nét về hệ sinh thái:

Ra đời từ những năm 1930, thuật ngữ hệ sinh thái được định nghĩa như là một hệ thống gồm những mối quan hệ tương tác qua lại giữa các sinh vật sống và môi trường tự nhiên của chúng. Đó là một thực thể đóng đã đạt được các cơ chế tự ổn định và nội cân bằng, đã tiến hoá qua hàng thế kỷ. Trong một hệ sinh thái ổn định, một loài này không loại trừ một loài khác, nếu không thì nguồn cung cấp thức ăn cho những loài ăn thịt sẽ không tồn tại. Các hệ sinh thái ổn định và cân bằng sẽ có tuổi thọ cao nhất. Một hệ sinh thái sẽ không duy trì được một số lượng lớn vật chất và năng lượng tiêu thụ bởi một loài mà lại không loại trừ một loài khác và thậm chí còn gây nguy hiểm cho khả năng tồn tại của toàn bộ hệ sinh thái. Tương tự như vậy, khả năng của một hệ sinh thái trong việc chứa đựng chất thải và tái tạo đất, nước ngọt không phải là vô hạn. Tại một thời điểm nào đó, những tác động từ bên ngoài sẽ phá vỡ cân bằng của hệ sinh thái, dẫn đến sự thay đổi nhanh chóng hoặc làm huỷ diệt hệ sinh thái đó.

3. Những định hướng cơ bản cho môi trường lành mạnh

3.1. Bầu không khí trong sạch

Không khí rất cần thiết cho sự sống, nếu thiếu không khí, con người sẽ chết chỉ sau một vài phút. Ô nhiễm không khí là một trong những vấn đề môi trường trầm trọng nhất trong các xã hội ở tất cả các cấp độ phát triển kinh tế khác nhau. Trên thế giới, hàng ngày có khoảng 500 triệu người phải tiếp xúc với hàm lượng lớn ô nhiễm không khí trong nhà ở các dạng như: khói từ các lò sưởi không khí kín hoặc lò sưởi được thiết kế tồi và khoảng 1.5 tỷ người đang ở các khu vực thành thị phải sống trong 11 môi trường bị ô nhiễm không khí nặng nề (WHO, 1992). Sự phát triển của ngành công nghiệp đi đôi với việc phải thải ra số lượng lớn các khí và các chất hạt

từ quá trình sản xuất công nghiệp và từ quá trình đốt cháy các nhiên liệu hoá thạch cho nhu cầu giao thông vận tải và lấy năng lượng. Khi các tiến bộ công nghệ đã bắt đầu chú trọng đến việc kiểm soát ô nhiễm không khí bằng cách giảm việc thải ra các chất hạt thì người ta vẫn tiếp tục thải ra các chất khí, do vậy ô nhiễm không khí vẫn còn là vấn đề lớn. Mặc dù hiện nay nhiều nước phát triển đã có những nỗ lực lớn để kiểm soát cả việc thải khí và các chất hạt, ô nhiễm không khí vẫn là nguy cơ đối với sức khoẻ của nhiều người.

Ở những xã hội phát triển nhanh chóng, việc kiểm soát ô nhiễm không khí không được đầu tư thích hợp vì còn những ưu tiên khác về kinh tế và xã hội. Việc phát triển công nghiệp nhanh chóng ở các nước này đã xảy ra đồng thời với việc gia tăng lượng ô tô và các loại xe tải khác, nhu cầu điện thấp sáng tại các hộ gia đình cũng tăng lên, dân số tập trung ở các khu đô thị hoặc các thành phố lớn.

Kết quả là một số thảm họa ô nhiễm không khí tồi tệ nhất trong lịch sử thế giới đã xảy ra.

Ở các quốc gia nơi mà việc sử dụng các nguồn năng lượng sạch ở các hộ gia đình vẫn chưa được chú trọng vì năng lượng dùng sưởi ấm và đun nấu còn thiếu và sản sinh ra rất nhiều khói, dẫn đến ô nhiễm trong nhà và ngoài trời. Kết quả là con người có thể bị kích thích màng nhầy, mắc các bệnh hô hấp, bệnh phổi, các vấn đề về mắt và tăng nguy cơ bị ung thư. Phụ nữ và trẻ em ở những cộng đồng nghèo khổ tại các nước đang phát triển là những người đặc biệt phải tiếp xúc với ô nhiễm không khí. Chất lượng không khí trong nhà vẫn là vấn đề nghiêm trọng ở nhiều nước phát triển vì các toà nhà được thiết kế theo kiểu kín gió và có hiệu quả cao về mặt năng lượng. Hệ thống lò sưởi và hệ thống làm lạnh, khói, hơi từ các vật liệu tích trữ trong nhà tạo ra nhiều chất hoá học và gây ô nhiễm không khí.

3.2. Có đủ nước sạch cho ăn uống và sinh hoạt

Nước cũng rất cần thiết cho sự sống. Trung bình mỗi người cần phải uống tối thiểu 2 lít nước/ngày. Nếu sau 4 ngày không có nước, con người sẽ chết. Nước cũng cần thiết cho thực vật, động vật và nông nghiệp. Trong suốt lịch sử phát triển, con người luôn tập trung sống tập theo bờ sông, ven hồ để lấy nước cho sinh hoạt và nông nghiệp. Nước cũng cung cấp phương tiện vận chuyển tự nhiên, được sử dụng để xử lý chất thải và đóng vai trò quan trọng trong các ngành công nghiệp, ngư nghiệp và các trang trại. Mặc dù nước ngọt được coi là một nguồn tài nguyên có thể tái sử dụng, nhưng nước ngọt cũng không phải là một nguồn vô hạn. Hơn nữa, nước được phân bố không đồng đều ở các khu vực địa lý và dân cư trên thế giới. Tại rất nhiều nơi, việc thiếu nước đã trở thành trở ngại lớn đối với việc phát triển công nghiệp và nông nghiệp. Trong một số trường hợp, việc thiếu nước đã gây ra nhiều cuộc xung đột (ví dụ: những xung đột tranh chấp nước ngọt ở khu vực Trung Đông), việc khan hiếm nước dẫn đến đói nghèo và làm cạn kiệt đất đai. Rất nhiều thành phố và các khu vực nông thôn đã khai thác nước từ các tầng nước ngầm này để có thể tự bổ sung lại được.

Chất lượng của nước ngọt có tầm quan trọng rất lớn trong việc duy trì sức khoẻ con người. Rất nhiều bệnh truyền nhiễm đe dọa sự sống và sức khoẻ con người được truyền qua nước hoặc thực phẩm bị nhiễm bẩn. Khoảng 80% các bệnh tật ở các nước đang phát triển là do thiếu nước sạch và thiếu các phương tiện phù hợp để xử lý phân (WHO, 1992). Có khoảng một nửa dân số trên thế giới mắc phải các bệnh do thiếu nước hoặc nước bị nhiễm bẩn, gây ảnh hưởng chủ yếu đối với tầng

lớp nghèo ở tất cả các nước đang phát triển. Có khoảng 2 tỷ người trên trái đất có nguy cơ mắc phải các bệnh tiêu chảy lây lan qua đường nước hoặc thực phẩm, đây chính là nguyên nhân chính gây ra tử vong khoảng gần 4 triệu trẻ em mỗi năm. Các vụ dịch tả thường được truyền qua nước uống bị nhiễm bẩn, đang tăng lên nhanh chóng về mặt tần suất. Bệnh sán máng (200 triệu người nhiễm bệnh) và bệnh giun (10 triệu người bị nhiễm bệnh) là 2 dạng bệnh phổ biến trầm trọng nhất có liên quan tới nước. Các vector côn trùng sinh sản nhờ nước cũng truyền bệnh đe dọa sự sống của con người, chẳng hạn như sốt rét (267 triệu người bị nhiễm), giun chỉ (90 triệu người nhiễm), và sốt xuất huyết (30 - 60 triệu người nhiễm) (WHO,1992). Việc thiếu nước thường dẫn tới các vấn đề liên quan tới chất lượng nước. Nước thải sinh hoạt, nước thải công nghiệp - nông nghiệp và các khu đô thị đã làm vượt quá khả năng phân huỷ sinh học và hoà tan các chất thải không có khả năng phân huỷ sinh học. Ô nhiễm nước xảy ra trầm trọng nhất ở các thành phố nơi mà việc kiểm soát các dòng thải công nghiệp không chặt chẽ và thiếu các ống, rãnh dẫn nước thải, thiếu các nhà máy xử lý nước thải.

3.3. Đủ thực phẩm và thực phẩm an toàn

Thực phẩm cung cấp năng lượng cho cơ thể con người. Tuỳ vào trọng lượng cơ thể và các hoạt động về thể lực mà cơ thể con người cần khoảng 1000 - 2000 calo năng lượng mỗi ngày. Thực phẩm cũng cung cấp các vitamin và các chất vi lượng, nếu không có các chất này, con người cũng sẽ mắc một số bệnh thiếu hụt.

Trong một vài thập kỷ vừa qua, hệ thống sản xuất lương thực của thế giới đã đáp ứng đủ so với nhu cầu tăng trưởng dân số. Tuy nhiên, những thành công trong nông nghiệp toàn cầu cũng không được phân bố đồng đều, ví dụ: các nước châu Á và châu Mỹ La Tinh đã tăng sản lượng lương thực trên đầu người một cách đáng kể, nhưng sản lượng lương thực của các nước châu Phi vẫn chưa theo kịp được mức tăng trưởng dân số của họ; các nước thuộc Liên Xô cũ cũng đã giảm sút sản lượng lương thực một cách đáng kể. Đối với phần lớn dân số trên thế giới, suy dinh dưỡng và các bệnh liên quan tới suy dinh dưỡng vẫn còn là một nguyên nhân chính gây ra tình trạng ốm yếu và chết yểu. Các tác nhân gây bệnh qua thực phẩm gây ra hàng triệu ca tiêu chảy mỗi năm, bao gồm cả hàng nghìn người ở nước phát triển. Việc phân bố và sử dụng thức ăn không hợp lý là thủ phạm chính gây ra các ca bệnh này. Việc suy thoái đất và cạn kiệt các nguồn nước một cách nhanh chóng cũng tạo ra mối đe dọa nguy hiểm đối với việc sản xuất lương thực trong tương lai.

II. Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ

1. Sơ lược lịch sử ô nhiễm không khí

Không khí mà chúng ta thở là hỗn hợp khí tự nhiên không màu, không mùi, chủ yếu là nitơ (78%), oxy (21%). 1% còn lại chủ yếu là khí argon (0.93%), khí carbon dioxyd (0.032%) và dạng vết các khí neon, heli, ozon, xenon, hydro, metal, kripton và hơi nước. Khi bất kỳ chất nào được thêm vào hỗn hợp khí tự nhiên này là ô nhiễm không khí (ÔNKK) sẽ xảy ra. Nói một cách khác, ÔNKK là kết quả của việc thải các chất độc hại vào không khí ở một tỷ lệ vượt quá khả năng của khí quyển (mưa, gió) trong việc chuyển đổi, phân huỷ và hòa tan các chất độc này.

ÔNKK là một hệ thống lý học và hóa học hết sức phức tạp. Nó có thể được coi là một số chất khí và hạt được hòa tan hoặc lơ lửng trong không khí. Rất nhiều chất ÔNKK thay đổi theo mùa, theo ngày, theo các hoạt động công nghiệp, theo thay đổi

trong giao thông, thay đổi theo lượng mưa và tuyết. Thành phần của ÔNKK biến đổi từ ngày này sang ngày khác, từ tuần này sang tuần khác, nhưng thường có khuynh hướng theo một chu kỳ. Tóm lại, ÔNKK có thể được định nghĩa như sau:

Định nghĩa: ÔNKK xảy ra khi không khí có chứa các thành phần độc hại như các loại khí, bụi lơ lửng, khói, mùi. Hoặc nói cách khác những chất này trong không khí có thể gây ảnh hưởng xấu tới sức khỏe hoặc sự thoải mái của con người, động vật hoặc có thể dẫn đến nguy hại đối với thực vật và các vật chất khác. Trong không khí bị ô nhiễm có chứa các loại khí, các hạt vật chất lơ lửng và các hạt chất lỏng dưới dạng bụi (aerosol) làm thay đổi thành phần tự nhiên của khí quyển. Một số loại khí là những thành phần của không khí sạch như CO₂ cũng sẽ trở nên nguy hại và là

chất ÔNKK khi nồng độ của nó cao hơn mức bình thường. ÔNKK có nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe con người và những thành phần khác của môi trường như đất, nước.

Trước cách mạng công nghiệp – thế kỷ thứ XIX, ÔNKK vẫn chưa phải là một vấn đề trầm trọng, vì các chất ÔNKK được dần dần hòa tan vào khí quyển và không tạo ra những khu vực có nồng độ ô nhiễm cao.

Kể từ khi con người bắt đầu sử dụng các loại nhiên liệu đốt (gỗ, than, và các chất khác) để chuyển nước thành hơi nước như quay các tuốc – bin, con người đã bắt đầu phải đối mặt với các vấn đề ÔNKK. Chính việc tạo ra động cơ hơi nước đã tạo điều kiện cho một số quốc gia trong thời kì đó trở nên giàu có và hùng cường, và các cuộc cách mạng công nghiệp đã làm tăng mức sống của con người, trong khi đó lại làm giảm tầm nhìn và gây ra một số loại bệnh tật – kết quả của ÔNKK. Con người luôn nỗ lực tìm kiếm sự giàu có mà không coi trọng tới những ảnh hưởng của sự phát triển đến xã hội và môi trường. Chỉ tới khi những hiểm họa ÔNKK xảy ra với nhiều trường hợp mắc bệnh và tử vong, loài người mới bắt đầu quan tâm đến hiện tượng ÔNKK.

Vào tháng 10 năm 1948, một lượng chất gây ÔNKK với nồng độ rất cao (gọi là khói mù) bao phủ quanh thị trấn Donora – Mỹ làm 20 người chết và hơn 7000 người phải nhập viện trong vòng 1 tuần.

Tại London, tháng 12 năm 1952, một thảm họa ÔNKK khác đã bao chặt thành phố này trong vòng 5 ngày. Mọi người phải sử dụng khẩu trang và tầm nhìn giảm xuống còn 3,5m. Có khoảng hơn 4000 người tử vong trong thảm họa này.

Tại thành phố New York cũng phải trải qua một số thảm họa ÔNKK. Lần ÔNKK trầm trọng nhất xảy ra vào năm 1965 với 400 người chết...

2. Các nguồn gây ô nhiễm không khí

2.1. Ô nhiễm do công nghiệp

Ô nhiễm không khí do các hoạt động công nghiệp được tạo ra khi các ngành công nghiệp thải các loại khí, các dạng hơi, khói mù v.v... vào khí quyển và xảy ra ở các nhà máy công nghiệp như: nhà máy sản xuất ô tô, quần áo, bột giặt, thuốc tẩy, sản xuất đồ tiêu dùng ...

Các ngành công nghiệp khác nhau sản sinh ra các loại chất ÔNKK khác nhau. Ví dụ, ngành công nghiệp luyện kim tạo ra các chất ô nhiễm như SO₂, CO, HCN, phenol, NH₃,...

Ở ngành công nghiệp sản xuất vật liệu xây dựng như xi măng, gạch, ngói, vôi, bê tông, các chất gây ÔNKK chính là bụi, khí SO₂, CO,... Đối với các nước đang phát triển, kỹ thuật còn hạn chế, trình độ sản xuất lạc hậu, các loại chất gây ÔNKK tạo ra còn lớn hơn nhiều.

Đối với ngành nhiệt điện, các loại nhiên liệu hóa thạch như than, dầu, diezen được đốt để tạo ra điện, sản phẩm gây ÔNKK của ngành này là bụi than, khí SO₂, CO, CO₂...

Còn ở ngành công nghiệp hóa chất và luyện kim màu, khí thải của hai dạng này đặc trưng không phải qua khối lượng chất thải mà qua tính độc hại của các chất chứa trong đó. Đó là các hơi acid và hợp chất hữu cơ bay hơi: florua, xyanua...

Hiện nay, một biện pháp xử lý chất thải đô thị và chất thải y tế đang được sử dụng rộng rãi là đốt. Dù có những ưu điểm rõ ràng, đây cũng là nguồn lây ÔNKK đáng kể. Thành phần của các chất gây ÔNKK gồm có tro, bụi, các chất khí như: SO₂, NO₂, CO, HCL. Ngoài ra còn phải kể đến các kim loại nặng như: Cu, Zn, Hg, Pb; các chất độc như: dioxin, furan,... và ô nhiễm về mùi.

2.2. Ô nhiễm không khí do giao thông

Giao thông cũng là một trong những nguồn gây ÔNKK chính, ÔNKK do giao thông có thể chiếm khoảng 50% ÔNKK. Khí carbon monoxyd (CO) là nguồn gây ÔNKK chủ yếu được tạo ra chủ yếu do giao thông. CO là sản phẩm của quá trình đốt cháy không hoàn toàn, carbon dioxyd (CO₂) là sản phẩm của quá trình đốt cháy hoàn toàn. Nitơ oxyd và hydrocarbon là những sản phẩm phụ khác của quá trình đốt cháy các sản phẩm xăng, dầu. Những sản phẩm này thực hiện các phản ứng quang hóa, đây là một vấn đề nghiêm trọng ở các thành phố lớn.

2.3. Nông nghiệp

ÔNKK cũng được tạo ra do các hoạt động trong sản xuất nông nghiệp, từ khi hóa chất bảo vệ thực vật được sử dụng làm tăng đáng kể sản lượng mùa màng, cũng từ đó góp phần gây ÔNKK. Ngoài ra việc phân hủy chất thải trên đồng ruộng, ao hồ cũng tạo ra các chất gây ÔNKK.

2.4. Các nguồn gây ÔNKK trong nhà

Các nguồn gây ÔNKK trong nhà có thể là thảm trải sàn, nệm ghế, giấy dán tường, đồ gỗ, các chất tẩy rửa và diệt côn trùng..., là những nguồn phát sinh các hợp chất hữu cơ bay hơi. Khói thuốc lá cũng góp phần vào việc phát sinh các hợp chất hữu cơ bay hơi, các loại chất độc khác và bụi hô hấp. Các thiết bị văn phòng có thể phát sinh khí ozon.

3. Các chất ÔNKK và những ảnh hưởng của chúng

Các chất ô nhiễm chính trong môi trường không khí bao gồm:

- Các loại khí lưu huỳnh oxyd (SO_x), nitơ oxyd (NO_x), carbon monoxyd (CO), hydro sulfua (H₂S), các loại khí halogen (clo, brom, iod).
- Các hợp chất florua.
- Các hợp chất hữu cơ bay hơi.
- Các loại bụi nhẹ lơ lửng như: khói, sương mù, phấn hoa, vi sinh vật...

- Khói quang hóa như ozon, aldehyd...

Các chất ô nhiễm kể trên chủ yếu do quá trình đốt cháy nhiên liệu, cháy rừng, các quá trình sản xuất công nghiệp, giao thông vận tải sinh ra. Riêng khói quang hóa được tạo ra trong khí quyển do sự tương tác giữa ánh sáng mặt trời, hydrocarbon và nitơ oxyd. Kết quả là ozon tích tụ lại và sinh ra một số chất ô nhiễm thứ cấp như andehyd. Các chất ÔNKK ảnh hưởng không những lên sức khỏe con người, sự phát triển của động thực vật mà còn ảnh hưởng đến các công trình, đến tầm nhìn và sinh hoạt của cộng đồng. Rộng hơn nữa, mang tính toàn cầu, các chất ÔNKK còn có tác động đến khí hậu của trái đất.

3.1. Ảnh hưởng lên sức khỏe

Những nghiên cứu dịch tễ học cho thấy một hàm lượng lớn các chất ÔNKK góp phần vào hoặc gây ra các bệnh liên quan đến đường hô hấp. Một nghiên cứu của trường đại học Harvard cho thấy hàng năm có khoảng 60.000 người chết do các bệnh có liên quan đến ÔNKK dạng hạt bụi. Riêng tại nước Mỹ có tới 28 triệu người mắc các bệnh hô hấp mãn tính vẫn thường xuyên tiếp xúc với khói mù độc hại hàng ngày làm cho bệnh của họ càng trở nên trầm trọng hơn. Dưới đây là một số bệnh liên quan đến ÔNKK.

3.1.1. Hen suyễn

Là một dạng kích thích phế quản dẫn đến khó thở nghiêm trọng và là vấn đề y tế công cộng đang nổi cộm hiện nay. Từ năm 1983 đến 1993, tỷ lệ mắc bệnh này ở Mỹ đã tăng 34%. Các khu vực đô thị, đặc biệt là các khu có nồng độ các chất ÔNKK cao là những khu vực bị ảnh hưởng nhiều nhất. Các chất hạt và SO₂ là những chất ÔNKK có liên quan đến mắc bệnh hen suyễn.

3.1.2. Viêm phế quản mạn tính

Viêm phế quản mạn tính xảy ra khi trong phế quản có một lượng lớn các chất nhầy được tạo ra dẫn tới ho kéo dài. Đường như có mối tương quan rất lớn giữa tỷ lệ tử vong do viêm phế quản mạn tính và nồng độ SO₂. SO₂ có thể gây kích thích mũi họng và phế quản. Việc tiếp xúc nhiều lần với nồng độ cao SO₂ có thể làm cho cơ thể tạo ra quá nhiều chất nhầy như là một chất bảo vệ.

3.1.3. Khí phế thũng

Bệnh khí phế thũng đặc trưng bởi việc làm yếu thành các túi phổi và những túi không khí nhỏ bé trong phổi. Khi bệnh phát triển, các túi khí này tăng về kích thước, giảm tính chất đàn hồi của nó và thành các túi này bị phá hủy. Thở ngắn, thở gấp là dấu hiệu ban đầu của bệnh này. NO₂ được xác định là một trong những chất ÔNKK gây ra bệnh khí phế thũng.

3.2. Hội chứng bệnh nhà kín

Khái niệm về hội chứng bệnh nhà kín (Sick building syndrome – SBS) được sử dụng để mô tả các trường hợp mà những người sống hoặc làm việc trong những ngôi nhà kín chịu những ảnh hưởng cấp tính đến sức khỏe, liên quan đến thời gian ở trong ngôi nhà đó mà không xác định được cụ thể bệnh hoặc nguyên nhân gây bệnh. Phần lớn các triệu chứng của SBS mất đi hoặc giảm nhẹ khi rời khỏi ngôi nhà.

Các triệu chứng của SBS bao gồm:

- Kích thích hoặc khô mắt, mũi, họng.
- Ngứa mắt, chảy nước mắt, ngạt mũi.
- Ho, hắt hơi, chảy máu cam.
- Giọng nói khàn hoặc biến đổi.
- Tức ngực, thở rít.
- Hen, thở dốc.
- Khô, ngứa da.
- Phát ban.
- Mệt mỏi, khó tập trung, buồn ngủ.
- Đau đầu, chóng mặt, buồn nôn.
- Thay đổi vị giác, cảm giác mùi khó chịu.

4. Một số tác động của ÔNKK lên khí hậu toàn cầu

ÔNKK không những gây ảnh hưởng đến sức khỏe con người, sự phát triển của động thực vật, tuổi thọ của các công trình mà còn gây những tác động mang tính toàn cầu. Một số tác động chính của ÔNKK lên sự biến đổi của khí hậu trái đất, như là nguyên nhân của hiệu ứng nhà kính dẫn đến sự nóng lên của trái đất, suy giảm tầng ozon, mưa acid và sự nghịch đảo nhiệt.

4.1. Sự nóng lên của trái đất

Nhiệt độ bề mặt trái đất được hình thành bởi sự cân bằng giữa năng lượng mặt trời chiếu xuống trái đất và năng lượng nhiệt bức xạ của trái đất phát vào vũ trụ. Nếu cho rằng toàn bộ năng lượng mặt trời chiếu tới bị hấp thụ bởi bề mặt trái đất, ta có nhiệt độ trung bình mặt trái đất khoảng $278\text{oK} = 5\text{oC}$, chênh lệch 10oC so với nhiệt độ trung bình của bề mặt trái đất (15oC). Thực tế, khoảng 30% bức xạ mặt trời bị phản xạ lại vào vũ trụ bởi mây, các bề mặt nước, băng (hệ số Albedo của bề mặt trái đất khoảng 0.3). Khi đó, nhiệt độ bề mặt trái đất tính theo phương trình cân bằng năng lượng chỉ có khoảng $254\text{oK} = -19\text{oC}$. Sự chênh lệch 34oC này chính là kết quả của "hiệu ứng nhà kính" do các thành phần của khí quyển gây ra. Điều này có thể giải thích như sau: bức xạ mặt trời là bức xạ sóng ngắn ($0.4 - 0.8\text{ nm}$), dễ dàng xuyên qua các lớp khí CO_2 , ozon và hơi nước chiếu xuống trái đất. Trong khi đó, bức xạ nhiệt do trái đất phát ra có bước sóng dài hơn ($10 - 15\text{ nm}$), không xuyên qua được và bị hấp thụ bởi các khí này trong khí quyển. Do đó, nhiệt độ khí quyển bao quanh trái đất tăng lên, dẫn đến việc gia tăng nhiệt độ trái đất. Các khí trong khí quyển có khả năng hấp thụ bức xạ nhiệt sóng dài được gọi là khí nhà kính và sự nóng lên của trái đất còn gọi là "hiệu ứng nhà kính". Các khí nhà kính chính là khí CO_2 , cloroflorocarbon (CFCs), metan, N_2O ; trong đó khí CO_2 là khí nhà kính quan trọng nhất đối với sự biến đổi khí hậu, chiếm tỷ trọng khoảng 55%. Sau đó là các khí

CFC, chủ yếu là CFC – 11 và CFC – 12, chiếm khoảng 24% mặc dù tác dụng hiệu ứng nhà kính của khí này cao hơn khí CO_2 (một phân tử khí CFC - 11 có tác dụng hiệu ứng nhà kính tương đương với 12.000 phân tử CO_2).

4.2. Sự phá hủy tầng ozon

Sau "hiệu ứng nhà kính", sự phá hủy tầng ozon do ÔNKK gây ra cũng là một trong những hậu quả mang tính toàn cầu. Ở bề mặt trái đất, ozon là một chất kích thích mắt và hệ thống hô hấp khá mạnh, là một thành phần chính của khói quang hóa. Ở lớp bình lưu (cách bề mặt trái đất 10 - 12 Km), lớp không khí loãng có chứa 300 - 500 ppb O₃. Ozon là thành phần duy nhất của khí quyển có khả năng hấp thụ một cách đáng kể bức xạ sóng ngắn < 0.28 μ m. Nếu không có lớp ozon này, một lượng khá lớn tia cực tím với bức sóng 0.2 - 0.28 μ m có thể tới được trái đất, gây ra những phản ứng hóa học với các bề mặt tiếp xúc, độc hại đối với con người, động vật và cây cối. Như vậy, ozon là một chất ô nhiễm độc hại ở bề mặt trái đất nhưng là một tấm chắn tia cực tím hữu hiệu ở tầng bình lưu.

4.3. Mưa acid

Mưa acid chủ yếu tạo ra do khí lưu huỳnh oxyd (khoảng 2/3) và khí nitơ oxyd (khoảng 1/3). Những khí này dễ dàng hòa tan vào nước, tạo thành acid sunfuric và acid nitric. Các giọt acid nhỏ bé được gió mang đi và theo mưa rơi xuống bề mặt trái đất. Độ acid được đo bằng pH: $pH = -\log_{10}$ (hoạt tính của ion H⁺, mol/lít) Nước mưa ở môi trường hoàn toàn không ô nhiễm có độ pH $\approx$ 5.6. Nước mưa có độ pH < 5.6 đã được coi là mưa acid, nhưng tác hại của nó đối với động, thực vật chỉ xuất hiện khi độ pH $\leq$ 4.5. Ở các mức độ khác nhau, mưa acid làm hủy diệt rừng và mùa màng, gây ảnh hưởng xấu đối với con người và động vật, với các sinh vật sống dưới nước. Mưa acid còn ảnh hưởng đến các công trình xây dựng, gây han gỉ cầu cống, nhà cửa, tượng đài....

4.4. Sự nghịch đảo nhiệt

Ở tầng đối lưu, trong những điều kiện thông thường thì càng lên cao nhiệt độ không khí càng giảm. Trong trường hợp ngược lại, khi có tồn tại một lớp không khí nóng hơn và nhẹ hơn ở phía trên, nhiệt độ không khí càng lên cao càng tăng, người ta gọi là hiện tượng nghịch đảo nhiệt. Hiện tượng này hay xảy ra ở những vùng thung lũng vào ban đêm. Vào mùa hè, buổi sáng hiện tượng này sẽ bị mất đi cùng với năng lượng mặt trời đốt nóng trái đất. Nhưng vào mùa đông, đặc biệt những ngày có tuyết hoặc có điều kiện ngưng tụ hơi nước, hiện tượng này có thể kéo dài nhiều ngày. Hiện tượng nghịch đảo nhiệt ngăn cản việc hòa trộn khí quyển, khiến các chất ÔNKK không thoát lên được mà tụ lại bên dưới lớp khí đặc hơn. Nếu hiện tượng này kéo dài nhiều ngày, nồng độ chất ô nhiễm có thể lên tới mức khó chịu, thậm chí nguy hiểm, đặc biệt đối với những người có bệnh về đường hô hấp.

4.5. Hiện tượng Mây Nâu Châu Á

Trong những năm gần đây, các nhà khoa học đã phát hiện một lớp khí ô nhiễm đang bao phủ cả một miền rộng lớn ở Nam Á, và họ đã đặt tên là Mây Nâu châu Á. Mây Nâu Châu Á là một lớp khí dày khoảng 3 km, trải dài hàng ngàn Km suốt từ Tây Nam Afganistan đến Đông Nam Sri Lanka, bao phủ hầu hết Ấn Độ. Lớp khí này chứa đựng rất nhiều loại chất ô nhiễm như bụi, tro, muối, một số loại khí gây acid và có thể lan tỏa xa hơn nữa, đến cả miền Đông và Đông nam Á.

III. Ô nhiễm nước

1. Mối liên quan giữa chất lượng nước và sức khỏe con người

1.1. Chất lượng nước và tiêu chuẩn

Tuỳ theo yêu cầu của việc sử dụng nước vào các mục đích khác nhau như nông nghiệp, công nghiệp, ngư nghiệp, văn hoá, thể dục thể thao, phục vụ ăn uống và sinh hoạt mà quy định những tiêu chuẩn của ngành. Đối với nước ăn uống và sinh hoạt có tiêu chuẩn quốc tế, tiêu chuẩn khu vực, tiêu chuẩn quốc gia và tiêu chuẩn địa phương. Tiêu chuẩn quốc tế về nước sinh hoạt là tiêu chuẩn của WHO, ban hành năm 1958 và bổ sung sửa đổi năm 1963, 1971 và 1984. Tiêu chuẩn bao gồm 3 nhóm chỉ tiêu: vật lý, hoá học (chất vô cơ tan, chất hữu cơ) và sinh học.

Nhìn chung, về mặt số lượng có thể chấp nhận được ở mức 30 l/người/ngày ở nông thôn và 100 - 150l/người/ngày ở thành thị. Về mặt chất lượng, nước dùng để ăn uống và sinh hoạt phải đảm bảo nhưng yêu cầu chung sau đây:

- Nước phải có tính cảm quan tốt, phải trong, không có màu, không có mùi, không có vị gì đặc biệt để gây cảm giác khó chịu cho người sử dụng.

- Nước phải có thành phần hoá học không độc hại cho cơ thể con người, không chứa các chất độc, chất gây ung thư, chất phóng xạ... Nếu có thì phải ở mức tiêu chuẩn nồng độ giới hạn cho phép theo quy định của Nhà nước - Bộ Y tế.

- Nước không chứa các loại vi khuẩn, virus gây bệnh, các loại ký sinh trùng và các loại vi sinh vật khác, phải đảm bảo an toàn về mặt dịch tễ học.

1.2. Vệ sinh nước và sức khỏe cộng đồng

Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới đã kết luận rằng chất lượng nước và dung lượng nước sinh hoạt có ảnh hưởng rất lớn tới sức khoẻ con người. Nhiều vụ dịch bệnh liên quan đến nước bị ô nhiễm như bệnh tả, thương hàn, lỵ, ỉa chảy, viêm gan A đã và đang xảy ra ở cả những nước phát triển và đang phát triển. Thiếu nước cũng gây ảnh hưởng trầm trọng, đặc biệt là sự phát sinh và lây nhiễm các bệnh về da, mắt và các bệnh truyền qua đường phân miệng. Ước tính trên thế giới có khoảng 6 triệu người bị mù do bệnh đau mắt hột và khoảng 500 triệu người có nguy cơ bị mắc bệnh này. Theo thống kê sức khoẻ toàn cầu của trường Đại học Harvard, của Tổ chức Y tế Thế giới và Ngân hàng Thế giới thì hàng năm có khoảng 4 tỷ trường hợp bị ỉa chảy, làm 2,2 triệu người chết mà chủ yếu là trẻ em dưới 5 tuổi (tương đương cứ 15 giây thì có một trẻ em bị chết). Con số này chiếm khoảng 15% số trẻ em chết vì tất cả các nguyên nhân ở những nước đang phát triển. Nâng cao chất lượng nước sinh hoạt và cung cấp các công trình vệ sinh phù hợp sẽ giảm 1/4 đến 1/3 số ca bị tiêu chảy hàng năm.

1.3. Vai trò của nước đối với con người

Con người sử dụng nước cho nhiều mục đích khác nhau. Nước dùng trong sinh hoạt bao gồm nước uống, nước dùng trong nấu nướng, tắm giặt và dùng trong nhà vệ sinh. Nước dùng cho công nghiệp chủ yếu phục vụ các ngành sản xuất giấy, xăng dầu, hoá chất và luyện kim. Nước dùng để xử lý rác thải chủ yếu là dùng trong vận chuyển phân và nước tiểu từ các hố xí tự hoại tới nhà máy xử lý. Nước dùng cho mục đích vui chơi giải trí như để bơi thuyền, lướt ván, bơi lội v.v. Nước dùng để tưới tiêu trong nông nghiệp và ngoài ra còn dùng cho một số mục đích khác như chăn nuôi, nuôi trồng thủy sản, vận chuyển, sản xuất điện trong các nhà máy thủy điện và dùng trong các quá trình làm lạnh.

Đối với sự sống thì nước cũng như không khí rất cần thiết cho con người và các sinh vật khác. Khoảng 50 đến 65% trọng lượng cơ thể chúng ta là nước và chỉ cần

thay đổi khoảng 1 -2% lượng nước trong cơ thể cũng có thể gây ảnh hưởng đến sức khoẻ và gây khát. Mất 5% nước trong cơ thể có thể gây hôn mê và nếu mất một lượng khoảng 10-15% thì có thể dẫn tới tử vong. Mặc dù có nhiều bằng chứng cho thấy con người có thể nhịn đói trong vài tháng nhưng trong điều kiện khí hậu khô nóng thì chúng ta chỉ có thể sống được 1 đến 2 ngày mà không tiêu thụ (ăn và uống) một tý nước nào. Trung bình mỗi người tiêu thụ khoảng 2 lít nước mỗi ngày và với dân số thế giới hiện nay vào khoảng 6 tỷ người thì mỗi ngày chúng ta tiêu thụ hết 12 triệu m³ nước uống. Do đó, cung cấp nước đầy đủ và trong sạch là một trong những yếu tố cơ bản để bảo vệ sức khoẻ. Chúng ta có thể tóm tắt những vai trò chính của nước đối với cơ thể là:

- Nước được coi như là thực phẩm cần thiết đối với con người. Nước đưa vào trong cơ thể những chất bổ hoà tan và thải ra ngoài cơ thể những chất cặn bã dưới dạng hòa tan và nửa hoà tan.
- Nước cung cấp cho cơ thể những vi yếu tố cần thiết như: flo, calci, mangan ...
- Nước rất cần cho vệ sinh cá nhân và vệ sinh công cộng.
- Nước có thể đưa vào cơ thể những chất độc hại, những vi khuẩn gây bệnh khi nước không được trong sạch.

1.4. Bệnh có liên quan đến nước

Năm 1980 Tổ chức Y tế Thế giới thông báo 80% bệnh tật của con người có liên quan tới nước. Một nửa số giường bệnh trên thế giới là các bệnh có liên quan tới nước và 25.000 người chết hàng ngày là do các bệnh có liên quan tới nước. Bình quân trên thế giới cứ 5 người thì 3 người không có đủ nước dùng hàng ngày.

Các bệnh liên quan với nước có thể được chia thành một số nhóm chính:
a. Bệnh lây qua đường tiêu hóa Những căn bệnh này xảy ra do ăn uống nước bị nhiễm sinh vật gây bệnh, ví dụ như các bệnh đường ruột (thương hàn, tả, viêm gan A). Nước là môi trường làm lây lan và gây ra các đại dịch bệnh đường ruột ở nhiều khu vực khác nhau trên thế giới. Các vi khuẩn đường ruột tồn tại trong nước khá lâu

Bảng 4.1. Thời gian sống trong nước máy của một số vi khuẩn đường ruột

Tên vi khuẩn	Thời gian sống
Vi khuẩn đại tràng	2 – 262
Thương hàn	2 – 93
Ly	5 – 12
Tả	4 – 28

Người ta đã tìm thấy các vi khuẩn gây bệnh tả, thương hàn, phó thương hàn, ly... trong nước máy của thành phố có nguồn nước bị nhiễm bẩn, hoặc nơi áp dụng biện

pháp khử trùng không đảm bảo. Đồng thời, có nhiều xét nghiệm cho thấy các vi khuẩn gây bệnh ỉa chảy trẻ em như *Leptospira*, *Brucella*, các virus bại liệt, viêm gan A tồn tại trong nước tự nhiên và trong nước uống. Biện pháp dự phòng các căn bệnh này là tránh làm nhiễm bẩn nguồn nước đặc biệt là với phân người và động vật hoặc xử lý tốt nước sinh hoạt trước khi sử dụng và thực hiện ăn chín uống sôi.

b. Bệnh lây qua đường da niêm Những bệnh này có thể lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp với các sinh vật gây bệnh trong nước. Ví dụ bệnh giun Guinea và bệnh sán máng (schistosomiasis) có thể xảy ra ở những người bơi lội dưới nước có loài ốc bị nhiễm những sinh vật gây các bệnh này sinh sống. Các ấu trùng rời khỏi cơ thể ốc vào nước và sẵn sàng xuyên qua. Biện pháp phòng chống những bệnh này là thu gom, xử lý phân người và động vật hợp vệ sinh, đồng thời ngăn không cho mọi người tiếp xúc với nước bị nhiễm bẩn.

d. Các bệnh liên quan đến nước

Các bệnh trong nhóm này phải kể đến là bệnh sốt rét, bệnh sốt xuất huyết Dengue, bệnh giun chỉ. Côn trùng trung gian truyền bệnh là các loại muỗi, trong đó nước đóng vai trò là môi trường sống của các sinh vật truyền bệnh. Muỗi sống trong các vùng có bệnh dịch lưu hành, quá trình sinh sản của muỗi phải qua môi trường nước. Muỗi đẻ trứng trong nước, trứng nở thành bọ gậy, bọ gậy thành cung quăng và thành muỗi. Biện pháp dự phòng là loại bỏ côn trùng truyền bệnh hoặc tránh không tiếp xúc với chúng.

e. Các bệnh do thiếu nước trong tắm giặt

Một số ví dụ về loại bệnh này là bệnh do *Shigella*, bệnh ngoài da, bệnh mắt hột và bệnh viêm kết mạc. Theo điều tra dịch tễ học, các bệnh ngoài da, bệnh về mắt có tỷ lệ mắc bệnh liên quan chặt chẽ với việc cung cấp và sử dụng nước sạch. Nguyên nhân chủ yếu là do ký sinh trùng, các vi khuẩn, virus, nấm mốc gây ra, nhưng thiếu nước sạch để vệ sinh cá nhân không kém phần quan trọng. Nghiên cứu tại các vùng trước đây có tỷ lệ mắc các bệnh trên cao, sau khi được cải thiện việc cung cấp nước, vệ sinh môi trường và giáo dục vệ sinh thì tỷ lệ mắc các bệnh trên đã giảm xuống rõ rệt.

f. Bệnh do vi yếu tố và các chất khác trong nước

Bệnh do yếu tố vi lượng, hoặc các chất khác có trong nước gây ra cho người là do thừa hoặc thiếu trong nước.

Bệnh bướu cổ: bệnh phát sinh ở những nơi mà trong đất, trong nước, trong thực phẩm quá thiếu iod, ví dụ vùng núi cao, vùng xa biển. Nhu cầu hàng ngày của cơ thể là 200 µg iod, nếu không đủ tuyến giáp phải làm việc nhiều và làm cho bướu cổ to ra. Tuy vậy, bệnh bướu cổ còn do các yếu tố khác như giới tính, địa dư, di truyền, khả năng kinh tế và xã hội.

Bệnh về răng do thiếu hoặc thừa flo: flo cần thiết cho cơ thể để cấu tạo men răng và tổ chức của răng. Tiêu chuẩn cho phép trong nước uống là 0,7-1,5 mg/l. Nếu flo nhỏ hơn 0,5 mg/l sẽ bị bệnh sâu răng, nếu lớn hơn 1,5 mg/l sẽ làm hoen ố men răng và các bệnh về khớp.

Bệnh do nitrat cao trong nước: nitrat là sản phẩm phân huỷ cuối cùng của chất hữu cơ trong tự nhiên. Nitrat cao trong nước còn do nước bị ô nhiễm nước thải. Trong nước có hàm lượng nitrat trên 10 mg/l có thể gây bệnh tím tái ở trẻ em.

Người ta thấy rằng hàm lượng methemoglobin trong máu cao ở cả trẻ em và người lớn khi dùng nước có hàm lượng nitrat cao quá giới hạn cho phép.

Bệnh do nhiễm độc bởi các chất độc hoá học: nước có thể bị nhiễm bẩn bởi các chất hoá học dùng trong sinh hoạt hàng ngày, trong nước thải sản xuất công nghiệp... Trong quá trình làm sạch nước để ăn uống nếu không kiểm soát chặt chẽ chất lượng nước theo tiêu chuẩn vệ sinh thì các chất hoá học trong nước có nhiều khả năng gây bệnh cho con người dưới dạng nhiễm độc cấp tính, bán cấp tính hoặc mạn tính. Ví dụ, nước bị nhiễm dimetyl thuỷ ngân người ta sẽ mắc bệnh Minamata. Trong nước có các chất gây ung thư, con người cũng có thể bị ung thư khi dùng nước này.

Phòng ngừa các bệnh do nước truyền cần đặc biệt quan tâm việc giám sát chất lượng nước theo tiêu chuẩn vệ sinh. Quản lý, giám sát, thanh tra việc thu gom và xử lý chất thải một cách hữu hiệu tránh làm ô nhiễm nước, ô nhiễm môi trường xung quanh.

Các chỉ tiêu cơ bản để giám sát chất lượng nước

Thông thường để giám sát chất lượng nước về mặt vệ sinh người ta thường quan tâm đến các chỉ tiêu cơ bản sau:

- + Các chỉ tiêu vật lý: độ pH, độ đục, chất cặn lơ lửng, tổng hàm lượng cặn.
- + Các chỉ tiêu hoá học: độ oxy hoá, hàm lượng amoniac, hàm lượng nitrit, nitrat, clorua, sắt tổng số, độ cứng toàn phần.
- + Các chỉ tiêu vi sinh: tổng số Coliforms, Colifeacal chịu nhiệt hay E.coli. Những trường hợp đặc biệt nghi ngờ khác cần xét nghiệm thêm các chỉ tiêu trong bảng tiêu chuẩn nước ăn uống số 1329/ BYT/ QĐ ngày 13/2/2002.

2. Ô nhiễm nước và tác động lên sức khỏe môi trường.

2.1. Ô nhiễm nước.

Hiến chương châu Âu về nước đã định nghĩa: “Ô nhiễm nước là sự biến đổi nói chung do con người với chất lượng nước, làm nhiễm bẩn nước và gây nguy hiểm cho con người, cho công nghiệp, nông nghiệp, nuôi trồng thuỷ sản, nghỉ ngơi, giải trí, cho động vật nuôi và các loài hoang dã”.

Ô nhiễm nước có nguồn gốc tự nhiên: do mưa, tuyết tan, gió bão, lũ lụt đưa vào môi trường nước chất thải bản, các sinh vật và vi sinh vật có hại kể cả xác chết của chúng.

Ô nhiễm nước có nguồn gốc nhân tạo: quá trình thải các chất độc hại chủ yếu dưới dạng lỏng như các chất thải sinh hoạt, công nghiệp, nông nghiệp, giao thông vào môi trường.

Theo bản chất các tác nhân gây ô nhiễm, người ta phân ra các loại ô nhiễm nước như sau: ô nhiễm vô cơ và hữu cơ ô nhiễm hoá chất, ô nhiễm sinh học, ô nhiễm bởi các tác nhân vật lý.

2.2. Hoạt động của con người và vấn đề ô nhiễm nước

Trong hoạt động sống của mình, hàng ngày con người đã thải vào môi trường xung quanh một khối lượng nước bẩn tương đương với khối lượng nước sạch đã được cung cấp. Nước bẩn thải ra từ các khu dân cư, đô thị, thành phố, các nhà máy

xí nghiệp v.v. có chứa một khối lượng lớn chất bẩn rất đa dạng. Khi nước bẩn chảy vào nguồn nước sẽ làm thay đổi những đặc tính cơ bản của nguồn nước tự nhiên. Ví dụ như thay đổi tính chất cảm quan của nước, làm cho nước có màu, mùi đặc biệt, hoặc thay đổi thành phần hoá học của nước, làm tăng hàm lượng chất hữu cơ, muối khoáng xuất hiện các hợp chất độc hại, hoặc thay đổi hệ sinh vật trong nước, xuất hiện các loại vi khuẩn và virus gây bệnh. Ngày nay, với mật độ dân đô thị ngày càng tăng, chính phủ và cộng đồng ngày càng quan tâm tới lĩnh vực bảo vệ môi trường, mối liên quan giữa chất lượng môi trường và sức khỏe ngày càng được hiểu rõ, đồng thời những tổn thất kinh tế do ô nhiễm nước gây ra cũng được đánh giá chính xác hơn nên đã thúc đẩy cải thiện các biện pháp áp dụng nhằm kiểm soát ô nhiễm.

Nguồn gây ô nhiễm nước

Nước có thể bị nhiễm bẩn bởi nhiều nguồn gốc khác nhau, mỗi nguồn gây ra ô nhiễm nước lại có nhiều tác nhân ô nhiễm. Thông thường nước bị nhiễm bẩn bởi:

Chất thải trong sinh hoạt hàng ngày

Chất thải trong sinh hoạt hàng ngày bao gồm:

- Nước dùng để tắm, rửa, giặt quần áo.
- Nước qua chế biến thức ăn uống.
- Nước lau cọ nhà cửa.
- Nước tiêu, nước từ các hố xí tự hoại.
- Rác bẩn trong nhà.
- Phân người và gia súc.

Chất thải trong công nghiệp

Các ngành công nghiệp đã thải ra một khối lượng chất bẩn vô cùng to lớn. Nước thải của các ngành công nghiệp đã chiếm một tỷ lệ lớn, có nơi gấp 5 - 100 lần lượng nước thải sinh hoạt, ví dụ như ở Pháp hàng năm thải ra 100 triệu m³ nước thải, trong đó nước thải công nghiệp là 90 triệu m³. Nước thải công nghiệp hình thành do quá trình sử dụng nước trong sản xuất. Điều kiện hình thành nước thải, số lượng và thành phần nước thải rất khác nhau. Cho tới nay người ta biết tới trên 140 loại nước thải công nghiệp.

Rác thải công nghiệp: trong quá trình sản xuất, nhiều phế thải, rác thải đã được đưa vào môi trường xung quanh, trong đó có môi trường nước. Bã thải công nghiệp có khối lượng khá lớn ví dụ như xỉ than của ngành nhiệt điện; vỏ hoa quả, bã mía ... trong ngành công nghiệp thực phẩm, các hoá chất trong ngành công nghiệp hoá chất.

Chất bẩn do ngành nông nghiệp và chăn nuôi

Trong nông nghiệp người ta đã sử dụng nhiều loại phân bón để tăng năng suất cây trồng như phân người, phân gia súc, phân xanh, phân hoá học. Để bảo vệ hoa màu người ta đã dùng nhiều loại hoá chất trừ sâu, diệt cỏ để tiêu diệt sâu bệnh và cỏ dại. Sự dư thừa phân bón và hoá chất trừ sâu diệt cỏ đã là những tác nhân gây ô nhiễm nước.

Các nguồn gây ô nhiễm khác

Ngoài các nguồn gốc kể trên, nước còn bị ô nhiễm bởi các chất thải trong ngành giao thông đường thủy. Các chất thải hàng ngày trên con tàu như phân, nước tiểu, rác, nước rửa sàn tàu, dầu mỡ v.v. đều được đổ xuống sông biển. Không khí bẩn tại các khu công nghiệp, đất bẩn bởi rác, phân trong các khu dân cư cũng là nguồn gốc gây ra ô nhiễm nước và ô nhiễm môi trường.

Rất nhiều con sông chảy qua các thành phố lớn ở những nước đang phát triển đã và đang đóng vai trò như là hệ thống cống rãnh mở dẫn các loại nước thải của thành phố. Rác thải sinh hoạt và rác thải công nghiệp đã gia tăng tổng lượng ô nhiễm vượt xa khả năng tự làm sạch của những con sông này. Một vấn đề khác cũng đáng quan tâm đó là các hoạt động khai thác nước ngầm quá mức dẫn tới một số vấn đề về chất lượng nước. Khi mức nước ngầm tự nhiên bị giảm đi thì nước mặn sẽ được hút vào để thay thế nước ngọt. Đồng thời nước thải từ hệ thống cống rãnh có thể ngấm xuống đất mang theo các sinh vật gây bệnh và nhiều hoá chất độc hại do các nhà máy thải ra.

Các yếu tố gây ô nhiễm nước

Do các chất hữu cơ phân huỷ

Các chất hữu cơ tháo vào sông hồ có nguồn gốc từ thực vật như xác cây cỏ, hoa quả, các chất mùn. Nguyên tố cơ bản của chất bẩn là carbon. Các chất hữu cơ có nguồn gốc động vật do các chất thải của con người như nước chế biến thức ăn, nước tắm giặt, nước từ các nhà tiêu tự hoại, nước thải của các nhà máy chế biến thực phẩm, lò giết mổ, trại chăn nuôi v.v. Nguyên tố cơ bản trong chất bẩn là nitơ. Các loại vi khuẩn hoại sinh trong nước đóng vai trò chính trong việc phân huỷ các chất hữu cơ thành các chất vô cơ vô hại, đồng thời cũng làm tăng thêm lượng vi khuẩn trong 1 đơn vị thể tích nước.

Trong nước bị ô nhiễm ít, hàm lượng oxy hoà tan trong nước ở trên mức giới hạn cho phép, các chất hữu cơ sẽ được phân huỷ bởi các vi khuẩn hiếu khí để tạo thành các sản phẩm cuối cùng như nitrat sulphat, phosphat, CO₂ ... Khi nguồn nước bị ô nhiễm nặng và liên tục bởi các chất hữu cơ, hàm lượng oxy hoà tan trong nước giảm xuống còn rất thấp, quá trình phân huỷ các chất hữu cơ do các vi khuẩn yếm khí đảm nhiệm và tạo thành các sản phẩm trung gian, làm cho nước có mùi hôi, màu đen, xuất hiện các khí thối như H₂S, NH₃, CH₄ và aldehyd.

Để đánh giá mức độ nhiễm bẩn trong nước bởi các chất hữu cơ, người ta thường dùng các chỉ số sau:

- Nồng độ oxy hoà tan trong nước(DO: Dissolved Oxygen).
- Nhu cầu oxy về hoá học (COD: Chemical Oxygen Demand).
- Nhu cầu oxy về hoá sinh học (BOD: Biological Oxygen Demand).

Trong đó: DO là lượng oxy hoà tan trong nước cần thiết cho sự hô hấp của các sinh vật sống trong nước như cá, lưỡng cư, động thực vật thủy sinh, côn trùng... DO thường được tạo ra do sự hoà tan oxy từ khí quyển hoặc do quang hợp của tảo. Nồng độ oxy hoà tan trong nước thường nằm trong khoảng 8-10 ppm. Tuy nhiên, nồng độ này thay đổi phụ thuộc vào nhiệt độ, sự phân huỷ các chất và sự quang hợp của tảo... Khi nồng độ DO thấp, các loài sinh vật sống trong nước giảm hoạt động

hoặc thậm chí có thể bị chết. Do vậy, DO là một chỉ số quan trọng để đánh giá sự ô nhiễm nước của các thủy vực.

BOD (biological oxygen demand) là lượng oxy cần thiết để vi sinh vật oxy hoá các chất hữu cơ theo phản ứng

Vi khuẩn

Chất hữu cơ + O₂ -----> CO₂ + H₂O + tế bào mới + sản phẩm trung gian.

Trong môi trường nước, khi quá trình oxy hoá sinh học xảy ra thì các vi sinh vật sử dụng oxy hoà tan, vì vậy xác định tổng lượng oxy hoà tan cần thiết cho quá trình phân huỷ sinh học là phép đo quan trọng đánh giá ảnh hưởng của một dòng thải đối với nguồn nước. BOD cho ta biết lượng chất thải hữu cơ trong nước có thể bị phân huỷ bằng các vi sinh vật.

COD (chemical oxygen demand) là lượng oxy cần thiết để oxy hoá các hợp chất hoá học trong nước bao gồm cả vô cơ và hữu cơ. Như vậy, COD là lượng oxy cần thiết để oxy hoá toàn bộ các chất hoá học trong nước, trong khi đó BOD là lượng oxy cần thiết để oxy hoá một phần các hợp chất hữu cơ dễ phân huỷ bởi vi sinh vật.

Toàn bộ lượng oxy sử dụng cho các phản ứng trên được lấy từ oxy hoà tan trong nước (DO). Do đó, nếu nhu cầu oxy hoá học và oxy sinh học cao thì sẽ làm giảm nồng độ oxy hoà tan trong nước, có hại cho sinh vật sống trong nước và hệ sinh thái nước nói chung. Nước thải sinh hoạt, nước thải công nghiệp và nông nghiệp là các tác nhân làm gia tăng giá trị BOD và COD của môi trường nước.

Do các yếu tố sinh học

Nước là môi trường trung gian truyền bệnh, đặc biệt là các bệnh đường ruột và gây ra các vụ dịch lớn như vụ tả Hăm Bốc năm 1892 có 18.000 người bị bệnh và làm chết 8.605 người, tại Xanh-Petécubua năm 1908 có 20.835 người mắc bệnh và làm chết 4.000 người. Nguyên nhân chính là do nước bị nhiễm phẩy khuẩn tả.

Từ năm 1845 đến 1935 đã có 124 vụ dịch thương hàn và phó thương hàn. Năm 1965, vụ dịch thương hàn ở Mỹ có 16.000 mắc bệnh và người ta đã tìm thấy vi khuẩn thương hàn trong nước máy của thành phố. Nhiều công trình nghiên cứu khoa học đã tìm thấy vi khuẩn lỵ, vi khuẩn gây bệnh tả chảy ở trẻ em, các vi khuẩn *Leptospira* và *Tularensia*, vi khuẩn đường ruột, virus viêm gan vv. Nước còn bị nhiễm bẩn bởi các loại ký sinh trùng như amíp, trứng giun sán các loại. Con người có thể mắc bệnh ký sinh trùng khi dùng nước không sạch. Bảng 3.2 trình bày các sinh vật gây bệnh chính sống trong nước.

Do các yếu tố hóa học

Nguồn nước gây ra ô nhiễm nước bởi các chất hóa học chủ yếu là do chất thải công nghiệp, đặc biệt là ngành công nghiệp hoá chất. Chất độc hoá học vào nước làm cho nước có màu sắc, mùi vị khó chịu, ảnh hưởng rất lớn đến quá trình tự làm sạch tự nhiên của nước, có hại đến hệ thống sinh vật sống trong nước bị tiêu diệt hoặc di chuyển nơi sinh sống, tiêu diệt hoặc làm giảm các nguồn thủy sản làm thức ăn cho con người và gia súc, ảnh hưởng xấu tới chất lượng nước ngầm, nước bề mặt, đó là nguồn cung cấp nước cho cộng đồng. Có tới 55.000 hợp chất hoá học thải vào môi trường xung quanh. Những ngành công nghiệp tháo nước thải có chứa các

chất hoá học phải kể đến ngành công nghiệp khai thác, chế biến dầu mỏ, công nghiệp luyện kim màu, luyện kim đen, công nghiệp sản xuất hoá chất nói chung và hoá chất trừ sâu diệt cỏ, các bột giặt.

Ngoài các chất hoá học do con người thải vào môi trường thì nước còn bị ô nhiễm bởi các nguồn tự nhiên. Một ví dụ rất điển hình là ô nhiễm arsen trong nước ngầm. Tổ chức Y tế Thế giới mô tả thực trạng ô nhiễm arsen tại Bangladesh là một thảm họa môi trường lớn nhất từ trước tới nay. Ở quốc gia đứng đầu khu vực châu Á về số lượng giếng khoan bơm tay này hiện đã có khoảng 35 đến 77 triệu người có nguy cơ bị nhiễm độc. Ở Việt Nam, theo một số nghiên cứu mới được thực hiện tại một số tỉnh đồng bằng Sông Hồng, sông Cửu Long cho thấy nồng độ arsen trong nước ngầm đã vượt quá nhiều lần tiêu chuẩn cho phép của Bộ Y tế và của WHO. Tại một số điểm lấy mẫu ở đồng bằng Sông Hồng có tới 80% mẫu vượt quá tiêu chuẩn của WHO.

Ngoài các tác nhân ô nhiễm môi trường nêu trên người ta còn quan tâm tới sự ô nhiễm nước bởi nhiệt độ và các chất phóng xạ.

3. Xử lý nước và kiểm soát ô nhiễm nước

3.1. Lọc nước

Để đảm bảo nước ăn uống và sinh hoạt đạt tiêu chuẩn vệ sinh, nước cần phải được xử lý trước khi sử dụng. Cần phải lọc sạch nước nếu dùng nước sông để cung cấp nước uống. Hệ thống lọc ở các nhà máy nước có mục đích làm cho nước mất các chất đục và trở nên trong, đồng thời cũng cải thiện các tính chất lý học (như màu sắc) và giảm đi một phần vi sinh vật. Nước sông thường có rất nhiều chất đục vì dòng nước lôi theo đất cát ở lòng sông và hai bên bờ.

Nếu các chất lơ lửng trong nước hơi nặng hoặc to thì có thể làm trong ở các bể lắng sơ bộ. Nhưng nếu có những hạt keo nhỏ (như đất sét) làm đục nước, thì không thể làm lắng cặn trong một thời gian ngắn được mà cần phải sử dụng chất keo tụ để tăng nhanh quá trình này.

a. Làm đông tụ

Muốn làm cho nước mất hết các hạt nhỏ, người ta áp dụng phương pháp làm đông tụ. Làm đông tụ là phương pháp liên kết các hạt phân tán trong nước thành từng đám. Các dung dịch keo có tính ổn định là nhờ các hạt có mang điện tích.

Các dung dịch keo có tính ổn định là nhờ các hạt có mang điện tích. Các hạt lơ lửng trong nước thiên nhiên có điện tích âm là do tính chất hoá học của nó. Các hạt keo thường là SiO_2 có điện tích âm nhờ sự phân ly của các phân tử H_2SiO_3 . Các hạt đất sét lơ lửng trong nước chủ yếu là aluminium silicat có nhiều điện ly âm nên có điện tích âm. Các chất mùn (humus) ở trong nước thiên nhiên cũng có điện tích âm vì nó có nhiều acid humic có nhiều điện ly âm.

Nếu cho chất làm đông tụ vào nước (hoá chất, điện cực, chất điện tích) thì trong nước sản sinh một hỗn dịch keo gồm các hạt có điện tích dương. Lúc đó, các hạt này cùng các hạt làm đục nước tự nhiên tác dụng lẫn nhau. Điện tích âm dương của chúng trung hoà nhau, hút nhau và ngưng tụ thành từng đám. Khi các đám ngưng tụ lắng xuống đáy, chúng sẽ kéo theo các chất lơ lửng khác trong nước.

Người ta dùng các hoá chất dưới đây để làm đông tụ:

Nhôm sulfate: $\text{Al}_2(\text{SO}_4)_3 \cdot 10\text{H}_2\text{O}$.

Sắt sulfate: $\text{Fe}_2(\text{SO}_4)_3$.

Sắt (III) clorid: FeCl_3 .

Khi cho nhôm sulfate vào nước sẽ phát sinh các phản ứng hoá học sau đây: nhôm sunfate sẽ thuỷ phân và đồng thời tạo thành muối calci.



$\text{Al}(\text{OH})_3$ sản sinh một dung dịch keo mà các hạt có điện tích dương làm trung hoà các hạt có điện tích âm của nước đục. Đối với nước có tính kiềm, ít nhất cần phải cho thêm vôi tôi $\text{Ca}(\text{OH})_2$ vào nước trước khi cho chất làm đông.

Việc lọc trong nước thực hiện bằng các phương pháp sau đây:

- Làm đông rồi làm lắng hoặc làm lắng ngay.
- Lọc.

Làm lắng ngay thường chỉ có thể áp dụng với nước cung cấp cho các xí nghiệp.

Đối với nước cung cấp cho nhân dân cũng có thể làm lắng ngay nếu nước chỉ hơi đục. Thời gian làm lắng lâu ít nhất 2-3 giờ. Ở các nhà máy nước thường dùng nước sông, bao giờ cũng làm đông tụ rồi làm lắng.

b. Bể lắng: làm lắng thực hiện ở các bể chứa. Tuỳ theo tính chất chuyển động của nước, người ta phân biệt hai loại bể lắng: bể ngang và bể đứng.

Bể lắng ngang: dùng ở các nhà máy phải cung cấp nhiều nước (trên 40.000 m³ mỗi ngày). Bể đào ở trong đất, xây bằng bê tông cốt sắt hình chữ nhật, dài 10 - 30 m, rộng 5 - 15 m và sâu 2 - 6 m; tốc độ nước chảy là 10- 12 mm/giây (5mm/giây) nếu làm lắng ngay.

Bể lắng đứng: là những bể xây bằng bê tông cốt sắt hình trụ (đường kính 6 - 8 m; bề cao 3-5 m). Nước nguồn chuyển động từ dưới lên trên, với tốc độ 0,5 - 0,75 mm/giây. Các bể lắng này dùng ở các nhà máy có lưu lượng vừa hoặc nhỏ.

c. Bể lọc: sau khi qua bể lắng, nước còn có khá nhiều hạt nhỏ cho nên cần phải lọc để được trong hẳn. Có hai loại bể lọc:

Bể lọc chậm: tốc độ lọc không quá 10 cm/giờ. Trong một tháng, nước lọc qua cát các chất lơ lửng, các vi sinh vật và vi khuẩn lắng thành váng ở trên cát; hiện nay ít khi dùng bể lọc chậm.

Bể lọc nhanh: tốc độ lọc cao tới 3 - 5 m/giờ. Là những bể bằng bê tông cốt sắt, đựng đầy cuội, cát xếp riêng thành lớp cao tất cả 0,7 - 0,9 m. Bể có hai đáy, đáy trên có lỗ thủng. Từ đáy lên trên có các lớp sau đây: cuội to ở dưới, cát nhỏ ở trên. Tốc độ lọc là 8 m/giờ.

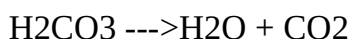
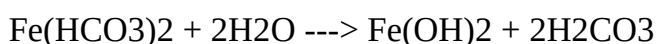
Nước chảy từ bể lắng vào rãnh, rồi lọc qua lớp cát, lớp sỏi và theo ống chảy sang bể chứa nước sạch. Các hạt lơ lửng đọng lại ở trên các hạt cát thành một váng lọc. Cần phải mất 10 - 15 phút để váng này hình thành. Dần dần các chất này đọng lại sẽ làm bẩn bể lọc, cho nên ít lâu lại phải rửa sạch bằng cách cho nước sạch chảy ngược chiều các lớp lọc với tốc độ 10 - 15 lít mỗi m²/giây. Cát, cuội sẽ được rửa sạch bùn. Hiện nay người ta chỉ xây những bể lọc nhanh. Gần đây, người ta xây một kiểu mới để đồng thời làm lắng và lọc, gọi là bể lọc tiếp xúc. Bể lọc tiếp xúc là một bể bằng

bê tông cốt sắt đưng cát. Nước tới phía dưới bề chảy qua các lớp cát hạt nhỏ dần và đã lọc trong khi lên bề mặt. Tốc độ của dòng nước là 4,5 - 5,5 m/giờ hay 1,25 - 1,55 mm/giây.

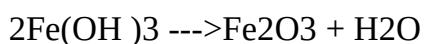
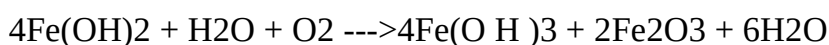
3.2. Khử chất sắt trong nước

Một số mạch nước ngầm có nhiều sắt (tới vài chục mg/lít), chất sắt dù có rất ít trong nước uống cũng ảnh hưởng không tốt tới mùi, vị, màu sắc và độ trong. Theo tiêu chuẩn vệ sinh thì nồng độ sắt ở trong nước uống không được quá 0,3 mg/lít. Trong thực tế, nếu sắt trong nước nguồn quá 1 mg/lít thì phải khử chất sắt. Nguyên lý của sự khử chất sắt căn cứ theo sự biến đổi của sắt hoá trị 2 thành sắt hoá trị 3 và có khả năng kết tủa.

Cách khử sắt khác nhau, tùy theo tính chất hoá học của sắt. Khử sắt sẽ dễ nếu sắt ở trong nước dưới hình thái bicarbonate $\text{Fe}(\text{HCO}_3)_2$ vì bicarbonate không bền và dễ thủy phân trong nước:



$\text{Fe}(\text{OH})_2$ bị oxy hoá khi tiếp xúc với oxy của không khí thành $\text{Fe}(\text{OH})_3$.



Bể lọc và bể lắng dùng sau khi khử sắt cũng giống các bể dùng để lọc nước.

3.3. Làm mất mùi và dư vị

Nước uống phải không có mùi. Mùi lạ dù nhẹ cũng khó chịu, cho dù nước có thành phần hoá học tốt và không truyền bệnh. Nước có mùi lạ vì:

- + Có H_2S (nhất là trong nước ngầm).
- + Có nhiều thực vật sống ở trong nước (nhất là nước hồ ao).
- + Có lẫn nước bẩn kỹ nghệ (hoá hợp hữu cơ), các chất này hoá hợp với chất Clo cho thêm vào nước uống.

Do vậy, cần thiết phải làm mất mùi nước dùng cho mục đích ăn uống và sinh hoạt. Tùy theo nguồn gốc của nước mà người ta sử dụng các phương pháp khác nhau để khử mùi của nước.

Làm thoáng khí nước để khử H_2S bằng cách tăng diện tích tiếp xúc với không khí, phun nước; làm nước chảy lắt léo thành lớp mỏng trên các tấm ván hoặc thổi không khí nén qua lớp nước. H_2S hoà tan trong nước sẽ bay ra không trung, nhờ sự chênh lệch giữa áp lực riêng phần giữa không khí và H_2S hoà tan. Nếu nguồn gốc của H_2S là sinh vật sống ở trong nước thì loại bỏ nó đi. Nếu nước có H_2S vì có lẫn nước bẩn kỹ nghệ thì chế hoá nước bằng đồng sulfate, rồi bằng than hoạt tính có khả năng hút rất cao. Cách tốt nhất là cho thêm than bột vào nước, trước khi nước chảy vào bể lắng hay bể lọc. Than bột sẽ đọng thành váng trên cát của bể lọc và hút hết các chất làm nước có mùi, màu và dư vị.

Cách làm mất mùi bằng Clo cũng rất tốt. Các liều lượng Clo thấp sẽ hoà hợp với các chất hữu cơ và sinh vật mùi lạ và dư vị. Liều lượng Clo cần thiết phải tính thử trong phòng thí nghiệm. Cần nhớ rằng nước chế hoá bằng clo sẽ có mùi khó chịu

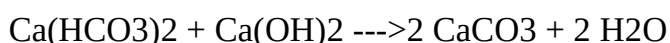
nếu nước chỉ có vết phenol. Phenol dù pha rất loãng (10 triệu lần) cũng sinh với clo các hoá hợp có mùi, vị không thể chịu được. Nước thiên nhiên không có phenol, nguồn gốc của nó là nước thải công nghiệp. Cách hợp lý nhất để tránh phenol là cam thải nước bẩn công nghiệp vào các nguồn nước uống. Nếu không thể được sẽ phải dùng tới amoniac. Clo sẽ hoà hợp với amoniac để sinh chloramin và sẽ không có clorophenol. Tuy vậy, amoniac không thể làm mất mùi đã có sẵn.

3.4. Giảm độ cứng của nước

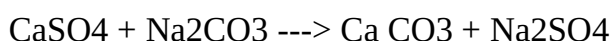
Giảm độ cứng của nước là giảm nồng độ của muối calci và magiê trong nước.

Có hai cách thông dụng để giảm độ cứng:

+ Giảm độ cứng bằng hoá chất: xử lý nước bằng các chất hoá hợp với các điện ly Ca^{++} và Mg^{++} thành các hợp chất không hoà tan. Thông thường người ta thường xử lý nước bằng các dung dịch vôi hoặc soda. Vôi tôi Ca(OH)_2 phản ứng với $\text{Ca(HCO}_3)_2$ hay $\text{Mg(HCO}_3)_2$ để sinh ra carbonat không hoà tan.



Đối với muối không phải là carbonat sẽ có phản ứng sau đây:

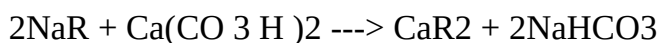


Với các hoá chất, người ta đã giảm được độ cứng của nước xuống 40 và 60

+ Giảm bằng cách trao đổi các điện ly: lọc nước qua các chất đặc biệt ví dụ chất zeolithes có điện ly Na^+ và H^+ . Các điện ly Na^+ và H^+ sẽ thay thế các điện ly Ca^{2+} và Mg^{2+} trong nước cứng. Các chất trao đổi điện ly âm của nó gọi là cation, các chất trao đổi điện ly dương của nó gọi là anion. Các phản ứng hoá học xảy ra ở trên mặt chất zeolithes. Các lượng tương đương điện ly trao đổi với nhau: tình trạng cân bằng có rất mau, trong vài giây đầu của phản ứng (90 - 95% điện ly trao đổi với nhau).

Để giảm độ cứng của nước, người ta dùng chất có điện ly âm như than, nhựa hoá hợp.

Lọc nước qua chất này sẽ có sự trao đổi giữa các điện ly Na với các điện ly Ca^{2+} và Mg^{2+} hoà tan trong nước.



Sau một thời gian sử dụng, người ta tái tạo các chất điện tích âm bằng cách rửa bằng dung dịch muối có 5-10%



3.5. Tiệt khuẩn nước

Tiệt khuẩn là giai đoạn cuối cùng của quá trình xử lý nước ở nhà máy nước. Các giai đoạn đánh phèn, làm lắng và lọc đã giảm nhiều chỉ số đầu tiên của vi khuẩn nhưng chưa triệt tiêu hết. Như vậy, nước uống còn nguy hiểm và có thể truyền bệnh cho người. Nước suối trong nên không cần lọc, tuy vậy, vẫn cần phải tiệt khuẩn. Đối với các loại nước khác không được bảo đảm đầy đủ về phương diện vệ sinh thì bắt buộc phải tiệt khuẩn. Có nhiều phương pháp tiệt khuẩn nước như tiệt khuẩn bằng clo, tia tử ngoại, bạc, ozon. Tuy vậy, tiệt khuẩn bằng clo là phương pháp thông dụng nhất vì đơn giản, không tốn kém và có kết quả chắc chắn.

3.6. Xử lý nước thải Làm sạch nước thải sinh hoạt và nước thải sản xuất trước khi tháo ra sông, hồ là một biện pháp chủ động và tích cực nhất trong việc bảo vệ giữ gìn nguồn nước trong sạch. Việc làm sạch nước thải trước khi tháo ra sông, hồ cũng còn tùy thuộc vào mức độ nhiễm bẩn của nước thải, khả năng tự làm sạch của dòng sông và mục đích của việc sử dụng nguồn nước. Người ta có thể áp dụng phương pháp làm sạch nước thải như sau:

- Làm sạch cơ học (lắng, lọc, bể tự lọc, bể hai vỏ).
- Làm sạch sinh học (bể lọc sinh học, cánh đồng tưới, cánh đồng lọc, ao hồ sinh học).
- Làm sạch hoá học, vật lý (hấp phụ, trung hoà, keo tụ, trao đổi ion ...). Những năm gần đây người ta đã thiết kế các trạm xử lý nước thải ngay tại các nhà máy, xí nghiệp. Nước qua xử lý được tái sử dụng (nước tuần hoàn), chỉ thải bùn và cặn, người ta gọi đó là nhà máy không có nước thải.

Nội dung thực hành

Công ty TNHH DJ Việt Nam trong KCN Phú Nghĩa đã gây ô nhiễm môi trường. Về tổ chức sản xuất: cơ sở làm việc theo cơ chế thị trường, thời gian làm việc tùy thuộc vào yêu cầu của khách hàng, hoạt động dưới hình thức dịch vụ phục vụ. Sản xuất các loại cọ trang điểm, phấn trang điểm và các phụ kiện trang điểm khác. Nguyên liệu phục vụ cho việc sản xuất gồm lông tự nhiên, sợi tổng hợp, nhôm, đồng, gỗ, chất dẻo, acid acetic, NaOH, bột kết dính và một số thiết bị chính: máy nén khí, máy phát điện, máy đóng gói, máy đột dập, máy tiện....Cơ sở đã được cơ quan chức năng là Phòng Tài nguyên và Môi trường hướng dẫn thực hiện các qui định về bảo vệ môi trường của Luật bảo vệ môi trường. Tháng 6 năm 2008, cơ sở đã lập Bản Cam kết bảo vệ môi trường, trong bản Cam kết đã xác định được các nguồn gây ô nhiễm chính do hoạt động của cơ sở gây ra, bao gồm: Khí thải (NOx, CO, CO2, SO2, HC...) bụi, tiếng ồn, chất thải rắn, nước thải

Anh chị hãy thảo luận nhóm, trả lời câu hỏi sau:

Là y sỹ làm việc tại trạm, anh chị hãy: Xác định những vấn đề môi trường của nhà máy DJ Việt Nam có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của người dân. Anh chị cần làm gì để giảm nguy cơ cho người dân

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Đặc điểm không khí chúng ta đang thở ?

- A. Không khí mà chúng ta thở là hỗn hợp khí tự nhiên không màu, không mùi, chủ yếu là cacbon dioxit (78%), oxy (21%).
- B. Không khí mà chúng ta thở là hỗn hợp khí tự nhiên không màu, không mùi, chủ yếu là oxy (78%), nitơ (21%).
- C. Không khí mà chúng ta thở là hỗn hợp khí tự nhiên không màu, không mùi, chủ yếu là nitơ (78%), oxy (21%).

D. Không khí mà chúng ta thở là hỗn hợp khí tự nhiên không màu, không mùi, chủ yếu là oxy, cacbon dioxid, nitơ,...

Câu 2: Đặc điểm của biện pháp xử lý nước thải ?

A. Làm sạch nước thải sinh hoạt và nước thải sản xuất trước khi tháo ra sông, hồ là một biện pháp chủ động và tích cực nhất trong việc bảo vệ giữ gìn nguồn nước trong sạch.

B. Việc làm sạch nước thải trước khi tháo ra sông, hồ cũng còn tùy thuộc vào điều kiện kinh tế tại địa phương.

C. Làm sạch nước thải sinh hoạt và nước thải sản xuất trước khi tháo ra sông, hồ là một biện pháp cần thiết trong việc bảo vệ giữ gìn nguồn nước trong sạch.

D. Biện pháp xử lý nước thải rất khó thực hiện trong điều kiện kinh tế ngày nay.

Câu 3: Biện pháp giảm độ cứng của nước là biện pháp?

A. Giảm độ cứng của nước là giảm nồng độ của muối calci và magiê trong nước.

B. Giảm độ cứng của nước là giảm nồng độ của các thành phần có tính chất cứng trong nước.

C. Không để nước đóng băng.

D. Đây là biện pháp thủ công, dễ thực hiện.

Theo tiêu chuẩn vệ sinh thì nồng độ sắt ở trong nước uống không được quá 0,3 mg/lít.

Câu 4: Theo tiêu chuẩn vệ sinh thì nồng độ sắt ở trong nước uống không được quá bao nhiêu?

A. 0,5 mg/lít.

B. 0,6 mg/lít.

C. 0,4 mg/lít.

D. 0,3 mg/lít.

Câu 5: Tiêu chuẩn về nước sạch cần được áp dụng theo tiêu chuẩn của tổ chức Y tế thế giới WHO ban hành năm nào?

A. Ban hành năm 1958 và bổ sung sửa đổi năm 1963, 1971 và 1984.

B. Ban hành năm 1949.

C. Ban hành năm 1955.

D. Ban hành năm 1996.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học*

2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” **do Dự án HPET** biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.

BÀI 12

VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM

Mục tiêu

1. Mô tả được những vấn đề vệ sinh an toàn thực phẩm có ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe cộng đồng dân cư địa phương.
2. Trình bày được các tác nhân gây ô nhiễm thực phẩm tại địa phương.
3. Lập kế hoạch cụ thể để cải thiện tình trạng vệ sinh an toàn thực phẩm tại địa phương.

Nội dung:

I. CÁC MỐI NGUY Ô NHIỄM VÀO THỰC PHẨM VÀ Ô NHIỄM THỰC PHẨM

1. Một số khái niệm cơ bản

1.1. Môi nguy

Môi nguy là yếu tố sinh học, hoá học hoặc vật lý có thể làm cho thực phẩm không an toàn cho người sử dụng.

1.2. Ô nhiễm thực phẩm

Ô nhiễm thực phẩm là sự xuất hiện tác nhân làm thực phẩm bị ô nhiễm, gây hại đến sức khỏe, tính mạng con người khi sử dụng.

1.3. Chất ô nhiễm

Bất kỳ một chất nào mà người sản xuất không chú ý cho vào thực phẩm, nhưng lại có mặt trong thực phẩm do kết quả của sản xuất, chế biến, xử lý, đóng gói, bao gói, vận chuyển và lưu giữ thực phẩm hoặc do ảnh hưởng của môi trường.

1.4. Ngộ độc thực phẩm

Là tình trạng bệnh lý xảy ra do ăn, uống thực phẩm có chứa chất độc. *Ngộ độc thực phẩm có thể xuất hiện ngay sau khi ăn hoặc xuất hiện sau nhiều giờ hoặc nhiều ngày.*

1.5. Bệnh truyền qua thực phẩm

Thuật ngữ bệnh truyền qua thực phẩm bao hàm cả *ngộ độc thực phẩm* và *nhiễm khuẩn thực phẩm (Food infection)*, *biểu hiện là một hội chứng mà nguyên nhân do ăn phải thức ăn bị nhiễm các tác nhân gây bệnh, làm ảnh hưởng tới sức khỏe cá thể và cộng đồng.*

2. Phân loại môi nguy ô nhiễm thực phẩm:

Có 3 loại mối nguy ô nhiễm thực phẩm là: mối nguy sinh học, mối nguy hoá học và mối nguy vật lý.

2.1. Mối nguy sinh học:

Các mối nguy gây sinh học bao gồm: vi khuẩn, virus, ký sinh trùng.

2.1.1. Con đường gây ô nhiễm sinh học vào thực phẩm I LIỆU TẬP HUẤN KI

2.1.2. Các tác nhân sinh học gây ô nhiễm thực phẩm :

2.1.2.1. Mối nguy ô nhiễm do vi khuẩn: Vi khuẩn là mối nguy hay gặp nhất trong các mối nguy gây ô nhiễm thực phẩm. Theo thống kê 50-60% các vụ ngộ độc thực phẩm ở Việt Nam là do vi khuẩn gây ra.

Vi khuẩn có ở khắp mọi nơi, đặc biệt phân, nước thải, rác, bụi, thực phẩm tươi sống là ổ chứa nhiều loại vi khuẩn gây bệnh. Ngay ở cơ thể người cũng có rất nhiều loại vi khuẩn, chúng cư trú ở da, bàn tay, ở miệng, đường hô hấp, đường tiêu hoá, bộ phận sinh dục, tiết niệu...

Vi khuẩn sinh sản bằng cách nhân đôi, tốc độ nhân và sinh tồn của vi khuẩn phụ thuộc nhiều yếu tố như oxy, nhiệt độ, độ ẩm, độ acid... Trong điều kiện thích hợp, vi khuẩn sinh sản rất nhanh, có thể nhân gấp đôi sau 20 phút, từ một con vi khuẩn sau 8 giờ sẽ nhân thành xấp xỉ 17.000.000 con. Phần lớn vi khuẩn có thể tồn tại và phát triển ở nhiệt độ 10 - 60°C và bị tiêu diệt ở nhiệt độ sôi (100°C). Nhiệt độ từ 25 - 45°C rất thuận lợi cho hầu hết các vi khuẩn trong thực phẩm phát triển gây nguy hiểm, vì vậy thức ăn đã nấu chín, nên ăn ngay, không được để ở nhiệt độ phòng quá 2 giờ. Ở nhiệt độ lạnh (dưới 3°C) hầu như vi khuẩn không sinh sản, nếu có thì rất chậm (lưu ý, có một số vi khuẩn vẫn có thể nhân lên được ở nhiệt độ 3-10°C). Trong điều kiện đóng băng, hầu hết vi khuẩn không sinh sản được. Đun sôi và thanh trùng diệt được vi khuẩn trong vài phút. Tuy nhiên, một số vi khuẩn có nha bào hoặc độc tố chịu nhiệt do một số vi khuẩn tiết ra có thể không bị tiêu diệt hay phá hủy bởi nhiệt độ sôi.

2.1.2.2. Mối nguy ô nhiễm do các siêu vi trùng (virus):

Virus còn nhỏ hơn vi khuẩn nhiều lần, phải dùng kính hiển vi điện tử phóng đại hàng vạn lần mới nhìn thấy chúng. Nói chung virus chịu được lạnh, không chịu được nóng và tia tử ngoại. Virus bị ảnh hưởng bởi các chất sát khuẩn như formol, cồn, acid và kiềm mạnh. Virus gây ngộ độc thực phẩm và các bệnh truyền qua thực phẩm thường có trong ruột người. Các loại nhuyễn thể sống ở vùng nước bị ô nhiễm, rau quả tưới nước có phân hoặc các món ăn sống chuẩn bị trong điều kiện thiếu vệ sinh thường hay bị nhiễm virus bại liệt, virus viêm gan. Virus có thể lây truyền từ phân qua tay người tiếp xúc hoặc từ nước bị ô nhiễm phân vào thực phẩm, với một lượng rất nhỏ, virus đã gây nhiễm bệnh cho người. Virus nhiễm ở người có thể lây sang thực phẩm hoặc trực tiếp lây sang người khác trước khi phát bệnh. N THỰC

2.1.2.3. Các ký sinh trùng:

Ký sinh trùng là những sinh vật sống nhờ (ký sinh) trong cơ thể các sinh vật khác (vật chủ) đang sống, lấy thức ăn từ các sinh vật đó để tồn tại và phát triển. Hầu hết ký sinh trùng bị chết và mất khả năng gây bệnh ở nhiệt độ -

150C.

Các loại ký sinh trùng hay gặp trong thực phẩm là giun, sán. Ví dụ:

- Sán dây: Người ăn thịt có ấu trùng sán dây trong thịt bò (gọi là sán dây bò hay “bò gạo”), trong thịt lợn (thịt lợn gạo) chưa nấu kỹ, khi vào cơ thể thì ấu trùng sẽ phát triển thành sán trưởng thành và ký sinh ở đường ruột, gây rối loạn tiêu hoá.

- Sán lá gan: Khi ăn phải cá nước ngọt như cá diếc, cá chép, cá trôi, cá rô... có nang trùng sán lá gan nhỏ chưa được nấu kỹ, nang trùng chuyển lên ống mật, lên gan và phát triển ở gan thành sán trưởng thành gây tổn thương gan, mật. - CUC A

- Sán lá phổi: Nếu ăn phải tôm, cua có mang ấu trùng sán lá phổi, chưa được nấu chín kỹ, hoặc uống phải nước không sạch có nang trùng thì chúng xuyên qua thành ruột, chui qua cơ hoành lên phổi, phát triển thành sán trưởng thành gây viêm phế quản, đau ngực, ho, khạc ra máu rất nguy hiểm.

- Bệnh do giun xoắn do tập quán ăn thịt tái, nem bằng thịt sống, ăn tiết canh có ấu trùng gây nhiễm độc, dị ứng sốt cao, liệt cơ hô hấp có thể dẫn đến tử vong. UẨN

2.2. Mối nguy hoá học:

Trong sản xuất, chế biến thực phẩm có thể xảy ra ô nhiễm hóa học. Những chất hóa học hay bị ô nhiễm vào thực phẩm gồm:

- Các chất ô nhiễm từ môi trường như: chì trong khí thải của các phương tiện vận tải, có trong sơn, men gốm, mối hàn ô nhiễm vào thực phẩm; hoặc ô nhiễm candimi do xử lý nước thải, bùn, đất, rác, quặng...

- Các chất hoá học sử dụng trong nông nghiệp như: thuốc bảo vệ thực vật, phân bón, thuốc thú y, chất tăng trọng, kích thích tăng trưởng...

- Các chất phụ gia thực phẩm (các chất tạo màu, tạo ngọt, hương liệu, chất ổn định, chất chống oxy hoá, chất tẩy rửa...) sử dụng không đúng quy định như ngoài danh mục cho phép, hoặc sử dụng không đúng hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Các hợp chất không mong muốn có trong bao bì chứa đựng, đóng gói thực phẩm.

- Các chất độc tự nhiên có sẵn trong thực phẩm như ở mầm khoai tây, sắn, măng, nấm độc, cá nóc, cóc, nhuyễn thể hai mảnh vỏ (sò, vẹm, nghêu vỏ cứng), nấm mốc sinh sinh độc tố (độc tố vi nấm Aflatoxin trong ngô, lạc, đậu, củi dừa bị mốc). Củi dừa bị mốc). Ngô độc do chất độc tự nhiên thường rất cấp tính, rất nặng, tỷ lệ tử vong rất cao (như ngô độc măng, nấm độc, cá nóc, cóc); hoặc ảnh hưởng không tốt đến sức khoẻ lâu dài.

Ví dụ:

Như độc tố vi nấm Aflatoxin có thể gây ung thư gan, gây giảm năng suất sữa, trứng trên động vật nuôi (bò, cừu, gia cầm...), độc tố này lại bền vững với nhiệt, đun nóng thông thường không phá huỷ được chúng. Biện pháp tốt nhất phòng Aflatoxin là giữ cho thực phẩm không bị nhiễm mốc bằng cách bảo quản khô, thoáng mát và kiểm tra thường xuyên các thực phẩm. Trong sản xuất, chế biến, không dùng các thực phẩm đã bị mốc làm nguyên liệu.

2.3. Mối nguy vật lý:

Các mảnh kim loại, thủy tinh, mảnh gỗ, sạn, đất, sỏi, xương, lông tóc... nếu bị lẫn vào thực phẩm, có thể làm nguy hại đến sức khỏe con người như làm gãy răng, hóc xương, làm tổn thương niêm mạc miệng, dạ dày, ruột...

Ô nhiễm phóng xạ từ các sự cố như rò rỉ phóng xạ từ các trung tâm nghiên cứu phóng xạ, các nhà máy điện nguyên tử... hoặc các thực vật, động vật, nuôi trong vùng môi trường bị ô nhiễm phóng xạ, kể cả nước uống, sai sót trong việc bảo quản thực phẩm bằng chiếu xạ sẽ làm cho thực phẩm bị nhiễm các chất phóng xạ và gây hại cho người sử dụng khi ăn uống phải chúng.

3. CÁC THỰC PHẨM CÓ NGUY CƠ CAO DỄ BỊ NHIỄM CÁC SINH VẬT ĐỘC HẠI

Thịt và các sản phẩm từ thịt

- Sữa và các sản phẩm từ sữa: bơ, phomat, cream, kem...

- Trứng và các sản phẩm chế biến từ trứng

- Thủy sản tươi sống và đã qua chế biến

- Các loại nước đá bán

- Sữa đậu nành và sản phẩm chế biến từ đậu nành

- Các loại rau, củ, quả tươi sống ăn ngay: đặc biệt là các loại rau được bón bằng phân bắc.

- Thực phẩm đóng hộp.

- Thức ăn, đồ uống chế biến để ăn ngay: cơm, mì, bánh đa nem..., thực phẩm có sử dụng phụ gia, nước sốt, và dung dịch trộn salad...

- Thực phẩm đông lạnh

II. PHƯƠNG PHÁP ĐẢM BẢO VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM

1. BẢO ĐẢM ĐẦY ĐỦ CÁC ĐIỀU KIỆN VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM.

- Có 3 nhóm điều kiện cần phải đảm bảo: điều kiện về cơ sở, điều kiện về dụng cụ thiết bị và điều kiện về con người.

2. KIỂM SOÁT NGUYÊN LIỆU ĐẦU VÀO VÀ SƠ CHẾ NGUYÊN LIỆU THÔ:

Các cơ sở cần thực hiện:

- Hợp đồng cam kết với cơ sở cung ứng thực phẩm an toàn: đặc biệt là rau, quả, thịt, cá.

- Kiểm soát nguồn: Kiểm soát tại vùng nguyên liệu (vùng trồng trọt và chăn nuôi): là rất quan trọng.

- Kiểm tra khi tiếp nhận nguyên liệu: có chứng chỉ (thẻ hàng) của bên cung cấp và kiểm tra nguyên liệu khi nhập.

- Cần phải ghi chép và lưu lại các thông tin về từng thành phần của thực phẩm và nguyên liệu thô thu mua

- Nhà cung cấp phải nộp giấy chứng nhận kiểm tra hoá học, vật lý, vi sinh vật của thành phần nguyên liệu hoặc nguyên liệu thô định kỳ.

- Nhân viên có trách nhiệm phải có mặt tại thời điểm nhập nguyên liệu thô, và kiểm tra chất lượng, độ tươi nguyên, nhiệt độ theo từng lô hàng thực phẩm và ghi lại kết quả.

- Các loại thực phẩm đông lạnh, thực phẩm khô và gia vị nên nhập với số lượng vừa đủ dùng trong một ngày và yêu cầu cung cấp vào ngày chế biến thực phẩm.

- Trong trường hợp, rau và hoa quả dùng không cần qua nấu, phải rửa sạch dưới vòi nước chảy (nước phù hợp với tiêu chuẩn để uống).

3. KIỂM SOÁT KHÂU SẢN XUẤT VÀ CHẾ BIẾN:

- Đảm bảo quy trình sản xuất, chế biến theo nguyên tắc một chiều.

- Cần chú ý: nguyên liệu sạch không để lẫn nguyên liệu bẩn, các nguyên liệu khác nhau (thịt, cá, rau...) cũng không được để lẫn với nhau. Thực phẩm chín không được để lẫn với thực phẩm sống.

4. KIỂM SOÁT KHÂU BẢO QUẢN THỰC PHẨM :

4.1. Kho bảo quản thực phẩm:

- Nền và sàn kho phải kín và bằng vật liệu rắn để đề phòng chuột (nên xây gạch, lát gạch hoặc bê tông)

- Cửa sổ phải có lưới thép.

- Cửa ra vào phải kín, tốt nhất là cửa đóng mở tự động.

Thực phẩm đóng hộp, bao, túi... phải để trên các sà kê cách mặt sàn ít nhất 20 cm. Nếu là thịt phải có móc treo.

- Kho phải sắp xếp ngăn nắp, trật tự theo yêu cầu kỹ thuật. Có quạt thông gió và tốt nhất là có máy điều hoà không khí.

- Tuỳ theo loại thực phẩm, có máy điều chỉnh nhiệt độ, độ ẩm (bảo quản đông lạnh, lạnh, mát, thường). Phải có máy ghi nhiệt độ, độ ẩm để theo dõi hàng ngày.

- Cần có kho riêng cho các loại thực phẩm tươi sống và thực phẩm khô. Không được để các hàng không phải thực phẩm vào kho thực phẩm.

4.2. Bảo quản thực phẩm sống trước khi chế biến:

- Có dụng cụ chứa đựng riêng biệt cho thực phẩm bẩn và sạch.

- Có dụng cụ chứa đựng riêng biệt cho các loại thực phẩm khác nhau.

- Tuyệt đối không di chuyển thực phẩm ngược chiều chế biến.

Phải có biện pháp phòng chống động vật gây hại, côn trùng, gián, sâu bọ, các mối nguy hoá học, vật lý nhiễm vào thực phẩm khi bảo quản thực phẩm trong kho.

- Có chế độ khử trùng tẩy uế kho, chế độ kiểm tra, chế độ xuất, nhập kho.

- Hàng trong kho phải sắp xếp theo nguyên tắc: hàng vào trước ra trước (first in, first out)

4.3. Bảo quản thực phẩm sau khi chế biến:

- Thực phẩm sau khi nấu chín được chuyển vào phòng chia, phân phối.

- Phòng chia phải coi là phòng "vô trùng" nhất, coi như "phòng mổ".

- Thực hiện "chia" thực phẩm theo đúng "Quy phạm sản xuất tốt".
- Các dụng cụ chứa đựng thực phẩm chín phải được dùng riêng biệt.
- Các xuất ăn phải được bảo quản tránh bụi, ruồi và giữ ở nhiệt độ nhất định theo yêu cầu kỹ thuật.
- Khi vận chuyển đến địa điểm ăn ở nơi khác cần có biện pháp bảo quản đảm bảo VSATTP.
- Thời gian từ sau khi nấu chín đến khi ăn không để quá 2 giờ.

5. KIỂM TRA KHÂU VẬN CHUYỂN THỰC PHẨM

5.1. Phương tiện vận chuyển:

Phương tiện vận chuyển có thể là xe đẩy, xe 3 bánh, xe ô tô... nhưng phải đảm bảo các yêu cầu sau:

- Phải sạch sẽ, được cọ rửa, làm vệ sinh, khử trùng định kỳ.
- Thực phẩm đóng thành các đơn vị, suất ăn, thành các thùng, hòm... được đậy kín khi vận chuyển.
- Tốt nhất có phương tiện vận chuyển chuyên dụng cho thực phẩm.
- Bố trí, sắp xếp khi vận chuyển để đảm bảo không đổ vỡ, ô nhiễm, chống ruồi, bọ, bụi...

5.2. Chế độ vận chuyển: Tuỳ theo mặt hàng mà quy định chế độ vận chuyển thích hợp.

- Với thực phẩm cần ăn nóng phải có thiết bị bảo quản nóng.
- Với canh, thức ăn lỏng, thức ăn chín phải có thiết bị chuyên dụng, tránh làm xáo trộn, đổ vỡ.
- Nếu cùng một chuyến mà phải đưa suất ăn đến nhiều địa điểm cần sắp xếp bố trí hợp lý tránh để xáo trộn làm hư hỏng khi giao, nhận.

5.3. Thời gian vận chuyển: Càng rút ngắn thời gian vận chuyển càng tốt, đảm bảo thời gian từ sau khi nấu nướng đến khi ăn không quá 2 giờ.

6. KIỂM SOÁT NHÀ ĂN:

- + Nhà ăn phải đảm bảo đủ điều kiện về cơ sở, dụng cụ thiết bị và con người phục vụ.
- + Người ăn phải rửa tay sạch sẽ trước khi ăn. Trong khi ăn không nói to, đi lại lộn xộn, giữ đúng quy định, chế độ nhà ăn tập thể.
- + Trước khi vào phòng ăn, có tiền phòng để mũ, nón, treo áo mưa, áo khoác, chổi rửa tay, phòng vệ sinh...
- + Phòng ăn có bàn, ghế ngồi thông thoáng.

THỰC HIỆN 10 NGUYÊN TẮC VÀNG CHẾ BIẾN THỰC PHẨM AN TOÀN

4.1. Chọn thực phẩm an toàn:

4.2. Nấu kỹ thức ăn:

4.3. Ăn ngay khi thức ăn vừa được nấu chín:

4.4. Bảo quản cẩn thận thực phẩm đã nấu chín:

Tất cả loại thực phẩm cho trẻ em không nên bảo quản!

4.5. Đun kĩ lại thực phẩm trước khi ăn:

4.6. Không để lẫn thực phẩm sống và chín

4.7. Luôn giữ tay sạch sẽ khi chế biến thực phẩm

4.8. Giữ bề mặt chế biến, bếp luôn khô ráo, sạch sẽ

4.9. Bảo vệ thực phẩm khỏi sự xâm nhập của các loài côn trùng, loài gặm nhấm và các loài động vật khác.

4.10. Sử dụng nguồn nước sạch

III. MỘT SỐ BỆNH DO THỰC PHẨM THƯỜNG GẶP

1. Ngộ độc thực phẩm do Salmonella

1.1 Đại cương

- Định nghĩa: Ngộ độc thực phẩm do Salmonella là một bệnh có biểu hiện nhiễm trùng ngắn ngủi và có biểu hiện nhiễm độc.

- Nguyên nhân thực phẩm bị nhiễm Salmonella

+ Do động vật bị nhiễm trước khi bị giết thịt: động vật bị bệnh, vi khuẩn Salmonella có ở trong máu, thịt, gan, lách, ruột. Ở gia cầm bị bệnh, Salmonella có thể có ở buồng trứng nên ngay sau khi đẻ ra, trứng đã có thể có Salmonella. Một số gia cầm khi đẻ trứng tại các nơi điều kiện vệ sinh không đảm bảo, các loại vi khuẩn có thể xâm nhập qua vỏ trứng vào bên trong.

+ Do thực phẩm bị nhiễm vi khuẩn trong và sau khi giết thịt

+ Thực phẩm nguội ăn ngay hoặc thực phẩm chế biến trước quá lâu, khi ăn không đun lại là các nguy cơ để gây ngộ độc thực phẩm do Salmonella.

1.2 Triệu chứng lâm sàng

- Thời gian ủ bệnh: thường từ 12 – 24 giờ, nhưng có thể kéo dài vài ngày có thể tới 6 – 7 ngày.

- Thời kỳ phát bệnh: Bệnh nhân thấy buồn nôn, nhức đầu, choáng váng, khó chịu, sốt, đau bụng. Sau đó xuất hiện nôn mửa, ỉa chảy nhiều lần, phân toàn nước, đôi khi có máu, đó là triệu chứng viêm dạ dày ruột cấp tính.

1.3 Phòng bệnh:

1.3.1 Kiểm tra thú y khi giết thịt

1.3.2 Phòng tránh nhiễm Salmonella sau khi giết thịt

1.3.3 Phòng Salmonella nhiễm vào thành phẩm

- Đun sôi thực phẩm trước khi ăn là biện pháp tốt nhất.

- Giám sát chế độ vệ sinh nơi ăn uống công cộng, vệ sinh dụng cụ và vệ sinh nhân viên thường xuyên.

- Bảo đảm vệ sinh nơi ăn, tránh ruồi nhặng.

2. Ngộ độc thực phẩm do độc tố của nấm mốc

2.1 Khả năng gây bệnh của nấm mốc

- Nấm mốc có thể sản sinh ra độc tố. Những loại mốc này sinh trưởng và phát triển mạnh trên các loại hạt lương thực, đậu đỗ...trong điều kiện nhiệt độ và độ ẩm cao. Độc tố thường gặp là aflatoxin được sản sinh từ chủng *Aspergillus flavus*, *Aspergillus parasiticus* chủ yếu trên ngô, các loại hạt đỗ, lạc.

- Tính chất của Aflatoxin: rất bền với nhiệt, không bị phá huỷ khi đun nấu thông thường. Dễ bị tia tử ngoại phá huỷ, đun trong nồi áp suất, khi xử lý bằng các chất oxy hoá và các base mạnh.

- Độc tính của Aflatoxin: có thể gây độc cấp và mạn tính

+ Nhiễm độc cấp tính: khi ăn phải lượng Aflatoxin lớn sẽ gây ngộ độc cấp tính và gây tử vong. Thông thường mô ra thấy gan to, màu sắc nhợt nhạt, có hoại tử nhu mô gan và chảy máu....

+ Nhiễm độc mạn tính: trường hợp bị nhiễm số lượng ít gây nên sự tích lũy và dẫn đến ngộ độc mạn tính có triệu chứng kém ăn, chậm lớn, có khi tụt cân, gan có vùng tụ máu, hoại tử tế bào nhu mô gan. Nếu kéo dài có thể dẫn tới xơ gan, ung thư gan.

2.2 Biện pháp phòng chống

- Trong bảo quản thực phẩm: phải đảm bảo yêu cầu vệ sinh trong bảo quản, bảo quản nơi khô, thoáng mát, trước khi bảo quản phải phơi khô, giữ nguyên vỏ, để nấm mốc không thể phát triển và sinh ra độc tố được.

- Quá trình chế biến: khi làm tương, xì dầu phải chọn thực phẩm tốt và phải chọn mốc đúng chủng loại.

- Kiểm tra và giám sát chặt chẽ thức ăn cho người và gia súc.

- Xử lý nghiêm túc theo quy định và luật vệ sinh an toàn thực phẩm.

3. Ngộ độc do ăn cóc

Trong gan, trứng cóc có chứa chất độc bufotocin, phrynin, phrynolysin. Nhựa độc của cóc ở tuyến nọc sau 2 mắt, trên da cóc có 2 loại tuyến: tuyến lưng và tuyến bụng. Do vậy khi làm thịt cóc phải cẩn thận không để nọc độc dính vào thịt.

- Triệu chứng: sau khi ăn từ vài phút đến 1 giờ tùy theo lượng chất độc vào cơ thể, thấy xuất hiện triệu chứng chóng mặt, buồn nôn, nôn, đau đầu, tê liệt, rối loạn tiêu hoá, rối loạn tim mạch, khó thở do cơ hô hấp bị co thắt, sau đó liệt vận động, liệt hô hấp, tuần hoàn, và có thể tử vong.

- Phòng bệnh: khi làm cóc không để nhựa cóc dính vào thịt cóc và loại bỏ hết phủ tạng nhất là gan và trứng.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Phòng bệnh ngộ độc do ăn cóc?

A. Khi làm cóc không để nhựa cóc dính vào thịt cóc và loại bỏ hết phủ tạng nhất là gan và trứng.

B. Khi làm cóc không để nhựa cóc dính vào thịt cóc và để lại các phủ tạng nhất là gan và trứng.

C. Không cần chú ý nhiều ở khâu làm thịt cóc.

D. Tận dụng tối đa da, thịt, các phủ tạng của cóc.

Câu 2: Biện pháp kiểm soát khâu sản xuất và chế biến bao gồm biện pháp?

A. Thực phẩm chín được để lẫn với thực phẩm sống.

B. Các nguyên liệu được để lẫn nhau.

C. Đảm bảo quy trình sản xuất, chế biến theo nguyên tắc một chiều.

D. Đảm bảo quy trình sản xuất, chế biến theo nguyên tắc hai chiều.

Câu 3: Thời gian sống trong nước máy của thương hàn là bao nhiêu ngày?

A. 2- 262 ngày.

B. 2 – 93 ngày.

C. 4-28 ngày.

D. 5-12 ngày.

Câu 4: Thời gian ủ bệnh của ngộ độc Shamollela?

A. Thường từ 12 – 24 giờ.

B. Có thể vài tháng.

C. Kéo dài hàng tuần.

D. Từ 30 – 60 phút.

Câu 5: Tính chất của Aflatoxin?

A. Chỉ gây độc tính mạn tính.

B. Chỉ gây độc tính cấp tính.

C. Ít bền với nhiệt, không bị phá huỷ khi đun nấu thông thường.

D. Rất bền với nhiệt, không bị phá huỷ khi đun nấu thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học

2. “Chăm sóc sức khoẻ ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” do Dự án HPET biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.

BÀI 13

HÀNH VI SỨC KHỎE VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HÀNH VI SỨC KHỎE

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm về hành vi và hành vi sức khỏe.

2. Phân tích được các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe.
3. Xây dựng được các bước để thay đổi hành vi.
4. Giải thích được mối liên quan giữa các yếu tố môi trường với sức khỏe.
5. Nhận thức được tầm quan trọng của các yếu tố nguy cơ đến sức khỏe tại cộng đồng để có biện pháp phòng chống.

Nội dung:

1. Khái niệm

1.1. Khái niệm sức khỏe

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (1978): *"Sức khỏe là một tình trạng thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không phải chỉ là một tình trạng không bệnh hay tật"*. Do đó sức khỏe là sự kết hợp hài hoà cả ba thành phần: thể chất, tâm thần, xã hội.

- Sức khỏe thể chất là:

- + Tầm vóc (chiều cao, cân nặng, các kích thước cơ thể...) cân đối, phù hợp với tuổi và giới. Như vậy người béo quá hay gầy quá đều có sức khỏe thể chất không tốt.
- + Thể lực (sức nhanh, sức mạnh, sức bền, sức dai, khéo léo...) phù hợp với tuổi, giới. Như vậy người quá chậm chạp, nhanh mệt mỏi, nhanh xuống sức...là có sức khỏe thể chất không tốt.

- Sức khỏe tâm thần là: có khả năng tự làm chủ được bản thân, luôn giữ được cân bằng trong lý trí và tình cảm trước mọi thay đổi không ngừng của môi trường bên ngoài.

- Sức khỏe xã hội là: có khả năng hoà nhập với môi trường xã hội xung quanh, có khả năng tác động cải tạo lại môi trường đó.

Để đánh giá sức khỏe của một cá nhân, người ta thường sử dụng các chỉ tiêu sau:

- Đo các chỉ tiêu về thể lực: chiều cao, cân nặng, lực bóp cánh tay...
- Đo các chỉ tiêu chức năng: mạch, huyết áp, dung tích sống, thị lực, thính lực điện não đồ, chức năng gan, chức năng thận...

Để đánh giá sức khỏe của một cộng đồng, người ta thường sử dụng các chỉ tiêu như tuổi thọ trung bình, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ bệnh tật, tỷ lệ chết trẻ em...

1.2. Khái niệm hành vi của con người:

Mỗi cá nhân đều sống trong một tập thể xã hội và có quan hệ với những người xung quanh trong những mối tác động qua lại nhất định. Sự tác động qua lại giữa người này với người khác, hay giữa con người với các sự việc, hoàn cảnh xung quanh được thể hiện bởi một hành động đơn lẻ hay các hành động phối hợp được gọi là hành vi. Như vậy hành vi của con người được hiểu là *một hành động hay nhiều hành động phức tạp trước một sự việc, hiện tượng mà các hành động này lại chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố bên trong và bên ngoài, chủ quan và khách quan*. Có rất nhiều yếu tố có thể tác động đến hành vi của một người như trình độ văn hóa, phong tục tập quán cộng đồng, kinh tế xã hội, chính trị, luật pháp, nguồn lực, kỹ năng, phương tiện kỹ năng, thông tin... Mỗi hành vi của một người là biểu hiện của

các yếu tố cấu thành nên nó, đó là kiến thức, niềm tin, thái độ, cách thực hành (hay kỹ năng) của người đó trong một hoàn cảnh hay tình huống cụ thể nào đó. Một hành vi có thể thấy ở một cá nhân, cũng có thể thấy trong thực hành của một nhóm cá nhân hay cả một cộng đồng. Hành vi được lặp đi lặp lại nhiều lần trong thời gian dài có thể trở thành thói quen.

1.3. Hành vi sức khỏe:

Hành vi sức khỏe là những hành vi của con người có ảnh hưởng tốt hoặc xấu đến sức khỏe của chính bản thân họ, của những người xung quanh và của cộng đồng. Theo ảnh hưởng của hành vi đến sức khỏe, chúng ta có thể thấy ba loại hành vi sức khỏe.

Những hành vi có lợi cho sức khỏe: Đó là các hành vi lành mạnh được người dân thực hành để phòng chống bệnh tật, tai nạn, bảo vệ và nâng cao sức khỏe hay các hành động mà một người thực hiện để làm cho họ và những người khác khỏe mạnh và phòng các bệnh tật, ví dụ như khám thai định kỳ, tiêm chủng cho trẻ, tập thể dục, dinh dưỡng hợp lý, nuôi con bằng sữa mẹ, sử dụng hố xí hợp vệ sinh, thực hành vệ sinh môi trường, giảm các hành vi làm tổn hại sức khỏe như: hút thuốc lá, nuôi con bằng sữa chai, uống rượu quá nhiều...

Những hành vi có hại cho sức khỏe: Là các hành vi có nguy cơ hoặc có tác động xấu đến sức khỏe do một cá nhân, một nhóm người hay có thể cả một cộng đồng thực hành. Một số hành vi có hại cho sức khỏe do cá nhân và cộng đồng thực hành đã lâu và có thể trở thành những thói quen, phong tục tập quán gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của nhiều người. Ví dụ như sử dụng phân tươi bón ruộng, không ăn chín uống chín, hút thuốc lá, lạm dụng và nghiện rượu, quan hệ tình dục bừa bãi thiếu bảo vệ,...

Hành vi trung gian: là các hành vi không có lợi và cũng không có hại cho sức khỏe. Ví dụ một số bà mẹ đeo vòng bạc (hay vòng hạt cây) cho trẻ em để tránh gió, tránh bệnh. Với các loại hành vi trung gian này thì không cần phải tác động để loại bỏ, đôi khi cần chú ý khai thác những khía cạnh có lợi của các hành vi này đối với sức khỏe, ví dụ như hướng dẫn các bà mẹ theo dõi độ chặt, lỏng của vòng cổ tay, cổ chân của trẻ để đánh giá tình trạng tăng trưởng của trẻ.

2. Các yếu tố nguy cơ sức khỏe

2.1. Hành vi lối sống cá nhân và cộng đồng

**Các yếu tố tâm lý (nhân cách, tình trạng cảm xúc):*

- Nhân cách: gồm các trạng thái tâm lý, nhận thức, tình cảm, xúc cảm, khiến cho mỗi người có những đáp ứng tâm lý và tinh thần khác nhau với các yếu tố ngoại sinh và nội sinh. Nó giải thích tại sao đối với cùng một tác động bất lợi cho sức khỏe, thì người này chống đỡ hay vượt qua được còn người kia thì bị mắc bệnh.

- Tình trạng cảm xúc âm tính có thể gây ra thay đổi bệnh lý và có thể khiến cho con người có những hành vi có hại cho sức khỏe hoặc hành vi gây bệnh như hút thuốc lá, uống rượu để giải sầu. Cảm xúc âm tính (trầm cảm, lo lắng, thù địch) dễ đưa đến một loạt bệnh tâm thể (bệnh mạch vành, hen, viêm khớp, loét dạ dày tá tràng...).

**Các yếu tố hành vi và lối sống:* hành vi và lối sống của mỗi cá nhân hay cộng đồng góp phần tạo nên sức khỏe tốt hoặc gây bệnh ở các nhóm người thuộc các lứa tuổi

khác nhau sống trong các cộng đồng, xã hội khác nhau và có thể góp phần bảo vệ hay phá hoại môi trường sinh thái. Nước ta hiện nay, cùng với tăng trưởng kinh tế là quá trình đô thị hóa nhanh chóng, hai quá trình này bên cạnh tác động tích cực, còn góp phần hình thành một số hành vi lối sống tác động mạnh đến sức khỏe cá nhân và sức khỏe cộng đồng. Nghèo túng khiến cho người ta không có điều kiện để thực hiện được các hành vi và lối sống lành mạnh, mặc dù người ta vẫn biết rõ các hành vi và lối sống đó là có lợi cho sức khỏe. Thêm vào đó, người nghèo lại dễ có các hành vi có hại cho sức khỏe như hút thuốc lá và nghiện rượu cao hơn so với người giàu, thay vì đi tìm các thú vui chơi lành mạnh. Tình trạng nghèo nàn hay sung túc cũng chi phối lối sống, các mối quan hệ gia đình, cộng đồng, xã hội, từ đó ảnh hưởng đến sức khỏe cá nhân và cộng đồng.

- Các yếu tố hành vi: hành vi của con người do kiến thức, thái độ, thực hành và niềm tin tạo thành. Mỗi hành vi là sự biểu hiện của tất cả các yếu tố đó thành những hành động cụ thể. Hành vi sức khỏe là hành vi người có liên quan đến việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe hoặc liên quan đến một vấn đề sức khỏe nhất định. Có những hành vi tăng cường cho sức khỏe như rửa tay trước khi ăn, tập thể dục thường xuyên. Hay hành vi gây hại cho sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng như ăn uống quá độ, quan hệ tình dục bừa bãi, hút thuốc lá ở nơi công cộng. Rèn luyện để thích ứng, có thể là tích cực như tập một vài động tác thể dục sau một buổi lao động trí óc (đối phó tích cực với mệt mỏi) hay đối phó tiêu cực như hút một điếu thuốc lá. Hành vi gây nghiện như hút thuốc lá, uống rượu. Hành vi cạnh tranh, như cho con bú bình hay bú sữa mẹ hoàn toàn. Hành vi tìm kiếm sức khỏe như ăn ít mỡ, rèn luyện thân thể. Thói quen hay tập quán sức khỏe đó là những hành vi sức khỏe đã được thiết lập một cách bền vững và được thực hiện một cách tự động, ngoài ý thức. Thói quen hay tập quán được coi như bản năng thứ hai của con người nên rất khó thay đổi.

- Lối sống: lối sống của mỗi cá nhân là do:

+ Các hành vi và thói quen nhất định của mỗi cá nhân nhằm đáp ứng với các điều kiện hoàn cảnh cụ thể.

+ Các niềm tin và giá trị của cá nhân, gồm các giá trị vật chất và tinh thần biểu hiện trình độ văn hóa cũng như toàn bộ nhân cách của cá nhân trong một cộng đồng, xã hội nơi cá nhân sinh sống.

+ Các đặc trưng cá nhân như tuổi, giới, tính cách, tâm lý.

+ Các mối tương tác xã hội xác định vai trò của cá nhân trong cộng đồng xã hội cũng như mối giao tiếp của cá nhân với mọi người trong cộng đồng và xã hội, sự hoà đồng của cá nhân với tập thể và cộng đồng.

Các thành phần này tạo nên lối sống. Các thành phần này có thể góp phần duy trì sức khỏe tốt như: bản thân làm chủ được việc làm và các điều kiện sống của mình (có thu nhập đủ), có đủ khả năng về tâm lý và hành vi để đối phó được với các vấn đề mới nảy sinh trong cuộc sống, có quan hệ tốt với xã hội và được xã hội hỗ trợ trong những thời điểm cần được hỗ trợ về vật chất cũng như tinh thần, tự biết mình có đủ khả năng kiểm soát được cuộc sống của chính bản thân mình, tin tưởng vào khả năng duy trì tốt sức khỏe của bản thân.

2.2. Các yếu tố môi trường

Bao gồm các yếu tố môi trường tự nhiên và các yếu tố môi trường xã hội.

2.2.1. Các yếu tố môi trường tự nhiên: Bao gồm các yếu tố vật lý, hóa học, sinh học của môi trường không khí, đất, nước.

- Những thay đổi về vi khí hậu: vi khí hậu nơi ở, nơi làm việc có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và năng suất lao động, môi trường quá nóng, quá lạnh, quá ẩm, quá khô làm căng thẳng quá trình điều nhiệt, suy giảm sức đề kháng, gây các bệnh theo mùa, tăng các bệnh liên quan đến thời tiết.

- Ô nhiễm không khí nơi ở, nơi làm việc: các nguồn gây ô nhiễm nơi ở, nơi sản xuất có rất nhiều, do sinh hoạt, đun nấu, nghề phụ, từ các công trình vệ sinh, do ô nhiễm tại các khu công nghiệp, giao thông, xử lý chất thải, thải ra khói bụi, hơi khí độc, các loại vi khuẩn nấm mốc gây bệnh làm gia tăng các bệnh liên quan đến ô nhiễm.

- Ô nhiễm các nguồn nước: do khí thải, nước thải, rác thải từ khu dân cư, khu công nghiệp, làm ô nhiễm các nguồn nước mặt, ngầm, làm cho nguồn nước bị nhiễm các chất độc hại: chất hữu cơ, hóa chất độc, kim loại nặng, vi sinh vật, ký sinh trùng gây bệnh, làm gia tăng các bệnh liên quan đến ô nhiễm nước.

- Ô nhiễm môi trường đất: do nước thải, rác thải từ khu dân cư, khu công nghiệp, do phân bón, các hóa chất trừ sâu diệt cỏ, gây ô nhiễm nguồn nước, tích lũy trong các sản phẩm nông nghiệp, qua chuỗi thức ăn vào cơ thể, ảnh hưởng xấu cho sức khỏe.

- Suy thoái môi trường, mất cân bằng sinh thái và đa dạng sinh học: do khai thác quá mức các nguồn tài nguyên thiên nhiên cho sản xuất và đời sống, làm cạn kiệt tài nguyên. Trong tự nhiên, có mối quan hệ sinh tồn giữa con người và các sinh vật, khi một số loài sinh vật bị mất đi sẽ gây mất cân bằng sinh thái. Suy thoái môi trường gây biến đổi khí hậu, thiên tai thảm họa, ảnh hưởng trực tiếp đến điều kiện sinh tồn của con người và mọi sinh vật.

2.2.2. Các yếu tố môi trường xã hội

**Dân số.*

- Chính sách dân số, kế hoạch hóa gia đình có ảnh hưởng mạnh đến sức khỏe, nhất là phụ nữ và trẻ em.

- Sự phân bố dân cư ở mỗi vùng khác nhau có ảnh hưởng nhất định đến sức khỏe của cá nhân và cộng đồng: nơi đô thị mật độ dân cư quá cao, chật trội, quá tải cơ sở hạ tầng, vùng sâu, vùng xa, giao thông khó khăn, cơ sở hạ tầng thấp, tiếp cận dịch vụ y tế khó khăn.

- Tình trạng di dân tự do, điều kiện sống thay đổi, thiếu dịch vụ đáp ứng nhu cầu của cá nhân và cộng đồng.

**Kinh tế thu nhập, nghề nghiệp, việc làm:*

- Mỗi khu vực có phương thức sản xuất khác nhau và tác động nhất định lên sức khỏe người dân như cường độ lao động, thời gian lao động, môi trường lao động, ở khu vực nông thôn khác khu vực đô thị.

- Thu nhập có ảnh hưởng quan trọng đối với sức khỏe vì nó quyết định mức sống của mỗi cá nhân và gia đình họ, việc làm ổn định, thu nhập tăng thì tình trạng sức khỏe được cải thiện. Việc làm không ổn định, nghề nghiệp nhiều rủi ro, thu nhập thấp làm giảm sút sức khỏe, nhất là phụ nữ và trẻ em.

- Khi xem xét mối liên quan giữa việc làm, thu nhập, sức khỏe cần chú ý tính chất công việc, chế độ. làm việc, nghỉ ngơi, cường độ lao động, điều kiện lao động, nguy cơ tiếp xúc với độc hại, tai nạn lao động, phương tiện bảo hộ, chế độ bảo hiểm.

**Chỗ ở:* có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe con người từ khi sinh ra cho đến khi chết, đó là môi trường trực tiếp bảo vệ sức khỏe mỗi cá nhân về cả ba mặt thể chất tinh thần và xã hội. Người nghèo ở trong căn nhà chật hẹp, điều kiện vệ sinh xấu, ô nhiễm, thiếu nước sạch, không xử lý phân rác, dễ mắc các bệnh truyền nhiễm, dễ bị các căng thẳng, không có điều kiện được chăm sóc. Một vấn đề nghiêm trọng nữa là không có chỗ ở, nhất là khi bị thất nghiệp, không được xã hội hỗ trợ, làm cho tình trạng sống lang thang gia tăng trở thành một vấn đề xã hội.

**Các yếu tố văn hóa:*

-Trình độ học vấn ảnh hưởng đến hiểu biết, thái độ, thực hành đối với sức khỏe và việc bảo vệ sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.

- Phong tục tập quán: mỗi nơi có phong tục tập quán riêng, nhất là người dân tộc thiểu số có thể ảnh hưởng đến khả năng đối phó với các vấn đề sức khỏe như có thói quen ảnh hưởng tốt cho sức khỏe, có thói quen ảnh hưởng xấu đến sức khỏe.

**An sinh xã hội và gia đình:* sự hỗ trợ xã hội và các mối quan hệ gần gũi, thân thiện có tác dụng bảo vệ sức khỏe cho mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng. Ngược lại các mâu thuẫn trong gia đình, cộng đồng, xã hội bao giờ cũng gây ra các gánh nặng tâm lý (stress) có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, không có lợi cho sức khỏe tâm thần.

2.3. Hệ thống chăm sóc sức khỏe, dịch vụ y tế

**Mạng lưới tổ chức y tế.*

-Sự phân bố các cơ sở y tế, các cán bộ y tế và nhân viên y tế ở các vùng nông thôn và đô thị có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của cư dân trong vùng. Các đô thị lớn, có mạng lưới y tế tốt hơn về mọi mặt: cơ sở vật chất, trang thiết bị, trình độ cán bộ y tế, làm cho chất lượng chăm sóc dịch vụ tốt hơn cả về dự phòng và điều trị so với vùng khác. Với người nghèo, vùng nghèo, dịch vụ y tế, quan hệ thầy thuốc bệnh nhân thường không được tốt như người ta mong muốn.

-Hệ thống y tế ngoài công lập, tư nhân, ngày càng có vai trò quan trọng trong đáp ứng dịch vụ y tế của người dân do gần dân, dễ tiếp cận, giá cả lựa chọn tùy khả năng. Tuy nhiên hệ thống này cần được định hướng phục vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện chứ không chỉ vì lợi nhuận.

**Khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế:* người nghèo thường không biết khai thác các dịch vụ y tế sẵn có để đáp ứng những nhu cầu chăm sóc tối thiểu của họ, thiếu tiền và phương tiện cá nhân để tiếp cận dịch vụ y tế khi cấp bách, dịch vụ y tế chất lượng cao, họ không có điều kiện lựa chọn dịch vụ theo ý muốn. Về kinh tế Việt Nam trong những năm gần đây đã có bước tiến lớn (tỷ lệ đói nghèo giảm từ 30% năm 1992 xuống còn dưới 10% vào năm 2014). Tuy vậy, sự hưởng thụ lợi ích không đồng đều giữa các tầng lớp dân cư. Mức độ sử dụng dịch vụ bệnh viện, dịch vụ y tế chất lượng cao của những người khá giả cao hơn nhiều so với những người nghèo. Nguyên nhân chính khiến người nghèo ít được sử dụng dịch vụ bệnh viện là do các rào cản về tài chính (chi phí cho dịch vụ y tế lớn, khả năng chi trả của người nghèo thấp), rào cản địa lý (người nghèo ở miền núi, vùng sâu, vùng xa) và thậm chí cả các rào cản về văn hóa, phong tục tập quán.

2.4. Các yếu tố di truyền, bẩm sinh

Có các bệnh di truyền từ cha mẹ sang con cái như bệnh ưa chảy máu, cận thị nặng, có các dị tật bẩm sinh như sứt môi hở hàm, thừa ngón chân, ngón tay, liệt tứ chi. Cha mẹ bị bệnh tật sẽ có nguy cơ cao sinh ra con cái bị bệnh tật. Hiện tại các giải pháp tác động trực tiếp lên bộ máy di truyền để sửa chữa các sai lệch trên gen, phòng tránh các bệnh di truyền còn rất hạn chế và tốn kém. Tuy nhiên, người ta có thể chủ động phòng tránh các yếu tố tác hại trong quá trình mang thai để hạn chế các dị tật bẩm sinh.

3. Mối liên quan giữa các yếu tố môi trường với sức khỏe

3.1. Những yếu tố môi trường gây nguy hại cho sức khỏe

Mọi biến đổi của môi trường đều tác động tới sức khỏe. Có nhiều biến đổi môi trường tác động không tốt tới sức khỏe, gây nguy hại cho sức khỏe. Theo nguyên nhân xã hội, người ta có thể chia các yếu tố môi trường thành hai nhóm chính:

- Nhóm các yếu tố truyền thống, đó là các yếu tố do nghèo nàn, lạc hậu, chậm phát triển, thiếu cơ sở hạ tầng tối thiểu như:

- + Thiếu nguồn nước sạch.
- + Vệ sinh môi trường kém.
- + Nước thải, rác thải không được thu gom, xử lý.
- + Ô nhiễm không khí trong nhà.
- + Thực phẩm bị ô nhiễm do vi sinh vật.
- + Lao động nặng nhọc trong điều kiện tồi tàn, lạc hậu, ô nhiễm.
- + Các thảm họa thiên nhiên như lũ lụt, hạn hán...

- Nhóm các yếu tố hiện đại, đó là các yếu tố do phát triển không bền vững, thiếu quan tâm của xã hội, thường gặp ở các nước bắt đầu công nghiệp hóa, gồm:

- + Ô nhiễm không khí do khí thải công nghiệp, do giao thông, ô nhiễm tiếng ồn.
- + Ô nhiễm đất, ô nhiễm các nguồn nước do nước thải, rác thải công nghiệp.
- + Tai nạn giao thông, tai nạn do lao động sản xuất, do sinh hoạt.
- + Ô nhiễm môi trường do các loại hóa chất công nghiệp, thuốc trừ sâu dùng trong nông nghiệp.
- + Thực phẩm bị ô nhiễm do các hóa chất độc dùng trong sản xuất, bảo quản, chế biến.
- + Nạn phá rừng, khai thác tài nguyên cạn kiệt, gây suy thoái môi trường, làm giảm đa dạng sinh học, gây diệt chủng biến mất nhiều loài động thực vật.
- + Gây thay đổi khí hậu như mưa acid, lỗ thủng tầng ôzôn, hiệu ứng nhà kính làm tăng nhiệt độ trái đất, biến đổi khí hậu, gây các thảm họa thiên nhiên như hạn hán, lũ lụt...
- + Lối sống không lành mạnh cũng đang là một yếu tố môi trường gây ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cộng đồng, nhất là ở các đô thị hiện nay do ăn uống không hợp lý,

uống nhiều bia rượu, hút thuốc lá, ăn nhiều thịt, mỡ, đồ ngọt, làm việc căng thẳng, ít vận động, hút thuốc lá, sử dụng ma túy, tình dục không an toàn.

Giữa nguy cơ truyền thống và nguy cơ hiện đại có sự khác biệt. Tác động của nguy cơ truyền thống thường nhanh chóng biểu hiện ở dạng bệnh tật, do vậy dễ được phát hiện và phòng tránh như khi dùng nguồn nước bẩn sẽ dễ gây tiêu chảy, gây các bệnh về da, mắt, viêm nhiễm đường sinh dục...

Một số tác động của các nguy cơ hiện đại thường biểu hiện từ từ, lặng lẽ, tiềm tàng, rất khó nhận biết được ngay và khi phát hiện ra thì đã có hậu quả nặng nề như nhiễm độc nghề nghiệp, ung thư, tăng đường huyết, tăng huyết áp, suy nhược thần kinh...

3.2. Những yếu tố môi trường truyền thống phổ biến hiện nay có ảnh hưởng đến sức khỏe

3.2.1. Thiếu nước sạch và vệ sinh môi trường kém

Thiếu nước sạch và vệ sinh môi trường kém là nguyên nhân trực tiếp của nhiều bệnh, nhất là các bệnh đường tiêu hóa. Các nghiên cứu chứng minh rằng có đến 88% trường hợp tiêu chảy là do thiếu nước sạch và vệ sinh môi trường kém. Tại các vùng nông thôn đồng bằng, nhiều nơi có tới 80% học sinh tiểu học bị nhiễm giun, các bệnh mắt hột, viêm nhiễm ngoài da, viêm nhiễm đường sinh dục của phụ nữ tăng cao.

3.2.2. Ô nhiễm không khí trong nhà ở

Ô nhiễm không khí trong nhà là yếu tố nguy hại cho các nước đang phát triển và là vấn đề lớn tại các vùng nông thôn. Nguyên nhân chính là do đun nấu bếp bằng than củi không được thông khí tốt, nhà cửa không thông thoáng, ẩm thấp, gần chuồng gia súc. Phụ nữ, trẻ em và người già là những người chịu ảnh hưởng nhiều nhất do thời gian ở và làm việc tại nhà nhiều nhất. Theo WHO năm 2001 ô nhiễm không khí trong nhà là nguyên nhân của 35,7% trường hợp viêm đường hô hấp dưới, 22% các bệnh phổi mạn tính trên thế giới.

3.2.3. Ô nhiễm đất, nước do nước thải, rác thải không được thu gom xử lý

Lượng nước thải, rác thải ngày càng tăng cùng với sự gia tăng dân số và mức sống. Nước thải, rác thải từ các hộ gia đình, công sở, chợ...luôn mang theo một lượng lớn các chất ô nhiễm, các mầm bệnh từ phân, chất thải của người và gia súc, làm ô nhiễm đất, nước, thức ăn, làm gia tăng các bệnh đường tiêu hóa, da, mắt, viêm nhiễm đường sinh dục phụ nữ. Ô nhiễm các nguồn nước còn làm gia tăng các bệnh do muỗi truyền như sốt xuất huyết, giun chỉ, viêm não Nhật Bản, sốt rét.

3.3. Những yếu tố môi trường hiện đại có ảnh hưởng đến sức khỏe

3.3.1. Ô nhiễm môi trường đất, các nguồn nước do hóa chất độc

Các hóa chất độc có trong nước thải, rác thải công nghiệp, các hóa chất trừ sâu diệt cỏ, được thải vào môi trường chưa qua xử lý ngày càng tăng về số lượng và chủng loại, đang là nguy cơ lớn gây ô nhiễm môi trường. Số ca nhiễm độc thuốc bảo vệ thực vật hàng năm không giảm. Các hóa chất này từ môi trường xâm nhập vào cơ thể tích lũy gây các tổn thương tại tế bào, tổn thương bộ máy di truyền, gây nhiễm độc, ung thư (trẻ em nhạy cảm với hóa chất gấp 10 lần người lớn), để lại hậu quả lâu dài.

3.3.2. Ô nhiễm không khí ngoài trời

Hiện tại môi trường không khí vẫn đang bị ô nhiễm bởi các yếu tố gây ô nhiễm truyền thống như đun nấu, khói bụi... đã được bổ sung thêm các nguồn gây ô nhiễm mới, nhất là ở các đô thị, khu công nghiệp, các làng nghề. Nguyên nhân chính của sự ô nhiễm không khí này là do:

- Phát triển các khu công nghiệp, các khu đô thị. Khói bụi, hơi khí độc từ các nhà máy xí nghiệp của khu công nghiệp, đô thị không được xử lý, gây ô nhiễm cho khu vực dân cư xung quanh.
- Các hơi khí độc như khí CO, CO₂, NO₂, chì, khói bụi do các phương tiện giao thông vận tải thải ra gây ô nhiễm.
- Đặc biệt tại các làng nghề, nguyên liệu đầu vào thường là các loại phế liệu thu gom từ mọi nguồn không được làm sạch, công nghệ tái chế thường thủ công, lạc hậu, nơi sản xuất thường chật hẹp không được quy hoạch ngay tại hộ gia đình (nơi sản xuất cũng đồng thời là nhà ở), chất thải, khí thải không được thu gom xử lý gây ô nhiễm nặng nề cho khu vực dân cư làng nghề.

Hậu quả của ô nhiễm không khí tại các đô thị, khu công nghiệp, làng nghề làm tăng các bệnh liên quan ô nhiễm như các bệnh phổi, phế quản, tắc nghẽn, dị ứng...

3.3.3. Ngộ độc thực phẩm

Ngộ độc thực phẩm đang là mối quan tâm của toàn xã hội, nhất là những năm gần đây. Để đáp ứng nhu cầu thực phẩm ngày càng tăng của toàn xã hội, người sản xuất đã sử dụng ngày càng nhiều các hóa chất trừ sâu diệt cỏ, phân bón hóa học, các chất kích thích tăng trưởng cho cây trồng vật nuôi. Hậu quả là số vụ ngộ độc thực phẩm do môi trường bị ô nhiễm bởi các loại mầm bệnh, các loại hóa chất độc vẫn ngày càng gia tăng.

3.3.4. Tai nạn thương tích

Tai nạn thương tích đã trở thành một hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại và đang gây ra những hậu quả rất lớn cho sức khỏe cộng đồng. Tai nạn xảy ra chủ yếu là do các yếu tố môi trường như:

- Tai nạn thương tích trong nhà: do bếp, do điện, do lửa
- Tai nạn trong các nhà máy xí nghiệp công nông trường do sản xuất, do cháy nổ, sập hầm lò
- Tai nạn thương tích ngoài đường: do giao thông (đây là nguyên nhân gây thiệt hại lớn nhất hiện nay), do sét đánh, do đổ cây, đổ tường Tai nạn do tắm sông, suối, biển, do lũ lụt, đi rừng.
- Tai nạn trong các đợt thiên tai, thảm họa.

3.3.5. Biến động khí hậu thời tiết do môi trường suy thoái

Khai thác tài nguyên môi trường cạn kiệt, chặt phá rừng, làm thay đổi môi trường sinh thái, suy giảm đa dạng sinh học, tiệt chủng nhiều loài động thực vật.

Sự suy giảm tầng ôzôn, hiệu ứng nhà kính, thảm họa thiên nhiên đang ngày càng ảnh hưởng lớn tới sức khỏe cộng đồng, làm tăng tỷ lệ các bệnh ung thư da, các bệnh do thảm họa. Số người chết do thiên tai ở nước ta vẫn có xu hướng gia tăng hàng

năm. Theo ước tính khoảng 70% dân số nước ta bị lũ đe dọa, nguy cơ càng tăng khi phá rừng vẫn đang tiếp tục với tốc độ 200.000 hecta mỗi năm (cứ đà này thì 20 năm nữa rừng Việt Nam sẽ cơ bản phá xong. Bão, lũ lụt, lở đất cũng là tác nhân gây ô nhiễm môi trường, đặc biệt môi trường nước, làm hư hại các công trình vệ sinh, kéo theo các bệnh dịch như tiêu chảy, tả, lỵ, thương hàn, sốt xuất huyết, sốt rét và cũng là nguyên nhân gây đói nghèo, làm suy giảm sức khỏe dân cư.

3.3.6. Lối sống không lành mạnh

Lối sống không lành mạnh đang là một nguy cơ lớn cho sức khỏe cộng đồng hiện nay do bệnh tật do lối sống không lành mạnh như các bệnh tim mạch, tăng đường huyết, suy nhược thần kinh... đang chiếm vị trí hàng đầu trong danh mục bệnh tật tại cộng đồng, nhất là tại các đô thị đang thay thế dần các bệnh nhiễm trùng.

- Hút thuốc lá: là vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu, là yếu tố nguy cơ lớn nhất gây nên các bệnh ác tính, kể cả ung thư.

- Uống bia rượu. Tiêu thụ bia rượu gắn liền với rất nhiều bệnh tật và các vấn đề xã hội như xơ gan, ung thư gan, bệnh tim mạch, thần kinh tâm thần, bạo lực trong gia đình, xã hội, tai nạn thương tích (đặc biệt tai nạn giao thông), ước tính một nửa số vụ bạo lực trong gia đình do lạm dụng rượu. Nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy 80% số vụ cưỡng dâm trẻ em có liên quan đến rượu.

- Ma túy: sức khỏe cộng đồng luôn bị thách thức bởi các hành vi nguy hiểm của nghiện hút. Nghiện hút đã trở thành vấn đề nghiêm trọng, đặc biệt tại các thành phố lớn và các tỉnh biên giới. Tác động tiêu cực do sử dụng ma túy đối với người nghiện là rất nặng nề về sức khỏe như nhiễm HIV/AIDS, viêm gan virus, bạo lực thương tích gây hậu quả nặng nề cho gia đình và xã hội. Số người nghiện hàng năm vẫn tăng dần và tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS ở người tiêm chích cũng tăng từng năm, đặc biệt đang tăng lên ở lứa tuổi học đường. Đồng hành với ma túy ngoài HIV/AIDS là các bệnh lây qua đường tình dục, tệ nạn mại dâm, tội phạm.

- Dinh dưỡng: chế độ ăn uống vệ sinh, đầy đủ chất dinh dưỡng, cân đối, hợp lý là nền tảng cho sức khỏe cộng đồng. Thực tế dinh dưỡng tại Việt Nam đang ở hai thái cực: thiếu dinh dưỡng ở nhiều vùng sinh thái, nhất là các vùng khó khăn, đặc biệt ở trẻ em dưới 5 tuổi và phụ nữ mang thai và thừa dinh dưỡng ở một bộ phận dân cư, nhất là tại các đô thị lớn, ở cả trẻ em và người lớn.

- Thể dục thể thao: tập luyện thường xuyên tạo nên một lối sống lành mạnh, tăng cường sức khỏe, dự phòng bệnh tật khi tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ. Ngày càng có nhiều bằng chứng về mối quan hệ nhân quả giữa việc ít vận động và các bệnh tim mạch, béo phì, tăng huyết áp, hô hấp, các bệnh xương khớp mạn tính.

- Hoà nhập với xã hội: sự thích nghi, hoà nhập với môi trường luôn thay đổi hàng ngày có tác động quan trọng tới sức khỏe cá nhân và cộng đồng. Mô hình từ gia đình lớn thành các gia đình nhỏ hơn, từ hợp tác xã nông nghiệp tới kinh tế hộ gia đình tự hạch toán, quá trình đô thị hóa nhanh chóng, từ kinh tế tập trung kế hoạch sang kinh tế mở thị trường, từ tư duy tập thể đến phát huy ý tưởng cá nhân... đều ảnh hưởng đến tình trạng bệnh tật liên quan tới các stress tâm lý, sự hoà nhập, cách ly của mỗi cá nhân với cộng đồng.

4. Các yếu tố ảnh hưởng đến thay đổi hành vi sức khỏe

4.1. Các yếu tố bên trong của mỗi con người

1) Kiến thức: Kiến thức thường được tích lũy qua quá trình tự học tập, qua kinh nghiệm sống, kiến thức thu được từ các giáo viên, cha mẹ, bạn bè, sách vở, báo chí và các phương tiện truyền thông đại chúng... Kiến thức của mỗi người được tích lũy trong suốt cả cuộc đời.

Ví dụ: kiến thức ăn uống vệ sinh để bảo vệ sức khỏe cho bản thân có từ đâu? Kiến thức này tại sao mỗi chúng ta đều có? Vì khi còn bé là do cha mẹ dạy con cái, anh chị dạy các em bé. Khi lớn lên ta được học ở trong các bài học vệ sinh do các thầy cô giáo dạy bảo. Các phương tiện thông tin đại chúng như đài, vô tuyến, sách báo... giúp ta hiểu hơn về vệ sinh ăn uống. Ăn uống vệ sinh không chỉ đơn thuần là ăn sạch uống chín, mà là ta hiểu tại sao khi ăn thức ăn ôi thiu thì bị ngộ độc? hậu quả thế nào? muốn không bị ngộ độc thì phòng tránh như thế nào?.., thậm chí nếu chỉ một lần bị ngộ độc thức ăn, ta sẽ có một bài học về ăn uống. Đó là sự hình thành kiến thức về an toàn vệ sinh thực phẩm của mỗi con người.

Khi TT- GDSK, việc đầu tiên là phải làm cho mọi người hiểu được vấn đề sức khỏe, tức là giúp mọi người có kiến thức về vấn đề đó, nếu mọi người không hiểu tức là truyền thông chưa đạt yêu cầu.

2) Niềm tin: Niềm tin là sản phẩm xã hội của nhận thức cá nhân kết hợp với các kinh nghiệm thu được của cá nhân cũng như của nhóm hay cộng đồng trong cuộc sống. Mỗi một xã hội đều hình thành và xây dựng niềm tin về tất cả các khía cạnh của đời sống. Hầu hết các niềm tin đều có nguồn gốc từ lâu đời, vì thế mà xã hội chấp nhận và ít khi đặt câu hỏi về giá trị của niềm tin. Niềm tin thường bắt nguồn từ cha mẹ, ông bà và những người mà ta kính trọng. Người ta thường chấp nhận niềm tin mà không cần cố gắng để xác định điều đó là đúng hay là sai.

Ví dụ: một số dân tộc thiểu số ở nước ta kiêng ăn thịt trâu, bò, thịt chó, thịt ngan..., vì họ tin rằng khi ăn những thức ăn này sẽ có hại cho sức khỏe. Ở một số dân tộc, khi chuẩn bị sinh con, các bà mẹ thường ăn nhiều rau như rau mồng tơi, rau đay, ăn cá da trơn như lươn trạch...để cho trơn và dễ đẻ... Niềm tin này đã làm cho phụ nữ có thai chỉ ăn một số thực phẩm nhất định, dẫn đến thiếu dinh dưỡng, điều này sẽ không có lợi cho sức khỏe của mẹ và con.

Niềm tin là một phần của cách sống của con người. Niềm tin chỉ ra những điều gì mọi người chấp nhận và những điều gì mọi người không chấp nhận. Niềm tin có sức mạnh, có ảnh hưởng lớn đến thái độ và hành vi con người nên thường rất khó thay đổi.

Nhiệm vụ của những người làm giáo dục sức khỏe là phải xác định được niềm tin nào có hại, niềm tin nào có lợi cho sức khỏe hoặc không ảnh hưởng gì đến sức khỏe; niềm tin đó có ảnh hưởng đến sức khỏe con người như thế nào, để tập trung vào việc làm thay đổi những niềm tin có hại cho sức khỏe. Tuy nhiên, cũng tùy từng trường hợp cụ thể mà tiến hành giáo dục sức khỏe cho phù hợp.

Ví dụ: niềm tin phụ nữ có thai không được ăn trứng là một niềm tin có hại cho sức khỏe của bà mẹ và đứa trẻ tương lai, bởi vì trứng là nguồn thực phẩm giàu protein. Nhưng trước khi muốn thay đổi niềm tin này, ta cũng cần tìm hiểu xem những phụ nữ có thai này có ăn đủ các loại thực phẩm giàu protein và các chất dinh

dưỡng khác như thịt, cá, đậu lạc, vừng v.v...không? nếu có thì niềm tin này cũng không cần phải lo lắng quá nhiều vì bà mẹ đã được cung cấp nhiều dinh dưỡng rồi. Nhưng nếu không tức là những phụ nữ có thai này không được cung cấp đủ các loại thực phẩm giàu protein và các chất dinh dưỡng như thịt, cá, đậu lạc, vừng.... Thì niềm tin ăn kiêng trứng khi có thai cần phải được giáo dục để thay đổi, thì mới đảm bảo dinh dưỡng cho bà mẹ.

3) Thái độ: thái độ được coi là trạng thái chuẩn bị của cơ thể để đáp ứng với những tình huống hay hoàn cảnh cụ thể. Thái độ phản ánh những điều mọi người thích hoặc không thích, tin hay không tin. Thái độ cũng chính là cách nhìn nhận vấn đề hay quan điểm của đối tượng về vấn đề sức khỏe nào đó.

Ví dụ: có người cho rằng có thể ăn, uống, sinh hoạt với người nhiễm HIV/AIDS, nhưng có nhiều người thì không; có nhiều người cho rằng không nên hút thuốc lá, nhưng cũng có người lại cho rằng hút thuốc lá để giảm căng thẳng, hút thuốc lá mới là người lớn...

Thái độ thường bắt nguồn từ niềm tin, từ kinh nghiệm hoặc được tích lũy trong cuộc sống hoặc từ những người sống và làm việc gần gũi xung quanh ta như cha mẹ, ông bà, anh em họ hàng, đồng nghiệp. Thái độ có thể bắt nguồn từ kinh nghiệm của những người khác đặc biệt là từ những người được ta kính trọng. Đôi khi thái độ của con người cũng có thể được hình thành bởi kinh nghiệm tích lũy chưa đầy đủ. Tuy nhiên, cũng cần chú ý trong khi đánh giá về thái độ, vì trong một số hoàn cảnh nhất định có thể không cho phép người ta có hành vi phù hợp với thái độ của họ.

Ví dụ: một bà mẹ rất muốn đưa trẻ bị sốt cao đến trạm y tế để khám và điều trị. Nhưng vì là ban đêm, trạm y tế lại cách xa nhà nên bà mẹ buộc phải đem con đến khám Bác sỹ khám tư ở gần nhà. Hành vi này không có nghĩa là bà mẹ đã thay đổi thái độ với trạm y tế.

Tóm lại: thái độ rất quan trọng đối với hành vi của con người, thay đổi thái độ có tính quyết định đến thành công của chuyển đổi hành vi. Trong giáo dục sức khỏe cần phân tích rõ tại sao mọi người lại có thái độ nhất định đối với các hành vi sức khỏe, để từ đó có tác động nhằm làm chuyển đổi thái độ.

4) Giá trị: giá trị là các tiêu chuẩn có vai trò quan trọng tác động đến suy nghĩ và tình cảm của con người. Một tiêu chuẩn nào đó được một người coi là có giá trị với họ, nó sẽ là động cơ thúc đẩy các hành động để đạt được giá trị đó. Giá trị còn là phẩm chất trước một cản trở nào đó như lòng dũng cảm, sự thông minh... Những người trong cộng đồng thường chia sẻ với nhau những giá trị của cuộc sống. Giá trị bao gồm giá trị phi vật chất và giá trị vật chất. Những giá trị có lợi cho cá nhân và xã hội được hiểu như là các giá trị tích cực và những giá trị có hại là những giá trị tiêu cực

Ví dụ: trẻ em được khỏe mạnh và hạnh phúc cũng là giá trị của cộng đồng. Bằng cách chăm sóc, nuôi dạy trẻ em chu đáo cha mẹ cũng sẽ có lợi sau này. Vì khi trưởng thành, chúng sẽ nhận ra trách nhiệm của chúng đối với cha mẹ và chăm sóc cha mẹ khi tuổi già, sức yếu. Vì "*giá trị*" gắn với trẻ em nên nó trở thành động lực khiến các bà mẹ không quản vất vả khó khăn, tận tụy chăm sóc trẻ, đặc biệt khi chúng đau yếu.

Ví dụ: một số phong tục tập quán của nền văn hoá có giá trị cao trong xã hội là các giá trị tích cực; một số hành vi làm giảm giá trị cuộc sống như tính lười nhác, ích kỷ, thiếu trung thực v.v... làm giảm giá trị đạo đức là giá trị tiêu cực. Giáo dục sức khoẻ nhằm vào phát hiện và phân tích các giá trị trong xã hội, đưa những tư tưởng mới để duy trì và phát triển các giá trị chung, đồng thời phải tính đến những giá trị về văn hoá tín ngưỡng riêng của từng cộng đồng, tránh sự đối kháng với các giá trị của cộng đồng.

4.2. Các yếu tố bên ngoài

4.2.1. Ảnh hưởng của những người xung quanh đối với thay đổi hành vi

Nhóm yếu tố bên ngoài ảnh hưởng đối với hành vi là những ảnh hưởng từ những người xung quanh. Yếu tố này có vai trò quan trọng trong cuộc sống. Khi một người nào đó được ta cho là người quan trọng thì ta thường dễ dàng nghe theo những lời họ nói, làm theo những điều họ khuyên hoặc những việc họ làm. Những người có ảnh hưởng lớn đối với ta thường là cha mẹ, ông bà, vợ chồng trong các gia đình, già làng, trưởng bản, đồng nghiệp, bạn thân.. những người sẵn sàng giúp đỡ ta khi cần như giáo viên, cán bộ y tế, những người lãnh đạo địa phương v.v... Trong cộng đồng, có những người gọi là người “*lãnh đạo dư luận*”, những người này có ảnh hưởng sâu sắc đến thay đổi hành vi của cộng đồng nhất là ở khu vực miền núi, vùng cao, vùng sâu, vùng xa xôi hẻo lánh, đó là già làng, tộc trưởng, trưởng họ thậm chí là bà mụ vườn, thầy cúng, cha xứ....

Giáo viên cũng có ảnh hưởng vô cùng quan trọng đối với học sinh, nhất là ở lứa tuổi càng nhỏ thì học sinh càng ảnh hưởng bởi các hành vi của thầy cô giáo.

Ví dụ: nếu học sinh nhìn thấy thầy giáo rửa tay trước khi ăn họ có thể bắt chước hành vi này của thầy giáo không có gì khó khăn.

Ví dụ về hành vi đội mũ xe máy: một thanh niên trước kia không đội mũ xe máy khi tham gia giao thông, được nhà trường giáo dục đội mũ xe máy, anh ta đang hình thành một hành vi mới là đội mũ xe máy khi tham gia giao thông. Hàng sáng, khi dắt xe ra khỏi nhà có lúc quên đội mũ, nếu được bố mẹ nhắc nhở, anh ta sẽ đội mũ, hoặc nhìn thấy mọi người hàng xóm xung quanh đều đội mũ, anh ta sẽ quay lại nhà lấy mũ đội...

Bạn bè: mọi người đều thích có bạn bè và trong nhóm bạn bè ta có thể dễ thấy những hành vi ứng xử của họ tương tự như nhau. Ví dụ: trong nhóm trẻ em vị thành niên thân thiết với nhau, nếu có một em hút thuốc lá, các em khác có thể sẽ hút thuốc lá theo

Như vậy, hành vi của cá nhân chịu ảnh hưởng rất nhiều bởi những người sống xung quanh.

4.2.2. Các yếu tố nguồn lực: thời gian, tiền, nhân lực, cơ sở vật chất

* *Thời gian*: thời gian là yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến hành vi của con người, có những hành vi cần phải có thời gian để thực hành hoặc để thay đổi.

Nguồn dịch vụ y tế tuy rất quan trọng, nhưng nếu không thuận tiện, quá xa hay quá đông người, gây mất thời gian cũng ảnh hưởng đến hành vi sử dụng các dịch vụ đó.

**Tiền*: Tiền rất cần thiết cho một số hành vi. Có những bà mẹ rất muốn chăm sóc con cái bằng cách mua các loại thực phẩm có giá trị dinh dưỡng cao như: thịt, cá,

trứng v.v. cho con của họ, nhưng vì không có đủ tiền nên bà mẹ buộc phải mua các loại thực phẩm thích hợp ít giá trị hơn nhưng phù hợp với số tiền hiện có của mình.

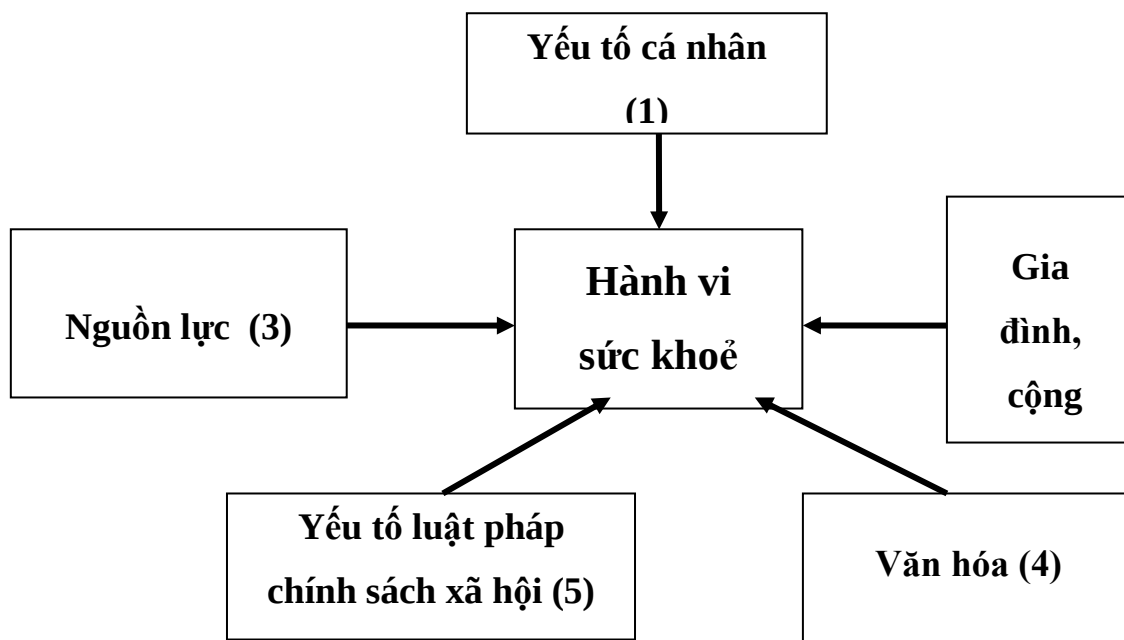
**Nhân lực:* Nhân lực đôi khi ảnh hưởng lớn đến hành vi. Một cộng đồng nào đó có thể huy động nguồn nhân lực một cách dễ dàng, thì việc tổ chức các lao động phức lợi cho cộng đồng sẽ được thực hiện dễ dàng và thường xuyên.

**Cơ sở vật chất, trang thiết bị:* Cơ sở vật chất, trang thiết bị là các điều kiện cần thiết hỗ trợ cho thay đổi một số hành vi sức khỏe. Nếu trạm y tế có cơ sở vật chất, trang thiết bị tốt sẽ thu hút người dân đến sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh do trạm cung cấp. Các phương tiện hỗ trợ cho hoạt động TT-GDSK như phương tiện nghe nhìn, tài liệu giáo dục sức khỏe in đẹp...sẽ hấp dẫn đối tượng đến tham dự các hoạt động TT – GDSK.

4.2.3. Yếu tố văn hoá: Văn hoá là tổng hợp của rất nhiều các yếu tố bao gồm kiến thức, niềm tin, phong tục tập quán, nghệ thuật, đạo đức, luật pháp, thói quen và tất cả những sản phẩm mà con người thu được trong xã hội. Những biểu hiện thông thường của hành vi như những niềm tin, các giá trị được xã hội chấp nhận hay sử dụng các nguồn lực trong cộng đồng ... là những yếu tố góp phần hình thành lối sống, tập quán, phong tục... Điều này được hiểu như là văn hoá.

Văn hoá được thể hiện trong cách sống hàng ngày của các thành viên xã hội, văn hoá là "*cách sống*". Nền văn hoá đã được phát triển qua hàng ngàn năm của những người cùng chung sống trong một cộng đồng, xã hội và chia sẻ kinh nghiệm trong một môi trường nhất định. Nền văn hoá tiếp tục thay đổi, có khi chậm chạp, có khi nhanh như là kết quả của quá trình tự nhiên và xã hội hoặc do giao lưu văn hoá giữa những người từ những nền văn hoá khác nhau. Điều quan trọng cần chú ý là văn hoá hay lối sống là sự kết hợp của hầu hết các yếu tố đã thảo luận ở trên. Trong khi các hành vi là một trong các mặt của văn hoá, ngược lại văn hoá có ảnh hưởng sâu sắc đến hành vi của con người. Các yếu tố văn hóa ảnh hưởng đến hành vi con người rất khác nhau giữa cộng đồng này với cộng đồng khác.

Trong thực tế ta có thể nhìn thấy, nghe thấy, hiểu được nền văn hoá khi ta ở trong một cộng đồng, bằng cách quan sát các kiểu ăn mặc, cách sử dụng thực phẩm, cách tổ chức làm việc hoặc nghe từ những bài hát, các câu ca dao tục ngữ hay cách nói thông thường của người dân; cách chúc mừng như bắt tay, ôm nhau, hôn nhau, dùng các từ đặc biệt; cách mọi người ăn: dùng đũa ăn, ăn bằng tay, ăn bằng thìa, đĩa...



Sơ đồ 1. Các yếu tố ảnh hưởng đến hành vi sức khỏe

Mỗi nền văn hoá có cách riêng của mình để làm công việc cụ thể nào đó và tin tưởng tại sao họ lại làm như vậy. Các giáo viên, cán bộ y tế, người làm công tác giáo dục sức khỏe khi mới đến một cộng đồng nhất là ở miền núi đôi khi cũng gặp khó khăn tương tự do đặc điểm nghề nghiệp, cách nghĩ và cách làm việc khác nhau. Vì thế, trước khi tiến hành công việc ta phải nghiên cứu càng kỹ càng tốt về nguyên nhân dẫn tới các hành vi của người dân trong cộng đồng, những đặc trưng của văn hoá cộng đồng, điều này sẽ giúp cho chúng ta được cộng đồng chấp nhận và tiến hành các công việc thuận lợi.

Tóm lại: có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến các hành vi của con người. Ta cần tìm hiểu kỹ những nguyên nhân của các hành vi đó để có thể đề xuất những giải pháp thích hợp nhằm thay đổi hành vi, góp phần giải quyết những vấn đề có liên quan đến sức khỏe của cá nhân hay cộng đồng.

5. Quá trình thay đổi hành vi sức khỏe

5.1. Khái quát các cách thay đổi hành vi

Như đã đề cập ở trên, mục tiêu của TT- GDSK là giúp mọi người nhận ra và loại bỏ các hành vi có hại cho sức khỏe và tạo ra những hành vi nhằm tăng cường sức khỏe cho mọi người. Có 3 cách có thể làm cho mọi người thay đổi hành vi sức khỏe như sau:

- Ép buộc mọi người phải thay đổi hành vi như bằng pháp luật, pháp lệnh qui định, hương ước cộng đồng....
- Cung cấp những thông tin và ý tưởng với hy vọng là mọi người sẽ sử dụng để thay đổi hành vi nhằm tăng cường sức khỏe.
- Gặp gỡ mọi người trao đổi, thảo luận vấn đề và tạo ra sự quan tâm hứng thú của họ tham gia vào sự lựa chọn cách tốt nhất để giải quyết vấn đề sức khỏe của họ.

Trong 3 cách nêu trên, cách thứ nhất sử dụng trong giáo dục sức khỏe thường không đem lại kết quả hoặc nếu có chỉ là nhất thời không bền vững. Cách thứ hai có

thể đem lại kết quả nhưng thấp. Người làm giáo dục sức khỏe khôn khéo nhất là sử dụng cách thứ ba, sẽ đem lại hiệu quả cao, kết quả lâu bền.

Nghiên cứu quá trình thay đổi hành vi, người ta thấy rằng khi đưa một giải pháp mới vào không phải ngay lập tức người dân đã chấp nhận, trên thực tế có những vấn đề còn bị phủ nhận. Để một cá nhân, một cộng đồng chấp nhận một thái độ, một hành vi mới cũng cần phải có thời gian và quá trình thay đổi trải qua một trình tự các bước nhất định.

Truyền thông - Giáo dục sức khỏe chủ yếu là giúp người dân thay đổi các hành vi sức khỏe theo kế hoạch.

5.2. Các bước của quá trình thay đổi hành vi (sơ đồ 2)

5.2.1. Bước 1: nhận ra vấn đề

Muốn cho một cá nhân hay cộng đồng nào đó thay đổi hành vi cũ có hại cho sức khỏe và thực hành các hành vi có lợi cho sức khỏe, thì việc đầu tiên là người làm giáo dục sức khỏe cần cung cấp kiến thức, thông tin, động viên, giải thích cho các cá nhân hay mọi người trong cộng đồng nhận ra và hiểu vấn đề của họ. Bước này có thể thực hiện bằng cách cung cấp các thông tin qua các phương tiện thông tin đại chúng, nêu ra các ví dụ minh họa, gặp gỡ người dân trong cộng đồng để nghe họ nói về vấn đề của họ, thảo luận trực tiếp với họ để giúp họ hiểu rõ và quan tâm đến vấn đề của chính họ, từ đó tạo điều kiện thuận lợi cho các bước sau của quá trình thay đổi hành vi. Sẽ không có chuyển biến nếu như cá nhân, cộng đồng chưa có kiến thức để nhận ra vấn đề của họ.

Ví dụ: muốn giáo dục một người nghiện thuốc lá để họ bỏ hút thuốc. Bước đầu (1) là phải cung cấp thông tin về tác hại của thuốc lá đối với anh ta và người xung quanh. Hãy thảo luận với đối tượng về vấn đề thuốc lá, tức là giúp cho đối tượng có kiến thức về thuốc lá. Điều quan trọng nhất ở bước này là đối tượng có kiến thức và phải nhận thức được (nhận ra) là mình đang tồn tại một hành vi không có lợi cho sức khỏe của mình cần phải thay đổi, đó là nghiện thuốc lá.

5.2.2. Bước 2: quan tâm đến hành vi mới

Tiếp theo, khi mọi người đã có kiến thức về vấn đề sức khỏe nào đó thì họ phải tin là nó có giá trị thiết thực, cần thiết và giúp ích cho sức khỏe và đời sống của họ.

Ví dụ: trường hợp nghiện thuốc lá nêu trên, bước 2 là cần chỉ cho đối tượng thấy những người trước kia cũng nghiện thuốc lá, nay họ đã bỏ được, họ khỏe mạnh, tự tin trong cuộc sống, để cho đối tượng suy nghĩ và tin tưởng rằng mình cũng có thể làm được như họ, tức là có thể bỏ thuốc lá.

(5) Khẳng định, duy trì hành vi mới

(4) Đánh giá sau thử nghiệm

(3) Thử nghiệm

(2) Quan tâm đến hành vi mới

(1) Nhận ra vấn đề

Sơ đồ 2. Các bước thay đổi hành vi sức khỏe

5.2.3. Bước 3: áp dụng thử nghiệm các hành vi mới

Nhờ có kiến thức và thái độ quan tâm đến hành vi mới của người dân cộng với các yếu tố khác của các hoàn cảnh cụ thể và môi trường xung quanh, họ có thể thử áp dụng các hành vi mới. Giai đoạn này cần sự hỗ trợ của những người khác. Bước này ở người nghiện thuốc lá của ví dụ nêu trên là thử bỏ thuốc một vài ngày, một thời gian. Bước này rất cần sự khuyến khích, động viên của bạn bè, người thân, để đối tượng có thể vượt qua được cơn nghiện, cơn thèm thuốc.

5.2.4. Bước 4: đánh giá kết quả thử nghiệm hành vi mới

Thường sau khi áp dụng các hành vi mới, mọi người sẽ cùng nhau đánh giá kết quả thu được và tìm ra những khó khăn thuận lợi, để đi đến bước cuối cùng là duy trì hay từ chối hành vi mới.

Ví dụ: sau khi thử bỏ thuốc một vài ngày, một thời gian, bước (4) người cán bộ y tế cùng với người nghiện thuốc lá xem xét lại kết quả thử bỏ hút thuốc, tìm ra những trở ngại trong việc thay đổi hành vi để động viên, khuyến khích đối tượng vượt qua.

5.2.5. Bước 5: khẳng định

Khi phân tích kết quả đạt được của việc thử nghiệm hành vi mới, người dân sẽ đi đến quyết định thực hiện hay từ chối. Nếu họ thu được kết quả tốt, không có khó khăn gì đặc biệt thì họ tiếp tục duy trì hành vi mới. Nếu họ chưa hiểu, gặp khó khăn, thiếu sự hỗ trợ thì họ đi đến phủ nhận hành vi mới. Nếu họ phủ nhận thì cán bộ giáo dục sức khỏe lại phải giúp họ quay trở lại các bước trên. Bước này (5), ở ví dụ trên là đối tượng bỏ được hút thuốc, tức là đã thay đổi được hành vi sức khỏe.

Người làm giáo dục sức khỏe cần phải hiểu trình tự các bước thay đổi hành vi sức khỏe nêu trên. Điều này đóng vai trò khá quan trọng, vì ở các giai đoạn khác nhau của quá trình thay đổi hành vi lại có những tác động hỗ trợ khác nhau cho thích hợp với quá trình đó.

Như vậy, thay đổi hành vi sức khỏe là một quá trình rất phức tạp, đòi hỏi nhiều nỗ lực của chính bản thân đối tượng và sự giúp đỡ tận tình của cán bộ truyền thông giáo dục sức khỏe cũng như của những người khác trong cộng đồng.

Những điều kiện cần thiết để thay đổi hành vi sức khỏe là:

- (1) Đối tượng phải nhận ra rằng họ có vấn đề sức khỏe.
- (2) Đối tượng phải mong muốn giải quyết vấn đề sức khỏe của họ.
- (3) Đối tượng phải hiểu rõ các hành vi lành mạnh nào để giải quyết vấn đề sức khỏe đó.
- (4) Hành vi lành mạnh phải có khả năng thực hiện và được cộng đồng chấp nhận.
- (5) Đối tượng phải thử nghiệm hành vi lành mạnh.
- (6) Đối tượng phải đánh giá được hiệu quả của việc thực hiện hành vi lành mạnh.
- (7) Đối tượng chấp nhận thực hiện hành vi lành mạnh đó.

(8) Phải có sự hỗ trợ để giúp đối tượng duy trì hành vi lành mạnh.

Nội dung thực hành:

Bệnh nhi nam 8 tháng tuổi bị tiêu chảy cấp. Mặc dù bạn đã hướng dẫn bà mẹ nuôi dưỡng trẻ trong quá trình tiêu chảy nhưng bà mẹ vẫn không cho trẻ ăn dầu mỡ vì bà mẹ tin rằng cho trẻ ăn kiêng thức ăn có dầu mỡ sẽ làm trẻ bớt đi ngoài.

Anh chị hãy thảo luận nhóm, đóng vai để: Thực hiện buổi truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm thay đổi hành vi của bà mẹ trong tình huống.

Câu hỏi lượng giá :

Câu 1: Tập thể dục thường xuyên là hành vi

- A. Có lợi cho sức khỏe
- B. Có hại cho sức khỏe
- C. Không có lợi cũng không có hại
- D. Hành vi có nguy cơ đến sức khỏe

Câu 2: Đeo vòng bạc vào tay là hành vi

- A. Có lợi cho sức khỏe
- B. Có hại cho sức khỏe
- C. Không có lợi cũng không có hại cho sức khỏe
- D. Hành vi có nguy cơ đến sức khỏe

Câu 3: Bước 1 của quá trình thay đổi hành vi đó là

- A. Nhận ra vấn đề
- B. Quan tâm đến hành vi mới
- C. Áp dụng hành vi mới
- D. Khẳng định

Câu 4: Bước 2 của quá trình thay đổi hành vi đó là

- A. Nhận ra vấn đề
- B. Quan tâm đến hành vi mới
- C. Áp dụng hành vi mới
- D. Khẳng định

Câu 5: Bước 3 của quá trình thay đổi hành vi đó là

- A. Nhận ra vấn đề
- B. Quan tâm đến hành vi mới
- C. Đánh giá kết quả

D. Cả 3 đáp án đều sai

Câu 6: Bước 4 của quá trình thay đổi hành vi đó là

A. Nhận ra vấn đề

B. Quan tâm đến hành vi mới

C. Đánh giá kết quả

D. Khẳng định

Tài liệu tham khảo:

1. Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” **do Dự án HPET** biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.
2. Trường Đại học Y tế Công cộng (2002), Giáo dục sức khỏe và Nâng cao sức khỏe. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

Bài 14

TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO CÁ NHÂN, HỘ GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG

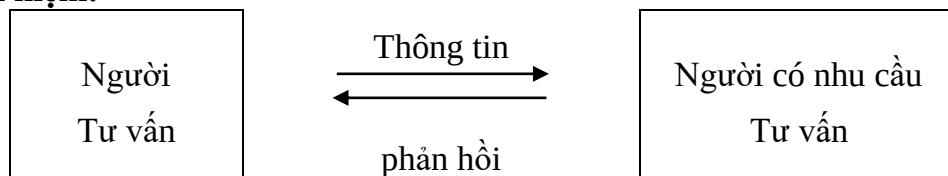
Mục tiêu:

1. Trình bày mục đích, nguyên tắc của tư vấn giáo dục sức khỏe
2. So sánh các phương pháp xác định nhu cầu và nội dung tư vấn giáo dục sức khỏe
3. Mô tả 5 bước tư vấn giáo dục sức khỏe
4. Trình bày nội dung và phương pháp lập kế hoạch tư vấn giáo dục sức khỏe cho cá nhân/hộ gia đình/cộng đồng
5. Thực hành lập kế hoạch tư vấn giáo dục sức khỏe cho cá nhân/hộ gia đình

Nội dung

Tư vấn là một phương pháp giáo dục sức khỏe trực tiếp ngày càng được sử dụng nhiều, đặc biệt có kết quả tốt đối với các cá nhân và gia đình có những vấn đề sức khỏe nhạy cảm. Tư vấn trở thành những hoạt động thông thường của nhiều cán bộ y tế, cán bộ TT-GDSK. Tư vấn có thể là những hoạt động hàng ngày liên quan đến công tác chuyên môn, cũng có thể là những hoạt động mang tính chuyên sâu với những tình huống phức tạp đòi hỏi phải có sự hỗ trợ của các chuyên gia.

1. Khái niệm:



Tư vấn sức khỏe là quá trình trao đổi thông tin có tính chủ động giữa người tư vấn với người có nhu cầu cần tư vấn, nhằm giúp cho người có nhu cầu tư vấn hiểu biết hơn về các vấn đề sức khỏe của họ, tự tin hơn khi quyết định thay đổi hành vi sức khỏe. Tư vấn cũng là tiến trình giúp cho người có nhu cầu tư vấn nâng cao nhận thức về sức khỏe, tự tin vào bản thân, làm tiền đề cho việc tự giải quyết vấn đề sức khỏe của chính mình góp phần tăng cường bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng.

Tư vấn giáo dục sức khỏe mang lại hiệu quả cao vì:

- Cán bộ tư vấn GDSK luôn chủ động tìm đến giúp đỡ đối tượng.
- Đối tượng được chủ động quyết định thay đổi hành vi sức khỏe của mình
- Đối tượng luôn được động viên tìm cách giải quyết vấn đề sức khỏe của mình và luôn được giữ bí mật khi cần thiết.
- Cán bộ tư vấn GDSK và đối tượng luôn có tình cảm chân tình, niềm tin ngày càng được củng cố và phát triển.

2. Mục đích:

- Hỗ trợ về mặt tâm lý, kiến thức về sức khỏe giúp cá nhân thay đổi hành vi.

- Giúp đối tượng giảm bớt sự mặc cảm về bệnh tật, những vấn đề trong cuộc sống, giúp họ ổn định về tinh thần, xây dựng nội lực để vượt qua mọi khủng hoảng.
- Tư vấn có tác dụng ngăn chặn tác hại và phòng tránh những điều không có lợi cho sức khỏe.

Người tư vấn sẽ giúp đỡ người có nhu cầu tư vấn đưa ra được những biện pháp, hướng đi đúng nhằm giúp họ giải quyết được những vấn đề có ảnh hưởng tới sức khỏe, đối phó được với các sốc tâm lý.

3. Nguyên tắc tư vấn:

3.1. Chọn thời điểm và địa điểm thích hợp.

Tư vấn có thể thực hiện ở bất kỳ đâu, vào bất kỳ thời gian nào phù hợp với đối tượng và công việc của người tư vấn. Nhưng tại mỗi cơ sở, nên bố trí phòng riêng cho công tác tư vấn, hoặc một nơi nào đó đảm bảo được tính riêng tư, sự thoải mái và bảo mật.

Các địa điểm tư vấn sức khỏe thường được đặt tại trung tâm y tế dự phòng, phòng khám đa khoa của các bệnh viện, các trung tâm y tế huyện và trung tâm BVSKBMTE/KHHGD...

3.2. Xác định rõ được nhu cầu cần tư vấn của khách hàng:

Để giúp đối tượng lựa chọn được giải pháp đúng cho vấn đề sức khỏe của họ thì người tư vấn phải xác định được nhu cầu cần tư vấn của đối tượng, vì vậy người cần tư vấn phải có kiến thức, kỹ năng giao tiếp và sự nhạy cảm để đánh giá đúng nhu cầu của đối tượng.

Để khám phá vấn đề của đối tượng, người tư vấn cần lắng nghe phân tích vấn đề của đối tượng, giải thích và đáp ứng lại những nhu cầu của khách hàng thông qua sự hiểu biết về nhu cầu và tình trạng thực tế của khách hàng, tìm hiểu những điều mà đối tượng đã biết và làm, hãy khen ngợi nếu họ đã làm tốt. Do đó cần phải khuyến khích khách hàng nói chuyện và giúp khách hàng nói ra vấn đề một cách đầy đủ, nên sử dụng câu hỏi mở để phát hiện vấn đề của khách hàng, thường đối tượng chỉ muốn nói hết vấn đề của họ với những người mà họ tin tưởng. Lắng nghe khách hàng, người tư vấn có thể biết được thông tin khách hàng cần là gì, gợi ý thông tin gì có thể là quan trọng nhất.

3.3. Cung cấp đủ thông tin cần thiết giúp đối tượng hiểu rõ vấn đề của họ:

Đưa ra các thông tin cần thiết chủ yếu nhất liên quan, giúp đối tượng tự hiểu biết rõ vấn đề của họ. Bổ sung những thông tin còn thiếu, mô tả chính xác điều mà đối tượng nên làm và ích lợi của chúng, sau đó kiểm tra xem đối tượng có hiểu những gì bạn vừa nói không. Tránh cung cấp quá nhiều thông tin làm đối tượng khó nhớ được các thông tin quan trọng. Mặt khác khi dành thời gian quá nhiều cho việc cung cấp thông tin sẽ còn ít thời gian thảo luận, khách hàng đặt câu hỏi, những băn khoăn và ý kiến của họ.

Ngoài ra người tư vấn cần giúp khách hàng hiểu và nhớ hơn, có thể cho khách hàng xem xét một số tài liệu, khuyến khích họ xem tài liệu và chỉ cho họ cách sử dụng tài liệu như thế nào. Cung cấp thêm một số tranh ảnh, tờ rơi có liên quan đến vấn đề sức khỏe của họ. Các thông tin phải rõ ràng, dễ hiểu, liên quan đến các vấn đề sức khỏe của đối tượng. Người tư vấn cũng có thể dùng tranh vẽ, tranh tuyên truyền

hoặc tranh lật... để giải thích cho khách hàng. Nếu có một số tài liệu thì có thể phát cho khách hàng mang về nhà. Họ có thể chia sẻ tài liệu với những người khác.

3.4. Thảo luận các biện pháp giải quyết vấn đề sức khỏe thích hợp với các đối tượng cần tư vấn.

Thảo luận với đối tượng để chọn các biện pháp giải quyết hữu hiệu nhất cho bản thân họ. Nếu không có các yếu tố gây hại, khách hàng cần phải được nhận giải pháp chăm sóc sức khỏe mà họ thích. Khi khách hàng được quyền tự chọn, họ sẽ thực hiện giải pháp đó lâu hơn và hiệu quả hơn.

Thảo luận với khách hàng để chọn các biện pháp giải quyết hữu hiệu nhất cho bản thân họ, cần thông tin tới đối tượng về tất cả các cơ sở sẵn có, để họ tự tìm đến sự hỗ trợ cần thiết khi có vấn đề khó khăn về mặt kinh tế, xã hội, văn hóa, để tránh ảnh hưởng tới sức khỏe. Cố gắng đưa ra ít nhất hai giải pháp, từ đó khuyến khích đối tượng suy nghĩ về hoàn cảnh của bản thân để đưa ra các quyết định phù hợp.

Tìm hiểu các khó khăn mà đối tượng có thể gặp phải khi thực hiện theo lời khuyên mới và thảo luận cách giải quyết, động viên, khuyến khích họ làm theo và cố gắng đạt được cam kết về việc họ sẽ làm trong tương lai.

3.5. Giữ bí mật và tôn trọng điều riêng tư của khách hàng:

Đối xử với khách hàng thật tốt: Người tư vấn cần phải lịch sự, biểu lộ sự tôn trọng đối với tất cả đối tượng, tạo cho họ cảm giác tin tưởng. Người tư vấn cần phải tỏ thái độ cho khách hàng thấy rằng họ có thể nói một cách cởi mở, thậm chí cả những điều tế nhị.

Người tư vấn cần phải biết chấp nhận tất cả các điều kiện mà đối tượng yêu cầu trong phạm vi liên quan đến vấn đề sức khỏe. Mặt khác, người tư vấn phải hiểu được trình độ và khả năng nhận thức của họ, và cần phải cảm thông và tạo niềm tin cho họ, để họ tin tưởng vào người tư vấn trong mọi lĩnh vực

3.6. Không phán xét đối tượng tư vấn:

Người tư vấn cần tôn trọng đối tượng tư vấn. Không phân biệt tình trạng kinh tế, văn hóa của họ trong quá trình tư vấn. Đặc biệt người tư vấn không nên phán xét kiến thức, thái độ và hành vi của đối tượng tư vấn; giữ ý kiến thái độ trung lập đối với các ý kiến mà đối tượng tư vấn đưa ra cho dù bản thân người tư vấn có thích hay không thích, chấp nhận hay không chấp nhận vấn đề đó. (Ví dụ một nhân viên tư vấn không đồng ý với việc quan hệ tình dục trước hôn nhân nhưng đối tượng tư vấn lại đề nghị tư vấn về các biện pháp phòng tránh thai, người tư vấn lại nhận xét và đánh giá về hành vi quan hệ tình dục trước hôn nhân của họ là vi phạm các chuẩn mực đạo đức xã hội, thuần phong mỹ tục...). Tốt nhất là người tư vấn giúp đối tượng đưa ra các giải pháp thích hợp tốt nhất cho vấn đề sức khỏe của họ, tôn trọng các quyết định của họ chứ không phải là quan tòa phán xét hành động của đối tượng tư vấn đúng hay sai, nên hay không nên và buộc họ phải thay đổi hành vi.

4. Phương pháp xác định nhu cầu và nội dung tư vấn giáo dục sức khỏe.

4.1. Phương pháp ghi chép từ phỏng vấn và thảo luận nhóm

Đây là phương pháp cơ bản áp dụng trong tất cả các trường hợp thu thập số liệu bằng cách hỏi, bao gồm cả xác định, lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên. Nó thường dùng với các dạng câu hỏi như “Theo Anh/Chị thì cộng đồng mình có những vấn đề

sức khỏe nổi cộm nào?"; hoặc "Vấn đề sức khỏe ưu tiên nhất trong cộng đồng của Anh/Chị là gì?", sau đó người nghiên cứu lắng nghe sự trả lời, sự thảo luận của đối tượng và ghi chép lại (có thể áp dụng cả ghi âm). Cách này có ưu điểm là thời gian phỏng vấn, thảo luận thường nhanh hơn do đối tượng chỉ phải suy nghĩ trả lời và thảo luận, tuy nhiên cũng vì vậy, chất lượng của các thông tin thu được đôi khi không chính xác do mang tính chất chủ quan của đối tượng nghiên cứu. Ngoài ra, với những thảo luận nhóm về chủ đề nhạy cảm, hoặc đối tượng cảm thấy không tự tin, ngại thảo luận thì phương pháp này rất ít khi có được kết quả tốt do họ hoặc là không trả lời, hoặc là trả lời chiếu lệ. Từ những ưu và nhược điểm nêu trên, người ta cho rằng phương pháp này áp dụng tốt trong các trường hợp phỏng vấn sâu những người nắm nhiều thông tin (key informant interview) do họ thường tự tin và thẳng thắn, còn trong các thảo luận nhóm hoặc các phỏng vấn khác, nó cần được áp dụng kết hợp với một số kỹ thuật khai thác, kích thích sự tham gia của cộng đồng mà sẽ được trình bày dưới đây.

4.2. Các phương pháp kích thích sự tham gia của cộng đồng vào xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Đây là các kỹ năng rất quan trọng với các sinh viên đi thực địa vì họ sẽ phải tiếp xúc và làm việc rất nhiều với người dân, với lãnh đạo y tế và chính quyền địa phương. Nếu sinh viên có các kỹ năng này, họ sẽ khai thác thông tin tốt hơn và gần gũi với cộng đồng hơn.

Dưới đây là một số phương pháp thường dùng:

4.2.1. Phương pháp liệt kê

Đối tượng thường được yêu cầu liệt kê các vấn đề sức khỏe mà họ cho là nổi cộm trong cộng đồng họ, tuy nhiên họ không trả lời để người nghiên cứu ghi chép mà họ phải viết ra giấy, bảng hoặc thậm chí xuống sân, nền đất nếu không có điều kiện. Bằng cách này, đối tượng thường có suy nghĩ cẩn thận và có trách nhiệm về đề xuất của mình hơn là chỉ trả lời cho người nghiên cứu ghi.

Với các thảo luận nhóm ta có thể yêu cầu từng thành viên của nhóm lần lượt lên ghi các vấn đề mà theo họ là nổi cộm, nếu các vấn đề nêu ra trùng nhau, họ có thể đếm tần số như ở ví dụ dưới đây:

Bảng1: Ví dụ về vấn đề sức khỏe nổi cộm tại xã A mà người dân trong một thảo luận nhóm đã xác định

Tên vấn đề	Số người có ý kiến	Tổng số
1. Nhiều trẻ em còi cọc, chậm lớn	/	1
2. Ô nhiễm môi trường sống do khí thải nhà máy	///	3
3. Thiếu nước sạch	////	4
4. Nhiều phụ nữ bị bệnh phụ khoa	/	1
5. Sử dụng thuốc trừ sâu bừa bãi	/	1

Tuy nhiên cách này có thể hạn chế tính chủ động của những người liệt kê sau do họ đã biết các thông tin mà người trước đưa ra. Để hạn chế được nhược điểm này, ta có thể yêu cầu từng người viết các vấn đề sức khỏe nổi cộm vào giấy sau đó nộp lại và

tổng hợp vào bảng như trên. Bằng cách tổng hợp này, ta không chỉ biết được những vấn đề nổi cộm mà một nhóm người đưa ra, mà còn biết được sự giống và khác nhau về cách nhìn nhận một vấn đề.

4.2.2. Phương pháp cho điểm, xếp vấn đề theo thứ tự ưu tiên

Việc kê tên hoặc liệt kê các vấn đề nêu trên mới chỉ là bước khởi đầu nhằm giới hạn các vấn đề cần nghiên cứu hoặc can thiệp trong một cộng đồng theo ý kiến của một người hay nhóm người. Bước tiếp theo là phải chọn ra một vấn đề ưu tiên nhất cần được nghiên cứu hoặc can thiệp trong số các vấn đề được liệt kê trên. Công việc này không khó nếu chỉ là hỏi ý kiến của một người hoặc phỏng vấn các thành viên trong một nhóm mà không cần sự thảo luận thống nhất của họ. Trong trường hợp này ta có thể áp dụng cách trình bày trong ví dụ ở bảng 1 để chọn ra vấn đề có nhiều người cùng cho là nổi cộm làm vấn đề được ưu tiên nhất. Tuy nhiên cách này đã bỏ qua một yếu tố rất quan trọng là sự tương tác giữa các thành viên trong nhóm, mà sự tương tác này chỉ có được khi thảo luận. Trong trường hợp này, vấn đề sẽ trở thành phức tạp hơn và người điều hành thảo luận nhóm có vai trò quan trọng hơn để giúp các thành viên nhóm thảo luận thống nhất được một vấn đề ưu tiên trong nhiều vấn đề mà nhóm đã liệt kê.

Để trợ giúp các thảo luận nhóm có hiệu quả, người điều hành có thể tùy tình hình mà áp dụng các phương pháp sau:

4.2.2.1. Phương pháp xếp theo thứ tự ưu tiên

Sau khi đã có danh sách các vấn đề nổi cộm trong cộng đồng, người điều hành yêu cầu các thành viên trong nhóm thảo luận và sắp xếp các vấn đề đã liệt kê theo thứ tự ưu tiên tăng dần hoặc giảm dần. Quá trình này thường rất mất thời gian và đôi khi khó đi đến thống nhất do việc lựa chọn phụ thuộc nhiều vào ý kiến chủ quan của các thành viên trong nhóm (do không có các tiêu chuẩn cụ thể). Ngoài ra, khi cân nhắc một vấn đề, mọi thành viên trong nhóm phải so sánh với tất cả các vấn đề còn lại cùng một lúc, điều đó hoàn toàn không dễ dàng để đi đến thống nhất. Để khắc phục các hạn chế này, người ta khuyến nghị nên áp dụng một số phương pháp hỗ trợ khác dưới đây.

4.2.2.2. Phương pháp chọn ưu tiên bằng cách cho điểm theo bảng ma trận

Phương pháp này giới thiệu cách chọn ưu tiên theo phương pháp cho điểm dựa vào các tiêu chuẩn cụ thể. Cũng có hai cách cho điểm xếp thứ tự ưu tiên:

Cách 1: dựa theo tiêu chuẩn mà các thành viên trong nhóm tự đưa ra. Bằng cách này, ta có thể biết được cả quan điểm của nhóm về tiêu chuẩn chọn ưu tiên, tuy nhiên do mỗi nhóm có quan điểm khác nhau nên khó so sánh giữa các nhóm và giữa các cộng đồng.

Cách 2: dựa vào tiêu chuẩn đưa ra bởi người nghiên cứu. Cách này có ưu điểm là chuẩn hóa sự lựa chọn giữa các nhóm nên dễ so sánh, tuy nhiên nó lại không thấy được quan niệm về ưu tiên của mỗi nhóm người. Hiện có khá nhiều cách thức và tiêu chuẩn chọn ưu tiên, tuy nhiên đơn giản và thông dụng nhất là cách chọn theo ma trận với bốn tiêu chuẩn chọn ưu tiên và với thang điểm từ 1 đến 3 như trình bày trong bảng 2 dưới đây.

Bảng 2: Ví dụ ma trận lựa chọn vấn đề ưu tiên cho nghiên cứu hoặc can thiệp.

Tên vấn đề nổi cộm	Tầm cỡ độ lớn	Tính nghiêm trọng	Khả năng không chế	Sự quan tâm của cộng đồng	Tổng điểm	Tính điểm
Vấn đề 1	3	2	1	3	9	18
Vấn đề 2	2	2	3	2	9	24
Vấn đề 3	3	1	2	2	8	
Vấn đề 4	1	3	1	3	8	

Trong ma trận trên, tên vấn đề được nêu trong cột 1, còn các cột 2, 3, 4 và 5 là các cột tiêu chuẩn. Bản chất của từng tiêu chuẩn được hiểu như sau:

- *Tầm cỡ của vấn đề*: nói lên tính phổ biến của vấn đề sức khỏe như tỷ lệ hiện mắc, tỷ lệ mới mắc, sự phân bố của vấn đề (ai? ở đâu? khi nào?). Ví dụ một bệnh càng có nhiều người mắc, thì tầm cỡ càng lớn, bệnh thuộc nhóm người được ưu tiên (phụ nữ, trẻ em, người già) sẽ được ưu tiên hơn.

- *Tính nghiêm trọng của vấn đề*: đề cập đến tỷ lệ chết, di chứng, tàn tật và các hậu quả khác của vấn đề. Bệnh có tính lây lan mạnh, chi phí tốn kém cũng làm tăng tính nghiêm trọng của vấn đề.

- *Khả năng không chế vấn đề*: đề cập đến khả năng điều trị, khám phát hiện sớm và khả năng phòng bệnh. Nó cũng bao hàm cả tính sẵn có của các phương tiện khám, chữa và phòng bệnh. Vấn đề càng dễ không chế sẽ có điểm ưu tiên cao hơn vì tính khả thi của can thiệp cao hơn. Với các nghiên cứu khoa học cơ bản thì vấn đề càng nan giải càng cần đầu tư nghiên cứu, còn với các nghiên cứu ứng dụng thì tính ưu tiên lại ngược lại.

- *Sự quan tâm và hưởng ứng của cộng đồng*: cộng đồng có quan tâm đến vấn đề sức khỏe đó không? Cộng đồng có sẵn sàng hưởng ứng, chi trả cho các giải pháp giải quyết vấn đề sức khỏe đó hay không? Vấn đề sức khỏe càng được cộng đồng quan tâm thì càng được ưu tiên vì đáp ứng đúng nhu cầu của cộng đồng và sẽ đảm bảo tính bền vững cho các can thiệp sau này.

Công việc của người điều hành thảo luận nhóm là kích thích sự thảo luận trong nhóm nhằm so sánh các vấn đề với nhau theo từng tiêu chuẩn. Để dễ so sánh, việc cho điểm ưu tiên được tiến hành theo từng cột và phải thống nhất trong nhóm. Vấn đề ưu tiên hơn sẽ có điểm cao hơn nhưng tối đa là 3 điểm và tối thiểu là 1 điểm. Cuối cùng sẽ cộng số điểm theo từng vấn đề để xem vấn đề nào có tổng điểm cao nhất tức là có mức độ ưu tiên lớn nhất. Tuy nhiên nhiều khi lại có 2 hoặc nhiều vấn đề có cùng tổng điểm (như ở ví dụ bảng 2), khi đó việc tính tích điểm có thể cho thấy sự khác biệt đáng kể và vấn đề nào có tích điểm cao nhất sẽ được chọn. Cần lưu ý là tích điểm chỉ cần tính khi có các vấn đề có cùng tổng điểm cao nhất.

4.2.2.3. Phương pháp so sánh cặp tương tác

Các phương pháp nêu trong phần 4.2.2.1 và 4.2.2.2 đều có cùng nhược điểm là khi cân nhắc một vấn đề, ta đều phải so sánh cùng một lúc với nhiều vấn đề khác để xếp chúng vào một thứ tự hoặc gán cho chúng các điểm số thích hợp. Quá trình này lại càng phức tạp khi phải thảo luận thống nhất trong một nhóm với 8 - 12 thành viên.

Để khắc phục khó khăn này, người ta đã đề xuất một phương pháp so sánh tương tác từng cặp theo minh họa trong bảng 3.

Giả sử ta có 5 vấn đề nhóm cần thảo luận để lựa chọn ra một vấn đề ưu tiên nhất. Ta xếp 5 vấn đề này vào cột 1 và dòng 1 như minh họa ở bảng 5.3, sau đó các thành viên trong nhóm sẽ thảo luận so sánh từng cặp một. Ví dụ so sánh vấn đề 1 (cột 2) với vấn đề 2 (dòng 3) theo các tiêu chuẩn đã quy định, ta thấy vấn đề 2 hơn vấn đề 1, ta sẽ viết số 2 vào ô giao giữa hai vấn đề này, sau đó ta lại so sánh tiếp vấn đề 1 (cột 2) với vấn đề 3 (dòng 4) để chọn vấn đề nào ưu tiên hơn sẽ được viết số tương ứng vào ô giao giữa hai vấn đề. Cứ như vậy ta sẽ lần lượt so sánh từng cặp và điền vấn đề ưu tiên hơn vào các ô giao nhau. Do ta không cần phải so sánh vấn đề 1 với 1; 2 với 2; 3 với 3; 4 với 4 và 5 với 5 nên các ô giao nhau này không có số. Ngoài ra với các ô ở nửa kia của bảng cũng không cần điền số vì sẽ cho kết quả tương tự như ở nửa này của bảng.

Bảng 3: Bảng so sánh tương tác theo cặp vấn đề

	Vấn đề 1	Vấn đề 2	Vấn đề 3	Vấn đề 4	Vấn đề 5
Vấn đề 1		X	X	X	X
Vấn đề 2	2		X	X	X
Vấn đề 3	3	2		X	X
Vấn đề 4	1	4	3		X
Vấn đề 5	5	2	5	4	

Sau khi cho điểm xong, ta sẽ đếm xem từng vấn đề được chọn bao nhiêu lần trong bảng trên. Trong ví dụ trên ta thấy:

- Vấn đề 1: được chọn 1 lần (ở cột 2, dòng thứ 5).
- Vấn đề 2: được chọn 3 lần (ở cột 2, dòng thứ 3 và cột 3 dòng thứ 4 và 6).
- Vấn đề 3: được chọn 2 lần (ở cột 2, dòng thứ 4 và cột 4 dòng thứ 5).
- Vấn đề 4: được chọn 2 lần (ở cột 3, dòng thứ 5 và cột 5 dòng thứ 6).
- Vấn đề 5: được chọn 2 lần (ở cột 2, dòng thứ 6 và cột 4 dòng thứ 6).

Như vậy vấn đề 2 được ưu tiên hơn cả.

4.2.2.4. Phương pháp thảo luận nhiều lần từng cặp (kỹ thuật hình tháp)

Nguyên tắc của phương pháp này cũng tương tự như phương pháp so sánh cặp tương tác vì các thành viên của nhóm cũng thảo luận để chọn vấn đề ưu tiên theo từng cặp.

Các thành viên của nhóm lần lượt thảo luận từng cặp vấn đề, chọn ra vấn đề ưu tiên hơn. Như vậy sau mỗi đợt thảo luận, số vấn đề sẽ giảm đi một nửa và cứ như vậy cho đến khi chỉ còn vấn đề cuối cùng được chọn.

5. Các bước của quá trình tư vấn:

5.1. Tạo mối quan hệ tốt với đối tượng:

- Chào hỏi làm quen với đối tượng được tư vấn một cách thân mật, cởi mở.

- Chủ động mời đối tượng ngồi vào chỗ đã chuẩn bị, không nên để đối tượng lúng túng tìm chỗ ngồi.
- Giới thiệu ngắn gọn về mình và mời đối tượng giới thiệu về họ.
- Quan tâm ân cần tới đối tượng (hoàn cảnh gia đình, bản thân, trình độ văn hóa, nghề nghiệp...)
- Sử dụng tốt các giao tiếp không lời như cử chỉ, ánh mắt, điệu bộ để tạo mối quan hệ tin cậy, tâm lý thoải mái cho đối tượng, để đối tượng cảm thấy yên tâm tin tưởng trình bày hết vấn đề và nguyện vọng của họ.

5.2. Xác định nhu cầu của người được tư vấn.

Hỏi để thu nhận thông tin, tìm hiểu rõ lý do mà đối tượng đến để được tư vấn, tìm hiểu kiến thức, thái độ thực hành của đối tượng về vấn đề họ cần tư vấn giúp đỡ.

Chuẩn bị các câu hỏi để hỏi. Hỏi về bản thân và nhu cầu của khách hàng về vấn đề chăm sóc sức khỏe. Nêu các câu hỏi rõ ràng để đối tượng dễ trả lời. Thường dùng câu hỏi mở để đối tượng có nhiều cách trả lời và khích lệ họ nói ra những vấn đề sức khỏe mà họ đang gặp. Khuyến khích đối tượng trình bày hết vấn đề của họ.

5.3. Giúp đối tượng xác định các lựa chọn

Phân tích các vấn đề vừa được xác định, rồi đưa ra hai đến ba giải pháp. Cán bộ tư vấn có thể giúp đối tượng xác định rõ ràng các mục đích trong tương lai bằng cách hỏi một số câu hỏi sau :

- Bạn cảm thấy như thế nào nếu... ?
- Nếu những điều này là đúng, bạn muốn chúng như thế nào, nó có thể khác với trước như thế nào ?
- Trong các trường hợp gặp trước đây, bạn đã bao giờ cảm thấy như vậy chưa ?

Giới thiệu cho khách hàng các thông tin y tế, biện pháp chăm sóc sức khỏe có thể đáp ứng được đối với khách hàng

Cán bộ tư vấn cần cung cấp các thông tin hỗ trợ, các tình huống liên quan và hợp lý để tạo điều kiện cho đối tượng lựa chọn. Ví dụ cán bộ tư vấn có thể nói: Nếu bạn làm điều X, thì chắc chắn điều Y sẽ xảy ra. Hoặc nếu bạn làm điều A thì sẽ có các tình huống là B.

Việc cung cấp thông tin nên phù hợp với đối tượng, phù hợp với từng giai đoạn thay đổi hành vi. Vì vậy cán bộ tư vấn cần biết đối tượng của mình đang ở giai đoạn nào của quá trình thay đổi hành vi và họ đã sẵn sàng thay đổi hành vi hay chưa.

5.4. Giúp khách hàng chọn và thực hiện giải pháp thích hợp nhất

Người tư vấn giúp đối tượng tự lựa chọn một giải pháp thích hợp nhất, phù hợp với hoàn cảnh riêng của đối tượng sau khi đã có đủ thông tin về các biện pháp này. Điều quan trọng của sự lựa chọn này là do đối tượng chọn và quyết định. Người tư vấn chỉ có vai trò giúp đối tượng lựa chọn một giải pháp thích hợp nhất phù hợp với hoàn cảnh của đối tượng.

Cán bộ tư vấn cần giúp đối tượng

- Cân nhắc mặt lợi và mặt hạn chế của từng giải pháp

- Xem xét những thay đổi (kết quả) chắc chắn sẽ xảy ra của mỗi giải pháp.
- Quyết định giải pháp tốt nhất. Giải pháp tốt nhất có thể là phù hợp với khả năng của đối tượng, có tính khả thi và đem lại một sự cải thiện sức khỏe nào đó cho đối tượng hoặc người nhà của đối tượng.

5.5. Giúp đối tượng lập kế hoạch thực hiện.

Cán bộ tư vấn cần giải thích cặn kẽ cách thực hiện biện pháp chăm sóc sức khỏe mà khách hàng đã lựa chọn. Sau đó cán bộ tư vấn sẽ giúp đối tượng lập kế hoạch hành động thực hiện giải pháp mà đối tượng đã quyết định lựa chọn :

- Xác định thời gian thực hiện
- Xác định nguồn hỗ trợ của gia đình, bạn bè, cộng đồng, xã hội...
- Xác định những khó khăn gặp phải trong quá trình thực hiện để chủ động có giải pháp khắc phục.
- Ghi sổ theo dõi hàng ngày, đánh giá hành vi thay đổi.

Cán bộ tư vấn lập kế hoạch và giám sát sự tiến bộ của quá trình thay đổi. Giám sát sự tiến bộ trong thay đổi hành vi, có thể thông qua nội dung ghi trong nhật ký hàng ngày.

5.6. Hẹn khách hàng quay lại

Dặn dò khách hàng những điểm quan trọng nhất, động viên và cảm ơn đối tượng đã đến để được tư vấn.

Với những đối tượng cần được tư vấn tiếp nên thảo luận để họ chọn thời gian thích hợp cho cuộc gặp gỡ tư vấn tiếp theo.

Hẹn khách hàng quay lại kiểm tra nếu có khó khăn gì trong quá trình thực hiện họ cần được tư vấn thêm về biện pháp chăm sóc sức khỏe mà họ đang thực hiện và nói cho khách hàng biết bạn sẵn sàng đón tiếp nếu họ quay lại.

Hướng dẫn đối tượng các địa chỉ và dịch vụ liên quan đến vấn đề của họ để họ tiếp tục được tư vấn hỗ trợ khi cần thiết.

6. Lập kế hoạch tư vấn giáo dục sức khỏe:

6.1. Xác định mục tiêu giáo dục sức khỏe

6.1.1 Mục tiêu GDSK. làm thay đổi hành vi sau khi được GDSK, nhằm tạo nên một hành vi mới có lợi cho sức khỏe của đối tượng.

6.1.2. Cơ sở xác định mục tiêu

Muốn xác định đúng đắn mục tiêu GDSK phải căn cứ vào:

- Các nhu cầu sức khỏe và các vấn đề sức khỏe ưu tiên mà cộng đồng cần phải giải quyết.
- Các chủ trương đường lối y tế và các chương trình y tế đang triển khai tại địa phương.
- Tình hình kinh tế, văn hoá, xã hội và các phong tục, tập quán của địa phương.
- Những đặc điểm tâm lý của đối tượng GDSK.

- Những điều kiện về nguồn lực như nhân lực, phương tiện, kinh phí, thời gian và địa điểm.

6.1.3. Các yếu tố của mục tiêu GDSK gồm

- Một hành động (một việc làm) cụ thể, đối tượng giáo dục phải làm được nhằm thay đổi hành vi sức khỏe của họ.
- Mức độ hoàn thành: thể hiện được hành vi sức khỏe của đối tượng giáo dục theo hướng mong muốn và có thể quan sát, đánh giá được
- Đối tượng đích là những người được hưởng thụ các kết quả của hành động đó
- Các điều kiện để hoàn thành hành động đó.
- Một mục tiêu GDSK thích hợp là mục tiêu đáp ứng được:
- Một nhu cầu sức khỏe cần thiết phải giải quyết.
- Những đặc điểm tâm sinh lý của đối tượng.
- Những điều kiện hoàn cảnh thực tế của địa phương.

6.1.4. Các nguyên tắc trong việc đề xuất mục tiêu GDSK

Nguyên tắc này thể hiện 5 tiêu chuẩn:

- Đặc trưng, tránh diễn đạt sai.
- Có thể đo lường được, để theo dõi đánh giá.
- Có thể đạt được các mục đích, chiến lược.
- Thực tế để hoàn thành được, có tính kích thích và có ý nghĩa.
- Khung thời gian để hoàn thành.

Ví dụ:

- Đến hết năm 2018, 50% số hộ gia đình trong xã xây dựng được hồ xí tự hoại.
- Đến hết năm 2019, 100% các bà mẹ đẻ có kiến thức nuôi con đúng.
- Sau buổi GDSK, tất cả các bà mẹ đang nuôi con dưới 1 tuổi trong xã hiểu được rõ các phản ứng có thể xảy ra sau khi tiêm chủng mỗi loại vaccin.
- Đến hết năm 2018, tất cả các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ đã có 2 con trong xã không đẻ con thứ 3.
- Sau buổi GDSK, các bà mẹ đang nuôi con nhỏ tự pha được dung dịch Orezol để xử trí cho trẻ bị tiêu chảy tại nhà.

Từ các ví dụ trên, chúng ta thấy được các yếu tố cấu thành một mục tiêu như hành động, mức độ hoàn thành, đối tượng giáo dục và các điều kiện thực hiện.

Cũng cần phải nói rõ:

- Mục tiêu nào nhằm làm thay đổi nhận thức, thái độ hay hành động là chủ yếu hay nhằm vào cả ba thành phần đó.
- Những mục tiêu GDSK này có thích hợp hay không?

6.2. Lựa chọn chiến lược thích hợp

Đây chính là phương pháp và cách thức tiến hành các hoạt động để đạt được các mục tiêu đề ra. Các hoạt động này bao gồm:

- Phân nhóm các đối tượng giáo dục.
- Soạn thảo nội dung giáo dục.
- Lựa chọn phương pháp và phương tiện GDSK.

6. 2. 1. Phân nhóm đối tượng

* Cần phân tích những đặc điểm của đối tượng như.

- Tuổi, trình độ, giới tính, tôn giáo.
- Những thói quen, tập quán và tín ngưỡng.
- Đời sống kinh tế.
- Hoạt động văn hoá, xã hội và khả năng giao tiếp với người khác.
- Loại phương tiện truyền thông ưa thích.
- Nơi ở thành các cụm dân cư hay phân tán từng gia đình.

Sau khi phân tích các đặc điểm trên, cần phải phân loại đối tượng thành từng nhóm để tiến hành GDSK cho thích hợp.

* Mục đích của việc phân nhóm đối tượng giáo dục: là để có thể soạn thảo nội dung, lựa chọn hình thức và phương tiện GDSK cho phù hợp với trình độ, tâm lý, nguyện vọng và phong tục tập quán của đối tượng.

Ví dụ: một người nào đó có thể không nghe và không hiểu được vấn đề GDSK nêu ra vì lúc đó họ chưa được thỏa mãn một nhu cầu cơ bản nào đó hoặc vấn đề đó không phù hợp với những quan tâm và thái độ vốn có của họ. Như vậy, họ có thể gạt bỏ, không làm một việc cụ thể nào đó mặc dầu thấy điều đó có lợi cho sức khỏe của mình.

- Có không ít những trường hợp chỉ vì điều kiện hoàn cảnh kinh tế eo hẹp nên họ không thể chấp nhận được một vấn đề nào đó.

- Với những thói quen, những phong tục và tập quán không đúng nhưng đã hình thành từ lâu đời, muốn làm thay đổi cần phải kiên trì, không nóng vội và phải làm từng bước. Đối với phong tục tập quán có lợi cho sức khỏe thì nên khuyến khích, nếu vô hại (không tốt, nhưng cũng không xấu) thì nên giữ nguyên.

- Trong thực tế người nông dân, người nghèo thường tiếp nhận những vấn đề mới có chọn lọc, thường thì họ chỉ tiếp nhận một điều gì mới khi thấy có lợi và không gặp trở ngại về mặt xã hội hay tổ chức thực hiện. Như vậy việc phân nhóm đối tượng giáo dục là rất cần thiết nhằm xác định đúng nhóm đối tượng chính (đối tượng đích) và các đối tượng có liên quan, điều đó góp phần quan trọng vào hiệu quả của quá trình GDSK.

6. 2. 2. Soạn thảo nội dung GDSK

* Nguyên tắc: dựa vào mục tiêu GDSK đã xác định và những kiến thức y học, người làm GDSK phải nêu ra được những vấn đề cần phải giáo dục, trong đó có những vấn đề phải biết, và những vấn đề nên biết: Những vấn đề mà đối tượng GDSK phải biết: người làm GDSK phải giới hạn được chủ đề, tránh miên man và

đưa ra nhiều thông tin trong một lúc. Cần đưa ra những thông tin cốt lõi, trọng tâm mà mỗi người dân phải biết để tiếp thu và thực hiện được.

Những vấn đề mà đối tượng GDSK cần biết (thông tin hỗ trợ): giúp cho đối tượng GDSK hiểu biết nhiều hơn, có liên quan mật thiết đến vấn đề cần giáo dục. Những vấn đề mà đối tượng GDSK nên biết: người làm GDSK phải giúp đối tượng GDSK nắm vững chủ đề và có thể giải đáp một số câu hỏi thắc mắc của họ.

* Những yêu cầu của một bài GDSK.

- Viết cho ai: cần phân tích đối tượng GDSK để chọn nội dung, cách hành văn cho phù hợp với từng nhóm đối tượng, nhằm gây sự hứng thú ở người nghe.

- Viết gì? Viết những điều cần phải truyền đạt, đáp ứng đúng mục tiêu:

+ Lượng thông tin cần và đủ: cung cấp thông tin một cách có hiệu quả là một vấn đề tiết kiệm. Viết càng ngắn gọn, dễ hiểu mà trình bày được đầy đủ thì thông tin càng hiệu quả. Nhiều thông tin quá dễ làm rối, khó tiếp thu. Cần vạch rõ lượng thông tin bao nhiêu là đúng với mức cần thiết. Hơn nữa thông tin đó có đáp ứng được sự quan tâm của người nghe hay không? Chỉ viết những vấn đề chắc chắn được khẳng định: không viết những vấn đề còn đang nghiên cứu. Khi thông tin một vấn đề gì thì nó phải đáng tin cậy và phải có trách nhiệm như cam kết vậy. Nếu nội dung thông điệp thiếu chính xác, chưa chắc chắn, sẽ có nguy cơ mất tín nhiệm, thậm chí có khi còn nguy hiểm.

- Viết như thế nào?

+ Viết theo thể chủ động, có tính khẳng định chắc chắn.

+ Dùng các từ ngữ đơn giản, dễ hiểu, ngôn ngữ địa phương, phù hợp với đối tượng giáo dục, không dùng những từ khó hiểu hoặc từ chuyên môn như vi khuẩn, kháng thể... Dùng từ ngữ quá phức tạp người nghe sẽ không hiểu, hoặc hiểu khác đi so với cách hiểu của người truyền đạt.

+ Đưa ra được những lời khuyên thiết thực với nhu cầu của người dân để họ có thể làm theo được.

+ Chú ý nếu bài viết được phát thanh: cần viết ngắn gọn, đọc không quá 10 phút.

Bài viết để nói chuyện trực tiếp không quá 20 phút.

Trên cơ sở đó người GDSK cần lựa chọn các thông tin thích hợp để viết thành "Một bài GDSK" cụ thể và phải đáp ứng được các yêu cầu của một bài viết.

* Gợi ý: dàn bài của 1 bài viết có thể như sau:

Đặt vấn đề. - Tại sao phải giáo dục vấn đề này?

- Tầm quan trọng của nó ?

Nội dung: - Những kiến thức cơ bản về vấn đề cần giáo dục.

- Những hiểu biết sai lệch của đối tượng giáo dục về vấn đề đó.

- Khuyên họ nên làm gì và làm như thế nào?

Kết luận: khẳng định lại những vấn đề cần GDSK, động viên mọi người thực hiện.

6. 2. 3. *Lựa chọn phương pháp, phương tiện giáo dục sức khỏe thích hợp*

6.3. Lập chương trình hoạt động

Với mỗi chương trình, cần phải viết ra tất cả 'các dự kiến, các hoạt động cần thiết để có thể thực hiện được theo đúng chiến lược đã chọn, nhằm đạt được mục tiêu GDSK đã đề ra. Sau đây là những vấn đề cần chú ý khi lập kế hoạch:

6.3. 1. Nhân lực tham gia GDSK

Các cán bộ y tế địa phương.

- Các tổ chức ngoài ngành y tế. Đảng uỷ, UBND xã phường, Hội nông dân, Hội phụ nữ, Đoàn thanh niên, Trường phổ thông, nhà trẻ, tổ dân phố, các tổ chức văn hoá - xã hội khác.

- Mọi lứa tuổi đều có thể tham gia ở các lĩnh vực khác nhau.

Cần chú ý vấn đề huấn luyện để sự phân công công việc cho từng người một cách hợp lý.

6.3.2. Kinh phí cho hoạt động GDSK: lấy ở đâu? Lấy bao nhiêu? Để đáp ứng các yêu cầu cần thiết như in ấn tài liệu, trang bị kỹ thuật, phương tiện giáo dục và huấn luyện người làm GDSK...

6.3.3. Thời gian: để thực hiện quá trình GDSK, nên chọn thời điểm thích hợp và nên xác rõ việc nào làm trước, việc nào làm sau...

6.3.4. Địa điểm: tùy thuộc vào từng hình thức giáo dục và phương tiện giáo dục mà chọn địa điểm thích hợp. Tuy nhiên mỗi Trạm y tế cần có một phòng GDSK (hoặc một góc GDSK) để làm công tác GDSK.

6.3.5. Thử nghiệm tài liệu, phương tiện GDSK. Nhiều tài liệu và phương tiện GDSK nếu không được thử nghiệm trước ở thực địa sẽ không thấy được điều trở ngại, thậm trí còn thừa và gây lãng phí. Vì vậy, cần phải thử nghiệm nhiều lần để sửa đổi, hoàn chỉnh tài liệu và các phương tiện trước khi chính thức sử dụng.

6.3.6. Làm thử (đóng vai): trước khi triển khai trên thực địa (làm thật) cần tiến hành làm thử để rút kinh nghiệm.

6.4. Triển khai thực hiện: sau khi đã làm thử thành thạo, sẽ tiến hành làm thật trên thực địa với nhóm đối tượng mà ta cần phải giáo dục nhằm mục tiêu đã xác định.

6.5. Đánh giá kết quả đạt được:

Tóm lại: kế hoạch GDSK lập xong phải trả lời được 10 câu hỏi sau:

- 1 Tại sao phải giáo dục vấn đề đó?
2. Giáo dục cho ai?
3. Nội dung giáo dục là gì?
4. Giáo dục bằng hình thức nào?
5. Dùng phương tiện và tài liệu nào?
6. Ai có thể làm được? Có cần phải đào tạo và huấn luyện lại không?
7. Kinh phí để huấn luyện nhân viên, để sản xuất tài liệu phương tiện GDSK lấy ở đâu?
8. Làm ở đâu?

9. Làm thế nào? Cái nào làm trước? Cái nào là sau?

10. Đánh giá kết quả ra sao?

7. Kỹ năng đóng vai để tư vấn giáo dục sức khỏe

7.1. Khái niệm về đóng vai

Đóng vai là mô phỏng lại các tình huống và các vấn đề xảy ra trong đời sống thực tế. Phương pháp này thường được sử dụng trong giảng dạy và học tập về giáo dục sức khỏe, đóng vai (diễn kịch) cũng được sử dụng ngay trong các hoạt động TT - GDSK.

Kỹ năng giao tiếp là một kỹ năng rất cần thiết của người làm giáo dục sức khỏe. Đóng vai là một cách tốt nhất để rèn luyện kỹ năng giao tiếp và tạo cho người đóng hình dung rõ các sự việc, vấn đề có thể xảy ra trong thực tế, vận dụng các kiến thức và kinh nghiệm vào trong thực tế.

Trong đóng vai, người đóng vai nhận kịch bản mô tả về nhân vật mà họ sẽ đóng. Từ bản mô tả nhân vật, người đóng vai thực hiện các động tác và đối thoại như trình tự của vai đóng sẽ diễn ra. Người đóng vai cố gắng để "nhập vai", nghĩa là cố gắng để ứng xử như với những tình huống và vấn đề mà trong thực tế phải ứng xử như vậy.

7.2. Mục đích của đóng vai

Bằng cách đóng vai với các tình huống thực của đời sống, mọi người có thể hiểu rõ hơn nguyên nhân của các vấn đề sức khỏe và kết quả của những hành vi sức khỏe. Đóng vai có thể giúp các cá nhân tìm ra các cách để tăng cường mối quan hệ với người khác và tranh thủ được sự hỗ trợ của mọi người để có cuộc sống khỏe mạnh hơn.

7.3. Tổ chức đóng vai

7.3.1. Chuẩn bị trước kịch bản cho các vai đóng: nên có thời gian để cho người tham gia đóng vai nghiên cứu, chuẩn bị trước các vai.

7.3.2. Chuẩn bị thời gian và địa điểm hợp lý. Địa điểm đủ rộng để những người đóng vai thực hiện các hoạt động. Có chỗ ngồi đủ và thuận lợi cho những người quan sát theo dõi được các hoạt động và đối thoại của các vai. Nếu có điều kiện thì có thể dàn dựng các cảnh tương tự như trong thực tế sẽ rất tốt cho người đóng vai nhập vai.

7.3.3. Số người tham dự:

- Đóng vai thường tổ chức với một nhóm nhỏ. Một số người tình nguyện hoặc được giao nhiệm vụ đóng các vai, số khác ngồi xem, quan sát diễn biến xảy ra và chuẩn bị những ý kiến nhận xét.

- Thời gian đóng vai kéo dài khoảng 20 phút là vừa, nếu diễn biến các hoạt động tốt và khán giả thích thú quan tâm thì có thể tiếp tục kéo dài thêm. Cần phải dừng vai đóng nếu:

- + Người đóng vai đã giải quyết được vấn đề.
- + Người đóng vai nhầm lẫn và không giải quyết được vấn đề.
- + Nếu khán giả cảm thấy buồn tẻ.

- Thảo luận sau đóng vai: Đây là phần rất quan trọng của phương pháp đóng vai. Thời gian thảo luận khoảng 20-30 phút, thảo luận về các vai đóng, giữa những người đóng vai và những người quan sát. Thảo luận giúp cho mọi người tập trung vào những vấn đề quan trọng trong đóng vai.

- Những vấn đề khác có liên quan đến đóng vai: đóng vai sẽ tốt khi mọi người hiểu và tin tưởng những người khác. Trước khi sử dụng cá nhân đóng vai, cần đảm bảo là bạn đã xây dựng tốt mối quan hệ với họ. Nếu như một nhóm tham gia vào các vai đóng cần để cho họ gặp nhau và làm quen với nhau trước.

Một số điều cần chú ý khi đóng vai:

- Vì ta không biết chắc chắn được sản phẩm của đóng vai, chỉ biết là những người đóng vai có cơ hội thực hiện các vai diễn, nên người theo dõi hướng dẫn có mặt để có thể điều chỉnh kịp thời.

- Trong nhóm thường có những người không hứng thú và rất ngại đóng vai. Vì thế, không nên ép buộc những người này đóng vai. Trước tiên, hãy để họ quan sát, nếu qua một vài lần quan sát như vậy họ có thể quan tâm và mạnh dạn hơn, khi đó sẽ mời họ đóng vai.

- Đóng vai có thể vui nhộn, qua đó người tham dự học được các kinh nghiệm quý báu. Chú ý không để cho các vai đóng đi quá xa thực tế mà không tập trung vào giải quyết các vấn đề trọng tâm và mục tiêu đã đề ra.

Trong thực tế rất ít khi chỉ có một vai đóng duy nhất, mọi người có thể đóng vai bằng nhiều cách sinh động khác nhau và tùy thuộc vào năng khiếu của người đóng vai.

Tình huống thực hành:

Hiện nay trên địa bàn xã của các anh/chị có rất nhiều trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng nhưng các bà mẹ không cho con mình đi tiêm do lo sợ bị biến chứng

Anh chị hãy thảo luận nhóm, đóng vai trả lời câu hỏi sau:

1. Lập kế hoạch buổi tư vấn sức khỏe cho các gia đình trẻ
2. Thực hiện buổi truyền thông giáo dục sức khỏe cho các gia đình trong tình huống

Câu hỏi lượng giá: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Tư vấn sức khỏe mang lại hiệu quả cao vì:

- A. Đối tượng tư vấn có kiến thức
- B. Đối tượng tư vấn luôn được động viên
- C. Đối tượng tư vấn có quyền yêu cầu
- D. Đối tượng tư vấn được nghe thụ động

Câu 2: Mục đích của tư vấn giáo dục sức khỏe là:

- A. Hỗ trợ kiến thức, kinh tế và hành động cho đối tượng

- B. Hỗ trợ điều kiện và thời gian cho đối tượng
- C. Hỗ trợ sức khỏe và điều kiện cho đối tượng
- D. Hỗ trợ kiến thức và tâm lý cho đối tượng

Câu 3: Nguyên tắc của tư vấn là:

- A. Càng lâu càng tốt
- B. Càng kỹ càng tốt
- C. Chọn thời gian và địa điểm thích hợp
- D. Chọn đối tượng và khả năng thích hợp

Câu 4: Nguyên tắc của tư vấn là:

- A. Xác định rõ nhu cầu của khách hàng
- B. Xác định rõ khả năng tài chính của khách hàng
- C. Xác định rõ năng lực của khách hàng
- D. Xác định rõ sở thích của khách hàng

Câu 5: Nguyên tắc của tư vấn là:

- A. Không phân tích cụ thể
- B. Không phán xét đối tượng tư vấn
- C. Không kết luận vội vàng
- D. Không đưa ra gợi ý cụ thể

Câu 6: Các phương pháp xác định nhu cầu và nội dung tư vấn:

- A. Phương pháp tổng hợp
- B. Phương pháp loại trừ
- C. Phương pháp ghi chép, phỏng vấn và thảo luận nhóm
- D. Phương pháp sàng lọc ca bệnh

Câu 7: Quá trình tư vấn sức khỏe thông thường có bao nhiêu bước:

- A. 3 bước
- B. 4 bước
- C. 5 bước
- D. 6 bước

Câu 8: Bước 4 của quá trình tư vấn giáo dục sức khỏe là:

- A. Tạo mối quan hệ tốt với đối tượng
- B. Giúp đối tượng xác định lựa chọn
- C. Giúp đối tượng lập kế hoạch thực hiện
- D. Giúp khách hàng chọn và thực hiện giải pháp thích hợp nhất

Tài liệu tham khảo:

1. Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên (2017), Bài giảng Khoa học hành vi - Giáo dục sức khỏe.
2. Bộ y tế (2007), Khoa học hành vi - Giáo dục sức khỏe, Nhà xuất bản Y học.
3. Trường Đại học y tế công cộng (2002), Giáo dục sức khỏe và nâng cao sức khỏe. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (Eds). (1997). Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (2nd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
5. World Health Organization. (1998) Education for health: A Manual on Health Education in Primary Health Care. England

Bài 15

LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỘNG ĐỒNG THEO Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm về kế hoạch và tầm quan trọng của việc lập kế hoạch can thiệp tại cộng đồng
2. Giải thích được vai trò của các bước xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng
3. Thực hành xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên và lập kế hoạch giải quyết vấn đề sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình

Nội dung:

1. Khái niệm kế hoạch và lập kế hoạch

Kế hoạch là một công cụ của quản lý, kế hoạch hành động là một phương pháp sắp xếp các hành động có trình tự và huy động bố trí các nguồn lực hợp lý nhằm thực hiện được các mục tiêu đã đặt ra.

Kế hoạch gồm:

- Một trạng thái tương lai mà người ta mong muốn đạt tới.
- Một chương trình hành động được hoạch định trước nhằm đạt được trạng thái nói trên.

Kế hoạch là một sự sắp xếp, bố trí nhằm làm một việc gì đó đã được tính toán kỹ từ trước.

Xây dựng kế hoạch là việc xác định làm thế nào để đạt được các mục tiêu đã được tính toán và cân nhắc từ trước của đơn vị hoặc một chương trình, dự án với một nguồn lực nhất định một cách có hiệu quả nhất.

Chức năng lập kế hoạch là chức năng quan trọng nhất của quản lý, là quá trình tìm kiếm giải đáp cho các câu hỏi sau:

- Mục tiêu cần đạt là gì?
- Nên làm cái gì và làm như thế nào?
- Làm khi nào là tốt nhất?
- Làm ở đâu?
- Cần có những điều kiện gì? Nguồn lực nào? Bao nhiêu?
- Ai phối hợp với ai, với nhóm, đơn vị, tổ chức nào?

Như vậy lập kế hoạch là quyết định xem trong tương lai "Phải làm gì?", "Làm như thế nào", "Làm bằng công cụ gì?", "Khi nào làm và ai làm?", "Phối hợp như thế nào?", "Kinh phí đảm bảo cho kế hoạch cần bao nhiêu và ai cung cấp?"

Lập kế hoạch là một quá trình:

- Xác định các vấn đề một cách có hệ thống.

- Đánh giá sự tồn tại của vấn đề có thực sự hay không và nhu cầu bức thiết (ở mức độ nào) của việc giải quyết vấn đề.
- Xác định các nguyên nhân của vấn đề.
- Nêu lên một cách rõ ràng mục đích và mục tiêu có thể thực hiện được nhằm cải thiện tình hình.
- Chọn ra một chiến lược tối ưu trong nhiều chiến lược khác nhau để đạt mục tiêu.
- Xây dựng một kế hoạch hoạt động thích hợp, đảm bảo về nhân lực, cơ sở vật chất, tài chính cùng với sự phân công trách nhiệm và ấn định thời gian phải hoàn thành cho từng hoạt động.
- Xây dựng kế hoạch tổ chức thực hiện, thơ dõi kiểm tra giám sát, hỗ trợ, điều chỉnh trong quá trình thực hiện và đánh giá sau khi thực hiện.

2. Phân loại kế hoạch

2.1. Lập kế hoạch từ trên xuống

Đây là phương pháp lập kế hoạch theo cách chủ quan, thường sử dụng trong thời kỳ bao cấp. Cấp trên đưa ra chỉ tiêu cho cấp dưới phải thực hiện.

Cách lập kế hoạch này được làm do một nhóm người và dựa trên:

- Những thông tin và số liệu (thường đã cũ, ít được cập nhật).
- Kết quả thực hiện các chỉ tiêu được đặt ra cho kỳ kế hoạch trước.
- Những nguyện vọng chủ quan (thường thuần túy là các biện pháp) để định ra chỉ tiêu kế hoạch.

Các kế hoạch này (các chỉ tiêu) được trở thành cái đích cuối cùng không thay đổi và mọi người bằng mọi cách (trong đó có cả những cách báo cáo không trung thực) để hoàn thành kế hoạch đề ra.

Chỉ tiêu là một chỉ số mô tả mức độ cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà ngành y tế phải đảm bảo. Chỉ tiêu đặt ra phải xuất phát từ nhu cầu của cộng đồng và phù hợp với nhu cầu của từng nơi, không thể ngồi định ra bằng những con tính máy móc, nhiều khi không phù hợp, khó chấp nhận.

Ví dụ:

- + Chỉ tiêu đặt vòng tránh thai là 80% phụ nữ có chồng. Nhưng tại xã đến 25% phụ nữ ở xã đó có chồng nhưng đã hết tuổi sinh đẻ.
- + Chỉ tiêu một năm, 1 người dân đến khám chữa bệnh tại trạm y tế một lần. Nhưng cán bộ và trang thiết bị không đủ, số lượt người đến khám rất ít...

Nói cách khác, lập kế hoạch theo chỉ tiêu là đặt ra mức độ cung cấp các dịch vụ trước khi biết nhu cầu.

2.2. Lập kế hoạch từ dưới lên

Lập kế hoạch từ dưới lên được thực hiện theo quy trình logic, khoa học, xuất phát từ thực tế nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của cộng đồng.

Kế hoạch này được soạn thảo không chỉ do những người làm kế hoạch mà có sự tham gia của những người lãnh đạo cộng đồng, các nhân viên y tế và những người sử dụng dịch vụ y tế, người dân.

2.3. Lập kế hoạch phối hợp

Trong điều kiện hiện nay ngành y tế Việt nam có xu hướng chuyển đổi lập kế hoạch từ trên xuống thành lập kế hoạch từ dưới lên. Tuy nhiên vẫn phải phối hợp từ dưới lên và từ trên xuống. Tuyến dưới trên cơ sở xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe của cộng đồng, xây dựng kế hoạch trình lên tuyến trên, sau khi được xem xét, phê duyệt, tiến hành điều chỉnh và thực hiện kế hoạch đã được phê duyệt.

3. Các bước lập kế hoạch

Lập kế hoạch can thiệp tại cộng đồng bao gồm các bước sau:

- Bước 1: Xác định vấn đề cần can thiệp.
- Bước 2: Phân tích vấn đề, tìm nguyên nhân gốc rễ.
- Bước 3: Xác định mục tiêu can thiệp.
- Bước 4: Lựa chọn giải pháp.
- Bước 5: Viết kế hoạch hành động.

Chúng ta sẽ đi nghiên cứu cụ thể từng bước nêu trên

3.1. Xác định vấn đề can thiệp

* Các phương pháp thu thập thông tin:

- Thu thập các thông tin sẵn có từ sổ sách, báo cáo.
- Quan sát trực tiếp.
- Phỏng vấn cộng đồng

* Các chỉ số sức khỏe cộng đồng như:

- Chỉ số về dân số
- Chỉ số về kinh tế, văn hóa, xã hội và môi trường
- Chỉ số về thương tật, bệnh tật
- Chỉ số về dịch vụ y tế

* Xác định vấn đề sức khỏe:

Sau khi thu thập thông tin, cần phân tích, xử lý các thông tin đó nhằm xác định các vấn đề sức khỏe đang tồn tại trong một cộng đồng. Dựa vào các chỉ số y tế đã thu thập được, cán bộ y tế phán đoán và xác định các vấn đề sức khỏe của cộng đồng, phương pháp thường sử dụng để xác định vấn đề sức khỏe của cộng đồng là sử dụng bảng điểm với 4 tiêu chuẩn.

- Vấn đề đã vượt quá mức bình thường.
- Vấn đề gây tổn hại và đe dọa nghiêm trọng sức khỏe cộng đồng.
- Vấn đề là nhu cầu cấp thiết được cả cộng đồng quan tâm
- Vấn đề có thể giải quyết được.

* Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên:

Tại cộng đồng có thể tồn tại nhiều vấn đề sức khỏe trong cùng một thời gian. Để giải quyết vấn đề đó cho phù hợp với điều kiện cụ thể trong cộng đồng cần phải lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên. Phương pháp lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên là sử dụng bảng điểm theo 6 tiêu chuẩn:

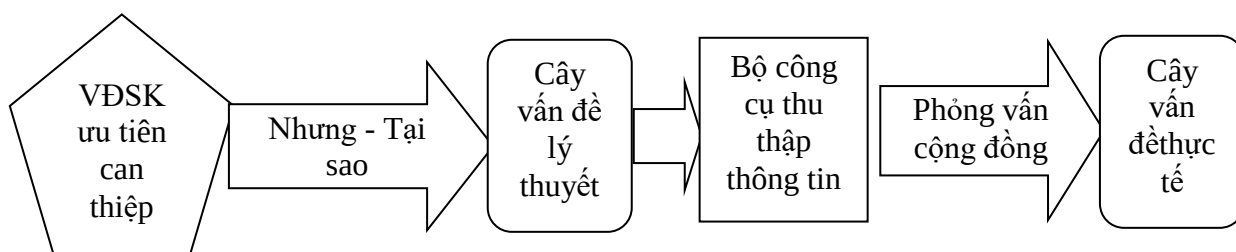
- Mức độ phổ biến của vấn đề (nhiều người mắc hoặc liên quan)
- Gây tác hại lớn (tử vong, tàn phế, tổn hại kinh tế xã hội)
- Ảnh hưởng lớn đến lớp người có khó khăn (nghèo khổ, mù chữ,...)
- Đã có kỹ thuật, phương tiện giải quyết.
- Kinh phí chấp nhận được.
- Cộng đồng sẵn sàng tham gia giải quyết.
- Những vấn đề càng phổ biến, nhiều người mắc, tác hại lớn, khó khăn cho người nghèo, dễ giải quyết, cộng đồng sẵn sàng tham gia, phù hợp với nguồn lực thì ưu tiên giải quyết trước.

3.2 . Phân tích vấn đề, tìm nguyên nhân gốc rễ

Khi xác định nguyên nhân của một vấn đề nào đó, có thể liệt kê ra rất nhiều nguyên nhân. Tuy nhiên cần phải biết nguyên nhân nào "nguyên nhân gốc rễ" của vấn đề, đây là một nhiệm vụ quan trọng trong lập kế hoạch.

Xác định nguyên nhân gốc rễ không đúng thì lập kế hoạch không đúng và không giải quyết được vấn đề, giải quyết theo kiểu bao vây sẽ gây lãng phí nguồn lực. Người quản lý cần phải cân nhắc đầu tư vào đâu, vào khâu nào thì có hiệu quả nhất; phải biết nguồn gốc của vấn đề là ở đâu: con người, phương pháp, môi trường, trang thiết bị, hay yếu tố khác,... để đầu tư hiệu quả nhất.

Nguyên nhân gốc rễ của một vấn đề là các điều kiện hoặc hoạt động làm cho vấn đề đó tồn tại. Giải quyết được nguyên nhân gốc rễ thì vấn đề sẽ không bị tái diễn nữa.



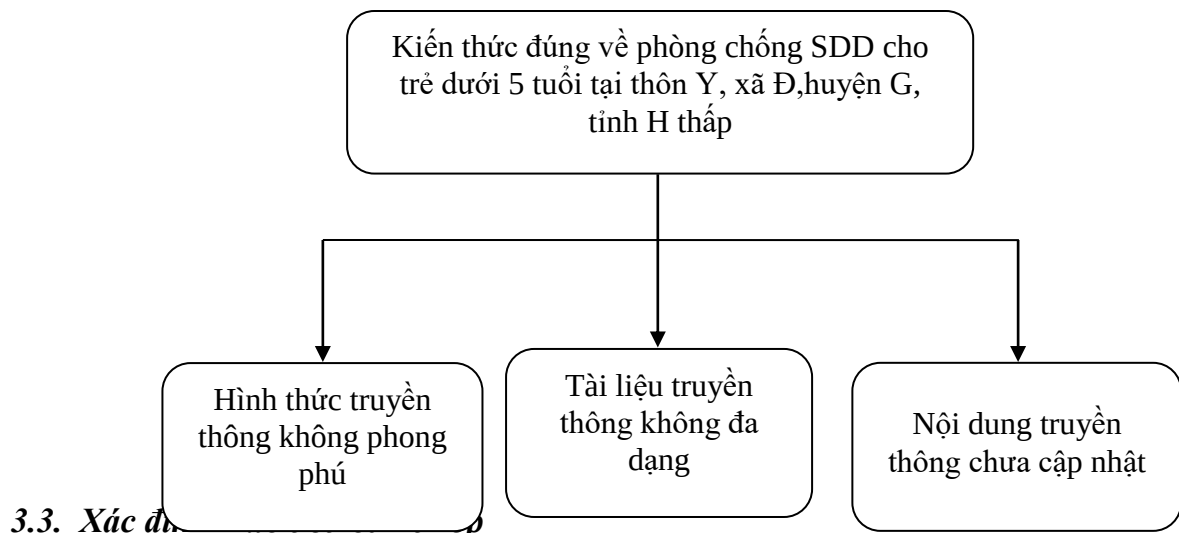
Để phân tích nguyên nhân của vấn đề chúng ta có rất nhiều phương pháp và kỹ thuật:

- Kỹ thuật Nhưng - Tại sao
- Sơ đồ diễn tiến
- Cây vấn đề
- Sơ đồ Khung xương cá

Trong thực tế phương pháp cơ bản, dễ áp dụng nhất là "Cây vấn đề và "Kỹ thuật Nhưng - tại sao". Về cơ bản các phương pháp đều giống nhau về nguyên tắc và tính

logic của quan hệ "Nhân - quả" trong việc giải quyết các vấn đề quản lý và tại cộng đồng

Ví dụ một cây vấn đề:



3.3. Xác định

3.3.1. Định nghĩa mục tiêu

Mục tiêu là cái đích phải đạt được trong một hoàn cảnh cụ thể. Ví dụ 1: giảm tỷ lệ hộ gia đình sử dụng hố xí không hợp vệ sinh tại xã Y từ 65% (12/1998) xuống 20% (12/2000).

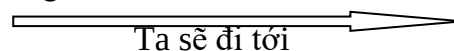
3.3.2. Tầm quan trọng của mục tiêu

Không có mục tiêu thì không xác định chính xác cái đích mà ta phải tới, không có mục tiêu thì không xây dựng được kế hoạch. Không có mục tiêu thì không có chuẩn mực cho kiểm tra, thanh tra và giám sát. Mục tiêu sẽ quyết định tất cả các khâu khác của lập kế hoạch và chu trình quản lý của con người, cơ sở vật chất, kinh phí, thời gian, phương pháp, địa điểm...

3.3.3. Các yêu cầu của mục tiêu

- Mục tiêu bao giờ cũng bắt đầu bằng một động từ hành động cụ thể, ví dụ: nâng, tăng, duy trì, đạt được, giảm... ngay bản thân động từ cũng thể hiện tính có thể đo đếm được.
- Sau cụm từ hành động có cụm từ bổ nghĩa trả lời câu hỏi: cái gì? Trong ví dụ 1. Tỷ lệ hố xí hợp vệ sinh là
- Đối tượng thực hiện hành động phải hết sức rõ ràng trong ví dụ 1 là hộ gia đình (chứ không phải số người).
- Mục tiêu phải lượng giá hay phải đo đếm được trong ví dụ 1: $65\% - 20\% = 45\%$.
- Phải rõ ràng về thời gian hoàn cảnh trong ví dụ 1: từ 12/1998 đến 12/2000 tức là 2 năm.
- Tính thực thi có khả năng thực hiện được. Trong quá trình thực hiện kế hoạch ta có thể điều chỉnh mục tiêu cho sát với thực tế.
- Mục tiêu chỉ rõ ta đang ở đâu và sẽ đi tới đâu.

Ta đang ở đâu



Ta sẽ đi tới

Ví dụ 1: 12/1998

12/2000

65% hộ gia đình...

20% hộ gia đình...

*5 tiêu chuẩn SMART của một mục tiêu:

- Specific - Đặc thù, không lẫn lộn vấn đề này với vấn đề khác
- Measurable - Đo lường được: đo lường được, theo dõi được, đánh giá được.
- Appropriate - Thích hợp, phù hợp với vấn đề sức khỏe đã xác định.
- Relevant - Thiết thực: thực thi được, phải dựa vào nguồn lực, phải đạt được, có ý nghĩa.
- Time bound - Thời gian đủ và đúng thời điểm (quy định khoảng thời gian phải đạt được những điều mong muốn, công việc đã nêu).

3.4. Lựa chọn giải pháp

3.4.1. Xác định nguyên nhân gốc rễ chính

3.4.2. Tầm quan trọng của giải pháp

- Giải pháp là phương tiện giải quyết nguyên nhân của vấn đề sức khỏe.
- Tầm quan trọng: giải pháp là con đường đi tới mục tiêu. Cần chọn con đường đi ngắn nhất, nhanh nhất, thuận tiện đơn giản nhất, rẻ tiền nhất, phù hợp nhất.
- Tính chất của giải pháp:
 - + Rõ ràng cụ thể.
 - + Có hiệu quả nhất.
 - + Có khả năng thực thi.
 - + Giải quyết được nguyên nhân gốc rễ của vấn đề.
 - + Giá thành rẻ.
 - + Phù hợp.

VD: Nguyên nhân ‘NVYT có kỹ thuật đặt vòng kém’ ta có thể chọn giải pháp là ‘Đào tạo lại về kỹ thuật đặt vòng cho NVYT’ chứ không phải ‘Nhận người về thay cán bộ chuyên trách đó và chuyển người đó sang công tác khác’

- Nguyên tắc hình thành giải pháp:

Nguyên nhân nào – giải pháp đó.

Ví dụ:

Nguyên nhân		Giải pháp
Thiếu thuốc	→	Cung cấp thuốc
Thiếu kiến thức phòng bệnh	→	Cung cấp kiến thức phòng bệnh

Mỗi giải pháp có nhiều phương pháp thực hiện tương ứng, phương pháp đúng sẽ giúp trả lời câu hỏi "Làm như thế nào?"

Bảng: Mối quan hệ giữa nguyên nhân - giải pháp - phương pháp thực hiện

Mục tiêu	Nguyên	Giải pháp	Phương pháp thực	Khả năng

	nhân gốc rễ		hiện	thực hiện
Tăng tỉ lệ người chăm sóc trẻ có kiến thức đúng về phòng chống SDD cho trẻ dưới 5 tuổi tại thôn Y, xã K, huyện D, tỉnh H từ 73% (12/2012) lên 95% (3/2013)	Hình thức truyền thông chưa phong phú	Nâng cao chất lượng và đa dạng hóa các hoạt động truyền thông	- Truyền thông qua tờ rơi, pano, apphich, - Tư vấn trực tiếp cho bà mẹ khi đưa con đi TCMR	Có
	Tài liệu truyền thông chưa đa dạng		Lồng ghép các chương trình tuyên truyền về dinh dưỡng trong các buổi họp thôn	Không
	Nội dung truyền thông chưa cập nhật		Tổ chức phát đĩa video về dinh dưỡng cho NCS trẻ dưới 5 tuổi	Không
			Kết hợp với hội PN thành lập CLB "Mẹ nuôi con khỏe"	Có

3.5. *Viết kế hoạch hoạt động*

3.5.1. *Chuẩn bị viết kế hoạch hoạt động*

Xem xét kỹ tất cả các tư liệu, các bước đã chuẩn bị để viết kế hoạch hoạt động.

3.5.2. *Phân tích các giải pháp thành các hoạt động cụ thể*

Liệt kê mọi công việc, hay còn gọi là các hoạt động sẽ phải tiến hành để phục vụ cho giải pháp đó.

Sắp xếp công việc theo thự tự thời gian hợp lý.

3.5.3. *Lồng ghép các hoạt động*

Ví dụ: vận động toàn dân đóng góp tiền để mua thuốc phòng sốt rét ta cũng phân tích thành các hoạt động cụ thể. Giả dụ trong đó có hoạt động họp lãnh đạo thôn qua đề án vận động dân đóng góp tiền...ta có thể ghép hoạt động này với hoạt động họp lãnh đạo thôn qua đề án TTGDSK, nếu xét thấy có thể được.

3.5.4. *Lập bảng kế hoạch hoạt động*

Một kế hoạch hoạt động thường có nội dung chính

- Các mục tiêu chuyên biệt đã được lượng hóa nếu có thể.
- Kèm theo mỗi mục tiêu là một số hoạt động đã được lượng hóa nếu có thể
- Mỗi hoạt động phải mô tả cụ thể về nội dung, địa điểm, thời gian bắt đầu, kết thúc, người thực hiện, người phối hợp, nguồn lực cần thiết, dự kiến kết quả

MẪU KẾ HOẠCH GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ SỨC KHỎE Ở CỘNG

Tên vấn đề được giải quyết:.....

Mục tiêu: 1.....

2.....

Các giải pháp:.....

Tên hoạt động	Thời gian thực hiện	Người thực hiện	Người (cơ quan) phối hợp	Người giám sát	Kinh phí và nguồn lực	Dự kiến kết quả
Giải pháp 1 1..... 2.....						
Giải pháp 2 1..... 2.....						

Tình huống thực hành :

Hãy lựa chọn 5 vấn đề sức khỏe tồn tại ở địa phương của anh, chị:

Anh chị hãy thảo luận nhóm trả lời câu hỏi sau:

1. Giải thích lý do lựa chọn 5 vấn đề sức khỏe
2. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên, giải thích tại sao
3. Lập kế hoạch giải quyết vấn đề sức khỏe ưu tiên

Câu hỏi lượng giá: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Lập kế hoạch tư vấn giáo dục sức khỏe gồm bao nhiêu bước:

- A. 2 bước
- B. 3 bước
- C. 4 bước
- D. 5 bước

Câu 2: Phân loại kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng là:

- A. Kế hoạch riêng lẻ
- B. Kế hoạch từ trên xuống
- C. Kế hoạch tổng quát
- D. Kế hoạch theo chiều dọc

Câu 3: Lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng gồm bao nhiêu bước:

- A. 3 bước
- B. 4 bước
- C. 5 bước
- D. 6 bước

Câu 4: Bước thứ 2 của lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cộng đồng là:

- A. Phân tích vấn đề, tìm nguyên nhân gốc rễ
- B. Xác định vấn đề cần can thiệp
- C. Lựa chọn giải pháp
- D. Viết kế hoạch hành động

Câu 5: Tiêu chuẩn để xác định vấn đề sức khỏe là:

- A. Vấn đề là nhu cầu cấp thiết được cả cộng đồng quan tâm
- B. Vấn đề là nhu cầu của các nhà lãnh đạo quan tâm
- C. Vấn đề đang tồn tại ở địa phương
- D. Vấn đề đang tồn tại trong xã hội

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Lao động - Thương binh & xã hội (2017) - Chăm sóc sức khỏe cộng đồng (Tài liệu hướng dẫn thực hành dành cho cán bộ xã hội cấp cơ sở)
2. Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương (2015) - Chăm sóc sức khỏe cộng đồng
3. Trần Thị Anh Đào - Giáo trình quản lý chăm sóc sức khỏe cộng đồng - NXB Chính trị - hành chính (2012)
4. Oxford - Giáo trình Y tế công cộng toàn cầu (2015)
5. <http://viendinhduong.vn/viewpdf.aspx?n=/TL%20PEM/Trien%20khai%20cac%20hd%20gd%20truyen%20thong%20dinh%20duong%20o%20cong%20dong.pdf>

BÀI 16

QUẢN LÝ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

TẠI CỘNG ĐỒNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được thực trạng của các bệnh không lây nhiễm hiện nay
2. Liệt kê được các yếu tố nguy cơ chính của các bệnh không lây nhiễm
3. Áp dụng các nguyên lý Y học gia đình trong quản lý các bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng.
4. Thực hành quản lý người bệnh mạn tính theo nguyên lý YHGD

Nội dung:

1. Tổng quan về phòng, chống bệnh không lây nhiễm trên thế giới và Việt Nam

1.1. Khái niệm về bệnh không lây nhiễm và sức khỏe tâm thần

Bệnh không lây nhiễm (BKLN) là bệnh không truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang người. Hầu hết BKLN là bệnh mạn tính, khó chữa khỏi. Phần lớn BKLN có chung 4 yếu tố nguy cơ là thuốc lá, rượu, bia, ít hoạt động thể lực và chế độ ăn không hợp lý. Trong nhóm bệnh này, có một số bệnh được phát hiện có phần nguyên nhân truyền nhiễm nhưng bản thân bệnh không lây nhiễm (như một số loại ung thư).

Có nhiều loại BKLN khác nhau, tuy nhiên hiện nay nhiều chính sách của Liên Hợp Quốc (UN), WHO tập trung vào 4 nhóm bệnh chính, gồm bệnh tim mạch (tăng huyết áp, đột quỵ, suy tim, bệnh mạch vành,...), đái tháo đường (chủ yếu là tít 2), ung thư, bệnh đường hô hấp mạn tính (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen suyễn), do những BKLN này ngoài việc có tỷ lệ mắc lớn và là nguyên nhân chủ yếu gây tàn tật và tử vong ở người trưởng thành, chúng còn có chung các yếu tố nguy cơ (các yếu tố góp phần làm bệnh phát triển).

1.2. Thực trạng bệnh không lây nhiễm

Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) đang là một thách thức mang tính toàn cầu, tạo ra gánh nặng rất lớn đối với xã hội và hệ thống y tế, cả ở các nước có thu nhập cao lẫn các nước thu nhập thấp và trung bình. BKLN chiếm 65,5% trong tổng số 52,7 triệu ca tử vong năm 2010 trên toàn cầu, tăng 30% so với năm 1990, chủ yếu do tăng trưởng dân số và già hóa dân số. Năm trong 10 nguyên nhân tử vong chung và ba trong số 10 nguyên nhân tử vong sớm trên toàn cầu là do BKLN. Tỷ lệ tử vong theo loại BKLN và tỷ suất tử vong do BKLN dao động giữa các vùng. Tử vong do bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất so với tổng số ca tử vong liên quan BKLN tại các nước thu nhập cao (39%), thu nhập thấp và trung bình tại Đông Nam Á (43%) và Tây Thái Bình Dương (50%). Ung thư là BKLN gây tử vong đứng thứ hai ở các nước thu nhập cao (31%) và Tây Thái Bình Dương (26%), nhưng đứng thứ 3 tại Đông Nam Á (15%). Trong khi các bệnh tâm thần đứng thứ 3 tại các nước thu nhập cao, chúng chỉ chiếm tỷ lệ thấp (1% - 3%) tại các nước thu nhập thấp và trung bình tại châu Á. Ngược lại, các bệnh hô hấp mạn tính chỉ chiếm 7% tổng số tử vong do BKLN tại các nước thu nhập cao, nhưng 13% tại các nước thu nhập thấp và trung bình tại Tây Thái Bình Dương và 18% tại Đông Nam Á.

Dự báo tỷ lệ tử vong do BKLN sẽ tăng 15% trong khoảng thời gian từ 2010–2020 tương ứng với khoảng 44 triệu ca tử vong; tăng cao nhất (khoảng 20%) ở khu vực châu Phi, Đông Nam Á, Đông Âu. Vào năm 2030, số ca tử vong do các BKLN ở các nước có thu nhập thấp sẽ cao hơn 8 lần so với ở các nước có thu nhập cao.

WHO ước tính so với năm 2008 vào năm 2030 tỷ lệ tăng các ca mới mắc ung thư là khoảng 82% ở các nước có thu nhập thấp, 70% ở các nước có thu nhập trung bình thấp và 58% ở các nước có thu nhập trung bình cao, và 40% ở các nước có thu nhập cao.

Theo báo cáo gánh nặng bệnh tật toàn cầu năm 2010, BKLN chiếm tới 54% tổng gánh nặng bệnh tật toàn cầu vào năm 2010 trong khi đó nhóm chiếm thứ 2 trong gánh nặng bệnh tật toàn cầu, gồm các bệnh truyền nhiễm các vấn đề về bà mẹ, sơ sinh và dinh dưỡng chỉ là 35%. Mô hình gánh nặng bệnh tật năm 2012 cũng tương tự như vậy với bệnh không lây nhiễm chiếm tới 55,1%, bệnh truyền nhiễm và các vấn đề về bà mẹ, sơ sinh và dinh dưỡng chỉ chiếm 33,7%, còn lại là do tai nạn thương tích (11,1%).

Tại Việt Nam

BKLN đang có xu hướng gia tăng nhanh ở Việt Nam. Tỷ trọng những người tử vong do BKLN trong tổng số tử vong đã tăng từ 56% năm 1990 lên 72% năm 2010. Trong đó, bệnh tim mạch chiếm 30% tổng số trường hợp tử vong, ung thư 21%, bệnh đường hô hấp mạn tính 6%, bệnh đái tháo đường 3%, bệnh tâm thần - thần kinh 2%.

BKLN gây ra 56,1% tổng số năm sống mất đi (YLL: Years of Life Lost) năm 2010, trong đó ở nam giới là 35,1% và nữ giới là 20,9%. Ung thư là BKLN có số năm sống mất đi nhiều nhất (chiếm 19,2%), tiếp theo là tai biến mạch máu não do xuất huyết (10,3%). Khoảng 25,5% tổng số YLL là do những BKLN hiện đang có chương trình mục tiêu can thiệp, còn lại 30,6% chưa có chương trình can thiệp trực tiếp.

Tính chung, BKLN chiếm 66,3% tổng gánh nặng bệnh tật tính bằng DALY (Disability-Adjusted Life Years) năm 2010. Ung thư và tai biến mạch máu não do xuất huyết vẫn là hai bệnh có gánh nặng bệnh tật cao nhất tính theo DALY (chiếm lần lượt 11% và 5,8%). Đáng lưu ý là các BKLN ở Việt Nam hiện có chương trình can thiệp chỉ chiếm 19,6% tổng gánh nặng bệnh tật năm 2010, đa phần gánh nặng bệnh tật do BKLN chưa có chương trình can thiệp.

Gánh nặng chi phí cho các BKLN là rất lớn và tiếp tục tăng lên ở các nước có thu nhập thấp và trung bình và tạo gánh nặng lớn lên kinh tế vĩ mô. Các BKLN có thể cản trở việc đạt các mục tiêu thiên niên kỷ và đồng thời tác động tới phát triển kinh tế xã hội. Các BKLN là vấn đề của sự phát triển ở các quốc gia chứ không phải chỉ đơn thuần là vấn đề của y tế.

1.3. Một số chính sách toàn cầu và khu vực về phòng chống bệnh không lây nhiễm

Các tổ chức quốc tế (như Liên Hợp Quốc, Tổ chức Y tế Thế giới) đã ban hành nhiều văn bản chính sách đề ứng phó với mức độ ảnh hưởng ngày càng tăng của các BKLN ở quy mô toàn cầu. Các chính sách đều nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ và thúc đẩy lối sống lành mạnh. Trong đó, có hai

văn bản quan trọng là Kế hoạch hành động toàn cầu về phòng, chống BKLN năm 2013 và Kế hoạch hành động về sức khỏe tâm thần 2013-2020. WHO khu vực Tây Thái Bình Dương cũng đã xây dựng một số văn bản chiến lược quan trọng liên quan đến BKLN và bệnh tâm thần, trong đó có Chiến lược về sức khỏe tâm thần trong khu vực từ năm 2002 và Kế hoạch hành động phòng, chống BKLN của khu vực cho giai đoạn 2014–2020.

Một số nguyên tắc chung trong các chiến lược phòng chống BKLN toàn cầu và khu vực là: hành động quốc gia và đoàn kết quốc tế, hành động đa ngành, trên cơ sở cách tiếp cận nhân quyền với các chiến lược dựa trên bằng chứng và gắn với bao phủ CSSK toàn dân.

Để đạt được các mục tiêu phòng chống BKLN, WHO khuyến nghị các nước thành viên lựa chọn các chính sách và can thiệp hiệu quả chi phí nhằm hỗ trợ các quốc gia thực hiện một cách phù hợp tùy thuộc vào bối cảnh. Trong đó, có thể chia thành các nhóm giải pháp về: (i) tăng cường ưu tiên và năng lực cho công tác phòng, chống và kiểm soát BKLN; (ii) giám sát và nghiên cứu; (iii) kiểm soát các yếu tố nguy cơ; và (iv) củng cố hệ thống y tế ứng phó với BKLN và bệnh tâm thần.

Để phòng chống bệnh KLN hiệu quả đòi hỏi các giải pháp toàn diện, chăm sóc sức khỏe lấy con người làm trung tâm bao gồm kiểm soát yếu tố nguy cơ gây bệnh cùng với chủ động giám sát, phát hiện bệnh sớm, điều trị, quản lý, chăm sóc liên tục và lâu dài. Có thể phân ra các can thiệp trọng tâm cho mỗi giai đoạn phát triển của bệnh KLN và theo 4 cấp độ dự phòng:

Dự phòng cấp 0 - Can thiệp môi trường tác động vào yếu tố kinh tế, xã hội (toàn cầu hóa, đô thị hóa, già hóa...) thông qua chính sách vĩ mô, luật, môi trường hỗ trợ... để ngăn ngừa sự phát sinh các yếu tố nguy cơ;

Dự phòng cấp 1 - Can thiệp thay đổi hành vi cho những người có hành vi nguy cơ hút thuốc, lạm dụng rượu bia, có chế độ ăn không hợp lý, ít vận động thông qua hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe, cải thiện môi trường...;

Dự phòng cấp 2 - Quản lý, tư vấn và dự phòng cho người thừa cân béo phì, tăng huyết áp, tăng glucose máu và lipid máu để hạn chế chuyển thành bệnh;

Dự phòng cấp 3 - Can thiệp đối với người mắc bệnh bao gồm việc chẩn đoán điều trị tại bệnh viện (thể bệnh nặng, giai đoạn cấp tính hoặc có biến chứng) và điều trị, quản lý, chăm sóc liên tục và lâu dài (chủ yếu ở tuyến y tế cơ sở)

2. Các yếu tố nguy cơ

2.1. Phát hiện người có yếu tố nguy cơ

2.1.1. Tăng huyết áp và nguy cơ tim mạch

- Tuổi > 55 đối với nam, > 65 tuổi đối với nữ
- Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào
- Vận động thể lực < 30 phút/ngày, dưới 05 ngày/tuần (bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay)
- Ăn > 5 gam muối (tương đương 01 thìa cà phê)/người/ngày
- Ăn ít rau, trái cây: < 400gam/ngày

- Uống nhiều rượu bia
- Bố, mẹ, anh, chị em ruột mắc bệnh tim mạch ở độ tuổi nam < 55, nữ < 65
- Hay bị stress và căng thẳng tâm lý
- Thừa cân, béo phì
- Mắc bệnh đái tháo đường (*đã được cơ sở y tế chuẩn đoán*)
- Rối loạn lipid máu (*đã được cơ sở y tế chẩn đoán*)

2.1. 2. Đái tháo đường típ 2

- Tuổi ≥ 45
- Thừa cân, béo phì
- Tăng huyết áp (*đã được cơ sở y tế chuẩn đoán*)
- Bố, mẹ, anh, chị em ruột mắc bệnh đái tháo đường típ 2
- Rối loạn mỡ máu (*đã được cơ sở y tế chẩn đoán*)
- Vận động thể lực < 30 phút/ngày, dưới 05 ngày/tuần (*bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay*)
- Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào
- Phụ nữ bị buồng trứng đa nang hoặc đã mắc đái tháo đường thai kỳ

2.1.3. Hen phế quản

- Có tiền sử mắc các bệnh dị ứng (*chàm, viêm mũi dị ứng, mày đay, phù mạch...*)
- Gia đình có người bị hen và hoặc các bệnh dị ứng kể trên
- Thừa cân, béo phì
- Thường xuyên tiếp xúc với khói bụi hoặc lông thú hoặc phấn hoa hoặc nấm mốc hoặc một số thuốc hoặc hóa chất

2.1.4. Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Người mắc hen phế quản không được kiểm soát
- Hút thuốc lá hoặc thuốc lào
- Thường xuyên tiếp xúc với khói bụi hoặc hóa chất, ô nhiễm không khí do dùng bếp than, bếp ga, bếp củi...
- Nhiễm trùng đường hô hấp tái diễn nhiều lần

2.1.5. Tâm thần phân liệt

- Trong gia đình có bố, mẹ, anh chị em ruột bị tâm thần phân liệt
- Có tai biến khi mang thai hoặc khi sinh làm tổn thương não
- Căng thẳng trong mối quan hệ gia đình
- lạm dụng rượu, bia và các chất gây nghiện

2.1.6. Động kinh

- Tiền sử chấn thương sọ não hoặc viêm não

- Tiền sử gia đình có người bị động kinh
- Lạm dụng rượu, bia và các chất gây nghiện

2.1.7. Một số Rối loạn tâm thần khác thường gặp

- Nhiễm khuẩn, có các tổn thương não, mắc bệnh nan y
- Có các sang chấn tâm thần hay xung đột trong gia đình hoặc/và ngoài xã hội
- Phụ nữ sau sinh đẻ
- Gặp khó khăn trong cuộc sống, áp lực về tài chính, công việc, học tập, thi cử
- Di cư đến nơi ở mới có mâu thuẫn về văn hóa-xã hội, trải qua thảm họa, thiên tai, chiến tranh...
- Lạm dụng rượu, bia và các chất gây nghiện, nghiện game
- Tiền sử gia đình có người mắc các rối loạn sức khỏe tâm thần

2.1.8. Một số bệnh ung thư

- Tuổi > 40
- Hút thuốc lá hoặc thuốc lào
- Vận động thể lực < 30 phút/ngày, dưới 05 ngày/tuần (*bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay*)
- Lạm dụng rượu, bia
- Tiền sử gia đình có người mắc bệnh ung thư
- Tiếp xúc với hóa chất, khói bụi, tia X, phóng xạ, tia cực tím, khí radon, amiang, thạch tín, benzen...

Ghi chú

. **Uống nhiều rượu bia:** Nam: Uống: > 02 chai bia 330 ml (5%) hoặc > 02 hộp bia 330 ml (5%) hoặc > 02 cốc bia hơi 330 ml hoặc > 02 ly rượu vang 100 ml (13,5%) hoặc > 02 chén rượu mạnh 30 ml (40%); Nữ: Uống: > 3/4 chai bia 330 ml (5%) hoặc > 3/4 hộp bia 330 ml (5%) hoặc > 01 cốc bia hơi 330 ml hoặc > 01 ly rượu vang 100 ml (13,5%) hoặc > 01 chén rượu mạnh 30 ml (40%)

. **Thừa cân, béo phì:** Đo cân nặng, chiều cao để tính BMI (chỉ số khối cơ thể), BMI = cân nặng (kg) chia cho chiều cao (m) bình phương, nếu BMI > 25-30 thừa cân, nếu > 30 béo phì (theo WHO)

2. 2. Các yếu tố nguy cơ chung của các bệnh không lây nhiễm

Bốn nhóm BKLN chính cùng có chung bốn nhóm yếu tố nguy cơ về hành vi, đó là hút thuốc lá, sử dụng rượu bia ở mức có hại, chế độ ăn không hợp lý và thiếu hoạt động thể lực (Bảng 1). Đặc biệt các yếu tố nguy cơ này có xu hướng ngày càng tăng ở các nước đang phát triển. Theo Ngân hàng thế giới, nếu chỉ dựa vào các giải pháp điều trị đề ứng phó với các BKLN thì hết sức tốn kém, và hơn một nửa gánh nặng của các BKLN có thể phòng tránh được thông qua các sáng kiến phòng và nâng cao sức khỏe. Vì vậy tập trung vào đầu tư sớm cho các hoạt động dự phòng các yếu tố nguy cơ, đặc biệt trong nhóm người trẻ tuổi là rất quan trọng.

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ chung của bốn nhóm BKLN

Bệnh	Hút thuốc lá	Sử dụng rượu bia ở mức có hại	Chế độ ăn không hợp lý	Thiếu hoạt động thể lực
Tim mạch, tăng huyết áp	✓	✓	✓	✓
Đái tháo đường	✓	✓	✓	✓
Ung thư	✓	✓	✓	✓
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	✓			

Xử trí

- Tư vấn cho đối tượng có yếu tố nguy cơ thay đổi hành vi lối sống
- Khám sức khỏe định kỳ

3. Chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến

3.1. Chẩn đoán, điều trị

a) Tăng huyết áp:

- Chẩn đoán, điều trị, sơ cấp cứu, tư vấn cho người mắc bệnh tăng huyết áp theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp. Thực hiện chuyển tuyến để chẩn đoán, điều trị, cấp cứu trong trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn của đơn vị.
- Chuyển người bệnh về các cơ sở y tế tuyến xã để tiếp tục quản lý và điều trị sau khi đã được chẩn đoán, điều trị qua giai đoạn cấp cứu hoặc được xác định tình trạng bệnh đã thuyên giảm.

b) Bệnh đái tháo đường típ 2:

- Chẩn đoán, điều trị, sơ cấp cứu, tư vấn người mắc bệnh đái tháo đường típ 2 theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19/7/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 và Quyết định số 3798/QĐ-BYT ngày 21/8/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh đái tháo đường típ 2. Thực hiện chuyển tuyến để chẩn đoán, điều trị, cấp cứu trong trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn của đơn vị.
- Chuyển người bệnh về các cơ sở y tế tuyến xã để tiếp tục quản lý và điều trị sau khi đã được chẩn đoán, điều trị qua giai đoạn cấp cứu hoặc được xác định tình trạng bệnh đã thuyên giảm.

c) Bệnh hen phế quản:

- Chẩn đoán, điều trị, sơ cấp cứu, tư vấn người mắc bệnh hen phế quản theo Quyết định số 3942/QĐ-BYT ngày 02/10/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về dị ứng - miễn dịch lâm sàng. Thực hiện chuyển tuyến để chẩn đoán, điều trị, cấp cứu trong trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn của đơn vị.

- Chuyển người bệnh về các cơ sở y tế tuyến xã để tiếp tục quản lý và điều trị sau khi đã được chẩn đoán, điều trị qua giai đoạn cấp cứu hoặc được xác định tình trạng bệnh đã thuyên giảm.

d) Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính:

- Chẩn đoán, điều trị, sơ cấp cứu, tư vấn người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo Quyết định số 2866/QĐ-BYT ngày 08/7/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Thực hiện chuyển tuyến để chẩn đoán, điều trị, cấp cứu trong trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn của đơn vị.

- Chuyển người bệnh về các cơ sở y tế tuyến xã để tiếp tục quản lý và điều trị sau khi đã được chẩn đoán, điều trị qua giai đoạn cấp cứu hoặc được xác định tình trạng bệnh đã thuyên giảm.

đ) Ung thư cổ tử cung, ung thư vú, ung thư khoang miệng, ung thư đại - trực tràng: Khám bệnh theo Quyết định số 3338/QĐ-BYT ngày 09/9/2013 của Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành ung bướu và chuyển tuyến chẩn đoán xác định bệnh.

e) Đối với các bệnh không lây nhiễm phổ biến khác: Chẩn đoán, điều trị, cấp cứu, tư vấn, chuyển tuyến theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

3.2. Quản lý các bệnh lý không lây nhiễm tập trung 4 bệnh lý phổ biến sau

- Tăng huyết áp
- Đái tháo đường
- Hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Theo tổ chức y tế thế giới, một số nguyên tắc sau giúp việc quản lý điều trị bệnh nhân mạn tính tốt hơn.

3.2.1. Một số nguyên tắc quản lý bệnh mạn tính

1. Phát triển mối quan hệ điều trị với bệnh nhân
2. Tập trung vào mối bận tâm và những vấn đề ưu tiên của bệnh nhân
3. Sử dụng mô hình 5 chữ A bao gồm : Đánh giá (Assess), Đưa lời khuyên (Advise), Đồng thuận (Agree), Giúp đỡ (Assist), Sắp xếp (Arrange).
 1. Hỗ trợ bệnh nhân tự quản lý bệnh tật
 2. Tổ chức các hoạt động theo dõi một cách chủ động
 3. Gắn kết với cá nhân viên y tế khác như nhà giáo dục, nhân viên hỗ trợ, điều dưỡng với bệnh nhân để cùng chăm sóc
 1. Gắn kết bệnh nhân với các nguồn lực của cộng đồng
 2. Sử dụng các thông tin viết sẵn: đăng kí, kế hoạch điều trị, theo dõi, nhắc nhở
 3. Làm việc nhóm giữa các nhân viên y tế
 4. Đảm bảo tính liên tục trong điều trị

3.2.2. Hướng tiếp cận phối hợp trong quản lý bệnh mạn tính:

Sự phối hợp 3 bên bao gồm: bệnh nhân và gia đình bệnh nhân, nhân viên y tế và đối tác cộng đồng sẽ giúp cho quá trình điều trị và quản lý bệnh mạn tính tốt hơn.

Đối với bệnh nhân và gia đình bệnh nhân

- Bày tỏ mối bận tâm của mình

- Thảo luận về kế hoạch điều trị, chăm sóc
- Thương thuyết một kế hoạch điều trị với nhân viên y tế
- Quản lý các vấn đề sức khỏe của bản thân
- Tự theo dõi các triệu chứng chính và điều trị
- Theo dõi và tái khám đều đặn.

Đối với nhân viên y tế

Với các bác sĩ tại bệnh viện huyện/quận:

- Thực hiện đánh giá toàn diện vấn đề của bệnh nhân và đưa ra chẩn đoán
- Khai thác được những mục tiêu điều trị của bệnh nhân
- Thống nhất kế hoạch điều trị với bệnh nhân
- Kiểm tra, thay đổi kế hoạch điều trị nếu cần

Với các nhân viên y tế tại trạm y tế:

- Khơi gợi những mối bận tâm của bệnh nhân
- Đánh giá tình trạng lâm sàng của bệnh nhân
- Đánh giá mức độ sẵn sàng chấp nhận kế hoạch điều trị
- Trao đổi, chia sẻ cá thông tin về nguy cơ sức khỏe
- Chuyển tuyến nếu cần đánh giá sâu hơn để đưa ra chẩn đoán và kế hoạch điều trị
- Sắp xếp những buổi tái khám
- Hỗ trợ bệnh nhân tự quản lý vấn đề sức khỏe của bản thân
- Liên kết với các đối tác như nhà giáo dục, nhân viên xã hội cùng tham gia
- Liên kết với các nguồn lực cộng đồng để theo dõi, hỗ trợ điều trị thường xuyên

Các đối tác cộng đồng

- Hỗ trợ mục tiêu điều trị của bệnh nhân và kế hoạch thực hiện
- Cung cấp chăm sóc và hỗ trợ cho bệnh nhân và gia đình
- Cung cấp các nguồn lực giúp bệnh nhân tự quản lý bao gồm hỗ trợ các câu lạc bộ
- Đóng vai trò đối tác hỗ trợ điều trị
- Liên kết với nhân viên y tế và theo dõi bệnh nhân thường xuyên

Nội dung thực hành:

Giảng viên đưa ra một số ca bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản, COPD

Anh chị hãy thảo luận nhóm trả lời câu hỏi sau:

Lập kế hoạch quản lý các bệnh nhân trong tình huống theo nguyên lý y học gia đình

Câu hỏi lượng giá:

Câu 1. Khái niệm về bệnh không lây nhiễm:

- Bệnh không lây nhiễm (BKNL) là bệnh không truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang người
- Hầu hết BKNL là bệnh truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang người, khó chữa khỏi.
- Phần lớn BKNL có chung 4 yếu tố nguy cơ (thuốc lá, rượu, bia, ít hoạt động thể lực và chế độ ăn không hợp lý)

D. Có một số bệnh được phát hiện có phần nguyên nhân truyền nhiễm nhưng bản thân bệnh không lây nhiễm (như một số loại ung thư).

Câu 2. Dự phòng cấp I là tác động vào:

- A. Phát hiện sớm bệnh
- B. Điều trị kịp thời
- C. Điều trị sớm và triệt để
- D. Tác động vào thời kỳ khỏe mạnh

Câu 3. Dự phòng cấp II là:

- A. Phải phát hiện sớm bệnh
- B. Điều trị kịp thời
- C. Khắc phục các tật nguyên
- D. Tăng cường giáo dục sức khỏe cho mọi người

Câu 4. Dự phòng cấp III là :

- A. Phải phát hiện sớm bệnh từ khi chưa có dấu hiệu sinh học
- B. Điều trị bệnh hợp lý nhằm ngăn chặn những diễn biến xấu, hay biến chứng của bệnh.
- C. Hàng ngày ăn uống điều độ, hợp vệ sinh
- D. Thực hiện tiêm phòng đầy đủ

Câu 5. Điều kiện cần thiết để nâng cao sức khỏe là :

- A. Phát hiện sớm bệnh trong cộng đồng
- B. Hòa giải
- C. Vận động ủng hộ
- D. Thực hiện chế độ dinh dưỡng hợp lý.

Câu 6. Nguyên tắc thực hiện giáo dục sức khỏe là:

- A- Xác định tầm quan trọng của yếu tố môi trường
- B- Chẩn đoán sớm bệnh và điều trị kịp thời
- C- Cách ly sớm bệnh nhân
- D- Khắc phục các tật nguyên

Câu 7. Mục tiêu của phương pháp tiếp cận y tế để nâng cao sức khỏe là:

- A- Khuyến khích cá nhân thay đổi hành vi có lợi cho sức khỏe của mình
- B- Giáo dục sức khỏe cộng đồng
- C- Tăng cường hiểu biết về nguy cơ của sức khỏe cho cộng đồng
- D- Thực hiện dự phòng cấp II và Cấp III.

Câu 8. Các nguyên tắc nâng cao sức khỏe của Việt Nam là:

A-Hiến pháp nước Cộng hòa Xã hội Chủ nghĩa Việt Nam (điều 39)

B-Nâng cao chất lượng hệ thống các bệnh viện

C-Năng cao chất lượng khám chữa bệnh

D-Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân (1989)

Câu 9.Các phương thức tiếp cận và mô hình nâng cao sức khỏe

A-Tiếp cận Y tế

B-Tiếp cận giáo dục sức khỏe

C-Tiếp cận quần thể đích

D-Tiếp cận cơ sở vật chất xã hội

Tài liệu tham khảo:

1. Giáo trình Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu, Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2017), NXB Y học
2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” **do Dự án HPET** biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.
3. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 3756/QĐ-BYT ngày 21 tháng 6 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến y tế cơ sở

Bài 17

CẤP CỨU NGOẠI KHOA VÀ THẨM HỌA

Mục tiêu

1. Trình bày các triệu chứng chính để chẩn đoán và xử trí ban đầu, một số cấp cứu ngoại khoa thường gặp tại trạm y tế và cộng đồng trong tình huống học tập.
2. Thực hiện được một số kỹ thuật sơ cấp cứu ngoại khoa, thẩm họa tại Skill lab (garo cầm máu, cố định gãy xương kín, kỹ thuật băng đầu).
3. Mô tả được công tác y tế trong cấp cứu thẩm họa.
4. Thể hiện được tác phong nhanh nhẹn, kỹ năng xử lý tình huống độc lập và kỹ năng phối hợp làm việc đội hiệu quả.

Nội dung

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá thực hành lâm sàng đa khoa, các bác sỹ gia đình chú trọng đến công tác phát hiện sớm, chẩn đoán, xử trí ban đầu, dự phòng một số cấp cứu thường gặp tại tuyến y tế cơ sở. Do cấp cứu diễn biến cấp tính và có thể nặng lên nhanh chóng nên đòi hỏi công tác cấp cứu phải rất khẩn trương: thu thập thông tin, đánh giá, đưa ra chẩn đoán, xử trí và can thiệp cấp cứu. Việc có kiến thức về các nguyên tắc xử lý ban đầu và thực hành đúng sẽ góp phần làm giảm nguy cơ tử vong và di chứng cho người bệnh, tạo điều kiện thuận lợi và an toàn để chuyển bệnh nhân, điều trị chuyên sâu ở tuyến trên (khi cần thiết)

1. Nguyên tắc chung xử trí cấp cứu

1.1. Phân loại ưu tiên.

- Nguy kịch (khẩn cấp): người bệnh có bệnh lý, tổn thương, rối loạn đe dọa tính mạng, nguy cơ tử vong nhanh chóng nếu không được can thiệp cấp cứu ngay.
- Cấp cứu: Người bệnh có bệnh lý, tổn thương, rối loạn có thể tiến triển nặng lên nếu không được can thiệp điều trị nhanh chóng.
- Không cấp cứu: Người bệnh có bệnh lý, tổn thương rối loạn mà ít có khả năng tiến triển nặng, đe dọa tính mạng.

1.2. Các bước thăm khám

Bước 1: Nhận định và kiểm soát ổn định các chức năng sống.

- Mục tiêu là tìm các rối loạn/tổn thương đe dọa các chức năng sống và thực hiện ngay các can thiệp cần thiết để đảm bảo ổn định các chức năng sống.

+ Tập trung vào đánh giá và kiểm soát tuần tự ABCD (đường thở, hô hấp, tuần hoàn, thần kinh).

+ Nhanh chóng xác định các tổn thương/rối loạn quan trọng làm ảnh hưởng các chức năng sống và có thể xử trí được ngay.

+ Thực hiện ngay các điều trị, thủ thuật và can thiệp cấp cứu để ổn định các chức năng sống: khai thông đường thở, đặt NKQ, bóp bóng, thở ô xy, đặt

đường truyền tĩnh mạch, bồi phụ thể tích, cầm máu, chọc màng phổi, chọc dịch màng ngoài tim, sốc điện chuyển nhịp nhanh...

-Các thông tin về tiền sử, bệnh sử, thuốc đang dùng, xét nghiệm nhanh... có thể rất có ích cho các quyết định xử trí, tuy nhiên không nên mất nhiều thời gian vào hỏi, thăm khám, làm xét nghiệm/thăm dò và không vì hỏi, thăm khám, làm xét nghiệm/thăm dò mà làm chậm trễ quá trình đánh giá và kiểm soát các chức năng sống.

Bước 2 (secondary survey): thăm khám một cách hệ thống và chi tiết theo trình tự

-Mục tiêu là đánh giá đầy đủ các tổn thương/rối loạn/bệnh lý để có kế hoạch xử trí cấp cứu và xử trí điều trị triệt để hợp lý.

-Để đảm bảo không bỏ sót các tổn thương, dấu hiệu/triệu chứng... cần tuân thủ nguyên tắc và trình tự thăm khám:

+ Đứng cạnh bệnh nhân để thu thập bệnh sử.

+ Thăm khám lâm sàng một cách tập trung và liên tục, tránh bị ngắt quãng.

+Nên thăm khám một cách hệ thống, tuần tự từ đầu đến chân (đầu mặt cổ, ngực, bụng, khung chậu, chi, lưng...) và thăm khám hết tất cả các hệ thống cơ quan (thần kinh, hô hấp, tim mạch, bụng và tiêu hóa, thận-tiết niệu, sinh dục, tai mũi họng, mắt, răng hàm mặt...).

+ Nên tập trung thăm khám kỹ vào các bộ phận liên quan đến các lí do chính làm bệnh nhân đến cấp cứu cũng như tập trung vào tìm kiếm các dấu hiệu giúp cho định hướng chẩn đoán.

+ Chỉ nên làm các thăm dò, xét nghiệm giúp loại trừ hoặc khẳng định chẩn đoán, hoặc giúp định hướng chuyển/nhập viện bệnh nhân

1.3 Ra quyết định về chẩn đoán và định hướng xử trí:

- Ưu tiên chẩn đoán và xử trí các rối loạn/tổn thương nguy hiểm và cố gắng chẩn đoán loại trừ các cấp cứu.

- Người bác sỹ cấp cứu thường xuyên phải tận dụng triệt để lượng thông tin có, xử lý hiệu quả tối đa các thông tin này dựa vào kiến thức, kỹ năng và kinh nghiệm. Một trong các tính chuyên khoa của cấp cứu là xử lý hiệu quả và nhanh chóng đưa ra được các quyết định mà chỉ dựa vào lượng thông tin ít ỏi có được.

- Trong điều kiện bị áp lực về thời gian và thiếu thông tin, nên tuân thủ một số nguyên tắc nhất định để có thể tiến đến các chẩn đoán và xử trí hợp lý nhất:

+ Chẩn đoán nếu có thể, nếu không có chẩn đoán: chẩn đoán và xử trí các rối loạn/tổn thương nguy hiểm và tập trung vào kiểm soát hoặc loại trừ các cấp cứu.

+ Đưa ra các chẩn đoán bệnh lý cấp cứu nguy hiểm, chẩn đoán nhiều khả năng nhất trước; Người bác sỹ nên tư duy qua 3 bước:

Tính toán và liệt kê tất cả các khả năng có thể

Sau đó xác định các nguyên nhân/tổn thương/rối loạn nào là nguy cơ nặng nề, nguy hiểm nhất và lên kế hoạch chẩn đoán và xử trí theo định hướng này.

Xác định xem liệu có các nguyên nhân/tổn thương/rối loạn khác cần phải được xử lý không

+ Tập hợp các thông tin để xác nhận hoặc loại trừ chẩn đoán bệnh cấp cứu nguy hiểm trước, rồi đến các chẩn đoán nhiều khả năng nhất

+ Tránh chẩn đoán kiểu “chộp được”, nên tìm chẩn đoán theo sơ đồ cây chẩn đoán (algorithm)

+ Điều trị có thể giúp thêm cho chẩn đoán: đáp ứng với điều trị hoặc ngược lại không đáp ứng với điều trị cũng đều là các thông tin tốt giúp thêm cho định hướng chẩn đoán.

+ Chỉ nên làm các thăm dò, xét nghiệm giúp loại trừ hoặc khẳng định chẩn đoán, hoặc giúp định hướng chuyển/nhập viện bệnh nhân

+ Nên sử dụng các quy trình, hướng dẫn xử trí, điều trị cấp cứu để tiết kiệm sức và trí não trong giờ trực

+ Nên bỏ ra ít nhất 2-3 phút tập trung suy nghĩ cho mỗi bệnh nhân

1.4. Định hướng chuyển: vào viện/ra viện hay lưu theo dõi

-Trước mỗi bệnh nhân cấp cứu, người bác sỹ chắc chắn sẽ phải quyết định xem bệnh nhân sẽ được bố trí chỗ như thế nào: nhập viện hay ra viện hay lưu theo dõi? Nếu nhập viện thì cho nhập vào khoa nào? Cho nhập viện ngay hay chờ theo dõi thêm?

- Trong nhiều trường hợp thì quyết định cho vào viện hay cho ra viện là một quyết định rất khó khăn. Nhất là khi không có sự thống nhất giữa ý đồ của bác sỹ và nguyện vọng của bệnh nhân/gia đình bệnh nhân.

- Để việc quyết định đỡ khó khăn và giảm thiểu sai sót, rủi ro, cần tuân theo một số nguyên tắc hoặc trả lời một số câu hỏi:

+ Bệnh nhân có cần nằm viện không?

+ Nếu cho ra viện: có đủ an toàn cho bệnh nhân không và cần theo dõi như thế nào?

+ Để bệnh nhân lưu lại theo dõi thêm tại khoa cấp cứu nếu chưa có quyết định hoặc còn phân vân hoặc khi bệnh nhân/gia đình bệnh nhân lo lắng

+ Suy nghĩ cẩn thận trước khi quyết định

+ Tránh đưa ra quyết định khi đang căng thẳng hoặc đang cáu giận: tạm dừng lại trấn tĩnh vài phút rồi sau đó mới quay lại giải quyết tiếp và quyết định

Chú ý đến cửa sổ điều trị/thời gian vàng trong cấp cứu:

-Phần lớn các cấp cứu có thể cải thiện tiên lượng tử vong/bệnh tật/biến chứng nếu được tiếp cận và can thiệp sớm trong một giới hạn thời gian nhất định (“thời gian vàng”). Người nhân viên cấp cứu cần rất chú ý và phấn đấu để có thể tiếp cận và can thiệp điều trị bệnh nhân sớm trong khoảng thời gian này.

-Một số ví dụ:

+ Ngừng tuần hoàn (NTH) và sốc điện: Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim. Hồi sinh tim phổi kết hợp với sốc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi NTH có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 50% -75%.

+ Hội chứng động mạch vành cấp: cửa sổ thời gian cho dùng thuốc tiêu sợi huyết là 12 giờ đối với NMCT có ST chênh lên (STEMI).

+ Tắc mạch não: cửa sổ thời gian cho dùng thuốc tiêu sợi huyết (Alteplase) là 3 giờ.

+ Sốc nhiễm khuẩn/nhiễm khuẩn nặng: cần cho kháng sinh đường tiêm trong vòng 1 giờ, điều trị tích cực sớm theo mục tiêu trong 6 giờ đầu.

+ Vết thương động mạch/ga rô mạch: cần can thiệp lập lại tưới máu trong vòng 6 giờ. Nếu để muộn trên 6 giờ thì nguy cơ phải cắt cụt rất cao.

Các nguyên tắc để tránh sai lầm:

-Tránh rào cản lớn nhất đối với chẩn đoán đúng: bị ảnh hưởng của chẩn đoán trước đó

-Tránh bị ảnh hưởng bởi suy nghĩ của người khác: bị nhiễu chẩn đoán và nhiễu từ người khác.

-Chú ý đến các dấu hiệu sống, các ghi chép của tuyến trước và ghi chép của y tá.

-Tránh “gập” hồ sơ vào quá sớm, khi mà chưa có chẩn đoán rõ ràng: cần cho bệnh nhân vào danh sách chưa có chẩn đoán hoặc chẩn đoán chưa rõ ràng và có cảnh báo, theo dõi thích hợp.

-Thận trọng vào các thời điểm nguy cơ cao: khi bệnh nhân ký để ra sớm, khi đông bệnh nhân, giờ cao điểm hoặc thời điểm mệt mỏi.

-Thận trọng với nhóm bệnh nhân nguy cơ cao: lang thang, nghiện rượu, nghiện thuốc, bạo lực, bị lạm dụng, rối loạn tâm thần

-Thận trọng với bệnh nhân quay lại: bệnh nhân có thể có các vấn đề cấp cứu mà chưa được phát hiện hoặc chưa được xử trí đúng. Bệnh nhân quay lại cũng là cơ hội tốt để chúng ta có thể sửa chữa các sai sót hoặc bỏ sót trong chẩn đoán và xử trí của lần đến cấp cứu trước.

-Chú ý đến các chẩn đoán quan trọng có nguy cơ cấp cứu cao (cần nghĩ đến và loại trừ trước): nhồi máu cơ tim cấp, tắc động mạch phổi, tắc động/tĩnh mạch, xuất huyết dưới nhện, chảy máu não ở bệnh nhân ngộ độc, viêm màng não, viêm ruột thừa, chửa ngoài tử cung, xoắn tinh hoàn, chấn thương gân hoặc thần kinh...

-Thận trọng khi thấy có chẩn đoán đặt ra trước đó không phù hợp (không tương ứng với dấu hiệu, triệu chứng... của bệnh nhân).

ĐAU BỤNG

1.Đại cương

Đau bụng là một triệu chứng có trong hầu hết các bệnh nội và ngoại khoa đường tiêu hóa, đường tiết niệu, các bệnh phụ khoa ngay cả bệnh lý tim mạch, bệnh phổi... đều có thể xuất hiện đau bụng.

Vì vậy cần nắm chắc và biết vận dụng, kết hợp triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trong khi chẩn đoán, xác định nguyên nhân để có hướng xử trí ban đầu, hướng xử trí tiếp theo nhất là trường hợp cấp cứu.

2. Chẩn đoán

Chẩn đoán đau bụng phải dựa vào khai thác tiền sử, khám lâm sàng và các xét nghiệm thăm dò.

- Khai thác tính chất cơn đau

- + Cơn đau co thắt, từng cơn, giữa các cơn có thể hết hoặc âm ỉ (ví dụ: đau quặn gan, co thắt ruột, tắc ruột...).
- + Cơn đau kích ứng thành bụng: liên tục, âm ỉ, không dứt, thường có phản ứng (ví dụ: viêm phúc mạc ruột thừa, chảy máu trong ổ bụng, thủng tạng rỗng...).
- + Cơn đau lan: liên quan tới tư thế, nhịp thở... (ví dụ: viêm phổi, áp xe cơ thắt lưng chậu, tràn mủ màng phổi...).

- Khai thác vị trí cơn đau

- + Đau thượng vị: viêm dạ dày, viêm tụy, nhồi máu cơ tim, thoát vị, giun chui ống mật,...
- + Đau hạ vị: viêm bàng quang, sỏi bàng quang, viêm tử cung phần phụ, chửa ngoài tử cung,...
- + Đau quanh rốn: viêm dạ dày-ruột,...
- + Đau hạ sườn phải: áp xe gan, giun chui ống mật, viêm túi mật cấp,...
- + Đau hố chậu phải: viêm ruột thừa, viêm manh tràng, sỏi niệu quản,...
- + Đau hố chậu trái: sỏi niệu quản, viêm túi thừa,...
- + Đau hai bên mạng sườn: sỏi niệu quản.

- Xác định mức độ đau:

- + Phải xác định mức độ đau để cho thuốc giảm đau sớm. Dùng thuốc giúp cho chẩn đoán dễ dàng và chính xác hơn chứ không phải làm mất triệu chứng.
- + Thang điểm đau yêu cầu bệnh nhân tự đánh giá.
- + Điểm 0: không đau; điểm 10: đau dữ dội nhất.
- + Yêu cầu bệnh nhân đánh giá mức độ từ 0 tới 10 và ghi nhận kết quả: ví dụ 4/10, 7/10.

- Khai thác tiền sử:

- + Thời gian xuất hiện cơn đau.
- + Yếu tố liên quan bữa ăn: ngộ độc, dị ứng?
- + Các bệnh lý toàn thân từ trước: viêm tụy mạn, sỏi mật, sỏi thận,...
- + Sốt?

+ Thiếu máu?

-Khám lâm sàng:

+ Khám kỹ bụng (nhìn, sờ, gõ, nghe) và các lỗ thoát vị, trực tràng.

+ Tìm các dấu hiệu ngoại khoa: bụng trướng, tăng nhu động, quai ruột nổi, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, thoát vị nghẹt...

+ Toàn thân: ý thức, mạch, HA, nhịp thở, sốt, thiếu máu, toan nặng,...

-Cận lâm sàng: Nên lựa chọn tùy bệnh nhân và định hướng lâm sàng:

+ Chụp bụng không chuẩn bị: tắc ruột, thủng tạng rỗng.

+ Siêu âm bụng: nhiều tác dụng, phát hiện bệnh lý tụy, gan, đường mật, túi mật, thận, bàng quang, động mạch chủ..

+ Chụp cắt lớp ổ bụng: viêm tụy, sỏi niệu quản, viêm ruột thừa...

+ Chụp mạch máu: phình tách động mạch chủ (ĐMC), tắc mạch mạc treo.

+ Xét nghiệm hỗ trợ: công thức máu, amylase, D dimer, LDH, men gan,...

3.Định hướng chẩn đoán lâm sàng

3.1. Đau bụng cấp tính.

Thông thường bụng là cơ quan có nhiều tổ chức bên dưới, do vậy việc chẩn đoán ra một bệnh cụ thể dựa vào lâm sàng rất khó khăn. Sử dụng các thăm dò chức năng để xác định và tìm chẩn đoán ngày càng quan trọng.

– Thủng tạng rỗng: cơn đau đột ngột dữ dội, liên tục kiểu ngoại tạng (parietal): bụng cứng, phản ứng thành bụng.

– Viêm tụy cấp: đau thượng vị, thường kèm theo nôn nhiều và bụng trướng hay gặp bệnh nhân nghiện rượu, sỏi mật...

– Tắc ruột: đau bụng từng cơn kiểu nội tạng (visceral), bụng trướng, bí trung, đại tiện.

– Tắc mật (sỏi túi mật, sỏi ống mật chủ...): đau bụng mạn sườn phải, sốt, vàng da đôi khi khám thấy túi mật to, ấn điểm túi mật đau.

– Cơn đau quặn thận: đau dữ dội mạn sườn, lan xuống dưới hoặc xuống bìu, tiểu buốt rất hoặc có máu.

– Viêm ruột thừa: triệu chứng thường phụ thuộc vào thời gian tới khám. Giai đoạn sớm đôi khi chỉ đau vùng thượng vị, sốt nhẹ; giai đoạn muộn hơn: đau khu trú hố chậu phải, ấn có phản ứng rõ.

– Chửa ngoài tử cung vỡ: Chậm kinh, đau bụng, biểu hiện sốc giảm thể tích mạch nhanh huyết áp tụt, test thử thai (+), siêu âm có dịch trong khoang bụng. Chỉ định mổ cấp cứu

3.2. Đau bụng mạn tính

– Lao ruột: Thường đau âm ỉ vùng hồi manh tràng (hố chậu phải), Hội chứng bán tắc ruột, rối loạn đại tiện. Có dấu hiệu nhiễm lao và có thể phát hiện lao ở các cơ quan khác.

- Viêm đại tràng mãn tính: Đau quặn từng cơn dọc theo đại tràng. Rối loạn đại tiện: Phân táo hoặc lỏng, có nhày mũi.
- Viêm màng bụng do lao. Đau âm ỉ khắp bụng. Rối loạn tiêu hoá: Khám: Cổ trướng khu trú hoặc có màng cứng do dính màng bụng. Dấu hiệu bán tắc ruột.
- Viêm buồng trứng hoặc phần phụ mạn tính. Đau vùng hố chậu hay hạ vị. Rối loạn kinh nguyệt, ra khí hư.
- Các khối u ổ bụng: Ung thư dạ dày, ruột, gan, mạc treo, tụy... có thể sờ thấy trên lâm sàng, khi thấy khối bất thường cần làm siêu âm chẩn đoán và chuyển tuyến để được chẩn đoán đúng và xử lý kịp thời.

4. Hướng xử trí

- Những trường hợp đau bụng có ảnh hưởng chức năng sống.

Ví dụ:

- + Tụt huyết áp, mạch nhanh.
 - + Nhiễm trùng – nhiễm độc.
 - + Thiếu máu nặng.
 - + Rối loạn ý thức.
 - + Suy hô hấp.
 - Các bước cần làm ngay:
 - + Mặc monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO2, điện tim tùy theo trường hợp cụ thể.
 - + Đặt đường truyền tĩnh mạch, nếu có sốc phải đặt 2 đường ngoại vi cỡ lớn.
 - + Nhịn ăn nếu bệnh nhân có nghi ngờ chỉ định ngoại khoa.
 - + Làm các xét nghiệm cơ bản, đông máu và các xét nghiệm cần cho phẫu thuật.
 - + Đặt ống thông dạ dày dẫn lưu nếu bụng trướng, cần theo dõi dịch dạ dày.
 - + Hạn chế hoặc chú ý đặc biệt khi di chuyển bệnh nhân đi chụp chiếu, siêu âm. Ưu tiên làm các thăm dò tại chỗ (hạn chế rủi ro khi phải chuyển bệnh nhân ra ngoài khoa và có thể làm nhiều lần để theo dõi tiến triển).
 - + Lưu ý phát hiện và xử trí hội chứng khoang bụng cấp (tăng áp lực trong ổ bụng).
 - Giảm đau đầy đủ:
 - + Cần cho giảm đau cấp cứu nếu đau > 4/10
 - + Tùy theo loại cơn đau mà cho thuốc phù hợp:
 - Cơn đau co thắt: Buscopan, Visceralgin, Nospa, atropin.
 - Cơn đau kích thích thành bụng: Pentalgin, Efferalgan, bọc dạ dày.
 - Cơn đau lan: phong bế thuốc tê: Feldene.
 - Cơn đau phối hợp: phối hợp nhiều thuốc hoặc morphin (nên dùng đúng liều).
- Các biện pháp giảm đau phối hợp: chườm lạnh, động viên, chọn tư thế đỡ đau...

– Luôn chú ý xác định có chỉ định ngoại khoa cấp hay không:

Dấu hiệu cần phát hiện: co cứng thành bụng, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc, dấu hiệu của tắc ruột, đau hố chậu phải.

– Với các trường hợp đau bụng đã có nguyên nhân rõ ràng và toàn trạng ổn định:

+ Giảm đau đầy đủ.

+ Gửi chuyên khoa điều trị.

– Trường hợp chưa rõ chẩn đoán:

+ Loại trừ các nguyên nhân nguy hiểm biểu hiện kín đáo: chửa ngoài tử cung, vỡ tạng rỗng, viêm ruột thừa không điển hình, tắc mạch mạc treo, viêm túi thừa.

+ Những cơn đau bụng cấp chưa rõ nguyên nhân mặc dù đã khám kỹ và làm nhiều thăm dò và xét nghiệm:

Cần theo dõi sát nếu cơn đau dai dẳng không dứt.

Lưu bệnh nhân nằm lưu lại để theo dõi (nhiều trường hợp nguyên nhân chỉ lộ rõ sau khi theo dõi nhiều giờ đến vài ngày).

SƠ CỨU GẦY XƯƠNG

NỘI DUNG

Gãy xương là sự phá hủy đột ngột gián đoạn về cấu trúc giải phẫu bình thường của một xương do tác nhân cơ học, do đó gây ra sự gián đoạn truyền lực qua xương. Gãy xương là hậu quả khi lực tác động cơ học lên hệ thống xương vượt quá khả năng chịu đựng của tổ chức.

Mức độ phức tạp của gãy xương phụ thuộc trực tiếp vào cường độ lực tác động, thời gian tác động. Theo thống kê hàng năm có khoảng 11,3 ca gãy xương /1000 dân tại Mỹ, trong đó nam giới chiếm 11,67 ca/1000 dân, nữ giới chiếm 10,67 ca/1000 dân.

1. Nguyên nhân gãy xương

1.1. Gãy xương do chấn thương: đây là nguyên nhân thường gặp nhất trên lâm sàng.

- Tai nạn giao thông: chiếm trên 60 % tổng số nguyên nhân gây gãy xương. Có thể gãy xương kín hoặc gãy xương hở

- Tai nạn lao động ngày càng nhiều do bảo hộ lao động không tốt như ngã giàn giáo, đá dè.

- Tai nạn do thể dục thể thao: do đá bóng, đua xe...

- Tai nạn trong sinh hoạt: do ngã

- Tai nạn học đường: gặp ở tuổi học đường. Thường do ngã cao

- Do bạo lực: đánh chém nhau...

Mức độ tổn thương xương khác nhau có thể đơn giản hay phức tạp phụ thuộc vào cơ chế chấn thương trực tiếp hay gián tiếp

* Chấn thương trực tiếp:

Xương gãy tương ứng với vị trí chấn thương và là nơi lực tác động vào xương mạnh nhất. Tổn thương xương gãy thường phức tạp, phần mềm dập nát. Có thể phối hợp với tổn thương mạch máu, thần kinh. Ví dụ:

- Cây đổ đập trực tiếp vào cẳng chân —> gãy xương cẳng chân
- Ngã chống gót —> vỡ xương gót
- Ngã đập móm khuỷu xuống nền cứng gây vỡ móm khuỷu di lệch

Loại chấn thương này thường gây ra gãy hở, gãy có mảnh vỡ rời hay gãy vụn, phức tạp.

Chấn thương gián tiếp: Xương gãy ở xa nơi bị chấn thương. Xương hay bị gãy chéo xoắn, phần mềm bị tổn thương nhẹ hơn. Ví dụ:

- Ngã chống gót —> gãy cột sống
- Ngã chống bàn tay —> gãy trên lồi cầu xương cánh tay ở trẻ em., gãy đầu dưới xương quay ở người cao tuổi.

1.2. Gãy xương do vết thương chiến tranh.

Thường do đạn bắn, mảnh bom, mìn. Gãy xương thường nát vụn, tổn thương phức tạp của phần mềm, mạch, thần kinh và xương. Khả năng bảo tồn chi thể khó khăn và tỉ lệ nhiễm trùng, hoại tử chi cao

1.3. Gãy xương do bệnh lý: các bệnh lý tại xương, làm cho xương bị yếu đi. Khi gặp một tác động nhẹ cũng gây tổn thương xương nhiều khi gãy xương tự nhiên.

Các bệnh lý như:

- U xương (u nang, ung thư xương ...).
- Lao xương (lao cột sống).
- Viêm xương tuỷ.

1.4. Gãy xương do nguyên nhân khác: rất ít gặp, thường do co cứng cơ một cách rất đột ngột làm gãy xương như:

- Cơ co cứng uốn ván.
- Cơ co cứng trong điều trị bằng sốc điện.

2. Dấu hiệu gãy xương

- Đau: đau ngay sau khi chấn thương xảy ra, điểm đau khu trú tại vị trí gãy, đau tăng khi cử động
- Sưng nề, bầm tím: xảy ra ngay khi chấn thương hoặc một vài giờ sau
- Giảm hoặc mất vận động chi
- Biến dạng chi: lệch trục, ngắn chi, thay đổi tư thế chi vì nguy cơ gây sốc, tổn thương thêm
- Ấn có điểm đau chói tương ứng vị trí gãy
- Dấu hiệu lạo sạo xương gãy: có giá trị chẩn đoán các định tuy nhiên không cố tìm



3. Mục đích:

- Làm cho bệnh nhân đỡ đau và phòng ngừa sốc. Chính vì thế tuyệt đối không vận động phần bị tổn thương nếu không cần thiết. Nếu có điều kiện nên phong bế Novocain xung quanh ổ gãy hoặc tiêm Morphin dưới da nếu không có tổn thương sọ não, ổ bụng... kèm theo.
- Cố định tạm thời gãy xương giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
- + Trong trường hợp gãy hở: băng kín các vết thương giúp phòng ngừa nhiễm khuẩn.

4. Nguyên tắc

- Nẹp phải đủ dài để bất động chắc khớp trên và khớp dưới chỗ gãy
- Không đặt nẹp trực tiếp sát vào da nạn nhân, đầu nẹp, các chỗ máu lòi của đầu xương phải lót bông rồi mới đặt nẹp.
- Nẹp phải được cố định chặt vào chi bị thương thành một khối.
- Bất động chi theo tư thế cơ năng đối với gãy xương kín (chi dưới duỗi 180 độ, chi trên gấp khuỷu độ). Thường xuyên nâng cao chi bị gãy sau khi cố định để giảm sưng nề, khó chịu.
- Nhanh chóng, nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị, thường xuyên quan sát theo dõi nạn nhân về tình trạng toàn thân đặc biệt là tình trạng tuần hoàn phía dưới ổ gãy.

5. Các loại nẹp thường dùng

5.1. Nẹp tre:

Được dùng phổ biến và thuận tiện ở tuyến xã, có 4 bộ nẹp tre cho chi trên, chi dưới theo quy cách sau:

- + Bộ nẹp cho cẳng tay: gồm có 2 nẹp.
- Nẹp trước nếp lằn cổ tay đến khuỷu rộng 5 cm, dày 0,5 - 0,7 cm.

- Nẹp sau hình chữ L từ hết các ngón tay lên đến giữa cánh tay rộng 5 cm, dày 0,5 - 0,7 cm.
- + Bộ nẹp cho cánh tay: gồm có 2 nẹp:
 - Nẹp trong nẹp lằn cổ tay đến khuỷu rộng 5 cm, dày 0,5 - 0,7 cm.
 - Nẹp sau hình chữ L từ hết các ngón tay lên đến vai bệnh nhân rộng 5 cm, dày 0,5 - 0,7 cm.
- + Bộ nẹp cho cẳng chân: gồm 3 nẹp.
 - Nẹp sau là nẹp chữ L dài từ nẹp lằn mông đến hết bàn chân, rộng 5 - 6 cm, dày 0,8 - 1 cm
 - Hai nẹp bên dài từ giữa đùi đến mắt cá trong và ngoài, rộng 5 - 6 cm, dày 0,8 - 1 cm
- + Bộ nẹp cho đùi: gồm 3 nẹp:
 - Nẹp sau: nẹp chữ L đi từ trên mào chậu đến quá gót chân, rộng 7 cm - 8 cm, dày 0,8 cm - 1 cm.
 - Nẹp ngoài: đi từ hố nách đến quá mắt cá ngoài, dài 120 cm, rộng 7 cm - 8 cm, dày 0,8 cm - 1 cm.
 - Nẹp trong: đi từ bẹn đến mắt cá trong trong bàn chân dài 80cm, rộng 7 cm - 8cm, dày 0,8 cm - 1cm. Các kích thước trên chỉ là trung bình, khi sử dụng, nếu cần phải cắt bớt cho phù hợp với từng chi thể của người bị thương. Các nẹp được bọc trước bằng bông mỡ hoặc giấy xốp cuốn băng xô, trên toàn bộ chiều dài, bịt kín 2 đầu.

5.2. Nẹp Crame:

Là loại nẹp làm bằng sợi kẽm, bẻ uốn được, hình bậc thang có nhiều kích thước thích hợp cho từng đoạn chi. Sử dụng nẹp Crame cũng cần có đủ các kích thước và cũng cần bọc lót bông gạc như với nẹp tre. Trong tình huống khẩn cấp mà không có nẹp đã chuẩn bị sẵn, có thể sử dụng các phương tiện tùy ứng như cành cây, gậy gỗ, súng hồng,... cũng có thể cố định chi trên vào thân hoặc buộc chi dưới gậy vào chi lành. Trên thế giới còn có nhiều loại nẹp như: nẹp lưới, nẹp Tô - mát, nẹp Diteric, nẹp chất dẻo bơm hơi, rất thuận tiện nhưng ít phù hợp với hoàn cảnh kinh tế, khí hậu và điều kiện chiến đấu ở nước ta.

6. Cấp cứu gãy xương tại hiện trường

Xử trí gãy xương ban đầu quan trọng là bất động ổ gãy xương, vì di động nơi xương gãy gây đau, chảy máu và tổn thương thêm mô mềm xung quanh, như làm tổn thương mạch máu và thần kinh, làm cho việc điều trị về sau càng phức tạp hơn.

Một số lưu ý cấp cứu khi nghi ngờ có gãy xương:

Không di chuyển bệnh nhân khi chưa được cố định an toàn

Một số xương nghi ngờ gãy như: xương đốt sống, xương sườn, xương chậu, xương đùi, chỉ được cố định khi cấp cứu viên được đào tạo liên tục

Không được thử kéo thẳng chi gãy nếu chưa được huấn luyện.

Không tìm dấu hiệu lạo xạo của ổ gãy

Xương gãy cần cố định, nâng đỡ, cố định tạm thời để hạn chế di động ổ gãy. Phương tiện sử dụng đa dạng có thể là thanh gỗ, bìa cứng các tông, che chắn cho êm. Thường phải cố định cả hai khớp phía trên và phía dưới xương gãy.

Gọi điện cấp cứu 115 xin hỗ trợ hoặc chi viện nếu quá khả năng



Không được ăn hay uống gì cho đến khi gặp bác sĩ vì có khi cần phải mổ cấp cứu.

Chú ý các trường hợp gãy xương có vết thương chảy máu. Cần phải cầm máu bằng cách ấn chặt vào vết thương bằng băng gạc sạch. Trường hợp có xương chồi ra ngoài da thì ép chặt mép vết thương vào đầu xương tuyệt đối không ấn đầu xương vào trong.

7. Kỹ thuật cố định chi gãy xem phụ lục 2.

XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

1. Đại cương

Vết thương phần mềm là những vết thương có tổn thương da, tổ chức dưới da, cân và cơ. Tổn thương có thể phối hợp hoặc riêng biệt. Thường phối hợp với các thương tổn khác như vết thương mạch máu, khớp, gân, gãy xương hở...

Như vậy mọi vết thương đều có thương tổn phần mềm và việc xử trí vết thương phần mềm là cơ sở cho việc điều trị các loại vết thương khác. Một số các vết thương nhỏ nếu không được đánh giá đúng, xử trí không đúng nguyên tắc sẽ dẫn đến hậu quả nghiêm trọng: Uốn ván, hoại thư sinh hơi, nhiễm trùng máu.

2. Phân loại vết thương phần mềm

2.1. Theo thời gian

2.1.1. Vô trùng: vết thương trước 6 h, xử trí vết thương ở giai đoạn này tốt nhất.

2.1.2. Hữu trùng: Sau 6 - 12 h. Vi trùng bắt đầu hoạt động, phát triển. Tỷ lệ nhiễm trùng cao.

2.2. Theo nguyên nhân

2.2.1. Vết thương sắc gọn: Do dao chém, mảnh thủy tinh mảnh sành ... vết thương sâu, gọn, sạch, ít nhiễm trùng.

2.2.2. Vết thương dập nát: Đây là một tổn thương thường gặp. Do tai nạn giao thông, lao động, hỏa khí... Vết thương bẩn, phức tạp, có nhiều dị vật, tỉ lệ nhiễm trùng cao.

2.3. Theo hình thái tổn thương

2.3.1. Vết xước da: tổn thương nông. Do súc vật cào, gai cào, chà sát....Tổn thương không phức tạp tuy nhiên một số trường hợp ảnh hưởng tới thẩm mỹ như chà sát da vùng mặt do tai nạn giao thông

2.3.1. Vết thương chột: Do mảnh đạn, đầu đạn... Lỗ vào nhỏ tổn thương bên trong sâu rộng. Tạo môi trường cho vi khuẩn yếm khí phát triển

2.3.1. Lóc da: Da lóc rời khỏi tổ chức dưới da. Có thể lóc da rời hoặc lóc da có cuống. Có thể lóc da kín hoặc lóc da hở. Tiên lượng lóc da phụ thuộc vào vị trí da lóc, có cuống hay không, chân cuống rộng hay hẹp.

3. Khám và chẩn đoán

3.1. Khi khám cần xác định

- Thời gian bị vết thương
- Nguyên nhân, tác nhân gây vết thương.
- Môi trường xung quanh sạch hay bẩn.
- Vị trí, kích thước của vết thương, vết thương sạch hay bẩn. Có dị vật tại vết thương không?

3.2. Toàn thân

Thường tình trạng toàn thân không có gì đặc biệt. Tuy nhiên có một số trường hợp bệnh nhân có biểu hiện sốc như: vết thương phần mềm sâu rộng, đa vết thương phần mềm, vết thương phần mềm phối hợp

3.3. Cơ năng: Đau rất tại vết thương. Một số vết thương ở nếp gấp, gần khớp cơ năng của chi giảm

3.4. Thực thể

- Vết thương sắc gọn. Có thể máu đã cầm hoặc đang chảy máu...
- Vết thương dập nát bẩn, nhiều dị vật tại vết thương. Bờ vết thương nhám nhở

4. Sơ cứu ban đầu

4.1. Mục đích : phòng sốc, hạn chế mất máu, chống nhiễm trùng sớm.

4.2. Các bước tiến hành

- Rửa vết thương bằng dung dịch nước muối sinh lý
- Băng vết thương
- Cố định vết thương.
- Cho dùng kháng sinh, giảm đau, chống phù nề và tiêm SAT

4.3. Vết thương phần mềm nhỏ đến sớm: Khâu vết thương theo đúng nguyên tắc

Các bước tiến hành

* Chuẩn bị dụng cụ

- 01 bộ dụng cụ khâu vết thương (1 Kocher, 01 kéo cắt chỉ, 01 kéo mũi tù, kim chỉ khâu, 01 pince có máu và 01 không máu, 01 kim cặp kim, 01 kim sát khuẩn)

- 01 Đèn gù

- Săngvô khuẩn

- Găng tay

- Dung dịch sát khuẩn, nước muối sinh lý, cồn iod 0,25%, dung dịch povidine.

- Thuốc tê Novocaine

* Chào hỏi, tự giới thiệu bản thân, giải thích mục đích công việc sắp làm và quy trình thực hiện để tạo thuận lợi cho việc thực hiện thủ thuật, bệnh nhân phối hợp với người thầy thuốc

* Khám xác định vị trí, kích thước, tính chất vết thương: dài, rộng, sâu. Vết thương sắc gọn hay nhám nhỡ, có dị vật tại vết thương không. Giúp chẩn đoán và tiên lượng

* Thử phản ứng thuốc tê

* Rửa tay, mang găng vô trùng

* Gây tê thẩm lóp, sát trùng, trải săng mổ

* Tiến hành:

- Cắt lọc vết thương: tay trái cầm kẹp phẫu tích có máu kéo mép vết thương lên. Tay phải cầm kéo, cắt lọc tổ chức dập nát, bẩn đến tổ chức sạch. Loại bỏ hết dị vật.

- Cầm máu: dùng kẹp Kocher không máu kẹp mạch máu đang chảy máu. Dùng chỉ buộc cầm máu hoặc kim chỉ khâu cầm máu.

- Rửa sạch trong vết thương bằng oxy già, Betadine hoặc các thuốc sát khuẩn sẵn có.

- Khâu vết thương: tay trái cầm kẹp phẫu tích có máu nâng mép vết thương lên. Tay phải cầm panh kẹp kim. Tiến hành khâu hai mép vết thương, không để da chồng mép.

- Sát trùng lại vết thương. Băng vết thương. Kê đơn thuốc. hẹn bệnh nhân đến cắt chỉ

4.4. Các tình huống có thể gặp mà thái độ xử trí phù hợp tiếp theo của y tế cơ sở:

4.4.1 Vết thương mạch máu phối hợp: bằng mọi cách cầm máu. Tùy tổn thương mạch máu mà có phương pháp cầm máu khác nhau như: băng ép, băng nhồi, buộc hai đầu mạch, garô sau đó chuyển tuyến

4.4.1.1. Kỹ năng cầm máu vết thương động mạch bằng băng ép

* Chỉ định

Là phương pháp cầm máu được sử dụng trước tiên đối với mọi thể loại vết thương mạch máu ngoại.

* Dụng cụ

- Nhiều gạc hoặc bông sạch, tốt nhất là vô trùng.
- Một kẹp để cặp bông, gạc.
- Băng cuộn: 3-4 cuộn, kích cỡ tùy theo đoạn chi bị thương.
- Dung dịch lau vết thương: cồn 70⁰, betadin(bovidin) hoặc huyết thanh rửa tay hay nước sạch.

* Kỹ thuật

- Nguyên lý

Băng tập trung lực ép vào động mạch phía trên vết thương, nhằm mục đích giảm lượng máu chảy ồ ạt qua vết thương, trong khi vẫn đảm bảo được tương đối hệ thống mạch bên và tĩnh mạch nuôi chi phía dưới

- Kỹ thuật

+ Nếu vết thương đang chảy máu dữ dội: nhờ người phụ dùng tay đè ép mạnh lên đường đi của động mạch hoặc garô tạm thời ở phía trên của vết thương.

+ Lau sạch quanh mép vết thương bằng một trong các dung dịch lau vết thương ở trên không được đổ dung dịch vào rửa bên trong vết thương.

+ Đặt thật nhiều bông- gạc sạch lên trên vết thương thành một lớp dày, lưu ý chiều dài và chỗ dày nhất của khối bông- gạc nên đặt dọc theo đường đi của động mạch vết thương.

+ Đặt băng cuộn nhiều vòng qua khối bông- gạc trên vết thương, băng chặt tay, sử dụng nhiều kỹ thuật băng tùy thuộc đoạn chi bị thương như: băng vòng tròn, băng chữa nhân, băng số 8.....

+ Thả tay đè ép hoặc garô động mạch phía trên vết thương nếu có.

+ Đánh giá kết quả: hết chảy máu qua vết thương, băng không quá chặt gây thiếu máu chi(chỉ tím, tĩnh mạch nông nổi căng).

+ Cố định chi ở tư thế duỗi thẳng hoặc tư thế cơ năng.

- Theo dõi

Sau khi băng ép, cần theo dõi một số diễn biến sau:

+ Băng ép chưa đủ chặt để cầm máu: máu tiếp tục rỉ ra hoặc chảy tái phát qua vết thương sau một khoảng thời gian. Do vậy, cần tháo bỏ và làm lại băng ép

(đặt nhiều bông – gạc hơn, băng chặt tay hơn). Không nên dùng băng cuộn để băng đè thêm ngoài băng ép cũ.

+ Băng ép quá chặt: thấy chi dần dần xuất hiện tê bì, giảm cảm giác, tím lạnh, các tĩnh mạch nông nổi căng (giống như garô) nên cần tháo bỏ và làm lại băng ép, đặt ít bông gạc hơn và băng lỏng tay hơn

+ Băng ép thất bại: máu tiếp tục chảy nhiều qua vết thương dù đã băng ép đúng kỹ thuật. Do vậy cần chuyển sang dùng các biện pháp cầm máu khác, như thắt mạch, garô.....

4.4.1.2. Kỹ năng cầm máu vết thương động mạch bằng garô

* Chỉ định

Vì garô sẽ làm cản trở phần lớn hệ thống tuần hoàn phụ đi xuống nuôi chi và máu tĩnh mạch trở về, nên sẽ làm chi bị thiếu máu nặng nề hơn, do vậy chỉ định cầm máu bằng garô cần rất hạn chế trong sơ cứu vết thương mạch ngoại vi, chỉ dành cho một số trường hợp như sau:

- Chi đã bị cắt do chấn thương, móm cắt chi chảy máu nhiều.
- Vết thương mạch máu
- Chi dập nát nhiều, không có chỉ định bảo tồn chi nữa.
- Vết thương mạch máu gây chảy máu rất nhiều, đe dọa đến tính mạng người bệnh, không thể cầm máu được bằng băng ép.
- Vết thương mạch máu gây chảy máu nhiều, khó cầm máu bằng băng ép và khi chắc chắn thời gian từ khi garô đến khi được mổ khâu nối mạch máu chỉ < 6 giờ.

Cần lưu ý: chỉ định đặt garô phải do bác sĩ đưa ra, vì nếu chỉ định sai hoặc quá rộng rãi có thể dẫn đến những hậu quả nặng nề (cắt đứt chi, tử vong).

* Kỹ thuật đặt và nới garô

- Cầm máu tạm thời

Trong lúc chuẩn bị dụng cụ garô, cần cầm máu tạm thời vết thương bằng các biện pháp như:

- + Băng ép
- + Đè ép vào động mạch phía trên vết thương: thường chọn những điểm có nền xương cứng. ví dụ:

- Tay: Vùng gân cơ nhị đầu, mặt trong xương cánh tay.
- Chân: hõm khoeo, tam giác scarpa.

* Dụng cụ:

- Gạc hoặc mảnh vải
- Băng chun hoặc băng cao su
- Gạc vô trùng
- Băng cuộn
- Thuốc giảm đau: paracetamol
- Dung dịch rửa vết thương: Betadine hoặc nước muối sinh lý

* Đặt garô với dụng cụ đúng qui định

- Quấn mảnh vải hay mảnh gạc vòng quanh nơi định đặt garô để làm lớp lót cách ly bề mặt da. Cách vết thương 5cm

- Đặt và quấn băng cao su hoặc băng chun quanh vòng gạc theo trật tự sau:
 - + Vòng thứ nhất quấn vừa phải, vòng thứ 2 chặt hơn vòng đầu, vòng thứ 3 chặt hơn vòng 2.
 - + Quan sát vết thương thấy ngừng chảy máu là được.
 - + Đặt ngón cái lên vòng cao su trên đường đi của động mạch bị tổn thương.

- + Quấn tiếp vòng thứ 4.
- + Nâng ngón cái lên và dặt phần còn lại của cuộn băng vào vị trí đó.
- Rửa vết thương bằng Betadine hoặc nước muối sinh lý từ trung tâm ra ngoại vi
- Đặt gạc và băng bó vết thương.
- Cố định chi tư thế cơ năng (ví dụ đối với chi trên, dùng khăn tam giác hay băng cuộn treo tay lên cổ theo tư thế cơ năng).
- Viết phiếu garô, cài phiếu vào trước ngực nạn nhân.
- * Thay đổi kỹ thuật đặt garô với dụng cụ tùy ứng
- Nếu không có băng cao su, ta dùng băng cuộn hoặc khăn mùi xoa:
- Buộc hơi lỏng trên vị trí định dặt garô thành 1 vòng quanh chi.
- Đặt một cuộn băng hay một vật tròn lên đường đi của động mạch.
- Luồn que vào vòng dây.
- Xoắn que cho dây chặt dần.
- Quan sát vết thương thấy ngừng chảy máu là được.
- Dùng mảnh vải nhỏ cố định que vào chi.
- * Nới garô
- Rút phần còn lại của cuộn băng cao su hoặc mở dây buộc que.
- Nới từ từ cuộn băng hoặc que xoắn.
- Quan sát ngọn chi thấy chi hồng trở lại, để đúng thời gian quy định.
- Tiếp tục garô trở lại
- Ghi lần nới garô vào phiếu garô.

Phiếu garô

Cấp cứu số 1

Họ tên nạn nhân : Tuổi

Vết thương(chẩn đoán) :

Tên người đặt garô :

garô lúc : giờ phút, ngày tháng năm

Nới garô lần thứ nhất lúc : giờ phút

Nới garô lần thứ 2 lúc : giờ phút

Nới garô lần thứ 3 lúc : giờ phút

Nới garô lần thứ 4 lúc : giờ phút

Nới garô lần thứ 5 lúc : giờ phút

*** Một số sai sót thường gặp**

- Garô quá chặt : lưu ý là garô chỉ cần đủ để cầm máu, không được quấn thật chặt sẽ gây thiếu máu nặng nề cho chi dưới, dẫn đến hoại tử chi.

- Dụng cụ garô sai qui cách : thường do hiểu sai về garô nên dùng dây điện, dây thừng thậm chí cả dây thép để garô – nên phải quấn chặt mới cầm được máu, dẫn đến thiêu máu nặng toàn bộ đoạn chi phía dưới và phá huỷ da và phần mềm vùng đặt garô. Do vậy, tuyệt đối không dùng các vật liệu tương tự như trên để garô.

- Quên không nói garô hoặc để thời gian giữa 2 lần nói quá dài sẽ gây thiếu máu nặng chi phía dưới.

- Không viết phiếu garô hoặc viết sai qui cách, sẽ rất khó xử lý cho tuyến y tế nhận người bệnh, và nguy hiểm cho tính mạng người bệnh

- Chỉ định garô quá rộng, khi chưa cần thiết, gây nguy cơ gây thiếu máu chi nặng, dẫn đến kết quả điều trị phẫu thuật không tốt

4.4.2.Chuyển tuyến sau khi sơ cứu:

- Đa vết thương

- Vết thương phần mềm rộng, sâu.

- Vết thương lóc da, gãy xương hở, vết thương mạch máu, vết thương gân

XỬ TRÍ BAN ĐẦU BỎNG

NỘI DUNG

Mở đầu: Bỏng là một tổn thương tại chỗ của da chủ yếu hay gặp là do nhiệt - nhưng biểu hiện bệnh lý lại là toàn thân... (do đó người ta còn gọi là bệnh bỏng). Những trường hợp bỏng rộng - sâu thường đe dọa đến tính mạng, nhất là ở trẻ em dễ có nguy cơ tử vong do mất nước cấp tính hoặc nhiễm độc, hoặc nếu qua được thì cũng để lại di chứng.

1. Đánh giá mức độ tổn thương Bỏng:

1.1. Tác nhân gây bỏng:

- Thường gồm 4 loại tác nhân chính là sức nóng, luồng điện, hóa chất và các tia bức xạ.

- Mức độ huỷ hoại của tác nhân càng mạnh, thời gian tiếp xúc với tác nhân càng lâu thì bỏng càng nặng.

- Nhiệt độ cao đến 45°C đã đe dọa tổn thương da, khoảng 55°C thường tổn bỏng còn có thể hồi phục, trên 65°C da đã bị hoại tử.

1.2. Vị trí bị bỏng:

Cùng một tác nhân chung gây bỏng, ở những vị trí khác nhau trên cơ thể lại có mức độ nặng nhẹ khác nhau, bỏng nặng là ở những chỗ da mỏng những vùng dễ nhiễm trùng, những nơi có chức năng quan trọng. Một vài vị trí cần đặc biệt chú ý: đầu, mặt; các khớp ở chi và đặc biệt ở hai bàn tay; vùng cổ, ngực, bụng, tứ chi (chủ vi); vùng tăng sinh môn...

1.3. Thể trạng bệnh nhân:

Cùng một hoàn cảnh bị bỏng như nhau như bệnh nhân là trẻ em, người già yếu, người có bệnh mãn tính như tim mạch, tiết niệu... sẽ nặng hơn người khác.

1.4. Diện tích vết bỏng:

Khi khám bệnh nhân bỏng việc đầu tiên phải chẩn đoán diện tích bỏng để có cơ sở đánh giá mức độ nặng nhẹ và có kế hoạch điều trị, tiên lượng. Các vùng của cơ thể được qui định như sau:

- Vùng đầu mặt cổ. Giới hạn: Phía sau đi qua đốt sống cổ VII, phía trước đi qua bờ trên xương ức. vùng này gồm: Da mặt, da đầu, cổ và gáy.

- vùng thân trước. Giới hạn: Phía dưới là nếp bẹn, phía bên là đường nối đỉnh hõm nách với gai chậu trước trên, với chi trên là đường nối từ móm cùng vai tới đỉnh hõm nách. Vùng này gồm: Da ngực, da bụng.

- Vùng thân sau. Giới hạn: Phía trên đi qua đốt sống cổ 7, phía dưới là nếp dưới lần mông, phía bên là đường nối đỉnh hõm nách với gai chậu trước trên, với chi trên đường vòng nối qua móm cùng vai và đỉnh hõm nách. Vùng này gồm lưng và hai mông.

- Diện tích vết bỏng được tính bằng tỷ lệ phần trăm giữa bề mặt của nó với bề mặt da toàn thân. Như vậy, bỏng càng rộng thì càng nặng.

- Người lớn bỏng trên 20% là nặng, bỏng trên 30% là rất nặng.

- Trẻ em bỏng trên 10% là nặng, trên 20% là bỏng rất nặng.

Có nhiều phương pháp tính diện tích bỏng, để dễ nhớ, để tính chúng ta ứng dụng các cách tính sau đây:

Ở người lớn:

- Phương pháp dùng con số 9 của Pulaski, Tennison, Wallace.

Đầu mặt cổ: 9%. Một chi trên: 9%. Thân trước: $9 \times 2 = 18\%$.

Thân sau: $9 \times 2 = 18\%$

Một chi dưới: $9 \times 2 = 18\%$. Bộ phận sinh dục và tầng sinh môn 1%.

- Phương pháp tính diện tích bỏng dựa vào lòng bàn tay bệnh nhân của Blôkhin.

Mỗi lòng bàn tay bệnh nhân tương ứng 1 - 1,25% diện tích cơ thể của bệnh nhân đó.

- Phương pháp tính diện tích bỏng dựa theo các con số 1,3,6,9,18 của Lê Thế Trung.

- + Trên cơ thể con người diện tích khoảng 1% gồm có: Tầng sinh môn và bộ phận sinh dục, cổ hoặc gáy, 1 gan bàn tay, 1 mu bàn tay

- + Diện tích khoảng 3% gồm: 1 bàn chân, da mặt, da đầu, 1 cẳng tay, 1 cánh tay, 1 bàn tay, 1 bên mông

- + Diện tích khoảng 6% gồm: 1 cẳng chân, 2 mông

- + Diện tích 9% gồm: 1 đùi, 1 chi trên

- + Diện tích 18% gồm: 1 chi dưới, thân trước (ngực và bụng), thân sau (lưng và mông)

Ở trẻ em: Ở trẻ em tỷ lệ % của da các bộ phận như đầu, mặt, đùi, cẳng chân so với tổng diện tích da cơ thể phụ thuộc vào lứa tuổi. Trẻ càng lớn lên thì càng tăng

trường diện tích da đùi và da cẳng chân còn phần diện tích da đầu mặt thì tăng trưởng chậm hơn do đó các tỷ lệ % này biến đổi cho đến khi trưởng thành.

Vị trí Tuổi	Sơ sinh	1 tuổi	5 tuổi	10 tuổi	15 tuổi
Đầu, mặt	20	17	13	10	8
2 đùi	11	13	16	18	19
2 cẳng chân	9	10	11	12	13

Cần chú ý trên lâm sàng việc tính diện tích bỏng không chỉ qua 1 lần xác định mà có thể phải định lại trong quá trình chữa bệnh, đặc biệt là theo dõi diện tích bỏng sâu.

1.5. Độ sâu tổn thương bỏng:

Bỏng độ I: (Viêm cấp da do bỏng)

- Lâm sàng: Da khô, đỏ nề, đau rát. hay gặp bỏng độ I khi tắm nắng hoặc ở vùng ngoại vi của bỏng nước sôi.

- Tiến triển: Sau 2-3 ngày khỏi, có thể thấy lớp nông của biểu bì khô và bong.

Bỏng độ II: (Bỏng biểu bì)

- Lâm sàng: Trên nền da đỏ nề, đau rát có các nốt phỏng nước to nhỏ khác nhau, vòm mỏng, chứa dịch trong hoặc vàng nhạt. Sự hình thành các nốt phỏng này có thể xuất hiện muộn sau 12-24 giờ. Khi vỡ các nốt phỏng để lại đáy màu hồng, ánh ướt có thẩm dịch xuất tiết.

- Tiến triển sau 3-4 ngày hiện tượng viêm (đỏ, phù, đau, sưng) đỡ. Tại các nốt phỏng dịch cô đọng lại. Điều trị tốt sau thời gian 2 tuần lớp biểu bì được phục hồi hoàn toàn để lại da màu hồng, không có sẹo bỏng.

Bỏng độ III: (Bỏng trung bì). Bỏng trung bì chia làm 2 loại:

- Bỏng trung bì nông (IIIa, III nông)

+ Lâm sàng: Trên đám da đỏ, nề có các nốt phỏng nước vòm dày, chứa dịch hồng, khi vỡ đáy nốt phỏng màu tím sẫm, trắng hoặc xám.

+ Tiến triển: Điều trị tốt hiện tượng biểu mô hoá hoàn thành từ ngày thứ 15 đến 30 để lại nền da nhạt màu hơn phần da lân cận.

- Bỏng trung bì sâu (IIIb, III sâu)

+ Lâm sàng: Có đám hoại tử da mỏng, màu vàng, giảm cảm giác, không có hình mạch máu dưới da bị đông tắc, da hoại tử bỏng không bị răn rúm.

+ Tiến triển: Từ tuần thứ 2 trở đi hoại tử da sẽ rụng để lại nền là tổ chức hạt xen lẫn các đảo biểu mô lâm tím trắng hồng óng ánh của các tuyến và gốc lông, tổn thương bỏng sẽ khỏi từ ngày 30-45 do sự lan toả của các đảo biểu mô này kết hợp với các tế bào biểu mô của phần biểu bì lành ở mép vết thương bỏng lan tới.

Bỏng độ IV: (Bỏng toàn bộ lớp da)

- Lâm sàng: Biểu hiện dưới 2 hình thức:

+ Đám da hoại tử khô: có màu đen, vàng thẫm, hơi lõm hơn so với da lành, nhẵn nhúm hoặc nứt nẻ. Sờ thấy chắc, thô ráp, mất cảm giác. Qua lớp hoại tử nhìn thấy hình lưới mạch máu bị đông tắc.

+ Đám da hoại tử ướt: Có màu trắng bệch hoặc đỏ xám, chỗ trắng chỗ xám như đa hoa, có khi lẫn những vùng da đỏ tím sẫm, hơi cao hơn so với da vùng lân cận, sờ thấy mịn, mất cảm giác, xung quanh là vùng xung huyết phù nề rộng.

Nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

- Tiến triển: Từ ngày 20 trở đi hoại tử sẽ rụng để lại nền là tổ chức hạt. Nếu diện tích ít thì có khả năng tự sẹp hoá. Nếu diện tích nhiều phải ghép da.

Bỏng độ V: Ngoài tổn thương bỏng toàn bộ lớp da, tổn thương còn tới gân, cơ, xương, khớp. Loại bỏng này thường gặp ở bỏng điện, bỏng gang nóng, bỏng lửa ở những bệnh nhân động kinh, hôn mê, ngất...

2. Khám đánh giá bỏng

2.1. Hỏi bệnh

- Cần xác định tác nhân gây bỏng-bỏng nhiệt hay hóa chất giúp có hướng sơ cứu phù hợp

- Thời gian bị bỏng

- Sau bị bỏng xuất hiện các rối loạn cơ năng: đau rát, khát nước, khó thở.....

- Có được sơ cứu ban đầu không? Sơ cứu như thế nào

2.2. Khám

- Đánh giá toàn trạng bệnh nhân: da niêm mạc, các chỉ số huyết động. Dấu hiệu mất nước. Tình trạng tinh thần của bệnh nhân. Để xác định bệnh nhân có dấu hiệu sốc bỏng không?

- Xác định tác nhân gây bỏng

- Xác định vị trí bỏng

- Xác định sơ bộ diện tích của bỏng

- Xác định độ sâu của bỏng

3. Phân loại bệnh nhân

Cần phân ra hai loại: bỏng nhẹ (có thể điều trị ngoại trú) và bỏng cần nhập viện, để kịp quyết định hướng xử trí tiếp. Người thầy thuốc đầu tiên khám cho bệnh nhân bỏng thường dễ đánh giá thấp độ sâu của bỏng, do thiếu điều kiện thực hiện việc thăm khám (thời gian, ánh sáng, quần áo bệnh nhân...). Mặt khác, độ sâu của vết bỏng lúc mới bị tổn thương cũng chưa thật ổn định. Những trường hợp nặng mà không kịp chuyển đi ngay trong vòng 1 giờ, nên cho truyền dịch sớm. Bảng dưới đây phân chia một cách đại cương, trong đó một loại cần được điều trị tình trạng chung ngay lập tức, loại kia thì chỉ cần điều trị tại chỗ vết thương cũng đủ.

	BỎNG	
	có thể điều trị ngoại trú	phải nhập viện

Diện tích bỏng	Dưới 10% ở người lớn Dưới 5-8% ở trẻ con	Trên 10-15% ở người lớn Trên 10% ở trẻ con
Độ sâu bỏng	Bỏng bề mặt đa tự lành được. Hoặc là bỏng sâu, diện tích nhỏ có thể mổ xẻ ở ngay khu ngoại chấn	Bỏng sâu, cần phải được rạch hoặc ghép da
Vị trí bỏng		Mặt Đường hô hấp Tay Bàn chân Tầng sinh môn
Tình trạng bệnh nhân		Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, người già, bệnh nhân đã có một bệnh nội khoa
Tác nhân bỏng		Bỏng điện Cháy nhà (trong phòng)

4. Thực hiện sơ cứu ban đầu

- Cởi bỏ quần áo cho bệnh nhân và đặt họ nằm khu vực an toàn.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch và cho chảy nhanh Ringer lactat (không nhỏ giọt).
- Thuốc giảm đau
- Đánh giá độ rộng và độ sâu của vết bỏng.
- Tính toán lượng dịch truyền cho 24 giờ đầu tiên: bệnh nhân bỏng từ độ 2a trở lên có nhu cầu dịch truyền như sau:

4ml Ringer lactat x Kg trọng lượng cơ thể x % Diện tích bỏng

(Trong đó, một nửa truyền ngay trong 8 giờ đầu)

- Những ống thông sẽ để lâu cho những trường hợp bỏng trên 30% diện tích và bỏng điện
- Những vết thương phối hợp? Có cần mổ cấp cứu không?
- Làm sạch vết thương, rạch lớp vỏ cứng (nếu cần).
- Mời các chuyên khoa khám.
- Tiêm phòng uốn ván.
- Tiên lượng:

Tuổi (năm) + Diện tích BÔNG (%)

= 100 → tiên lượng rất xấu

≥ 80 → nguy hiểm tính mạng

< 80 → có thể qua được

-Xây dựng kế hoạch điều trị hoặc chuyển bệnh nhân đi tuyến trên.

Duy trì đường hô hấp.

Nạn nhân bị bỏng vùng mặt cổ, nhất là khi bị kẹt trong nhà bị cháy mà ở đó có dầu, đồ đạc, bàn ghế, đang bốc cháy... thì sẽ nhanh chóng bị phù mắt và cổ và các biến chứng của đường hô hấp do hít phải khói hơi. Những trường hợp này phải ưu tiên số 1 và phải được chuyển tới bệnh viện ngay. Nhưng trong khi chờ đợi phải theo dõi sát nạn nhân và phải đảm bảo sự thông thoát đường hô hấp (giữ tư thế đúng hoặc có thể đặt một canul vào mũi hoặc miệng nạn nhân, có trường hợp phải mở khí quản...)

Phòng chống nhiễm khuẩn.

Bản thân vết bỏng là vô khuẩn. Do vậy khi cấp cứu bỏng phải rất thận trọng để tránh vết bỏng bị nhiễm bẩn: không dùng nước không sạch để dội hoặc đắp vào vết bỏng và có điều kiện người cấp cứu nên rửa tay sạch và tránh động chạm vào vết bỏng.

Băng vết bỏng.

- Không được bôi dầu mỡ, dung dịch còn ngay cả kem kháng sinh vào vết bỏng.
- Không được chọc phá các túi phỏng nước
- Không được bóc da hoặc mảnh quần áo dính vào vết bỏng
- Nếu có điều kiện thì phủ vết bỏng bằng gạc vô khuẩn nếu không thì dùng vải càng sạch càng tốt.
- Vết bỏng sẽ chảy rất nhiều dịch nên trước khi dùng băng co giãn để băng vết bỏng lại thì phải đệm một lớp bông thấm nước lên trên gạc hoặc vải phủ vết bỏng.

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

NỘI DUNG

1.Đại cương

Chấn thương sọ não là một chấn thương mà năng lượng chấn thương truyền tới sọ não vượt quá hạn chịu đựng (bù đắp) của sọ não và cơ thể gây nên rối loạn chức năng sọ não hoặc tổn thương cụ thể ở sọ não.

2. Nguyên nhân.

Chấn thương sọ não là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp.

Chủ yếu do tai nạn giao thông .

Tai nạn lao động.

Tai nạn sinh hoạt.

Các nguyên nhân khác

3.CHẨN ĐOÁN

3.1. Hỏi Bệnh

- Thời gian, hoàn cảnh, nguyên nhân, cơ chế chấn thương
- Các yếu tố liên quan, tác nhân gây tai nạn, đầu cố định hay di động
- Theo dõi diễn biến tri giác, phát hiện khoảng tỉnh
- Tiền sử: dùng thuốc kháng đông, bệnh lý huyết học, nội tiết,...

3.2. KHÁM LÂM SÀNG

3.2.1. Khám, đánh giá xử trí toàn diện theo thứ tự A, B, C, D, E (Xin mời đọc phần xử trí tai nạn thương tích)

3.2.2. Khám chấn thương sọ não

Thăm khám thần kinh để phát hiện các thương tổn tiên phát và thứ phát trong hộp sọ, vì vậy cần đánh giá cả quá trình từ lúc bệnh nhân bị tai nạn tới lúc đến cơ sở y tế

3.2.3. Khám thần kinh

- Tri giác: đánh giá theo thang điểm Glasgow và so sánh với tri giác trước đó
- + Mức độ nhẹ GCS: 13-15
- + Mức độ trung bình GCS: 9 – 12 điểm
- + Mức độ nặng GCS: 3 – 8 điểm
- Phát hiện các dấu thần kinh khu trú: vận động, đồng tử, tổn thương dây thần kinh sọ.

3.2.4. Khám tại chỗ

- Tìm các thương tích ở da đầu để xác định vị trí va đập đầu tiên (rách da, tụ máu), có dịch não tủy hoặc não ở vết thương không.

Các dấu hiệu gián tiếp của vỡ nền sọ: chảy máu mũi, tai; tụ máu quanh mắt hoặc sau tai; chảy dịch não tủy qua mũi, tai.

3.2.5. Đánh giá thương tổn

- Bệnh nhân mê ngay từ đầu: các thương tổn tiên phát dập não, tổn thương trục. Nếu tri giác tiếp tục xấu đi có thể có thương tổn thứ phát kèm theo như chảy máu, phù não, thiếu máu não.
- Có khoảng tỉnh: bệnh nhân có thương tổn thứ phát phần lớn là biến chứng chảy máu. Tuy nhiên có hai diễn biến của khoảng tỉnh:
 - + Nếu mất tri giác ban đầu thường thường có máu tụ dưới màng cứng hoặc trong não kèm phù não thứ phát.
 - + Không mất tri giác ban đầu: phần lớn do máu tụ ngoài màng cứng đơn thuần
- Không mất tri giác: trường hợp này vẫn cần theo dõi cẩn thận, nhất là ở những người bị đau đầu nhiều, có các dấu hiệu kích thích màng não: nôn, buồn nôn, cứng gáy... có thể có những ổ dập não nhỏ, máu tụ nhỏ và diễn biến nặng hơn.

3.3. CẬN LÂM SÀNG

X-quang quy ước: chụp sọ thẳng, nghiêng; chụp hàm mặt; chụp cột sống cổ là bắt buộc trong tất cả các trường hợp chấn thương sọ não bệnh nhân hôn mê.

.Chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner): không bắt buộc cho tất cả các trường hợp chấn thương sọ não, mà chỉ nên chụp trong các chỉ định sau:

- Điểm glasgow <13 khi đến khoa cấp cứu.
- Điểm glasgow < 13 khi đánh giá ở khoa cấp cứu sau 2 giờ chấn thương.
- Các bệnh nhân có giảm tri giác hay và có dấu thần kinh khu trú.
- Có vỡ, nứt sọ, có bất cứ dấu hiệu nào của vỡ nền sọ (như mắt gấu trúc “panda eyes”; bầm sau tai “Battle’s Sign”; chảy dịch não tủy qua tai, mũi...).
- Bệnh nhân đa thương: cần loại trừ chấn thương sọ não để can thiệp phẫu thuật khác.
- Trẻ em < 2 tuổi hay người già > 65 tuổi.
- Động kinh sau chấn thương.
- Bệnh nhân có ngộ độc rượu, thuốc gây nghiện hay kích thích.
- Có những vấn đề về đông cầm máu, hay đang dùng thuốc chống đông.

Xét nghiệm máu:

- Công thức máu, nhóm máu, đông cầm máu, điện giải,..
- Đường máu, nồng độ rượu, chất kích thích, gây nghiện.

4. Xử trí

4.1. Xử trí nội khoa

- Chỉ định:
 - + Bệnh nhân tỉnh hoàn toàn.
 - + Máu tụ ngoài trực ở bán cầu ưu thế là thương tổn đơn độc chưa gây di lệch cấu trúc đường giữa.
 - + Không có ảnh hưởng hiệu ứng khối choán chỗ trên CT-Scanner sọ não.
- Nguyên tắc điều trị chấn thương sọ não nặng:
 - + Tư thế đầu cao 30°, cổ thẳng
 - + Áp lực tĩnh mạch trung tâm 10-12 cmH₂O
 - + Huyết áp tâm thu $\geq$ 90mmHg
 - + Nước tiểu: 0,5-1ml/kg/giờ
 - + Khí máu duy trì PaO₂>70mmHg, PaCO₂: 35mmHg
 - + Độ thẩm thấu (osmolarity): 290 mOsmol/l (không để <260, >320)
 - + Điện giải: Natri (135-145 mEq/l); Kali (3,5-5,5 mEq/l)
 - + Duy trì áp lực trong sọ < 15 mmHg. Bắt đầu điều trị tăng áp lực trong sọ khi áp lực trong sọ $\geq$ 20mmHg
 - + Duy trì áp lực tưới máu não (cerebral perfusion pressure-CPP) $\geq$ 70mmHg

4.2. Xử trí ngoại khoa

- Máu tụ ngoài màng cứng thể tích >30gam
- Máu tụ dưới màng cứng có bề dày >5mm, cấu trúc đường giữa di lệch >5mm
- Các khối choán chỗ có thể tích 40ml
- Dẫn não thất cấp tính
- Vết thương sọ não, lún sọ hở
- Lún sọ kín sâu hơn 5mm, cấu trúc đường giữa trên phim CT-Scan sọ lệch hơn 5mm
- Mở sọ giải ép não: tăng áp lực trong sọ không kiểm soát

5. Theo dõi tái khám

5.1. Tiêu chuẩn xuất viện

- Chấn thương sọ não có điểm Glasgow >14
- Không có dấu hiệu bất thường trên X-quang sọ hay CT-Scanner
- Tại nhà có người theo dõi bệnh nhân

5.2. Theo dõi

Khi có những dấu hiệu sau cần trở lại bệnh viện ngay:

Nhức đầu dai dẳng

Trầm cảm

Lo âu, sợ hãi, kích thích

Thay đổi tính tình, tính cách, tâm thần trì trệ

Có chảy dịch trong qua tai, mũi

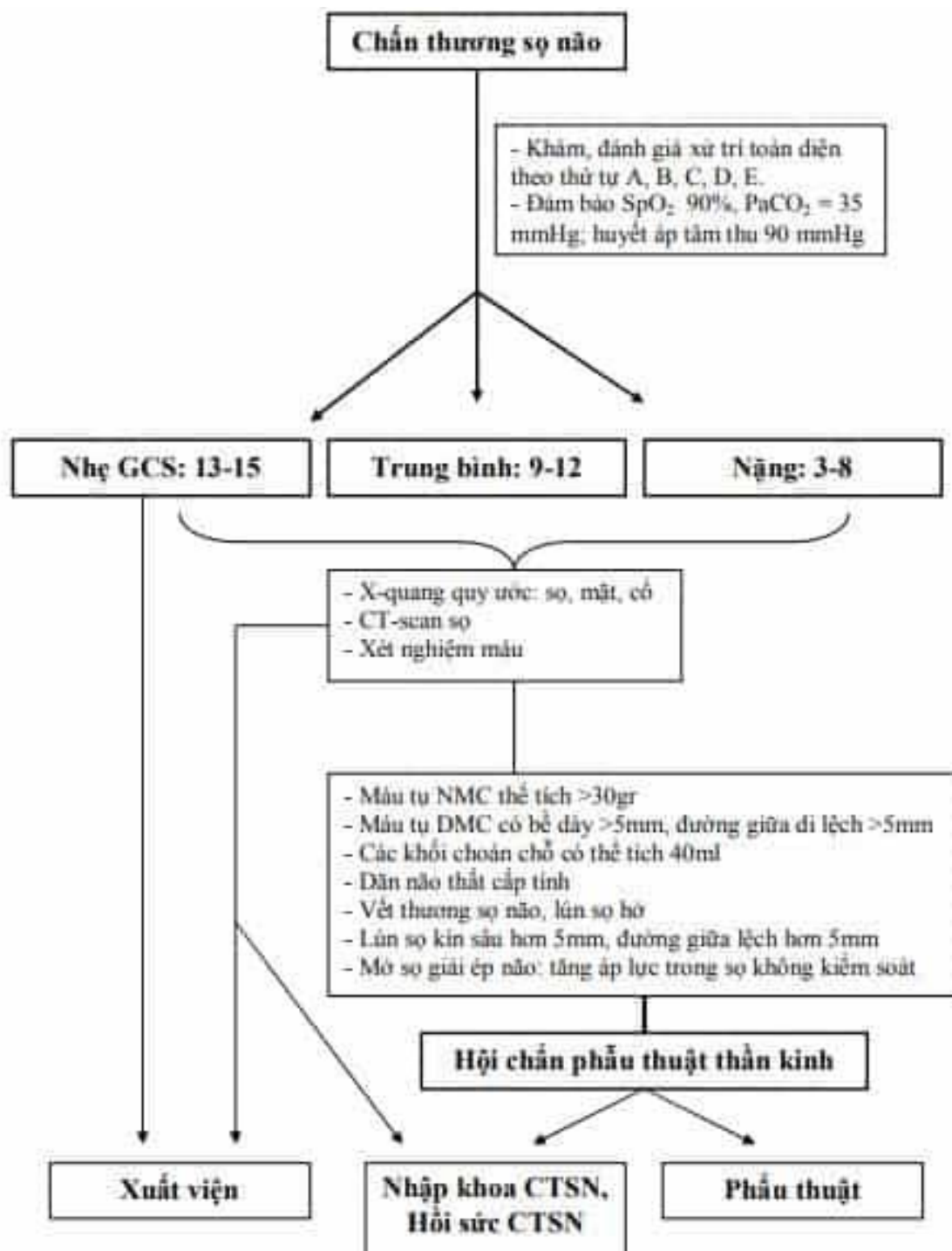
Ngủ nhiều

Ói mửa, động kinh

Giảm: nghe, ngửi mùi

Trí nhớ giảm

Nhịp thở khác thường, sốt >38°C



1. Đại cương

- Cấp cứu ban đầu là sự hỗ trợ và can thiệp ban đầu của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính, mục đích là để cứu sống nạn nhân, hoặc làm hạn chế những nguy hiểm đe dọa người bệnh, hoặc ngăn không cho tình trạng xấu đi, thúc đẩy quá trình hồi phục.
- Khi phát hiện nạn nhân ở hiện trường, phải tiến hành các biện pháp xử trí cấp cứu ban đầu cho nạn nhân, gọi người trợ giúp, gọi cấp cứu 115
- Cấp cứu ban đầu có vai trò rất quan trọng, quyết định sự sống chết người bị nạn, phục hồi chức năng hay tàn tật vĩnh viễn. Thời gian là tối quan trọng trong xử trí cấp cứu.

2. Yêu cầu với người làm cấp cứu ban đầu

- Khi có mặt ở nơi xảy ra tai nạn phải bình tĩnh, đánh giá nhanh hiện trường, kiểm tra hiện trường xung quanh nạn nhân. Loại bỏ hoặc tránh những yếu tố nguy hiểm, gây tai nạn hoặc có nguy cơ gây tai nạn để có thể vừa cứu được nạn nhân vừa bảo vệ được bản thân.
- Đưa nạn nhân ra chỗ an toàn gần nhất để có thể thực hiện ngay các biện pháp cấp cứu ban đầu đạt hiệu quả. Khi đưa nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm cần có tối thiểu 2 người, nên kéo nạn nhân từ phía sau, luồn tay vào nách nạn nhân để kéo, luôn chú ý giữ cổ thẳng và bảo vệ cột sống lưng.
- Đánh giá nhanh tổn thương của nạn nhân
- Tiến hành các biện pháp cấp cứu và xử trí ban đầu thương tổn theo ưu tiên, gọi người hỗ trợ vì có thể có các tổn thương mà bản thân không tự xử trí được, ngay cả khi người cấp cứu là nhân viên y tế, nên liên hệ sớm nhất có thể với đơn vị cấp cứu 115.
- Nhanh chóng đưa nạn nhân tới cơ sở y tế.

3. Các biện pháp xử trí cấp cứu ban đầu

3.1. Các biện pháp xử trí cấp cứu chung

Các biện pháp xử trí cơ bản ban đầu với các nguyên tắc: A B C D E

Xử trí cấp cứu ban đầu phải được thực hiện ngay sau khi phát hiện thương tổn và nhắc lại đánh giá và xử trí cấp cứu bổ sung bất cứ lúc nào khi bệnh nhân không ổn định. Các bước xử trí ban đầu gồm:

Airway (A) : Đường thở

Trong xử trí đường thở, trước hết cần nhận biết nếu bệnh nhân tỉnh, còn tiếp xúc được hay không? Nếu có tắc nghẽn cần thực hiện ngay lập tức các động tác sau :

+ Nghiêng người ghé sát miệng nạn nhân để xem còn thở hay không.

+ Mở miệng nạn nhân kiểm tra xem có đờm dãi, dị vật hay không?

Móc lấy sạch dị vật đờm dãi. Nếu nạn nhân còn khó thở, cần phải kiểm tra xem có phải do tụt lưỡi để tiến hành kéo lưỡi.

+ Nâng cằm, đẩy hàm giữ cho đường thở được thẳng trục.

+ Tiến hành thổi ngạt đường miệng hoặc đường mũi nếu bệnh nhân ngừng thở.

Breathing (B): Hô hấp

Đánh giá rối loạn hô hấp dựa vào tần số thở, gắng sức hô hấp, xem trên ngực có vết thương không, đặc biệt các trường hợp có thể xử trí được ngay tại chỗ trong khi chờ đợi nhân viên y tế đến, nhất là khi :

+ Nạn nhân có ngừng thở, tím tái. Trường hợp có ngừng thở hay đe dọa ngừng thở phải tiến hành ngay hô hấp nhân tạo miệng-miệng hoặc miệng-mũi.

+ Tổn thương ngực hở, đặt ngay miếng gạc hoặc lấy quần áo sạch đặt lên vết thương và băng kín, mục đích cầm máu và hạn chế khí tràn vào khoang ngực làm

nạn nhân khó thở. Tuyệt đối không lấy bỏ dị vật đang cắm trên ngực, nguy cơ sẽ gây chảy máu ồ ạt làm nạn nhân có thể tử vong nhanh chóng.

Circulation (C): Tuần hoàn

Trong khi đánh giá và xử trí tuần hoàn, luôn kiểm tra tiếp tục đường thở và hô hấp. Đối với tuần hoàn, cần kiểm soát chảy máu.

Đánh giá tuần hoàn dựa vào :

+ Mạch ngoại vi ở cổ tay, vùng cổ hay bẹn : mạch nhanh, nhỏ, khó bắt hoặc không bắt được là biểu hiện của suy tuần hoàn, tụt huyết áp.

+ Bệnh nhân có dấu hiệu lơ mơ, da xanh tái, nhợt nhạt, vã mồ hôi, đó là dấu hiệu mất máu. Chỉ có thể kiểm soát chảy máu bên ngoài, còn chảy máu bên trong nhất thiết phải có can thiệp phẫu thuật mới kiểm soát được.

+ Các biện pháp cầm máu đơn giản như băng ép hoặc ép chặt vào chỗ đang chảy máu bằng quần áo hoặc băng gạc sạch vô khuẩn càng tốt, giữ nguyên cho đến khi nhân viên y tế đến, tuyệt đối không bỏ tay đang giữ ép ra hoặc bỏ gạc đang giữ để thay gạc mới sẽ làm cho máu chảy mạnh hơn và khó cầm.

+ Nâng cao chi chảy máu so với mức tim và giữ nguyên, ngoài ra khi nâng cao chi có tác dụng làm cho máu dồn về tim, não tốt hơn.

+ Chỉ đặt garo nếu chi đã cắt cụt và còn đang tiếp tục chảy máu.

+ Trường hợp nạn nhân có ngừng tim cần tiến hành biện pháp hồi sinh tim phổi bằng ép tim ngoài lồng ngực. Nếu có 2 người tiến hành là tốt nhất, vừa hô hấp vừa ép tim ngoài lồng ngực.

Disability (D): Thần kinh

Cần đánh giá nhanh tổn thương hệ thần kinh qua cách đánh giá nhanh theo 4 mức độ như sau :

1- Nạn nhân tỉnh và giao tiếp được bình thường không.

2- Nạn nhân có đáp ứng với lời nói thế nào khi hỏi.

3- Nạn nhân đáp ứng với kích thích đau như thế nào, chỉ áp dụng khi hỏi không thấy trả lời.

4- Nếu không đáp ứng với hỏi hoặc kích thích đau, khi đó nạn nhân đã hôn mê, tiên lượng rất xấu, nên vận chuyển sớm đến cơ sở y tế để được chăm sóc và điều trị.

Exposure (E): Bộc lộ toàn thân

Một nguyên tắc trong khám và đánh giá sơ bộ tổn thương trong cấp cứu ban đầu là phải cởi bỏ quần áo nạn nhân để đánh giá các tổn thương để xử trí, tránh bỏ sót tổn thương. Nếu nạn nhân nghi ngờ có tổn thương cột sống cổ hoặc thắt lưng nên lưu ý bất động cột sống trong quá trình kiểm tra.

Khi bộc lộ cần chú ý vì có thể làm hạ thân nhiệt của nạn nhân nhất là mùa đông nên phải làm nhanh sau đó che phủ ngay cho nạn nhân.

Cần lưu ý kiểm tra xem có chảy máu từ lỗ tiểu ngoài không. Phụ nữ cần lưu ý xem có thai hay không. Ngoài ra xem nạn nhân có nôn ra máu, đi ngoài ra máu... Phải bất động nạn nhân trên ván cứng hoặc nền cứng, tránh di lệch xoay trở nạn nhân gây biến chứng nếu có tổn thương cột sống.

Đặt tư thế an toàn cho nạn nhân

- Tư thế an toàn cho nạn nhân hay tư thế hồi sức là tư thế nhằm để bảo vệ đường thở bệnh nhân, là ưu tiên cao nhất đảm bảo an toàn cho nạn nhân, bệnh nhân. Ở người bệnh hôn mê, khi nằm ngửa, do trọng lực làm hàm rơi ra phía sau, lưỡi bị tụt xuống và làm lấp tắc đường thở. Nếu bệnh nhân nôn trong khi đang nằm ngửa, người bệnh dễ dàng hít phải các chất nôn vào phổi gây tắc đường thở hoặc suy hô hấp rất nguy hiểm. Khi đặt bệnh nhân nằm nghiêng về 1 bên, các chất nôn dễ dàng thoát ra

ngoài.

- Tất cả các bệnh nhân hôn mê đều nên được đặt ở tư thế an toàn, trừ khi nghi ngờ có chấn thương cột sống: bệnh cảnh chấn thương, liệt chân, đại tiểu tiện không tự chủ.

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, tay trên gấp, tay dưới duỗi thẳng ra trước mặt, chân trên co, chân dưới duỗi thẳng. Có thể dùng vải hoặc gối để kê giữ nguyên bệnh nhân ở tư thế như vậy

4. Các biện pháp xử trí một số tình huống cấp cứu thường gặp

4.1. Đối với bệnh nhân hôn mê hoặc lơ mơ

- Đánh giá ban đầu (ABCDE). Đặt bệnh nhân tư thế nghiêng an toàn. Làm thông thoáng đường thở. Nới rộng khăn, quần áo vùng cổ, ngực, thắt lưng.

- Dùng chăn hoặc khăn phủ nạn nhân. Không cho bệnh nhân ăn bất cứ đồ ăn hoặc uống nào.

- Gọi cấp cứu ngay.

4.2. Cấp cứu ban đầu nạn nhân gãy xương

Sau tai nạn phát hiện nạn nhân gãy xương nên gọi ngay cấp cứu. Các tình huống sau cũng phải gọi cấp cứu ngay:

- Nếu nạn nhân không đáp ứng, không thở hoặc không cử động được. Thực hiện các biện pháp hô hấp nhân tạo ngay nếu không thấy nạn nhân thở hoặc không có nhịp tim.

Băng bó vết thương, nẹp cố định đoạn chi:

- Vết thương chảy máu nhiều
- Ấn nhẹ hoặc cử động cũng gây đau
- Biến dạng chi hoặc khớp
- Xương chọc ra ngoài vết thương

Sơ cứu ngay trong khi chờ đợi đội cấp cứu tới:

- Cầm máu
- Bất động vùng gãy xương bằng nẹp
- Chườm lạnh vùng gãy xương kín để giảm đau
- Xử trí tình trạng tụt huyết áp: cho nạn nhân nằm đầu thấp hơn thân mình và nếu có thể được nên chân kê cao.

4.3. Sơ cứu chấn thương đầu

Khi gặp nạn nhân bị chấn thương đầu, cần biết khi sơ cứu ban đầu cho bệnh nhân, cần gọi đội cấp cứu chuyên nghiệp khi nạn nhân có các dấu hiệu sau:

- Chảy máu vùng đầu, mặt nhiều
- Thay đổi khả năng nhận thức
- Có quầng đen ở quanh mắt và sau tai
- Ngưng thở, hôn mê hoặc mất cân bằng không thể đứng được
- Yếu hoặc không cử động được tay hoặc chân,
- Đồng tử hai bên không đều
- Nôn nhiều lần
- Nói khó

Sau khi đã gọi cấp cứu, có thể sơ cứu nạn nhân bằng cách:

- Đặt bệnh nhân nằm yên trong tư thế phù hợp, đầu và vai hơi kê cao. Không di chuyển bệnh nhân khi không cần thiết, tránh cử động cổ bệnh nhân, đảm bảo trục thẳng: đầu - cổ - thân mình.

- Cầm máu bằng cách dùng băng gạc vô trùng hoặc quần áo sạch đè vào vết thương. Chú ý không đè trực tiếp vào vết thương nếu nghi ngờ vỡ sọ, khi đó có thể dùng

băng gạc hay quần áo sạch quấn quanh vết thương thay vì đè ép trực tiếp.

- Theo dõi nhịp thở và báo động ngay nếu nạn nhân ngưng thở và bắt đầu làm hô hấp nhân tạo trong khi chờ đợi đội cấp cứu tới.

4.4. Sơ cứu nạn nhân chấn thương cột sống cổ

Sau tai nạn nếu nạn nhân có chấn thương cột sống cổ hoặc lưng, không nên di chuyển nạn nhân.

Các dấu hiệu nghi ngờ có chấn thương cột sống:

- Đau nhiều ở vùng cột sống cổ hoặc lưng - thắt lưng.
- Nạn nhân không cử động được cổ.
- Cơ chế chấn thương có lực tác động vào vùng cổ hoặc lưng.
- Nạn nhân kêu đau, cảm giác tê, liệt hoặc mất kiểm soát về vận động tứ chi, rối loạn tiểu tiện.
- Đầu - cổ ở tư thế bất thường.

Tiến hành các biện pháp sau:

- Gọi cho đội vận chuyển cấp cứu chuyên nghiệp 115.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa trên nền phẳng cứng, đặt hai túi cát hai bên cổ hoặc giữ yên trục đầu - cổ thân mình.
- Nếu nạn nhân ngừng thở, tiến hành hô hấp nhân tạo nhưng không được làm động tác ngửa đầu, mà dùng ngón tay kéo nhẹ hàm về phía trước.
- Nếu cần phải di chuyển bệnh nhân thì cần ít nhất ba người. Giữ đầu - cổ và thân mình thật thẳng khi di chuyển bệnh nhân.

CẤP CỨU Y TẾ TRONG THẢM HỌA

1. Đại cương thảm họa

+ Là sự cố bất ngờ do con người hoặc thiên nhiên gây ra, làm ảnh hưởng đến con người, xã hội và môi trường. Về mặt y tế, đây là sự cố gây thương vong hàng loạt-nhiều nạn nhân cần được cấp cứu trong một môi trường không bình thường và nhiều xáo trộn.

+ Thảm họa do con người gây ra: khủng bố, chiến tranh, tai nạn giao thông(đường bộ, đường thủy, đường không), tai nạn sinh hoạt (cháy nổ, sập cầu...), tai nạn trong các khu vực sản xuất công nghiệp (nhà máy hóa chất, nhà máy thủy điện, khai thác hầm mỏ) v.v...

+ Thảm họa do thiên nhiên gây ra: bão, lụt, sạt lở đất, động đất, sóng thần, núi lửa phun v.v...

+ Về công tác y tế, đòi hỏi yêu cầu kiểm soát cấp cứu hàng loạt. Vấn đề đặt ra cho ngành y tế là làm sao thực hiện cấp cứu hàng loạt một cách có hiệu quả nhất.

+ Thảm họa gây nhiều tổn thất:

- tổn thất về con người: tử vong, thương tật, di chứng tinh thần và thể xác.
- tổn thất về tài sản: cá nhân và nhà nước.
- tổn thất về kinh tế: tư liệu sản xuất, tổn thất cho một hoặc nhiều ngành kinh tế.
- tổn hại đến môi trường: ảnh hưởng trước mắt và ảnh hưởng lâu dài: khó khắc phục.
- ảnh hưởng đến xã hội: lo lắng, hoảng sợ, bất ổn.

2. Mức độ thảm họa:

2.1. Phân loại thảm họa theo số người bị tác động trực tiếp:

+ Thảm họa mức 1: có từ 30 đến 100 người bị nạn, hoặc 20- 50 người phải nằm viện.

+ Thảm họa mức 2: có từ 101 đến 500 người bị nạn, hoặc 51- 200 người phải nằm viện.

+ Thảm họa mức 3: có từ 501 đến 2.000 người bị nạn, hoặc 200-300 người phải nằm viện

+ Thảm họa mức 4: hàng ngàn người bị nạn, trên 300 người phải nằm viện.

Ý nghĩa của phân loại mức độ: Là cơ sở để đánh giá mức độ ảnh hưởng chung về các mặt, là căn cứ để huy động người, xe cứu thương và các phương tiện phục vụ công tác khắc phục hậu quả của thảm họa.

2.2. Phân loại thảm họa theo yêu cầu can thiệp của ngành y tế:

+ Thảm họa gây tổn thất về người ngay tức khắc (tai nạn giao thông, động đất...): ngành y tế phải kịp thời tham gia cấp cứu và vận chuyển cấp cứu.

+ Thảm họa vừa gây ra tổn thất về người ngay tức khắc, vừa gây hậu quả về sau (bão, lụt...): bên cạnh công tác cấp cứu, ngành y tế phải chú ý đến vệ sinh môi trường, phòng chống dịch bệnh, theo dõi và chăm sóc sức khỏe người dân sau thảm họa.

3. Công tác y tế trong phòng chống thảm họa

3.1. Nhiệm vụ Ngành y tế

- Ngành y tế luôn sẵn sàng đối phó với thảm họa nhằm mục đích giảm nhẹ tổn thất về sinh mạng con người trong lúc thảm họa xảy ra; phục hồi sức khỏe, giảm thiểu di chứng cho nạn nhân; phòng chống dịch bệnh, bảo vệ môi trường sau khi thảm họa xảy ra.

- Xây dựng kế hoạch y tế phục vụ phòng chống thảm họa cụ thể qua 4 giai đoạn như đã nêu trong chiến lược phòng chống thảm họa: Ngăn ngừa, giảm nhẹ- Chuẩn bị- Đối phó- Phục hồi.

- Các tuyến y tế từ trung ương đến cơ sở đều phải sẵn sàng tham gia và đáp ứng yêu cầu phục vụ y tế.

- Cán bộ y tế phải nắm vững quy trình Kiểm soát cấp cứu thương vong hàng loạt trong thảm họa.

- Đảm bảo đáp ứng đủ nguồn nhân lực y tế, thiết bị, dụng cụ tế, xe cứu thương, dịch truyền, máu, thuốc phục vụ cứu chữa nạn nhân thảm họa.

3.2. Tổ chức thực hiện:

- Vai trò của Bộ Y tế: đề ra chiến lược phòng chống thảm họa, tổ chức hệ thống y tế phòng chống thảm họa trong cả nước.

- Vai trò Sở Y tế các tỉnh thành: Thực hiện chiến lược của Bộ Y tế, đề ra kế hoạch thực hiện phù hợp với đặc điểm tình hình, các nguy cơ thảm họa có thể xảy ra ở địa phương.

- Vai trò điều hành, điều phối của Trung tâm cấp cứu 115 tại các tỉnh thành: Có kế hoạch đối phó kịp thời với thảm họa, tổ chức các đội cấp cứu thường trực, điều hành, điều phối mạng lưới cấp cứu của tỉnh thành phố.

- Vai trò của các đơn vị y tế: Tổ chức các đội cấp cứu, có kế hoạch đáp ứng kịp thời khi được huy động tham gia cấp cứu, sẵn sàng tiếp nhận nạn nhân cấp cứu hàng loạt.

3.3. Các biện pháp hỗ trợ cấp cứu cần thiết.

3.3.Chỉ đạo điều hành các đơn vị y tế tại hiện trường:

Các thành phần đơn vị y tế tại hiện trường:

- Chỉ huy và điều hành các đơn vị y tế:

Tùy mức độ nghiêm trọng của tai nạn hàng loạt, người điều hành, chỉ huy các đơn vị y tế có thể là:

- + Lãnh đạo Bộ Y tế
- + Lãnh đạo Sở Y tế.
- + Lãnh đạo TT Cấp cứu 115
- + Lãnh đạo y tế địa phương

- Các đội cấp cứu, các xe cứu thương: Vai trò của Đội trưởng cấp cứu, vai trò điều hành, điều phối của TT Cấp cứu 115 các tỉnh thành.

- Các đơn vị y tế hỗ trợ: TT Y tế dự phòng, TT Sức khỏe Lao động& Môi trường, TT Pháp y...

- Hội Chữ thập đỏ

- Các đơn vị tự nguyện: taxi và các phương tiện vận chuyển công cộng.

Mục tiêu:

Thực hiện 6 nhiệm vụ của cấp cứu ngoại viện, theo biểu tượng cấp cứu quốc tế (star of life):

- Phát hiện sớm
- Báo cáo nhanh
- Đáp ứng kịp thời
- Chăm sóc tại hiện trường
- Chăm sóc trên đường vận chuyển
- Chuyển nạn nhân đến bệnh viện

4. Phân loại nạn nhân tại hiện trường:

4.1. Mục đích: Làm những điều tốt nhất cho số lượng nạn nhân lớn nhất.

4.2. Nguyên tắc:

- + Năng động, nhanh chóng.
- + Ưu tiên cho điều trị và giải thoát nạn nhân khỏi hiện trường.

- + Phân loại tốt, dự hậu bệnh nhân tốt.
- + Cán bộ y tế phải bình tĩnh.

4.3. Các dạng phân loại:

- Phân loại tại chỗ (phân loại đầu tiên):

- + Khẩn cấp
- + Không khẩn cấp

- Phân loại y tế (phân loại lần II):

Kết hợp phương pháp S.T.A.R.T (simple triage and rapid treatment) với phương pháp gắn ký hiệu màu cho bệnh nhân: - Đỏ (immediate) - Vàng (delayed) - Xanh (minor injuries) - Đen (deceased).

- Phân loại vận chuyển (phân loại lần III)

- + Đỏ: cần vận chuyển càng nhanh càng tốt
- + Vàng: không có vấn đề đe dọa tính mạng
- + Xanh: có thể đi bộ được
- + Đen: tử vong (chuyển nhà xác, lực lượng pháp y)

4.4. Hệ thống phân loại thảm họa (Prehospital Mass Triage Systems)

- Các nhân viên tham gia công tác cấp cứu ngoại viện cần được huấn luyện các kỹ năng trong phân loại nạn nhân.

- Khi có thiên tai xảy ra, nhân viên cấp cứu ngoại viện là người đầu tiên có mặt tại hiện trường, và họ thiết lập sự phân loại và các khu vực điều trị.

- Do các cấp độ đào tạo và kinh nghiệm khác nhau của các nhân viên cấp cứu ngoại viện nên một số phương pháp phân loại đã được phát triển để được chuẩn hóa.

- Hệ thống phân loại thường được sử dụng nhất là hệ thống Simple Triage and Rapid Treatment (START) và đã được phát triển vào năm 1983 do Sở Cứu hỏa Newport Beach và Bệnh viện Đa khoa Hoag ở California. Hệ thống này đã được cải tiến vào năm 1994 và đã phổ biến tại Hoa Kỳ.

Nội dung cơ bản của hệ thống phân loại này là xác định ba điều kiện có thể dẫn đến tử vong trong vòng 1 giờ nếu nạn nhân không được xử lý kịp thời, đó là: suy hô hấp, chấn thương đầu, và xuất huyết trầm trọng.

Hệ thống phân loại START giúp cho việc đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn và tình trạng tri giác của nạn nhân.

Ưu điểm của hệ thống phân loại START là dễ huấn luyện, đơn giản trong ứng dụng.

4.5 CÁC YÊU CẦU CHO NHÂN VIÊN PHÂN LOẠI (triage officer)

- Kinh nghiệm lâm sàng
- Sự nhạy bén
- Nhận định tốt, biết tổ chức

- Bình tĩnh
- Chính xác
- Sáng tạo
- Sẵn sàng

- **GIỜ VÀNG:**

- Khái niệm giờ vàng ("golden hour") xuất hiện trong Quân Y Hoa kỳ trong thời kỳ chiến tranh tại Việt Nam: là khoảng thời gian quý báu từ lúc nạn nhân bị thương cho đến khi được điều trị, đủ để cứu sống nạn nhân. Vượt quá thời gian này đồng nghĩa với khả năng cứu sống rất thấp.

- Đảm bảo giờ vàng là làm sao sơ cứu và chuyển nạn nhân càng nhanh càng tốt đến bệnh viện để điều trị, can thiệp kịp thời.

Khó có thể định lượng giờ vàng, vì còn tùy thuộc vào loại bệnh, thương tổn đặc hiệu.

Ví dụ:

- Đối với nạn nhân xuất huyết nội: phải chuyển nạn nhân đến bệnh viện thật nhanh để can thiệp phẫu thuật.
- Đối với bệnh nhân đột quỵ, thời gian vàng là 3 giờ- là thời gian tính từ lúc có dấu hiệu CVA cho đến lúc nạn nhân được dùng thuốc chống đông ("clot-busting" drugs); và cũng là thời gian tối đa tính từ lúc nạn nhân có dấu hiệu cho đến khi Đội cấp cứu chuyển nạn nhân đến bệnh viện- trong điều kiện chưa xác định chính xác đột quỵ do xuất huyết não hay nhồi máu não.
- Đối với nạn nhân bị nhồi máu cơ tim: chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời tình trạng loạn nhịp tim có thể ngăn ngừa tử vong đột ngột.

Các dấu hiệu giúp cho công tác phân loại)

Dấu hiệu sinh tồn	Dấu hiệu trên cơ thể
- Tri giác: tỉnh ?	- vết thương, chấn thương
- Mạch quay: nhẹ?	- lồng ngực
	- bụng
	- cụt chi

Triệu chứng thực thể

- mạch nhanh khi nằm nghỉ
- huyết áp tâm thu <100 mm Hg
- huyết áp tâm trương <30 mm Hg

Modified from Burkle FM, Newland C, Orebaugh S, et al. Emergency medicine in the Persian Gulf War. Part 2: triage methodology and lessons learned. *Ann Emerg Med* 1994;23:748-754.

Nhanh chóng khám xét:

- Một tay bắt mạch quay: có thể bình thường trong giai đoạn đầu của sốc, mạch nhẹ: tình trạng sốc giảm thể tích.

- Một tay để trên trán bệnh nhân, vừa nhìn vào mắt bệnh nhân vừa nói chuyện với nạn nhân. Việc làm này giúp cho đánh giá: đồng tử, việc nghe và làm theo y lệnh của nạn nhân, đường hô hấp trên, nhiệt độ, mức độ xanh tái, dấu hiệu chấn thương vùng đầu....

- Tay sau khi bắt mạch, chuyển sang xem xét vùng xương trán.

- Tiếp tục xem xét vùng cổ: tìm kiếm dấu hiệu của biến dạng, vết thương, vị trí đau, tràn khí dưới da, căng tĩnh mạch cổ, lệch khí quản (tracheal deviation), bầm dập, chảy máu..

- Tiếp theo, xem xét vùng vai, xương đòn, hai tay, lồng ngực: tìm kiếm dấu hiệu biến dạng lồng ngực (chest deformity), tràn khí dưới da, cử động không đối xứng, chảy máu, thủng ngực...

- Một tay cầm ống nghe, một tay tiếp tục xem xét vùng bụng, vùng chậu: vị trí đau, gồng cứng bụng, vết thương, vết thủng bụng... Khám xét hai bên chậu.

- Xem xét hai chi: biến dạng, vị trí đau, độ ấm chi, cụt chi...

- Sau đó quay trở lại khám hai vai, hai tay, nhìn lại mắt bệnh nhân.

4.6. Vận chuyển nạn nhân:

Cần lưu ý rằng: tại hiện trường cấp cứu tai nạn hàng loạt, có 3 thứ tự ưu tiên cần thực hiện thì vận chuyển nạn nhân giữ vai trò thứ ba trong **nguyên tắc 3 T**: phân loại (triage)- điều trị (treatment)- vận chuyển (transport).

4.6.1. Nguyên tắc:

- Ưu tiên cho việc vận chuyển nạn nhân bằng cách tận dụng hiệu quả phương tiện vận chuyển.

- Dựa trên phân loại bệnh nhân để có thứ tự ưu tiên trong vận chuyển.

- Đảm bảo nguyên tắc cứu chữa liên tục: vừa vận chuyển nạn nhân vừa tiến hành các biện pháp cần thiết để bảo đảm tình trạng nạn nhân không xấu thêm trên đường vận chuyển, bảo đảm tính mạng của nạn nhân.

- Theo dõi và phát hiện các dấu hiệu nặng có thể xảy ra trong quá trình vận chuyển bệnh để xử trí kịp thời.

4.6.2. Cần lưu ý các điểm sau:

+ Nạn nhân phải được sơ cấp cứu ổn định trước khi vận chuyển.

+ Nếu nạn nhân còn tỉnh: cần giải thích cho nạn nhân để có sự phối hợp tốt.

+ Cần chú ý các tư thế bệnh nhân trên xe sao cho phù hợp với tình trạng bệnh lý của nạn nhân.

+ Trong quá trình chuyển bệnh cấp cứu:

- Hỏi chuyện bệnh nhân nếu bệnh nhân tỉnh.

- Theo dõi : tri giác, màu sắc da, HA, M, nhịp thở, SpO2.

- Phát hiện các dấu hiệu bệnh nặng: ngưng tim ngưng thở, ngạt thở, co giật, tiếp tục chảy máu, tụt huyết áp... để xử trí kịp thời.

+ Những điều Không nên làm:

- Để bệnh nhân nằm một mình không có nhân viên y tế bên cạnh chăm sóc và theo dõi.

- Xoay trở, bế xốc bệnh nhân thô bạo.

- Giữ chặt bệnh nhân xuống băng ca với lý do cần chuyển gấp trong khi bệnh nhân đang ói, ngạt thở, vùng vẫy..

+ Chuyển đến bệnh viện nào? Chỉ huy y tế tại hiện trường phải báo trước cho các Đội trưởng cấp cứu, báo trước cho các cơ sở điều trị tuyến sau biết để có kế hoạch chuẩn bị tiếp nhận.

+ Đảm bảo vận chuyển an toàn cho nạn nhân: thời gian vàng, an toàn với tốc độ vận chuyển, y lệnh thuốc và các thủ thuật cho bệnh nhân trên xe.

4.6.3. Tổ chức và phương thức vận chuyển:

4.6.3.1. Vận chuyển nạn nhân từ hiện trường đến các phương tiện vận chuyển

Nhân viên cấp cứu cần nắm vững các kỹ thuật vận chuyển bệnh nhân từ hiện trường (sau khi phân loại) đến các phương tiện vận chuyển:

- Khiêng chuyển bệnh nhân bằng tay (trường hợp có 1 người, trường hợp có 2 người).

- Khiêng chuyển bệnh nhân bằng ghế khiêng (hay xe lăn)

- Khiêng chuyển bệnh nhân bằng cáng:

- Khiêng cáng với 2 người, 4 người, 3 người

- Khiêng cáng lên dốc thoải hoặc vượt dốc cao

- Khiêng cáng từ nơi cao xuống chỗ thấp

- Khiêng cáng qua cửa quá thấp, thấp, cửa hẹp

- Khiêng cáng lên cầu thang

- Khiêng cáng xuống cầu thang

- Khiêng cáng qua hố rộng

- Khiêng cáng vượt qua chướng ngại vật

4.6.3.2. Tổ chức công tác vận chuyển tại hiện trường:

- Tổ chức chiều di chuyển cho xe vào / ra khỏi hiện trường:

- Vận chuyển nạn nhân dựa trên phân loại:

4.6.3.3. Các phương tiện vận chuyển:

- **Xe cứu thương:** là phương tiện chủ yếu trong vận chuyển bệnh nhân do cơ động, thuận lợi trong các điều kiện của môi trường thảm họa.

- **Xe máy cấp cứu (mô tô cấp cứu):** trường hợp tại những nơi xe cứu thương khó tiếp cận hoặc kẹt xe, có thể tạm thời điều 1 mô tô cấp cứu gồm 1 bác sĩ, 1 điều

dưỡng, trang bị vali cấp cứu để đến sơ cứu bệnh nhân; Sau đó, tùy tình hình bệnh lý mà **xử trí hoặc điều thêm xe cứu thương**.

- Ca nô cấp cứu, ghe:

Tại những vùng sông nước cần trang bị canô cấp cứu, ghe để có thể đến những nơi không có đường bộ hoặc có đường bộ nhưng canô là loại đến nhanh nhất .

Số lượng canô: Từ 2 đến 5 chiếc , trang bị cho các Đội cấp cứu của các quận huyện có đường sông .

Mỗi chiếc có: 1 Bác sĩ, 1 điều dưỡng, 1 nhân viên lái ca nô

Trang bị (thứ tự ưu tiên): Va li cấp cứu, bình ôxy, máy hút xách tay, máy phá rung tim, máy giúp thở, xông khí dung.

- Xe lửa

- Trực thăng cấp cứu:

-Tại Việt Nam, việc trang bị trực thăng chỉ phù hợp với những nơi có bãi đáp rộng (sân thượng tòa nhà cao tầng, hoặc các bệnh viện có đất rộng)

-Bao gồm:1 Bác sĩ, 1 Điều dưỡng và phi hành đoàn .

-Trang bị: như trên

-Trong điều kiện mặt bằng hiện tại của các thành phố ,trực thăng chỉ có thể phát huy vai trò của một phương tiện trong trung chuyển nạn nhân.

4.7. Giải quyết nạn nhân tử vong (tại hiện trường):

- Bác sĩ cấp cứu có trách nhiệm xác định nạn nhân tử vong, ghi rõ trong biên bản tử vong.

- Công an, Pháp y tiếp nhận hồ sơ của Đội cấp cứu bàn giao và tiến hành các thủ tục cần thiết.

- Chú ý công tác giải thích, an ủi thân nhân: trách nhiệm của các tổ chức xã hội, đoàn thể, chuyên gia tâm lý, người hoạt động tôn giáo.

- Chú ý không để hình ảnh nạn nhân đã tử vong làm ảnh hưởng đến tâm lý những nạn nhân khác, đến người dân trên qua các phương tiện thông tin đại chúng và ngay cả với đội ngũ những người tham gia công tác cấp cứu.

Tình huống thực hành

Tình huống 1:

Họ và tên: Nguyễn Văn A 40 tuổi nam

Địa chỉ:

Nghề nghiệp: Công nhân

Tiền sử bản thân:

Khỏe mạnh

Gia đình:

Khỏe mạnh

Vào ngày 27 âm lịch tháng chạp người bệnh loét bánh chưng khi chuyên nôi bánh chưng xuống (nôi bánh chưng đổ vào người) gây bỏng ở vùng bẹn, búi, đùi (P)

Hiện tại:

M 100L/P, HA 90/60 mmHg, T 37 NT 23L/P

Bệnh nhân kêu đau nhiều

Tim đều TS 100CK/p

Bụng mềm

Câu hỏi gợi ý

1.Anh(chị) tính diện tích bỏng của bệnh nhân A

2.Anh(chị) đưa ra hướng xử lý phù hợp nhất với người bệnh A

Tình huống 2:

Họ và tên: Nguyễn Văn A 40 tuổi nam

Địa chỉ:

Nghề nghiệp: Công nhân

Tiền sử bản thân:

Khỏe mạnh

Gia đình:

Khỏe mạnh

Sáng nay bệnh nhân khi đi làm việc thì xảy ra TNGT giữa 2 xe máy sau tai nạn người bệnh chảy máu vùng đầu, cẳng chân, đau tức ngực người bệnh được đưa vào trạm YTX

Hiện tại:

Bệnh nhân tỉnh mệt, đau nhiều vùng đầu

Vết thương cẳng chân T tổn thương chiều dài khoảng 3cm, sâu 2cm

Vết thương vùng đầu dài khoảng 3 cm chảy máu nhiều

M 90L/P

HA 110/70

Bụng mềm, không nôn, không co giật.

Câu hỏi gợi ý?

Câu 1. Anh (chị) hãy đưa ra chẩn đoán phù hợp với người bệnh A?

Câu 2.Anh (chị) hãy đưa ra hướng xử trí phù hợp nhất đối với người bệnh A tại cộng đồng

Tình huống 3:

Bệnh nhân Nguyễn Văn A 40 tuổi

Nghề nghiệp: thợ xây

Bệnh sử: Người bệnh đang đi xây ở công trình thì bị ngã giáo với độ cao khoảng 5 m sau ngã người bệnh kêu đau nhiều vùng cột sống thắt lưng, đau nhiều chân (P), tức ngực, có cảm giác khó thở, đau đầu

Hiện tại:

Người bệnh tỉnh mệt

M 90L/p, HA 110/70, NT 22L/P

Đau nhiều chân (P), Thắt lưng, đau đầu

Tim đều, phổi không ral

Bụng mềm

Câu hỏi gợi ý

1. Anh(chị) đưa ra chẩn đoán phù hợp với người bệnh A?
2. Anh (chị) đưa ra hướng xử trí phù hợp người bệnhA?
3. Anh (chị) đưa kế hoạch vận chuyển bệnh nhân an toàn ?

Thực hiện

- Giảng viên nêu yêu cầu thảo luận và hướng dẫn nội dung cần thiết.
- Chia học viên thành các nhóm mỗi nhóm 5-6 học viên
- Các thành viên trong các nhóm tham gia thảo luận và đóng góp ý kiến.
- Đề xuất các biện pháp cần giải quyết
- Báo cáo kết quả thảo luận theo nhóm
- Các nhóm nhận xét đánh giá, giảng viên và các thành viên thống nhất kết quả.
- Học viên thực hành các kỹ thuật sơ cứu cơ bản trên mô hình và học viên đóng vai tại phòng thực hành dưới sự hướng dẫn của giảng viên (*gào cầm máu, cố định gãy xương, kỹ thuật băng đầu*)?

Phản thực hành

- Nghiên cứu ca bệnh trong tình huống giả định.
- Thực hành một số kỹ thuật sơ cấp cứu ngoại khoa, thảm họa tại skill lab (*gào cầm máu, cố định gãy xương kín, kỹ thuật băng đầu*) trên mô hình hoặc trên bệnh nhân giả định.

Câu hỏi lượng giá: Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu

1.Nguyên tắc xử trí ban đầu trong cấp cứu (A,B,C,D,E) A có nghĩa là

- A. Đường thở
- B. Hô hấp
- C. Tuần hoàn
- D. Thần kinh

2.Nguyên tắc xử trí ban đầu trong cấp cứu (A,B,C,D,E) B có nghĩa là

- A. Đường thở
- B. Hô hấp
- C. Tuần hoàn
- D. Thần kinh

3. Nguyên tắc xử trí ban đầu trong cấp cứu (A,B,C,D,E) C có nghĩa là

- A. Đường thở
- B. Hô hấp
- C. Tuần hoàn
- D. Thần kinh

4. Nguyên tắc xử trí ban đầu trong cấp cứu (A,B,C,D,E) D có nghĩa là

- A. Đường thở
- B. Hô hấp
- C. Tuần hoàn
- D. Thần kinh

5. Nguyên tắc xử trí ban đầu trong cấp cứu (A,B,C,D,E) E có nghĩa là

- A. Đường thở
- B. Hô hấp
- C. Tuần hoàn
- D. Bộc lộ toàn thân

6. Ở người lớn bỏng rất nặng được xác định khi diện tích bỏng là:

- A. 18%
- B. 20%
- C. 25%
- D. >30%

7. Diện tích da ở chi dưới của trẻ sơ sinh chiếm tỉ lệ:

- A. 8%
- B. 10%
- C. 12%
- D. 14%

8. Ở trẻ em bỏng rất nặng khi diện tích bỏng được xác định là:

- A. 12%
- B. 15%
- C. 18%
- D. >20%

9. Diện tích da ở chi dưới của trẻ 3-4 tuổi chiếm tỉ lệ:

- A. 12 %

B. 14 %

C. 17 %

D. 18 %

10. Diện tích da ở đầu mặt cổ của trẻ sơ sinh chiếm tỉ lệ:

A. 8%

B. 10%

C. 15%

D. 17%

11. Diện tích bỏng được xác định là 3% cho:

A. Da một bàn tay

B. Da mu tay

C. Da mu chân

D. Da cẳng chân

12. Diện tích bỏng được xác định là 6% cho:

A. Da một bàn chân

B. Da bàn tay

C. Da một đùi

D. Da một cẳng chân

13. Trong vết thương phần mềm, giai đoạn viêm tấy bắt đầu từ:

A. 12 - 23 giờ

B. 24 - 48 giờ

C. 49-72 giờ

D. >72 giờ

14. Trong vết thương phần mềm thời gian vô trùng được xác định từ:

A. < 6 giờ

B. 6- 8 giờ

C. 9 -12 giờ

D. >12 giờ

15. Trong vết thương phần mềm giai đoạn làm mủ thường xuất hiện từ:

A. < 24 giờ

B. 24 –48 giờ

C. 48-72 giờ

D. >72 giờ

16. Khi sơ cứu vết thương phần mềm chảy máu biện pháp cần được thực hiện ngay là:

- A. Ga rô phía trên vết thương
- B. Đè ép mạch trên vết thương
- C. Thắt mạch hai đầu
- D. Băng ép vết thương

17. Thời gian xử trí Vết thương phần mềm đến sớm tốt nhất là:

- A. < 6 giờ
- B. 6-8 giờ
- C. 9-12
- D. >12 giờ

18. Nguyên nhân thường gặp nhất trong chân thương sọ não là:

- A. Tai nạn sinh hoạt
- B. Tai nạn hỏa khí
- C. Tai nạn ngã cao
- D. Tai nạn giao thông

Tài liệu tham khảo.

1. Đại học Y Dược Thái Nguyên (2016). Bài giảng Ngoại cơ sở.
2. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội: *Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu (2012)*. Nhà xuất bản Y học.
3. Trung tâm đào tạo bác sĩ gia đình. Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh: *Y học gia đình (2012)*. Nhà xuất bản Y học 2012
4. Bệnh viện chợ rẫy Phác đồ điều trị bệnh ngoại khoa (2013). Nhà xuất bản Y học 2013.
5. Vũ Văn Đính và cộng sự (2015). Hồi sức cấp cứu toàn tập. Nhà xuất bản y học
6. Thông tư Liên Bộ Y Tế - Quốc phòng, số: 03 /TTLB, ngày 04/3/ 1994. Vũ Văn Đính. “Tổ chức quản lý Mạng lưới cấp cứu hồi sức tại bệnh viện và vấn đề cấp cứu ngoại viện ” - Quản lý bệnh viện, Bộ Y Tế -Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1997, trang 447 – 458.
7. Lê Minh Đại. “Công tác chọn lọc nạn nhân trong thảm họa ” -Y Tế trong thảm họa, Trung Tâm Đào tạo và Bồi dưỡng cán bộ Y tế TP. Hồ Chí Minh , Lưu hành nội bộ, 1994, trang 91- 103.
8. American Medical Response –website: [http:// amr.net](http://amr.net)

Bài 18

CẤP CỨU NỘI KHOA

Mục tiêu:

1. Trình bày các triệu chứng chính để chẩn đoán và xử trí ban đầu, một số cấp cứu nội khoa thường gặp tại trạm y tế và cộng đồng trong tình huống học tập.
2. Thực hiện được một số kỹ thuật cấp cứu nội khoa tại skill lab. (Hồi sinh tim phổi, nghiệm pháp Heimlich, hút đờm dãi đường hô hấp trên, rửa dạ dày)
3. Thể hiện được tác phong nhanh nhẹn, kỹ năng xử lý tình huống độc lập và kỹ năng phối hợp làm việc đội hiệu quả.

CẤP CỨU NGỪNG HÔ HẤP TUẦN HOÀN NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM

1. Đại cương

Ngừng tuần hoàn, hô hấp là một cấp cứu khẩn cấp thường gặp ở cả cộng đồng cũng như ở bệnh viện. Ngừng tim, phổi nếu không được cấp cứu kịp thời gây tổn thương não vĩnh viễn hoặc tử vong có thể xảy ra một cách nhanh chóng. Hồi sinh tim phổi (CPR – Cardiopulmonary Resuscitation) là một quy trình cấp cứu cơ bản, thực hiện hồi sinh tim phổi kịp thời và đúng có thể cứu sống bệnh nhân, là một bước quan trọng bậc nhất để duy trì tuần hoàn, hô hấp cho đến khi có thể vận chuyển hoặc có trợ giúp của ekip cấp cứu cũng như là có phương án điều trị phù hợp.

Mọi người đều có thể thực hiện hồi sinh tim phổi cơ bản khi được hướng dẫn. Việc hồi sinh tim phổi cơ bản tại cộng đồng có thể thực hiện mà không cần đến sự trợ giúp của các thiết bị y tế chuyên biệt nào:

Mọi bệnh lý hay các tai nạn thương tích đều có thể là nguyên nhân gây ngừng tim, phổi. Hồi sinh tim phổi phải tiến hành ngay khi được phát hiện sau khi đã loại bỏ được nguyên nhân (điện giật, ngạt nước....) hoặc trước khi tìm nguyên nhân để điều trị.

2. Xác định một trường hợp ngừng tim, phổi

Mất ý thức đột ngột ở bệnh nhân đang tỉnh

- Đột ngột ngừng thở. Thường ngừng thở xuất hiện cùng lúc với ngừng tim, cũng có thể bệnh nhân còn một giai đoạn ngắn thở rời rạc (thở ngáp)

- Mất mạch cảnh hay mạch bẹn: dấu hiệu quan trọng nhất để chẩn đoán xác định ngừng tuần hoàn.

Không mất thời gian để nghe tim, đo huyết áp. Cũng không cần chờ có điện tim để xác định chẩn đoán. Điện tim sẽ được làm sau, khi có điều kiện, để xác định cơ chế của ngừng tuần hoàn.

Các dấu hiệu gợi ý khác:

Da nhợt nhạt do mất máu cấp.

Da tím ngắt nếu có suy hô hấp cấp.

Máu ngừng chảy khi đang phẫu thuật động mạch hay tại vết thương mạch máu.

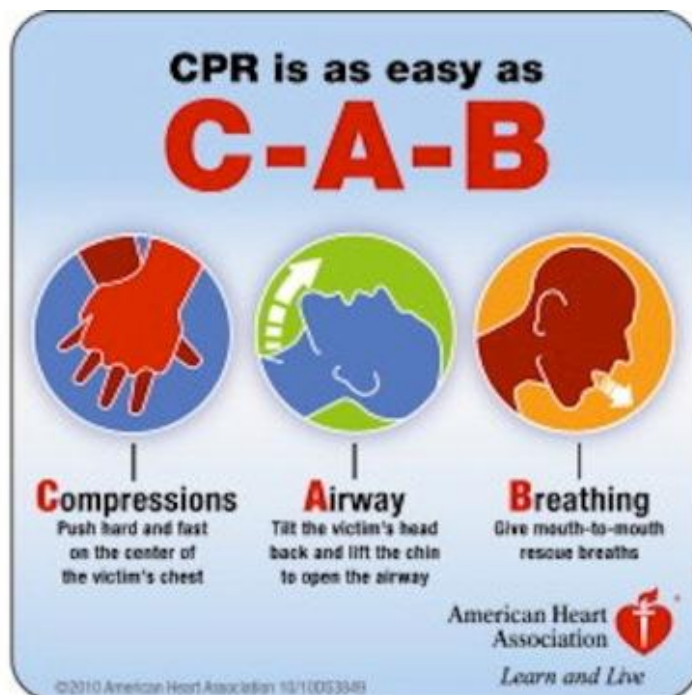
3. Hồi sinh tim phổi.



Hồi sinh tim phổi phải tiến hành ngay khi được phát hiện sau khi đã loại bỏ được nguyên nhân (điện giật, ngạt nước....) hoặc trước khi tìm nguyên nhân để điều trị.

Ngay lập tức khởi động chuỗi sống còn và quy trình C- A- B

Đặt bệnh nhân trên mặt phẳng đủ cứng tiến hành kỹ thuật hồi sinh tim phổi cơ bản gồm 3 bước



C: Ép tim càng sớm càng tốt trong vòng 10 giây từ lúc ngừng tim, trong 2 phút không ngừng, ép đúng, tránh ngắt quãng

A: Khai thông đường thở sau ép tim

B: Thở ngạt 2 lần (1lần/1 giây), tránh quá căng. Tiếp tục ép tim ngoài lồng ngực/thở ngạt với tần suất 30/2 ở người lớn (1-2 người cấp cứu), thở ngạt mỗi 5 – 6 s /lần (nếu có NKQ thì bóp bóng mỗi 6 – 8s/lần)

3.1. Hỗ trợ tuần hoàn - Circulation (C)

Bắt mạch cảnh trong tối đa 10 giây, nếu không thấy có mạch đập, tiến hành ép tim ngoài lồng ngực.

Tư thế bệnh nhân: nằm trên nền cứng

Vị trí ép: 1/2 dưới xương ức

Tư thế: Cánh tay, cẳng tay thẳng trục để truyền lực ép từ vai của mình xuống lồng ngực BN

Ép tim đủ nhanh ≥ 100 lần/phút, không quá 120 lần/phút

+ Ép tim đủ sâu ≥ 5 cm

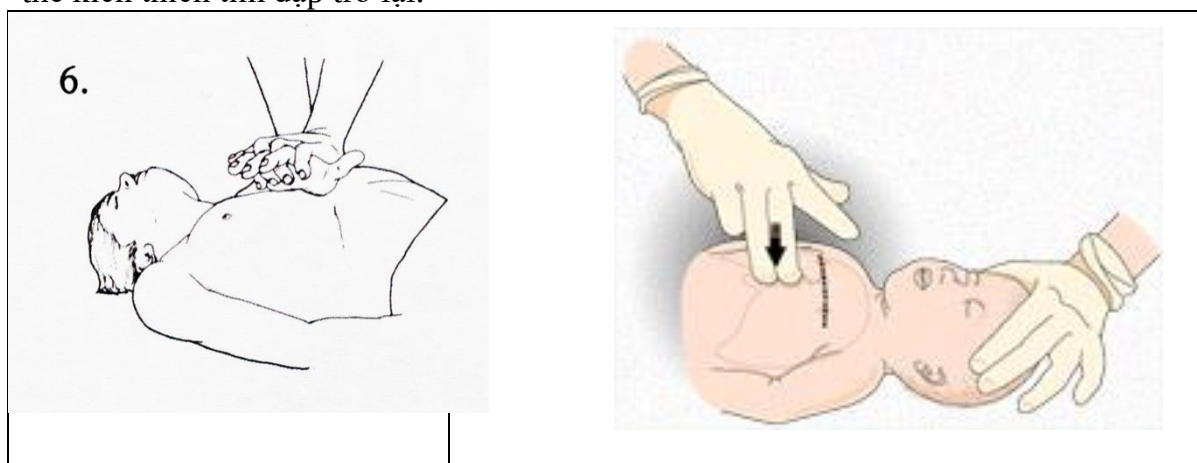
+ Đảm bảo lồng ngực nở ra sau ép

+ Ép tim / Thông khí = 30/2 (2 người cấp cứu)

Nếu chỉ có 1 người cấp cứu thì chỉ ép tim đơn thuần

Tránh ngắt quãng (vì tiêm thuốc, sốc điện)

Sau khoảng 1 phút cấp cứu, kiểm tra mạch cảnh trong 5 giây, nếu thấy có đập, dừng ép tim, đánh giá hô hấp. Các trường hợp khác tiếp tục cấp cứu, đánh giá lại 3-5 phút/lần. Việc đảm vào vùng trước tim 3-5 cái trước khi tiến hành ép tim cũng có thể kích thích tim đập trở lại.



Chú ý:

- Với trẻ nhỏ có thể dùng 2 ngón tay đặt trên xương ức trẻ để ép tim.

- Nếu có chấn thương cột sống cổ cần được cố định tạm thời

- Cầm máu nếu bệnh nhân có vết thương mạch máu gây mất máu cấp

Tiêu chí	Người lớn	Trẻ em (1 tuổi tới dậy thì)	Trẻ sơ sinh (Dưới 1 tuổi, trừ trẻ mới sinh)
Vị trí đặt tay	2 tay đặt trên nửa dưới xương ức	2 tay hoặc 1 tay (tùy chọn với trẻ rất nhỏ) đặt trên nửa dưới xương ức	2 ngón tay đặt giữa ngực
Tốc độ	Nhấn liên tục 100- 120 lần/ phút		
Biên độ	Ít nhất 5cm (không quá 6cm)	Ít nhất 1/3 đường kính trước sau của ngực (khoảng 5cm).	Ít nhất 1/3 đường kính trước sau của ngực (khoảng 4 cm).
Nảy ngực	Đỡ ngực nảy lên hoàn toàn sau mỗi lần nhấn ngực		

Bảng 1: Các tiêu chuẩn ép tim ngoài lồng ngực

Chú ý:

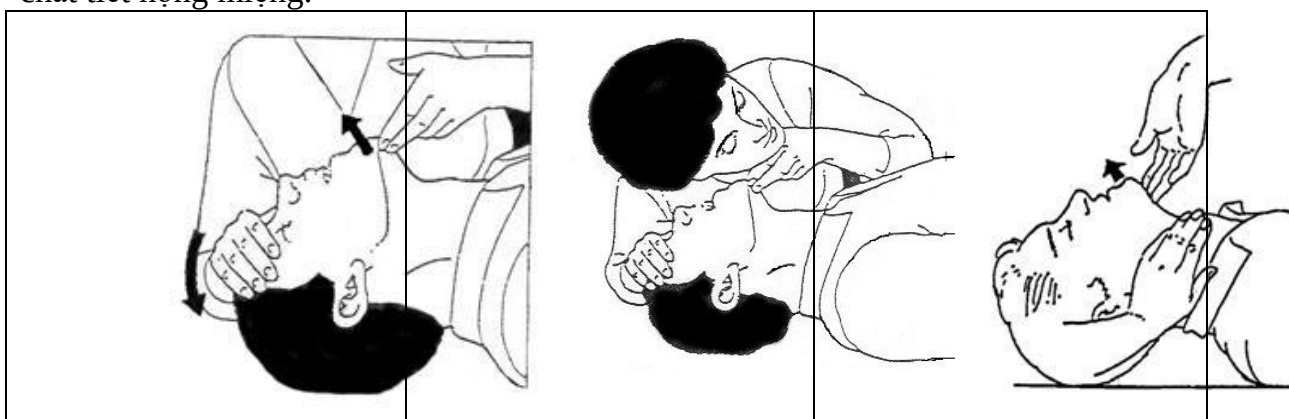
- + Đảm bảo môi trường an toàn cho người cứu hộ và nạn nhân
- + Giảm thiểu số lần gián đoạn nhân ngực, thời gian gián đoạn không quá 10 giây
- + Trong điều kiện có máy khử rung sẵn sàng, thực hiện khử rung càng sớm càng tốt đối với trường hợp ngừng tuần hoàn là người lớn có người chứng kiến

3.2. Khai thông đường thở - Airway (A)

Khai thông đường thở bằng cách một tay đẩy trán và tay kia nâng cằm. Đặt tay chắc chắn trên trán dùng lực đẩy ngả đầu ra sau. Các ngón của bàn tay kia để dưới xương hàm đẩy cằm lên trên. Trong trường hợp có chấn thương cột sống cổ, chỉ được đẩy hàm xuống mà không được ngửa đầu.

Làm nghiệm pháp Heimlich nếu có dị vật đường thở

Móc bỏ dị vật trong miệng bệnh nhân (kể cả răng giả). Lau khô đờm dãi và các chất tiết họng miệng.

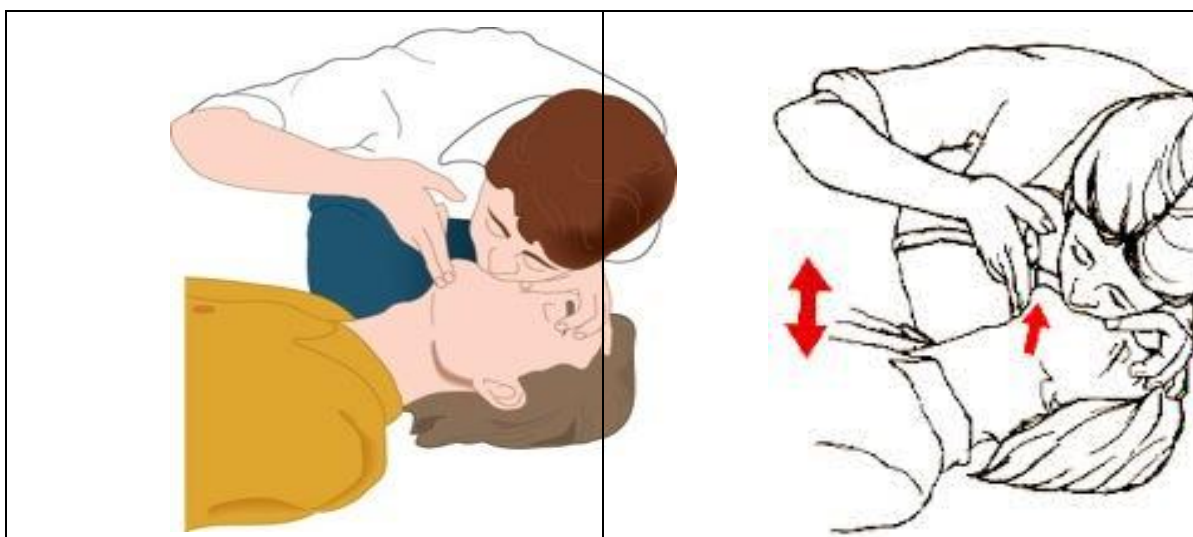


3.3. Hô hấp nhân tạo – Breathing (B)

Đánh giá thở của bệnh nhân bằng cách ghé tai sát miệng bệnh nhân đã mở đồng thời nhìn xuống xem sự di động của lồng ngực. Nghe và cảm giác luồng không khí thở của bệnh nhân thổi vào gò má. Làm việc này không quá 10 giây

Thổi ngạt miệng miệng hai lần liên tiếp, mỗi lần thổi vào trong 2 giây. Nếu thấy lồng ngực không nhô lên khi thổi vào, thổi nặng, phải xem lại tư thế đầu của bệnh nhân, có tụt lưỡi không. Nếu không cải thiện, làm nghiệm pháp Heimlich để loại bỏ dị vật đường thở.

Cứ 30 lần ép tim liên tiếp xen kẽ thổi ngạt 2 lần (cho cả tình huống có 2 người cấp cứu trở lên). Với trẻ em khuyến cáo tỉ lệ này là 15:2.



Biến chứng của kỹ thuật

Khí vào dạ dày là biến chứng thường gặp, đầy hơi quá có thể dẫn tới trào ngược dịch dạ dày vào phổi, làm giảm dung tích phổi, và giảm tác dụng của ép tim. Biến chứng của ép tim có nhiều nhưng có thể giảm bớt nếu làm với kỹ thuật đúng. Lưu ý là ngay cả khi kỹ thuật tốt cũng có thể gây gãy xương sườn, vỡ gan, vỡ lách, tràn khí màng phổi.

4. Thuốc dùng trong cấp cứu ngừng tuần hoàn

Nhanh chóng thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

Thuốc	Chỉ định	Liều ở người lớn
Atropine	*Nhịp chậm có triệu chứng *Blóc NT cấp III, QRS hẹp *Vô tâm thu *Phân ly điện cơ có nhịp chậm.	1 mg tiêm tĩnh mạch/3 - 5 phút, tổng liều không quá 3 mg.
Bicarbonate	*Toan chuyển hoá nặng, không đáp ứng với hồi sinh tim phổi, thông khí, cải thiện ôxy máu. *Tăng kali máu nặng. *Ngộ độc thuốc trầm cảm ba vòng, aspirin	*Toan chuyển hoá: 1 mmol/kg, tiêm tĩnh mạch chậm, có thể lặp lại nửa liều sau 10 phút. *Tăng kali máu: 50 mmol/l tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.
Dopamine	*Sốc tim hay giãn mạch. *Tụt huyết áp sau hồi sinh tim phổi sau khi đã bù thể tích. *Nhịp chậm, blóc nhĩ thất không đáp ứng với atropine, tạo nhịp.	Truyền tĩnh mạch liên tục, liều ban đầu 2 - 5 mcg/kg/phút, điều chỉnh theo đáp ứng lâm sàng.

Adrenaline	*RT, NNT không đáp ứng với sốc điện. *Phân ly điện cơ. *Vô tâm thu. *Sốc phản vệ. *Tụt huyết áp không đáp ứng với truyền dịch. *Nhịp chậm, block nhĩ thất cấp III không đáp ứng với atropine, tạo nhịp.	*Ngừng tim: 1 mg/3 - 5 phút tiêm tĩnh mạch. *Sốc phản vệ: 0,3 - 0,5 mg tiêm bắp hay dưới da, có thể lặp lại sau 15 - 20 phút. Nếu tụt huyết áp, tiêm tĩnh mạch chậm 0,1 mg/5 phút, sau truyền 1 - 10 mcg/phút. *Nâng huyết áp 1 - 10 mcg/phút truyền tĩnh mạch liên tục. *Nhịp chậm: 1 - 10 mcg/phút.
Noadrenaline	Tụt huyết áp (TT < 70 mmHg) kèm theo có các triệu chứng của sốc do vấn đề về mạch máu và tim mạch mà có chống chỉ định truyền dịch	Liều đầu: 0,5 - 1 mcg/phút, có thể tăng đến 30 m

5. Chăm sóc sau ngừng tuần hoàn

- Điều chỉnh huyết áp, kiểm soát thân nhiệt
- Theo dõi liên tục
- Điều trị sớm các nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn

6. Vận chuyển bệnh nhân

Vấn đề vận chuyển bệnh nhân chỉ đặt ra khi

Bệnh nhân tim đập trở lại, phổi thở trở lại

Có kíp cấp cứu đến và có thể đảm bảo được sự liên tục của cấp cứu trong quá trình vận chuyển

7. Khi nào ngừng cấp cứu

- Hồi sinh tim phổi kết quả: tim đập lại, có hô hấp tự nhiên trở lại: Tiếp tục các biện pháp hồi sức sau khi tái lập tuần hoàn và điều trị nguyên nhân
- Tim không đập lại dù cấp cứu tích cực và đúng quy cách: Có thể ngừng cấp cứu sau 30- 60 phút hoặc hơn tùy theo từng trường hợp cụ thể
- Mất não

XỬ TRÍ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

1. Đại cương

Xuất huyết tiêu hoá(XHTH) là tình trạng máu chảy ra khỏi lòng mạch của đường tiêu hoá, vào trong ống tiêu hoá. Biểu hiện lâm sàng là nôn ra máu, ỉa phân đen.

Xác định vị trí chảy máu rất quan trọng. Có nhiều bệnh lý khác nhau gây xuất huyết ở đường tiêu hóa cao và thấp. Phần tiêu hóa cao gồm thực quản, dạ dày, và phần trên của ruột non gọi là tá tràng. Phần tiêu hóa thấp gồm phần dưới của ruột non, đại tràng và hậu môn.

Các yếu tố thuận lợi đưa tới xuất huyết tiêu hóa

- + Khi thời tiết thay đổi: Xuân – Hè, Thu - Đông.
- + Cảm cúm.
- + Dùng một số thuốc: aspirin, NSAIDs, corticoid...
- + Chấn động mạnh tinh thần: quá bức tức, quá lo nghĩ...

2. Chẩn đoán

2.1. Chẩn đoán xác định

Có thể có tiền triệu: đau bụng, mệt lả, hoa mắt, tanh miệng, đôi khi xuất hiện đột ngột không có tiền triệu.

- Nôn máu: số lượng nhiều hoặc ít, máu đen lẫn thức ăn và dịch vị; có thể máu đông thành cục màu tím sẫm, hoặc đỏ tươi, Căn cứ vào tính chất của máu nôn ra có thể chẩn đoán được vị trí của chảy máu nhưng không phải lúc nào cũng chính xác.

- Ỉa máu: phân đen như bã cà phê, mùi thối khắm. Chảy máu nhiều phân loãng, có dịch đỏ. Chảy máu ít phân đen, thành khuôn hoặc dẻo như nhựa đường.

- Sốc do giảm thể tích máu đột ngột. Xuất hiện sau khi nôn máu, ỉa máu. Triệu chứng mặt tái hoặc trắng, ngã vật ra, chân tay lạnh, vã mồ hôi, huyết áp giảm, mạch nhanh, nhỏ. Có thể đái ít hoặc vô niệu...

- Đánh giá khối lượng máu mất qua số lượng máu nôn và/hoặc ỉa ra, tuy nhiên là không chính xác vì chỉ thấy phần ra ngoài, không biết phần còn lại.

- Khám cơ quan tiêu hoá và các cơ quan khác để sơ bộ chẩn đoán vị trí chảy máu.

2.2. Chẩn đoán mức độ mất máu

- Dựa vào khối lượng máu mất (nôn, ỉa)

+ Nhẹ: < 200ml

+ Vừa: 200- 500 ml

+ Nặng: 500- 1000ml

+ Rất nặng: > 1000ml

Chưa đánh giá chính xác được vì thường ước chừng và còn số máu đọng trong ống tiêu hoá, nhưng nếu số lượng máu nôn, đi ngoài nhiều thì đủ đánh giá mức độ nặng

- Nên dựa vào các triệu chứng khác

Bảng 1. Mức độ mất máu theo lâm sàng và công thức máu

	Nhẹ	Vừa	Nặng
Mạch	< 100 lần/ phút	100- 120 lần/ phút	>120 lần/ phút
Huyết áp tối đa	> 110 mmHg	90- 100 mmHg	< 80 mmHg
Hồng cầu	> 3 triệu/ ml	2-3 triệu/ ml	< 2 triệu/ ml
Hb	9-13 g/l	6-9 g/l	<6g/l
Hematocrit	>31%	20-30%	<20%

Chỉ số mạch huyết áp có giá trị cao vì nó ảnh hưởng đến chức năng sống của cơ thể, công thức máu nhiều khi thay đổi chậm hơn. Như vậy chỉ số mạch huyết áp và tình trạng toàn thân của người bệnh có giá trị chẩn đoán sớm mức độ mất máu.

2.3. Chẩn đoán phân biệt

Nôn ra máu : cần phân biệt với ho ra máu, ỉn tiết canh hoặc thức ăn có màu đỏ. Nếu ho ra máu tiên lượng cũng nặng như nôn ra máu

Đi ngoài phân đen cần phân biệt với: Ăn gan, lòng, tiết, uống một số thuốc có màu đỏ như cam thảo, rifampicin...

2.4 Chẩn đoán nguyên nhân

2.4.1. Các nguyên nhân trực tiếp làm tổn thương niêm mạc dạ dày- hành tá tràng:

- Loét dạ dày- hành tá tràng.
- Ung thư dạ dày.
- Viêm dạ dày cấp chảy máu sau khi uống một số thuốc: NSAID, thuốc chống đông.
- Viêm loét dạ dày- hành tá tràng.
- Polyp dạ dày chảy máu.

2.4.2. Nguyên nhân xuất huyết do bệnh lý ngoài ống tiêu hoá:

- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa: chảy máu do vỡ búi giãn TM thực quản hoặc chảy máu do bệnh dạ dày xung huyết trong TALTMC (Gastropathie congestive).
- Chảy máu đường mật.
- Bệnh máu.
- Mạch máu ở hành tá tràng mở vào lòng ruột (chảy máu Dieulafoire)
- Bệnh toàn thân: huyết áp cao, nitơ máu cao, chấn thương, bỏng, hội chứng Mallory- weiss

Có thể chia 2 loại tổn thương: thủng vào thành mạch, chảy máu mao mạch.

3. Xử trí

3.1. Nguyên tắc

- Bồi phụ lượng tuần hoàn và hồi sức.
- Cầm máu.
- Xử trí nguyên nhân tránh tái phát.

3.2. Hồi sức chống sốc

- Nằm bất động, đầu thấp.
- Đảm bảo đường thở: duy trì khả năng vận chuyển oxy máu cho bệnh nhân. Cho thở oxy qua xông mũi 3-6l/ph, nếu có nguy cơ trào ngược vào đường hô hấp hoặc có suy hô hấp cần đặt nội khí quản.

- Đặt catheter tĩnh mạch nền hoặc catheter TM cảnh trong truyền dịch cao phân tử, truyền máu.

- Trợ tim.

- Ăn nhẹ, lỏng.

Đối với bác sỹ gia đình tại tuyến cơ sở: chỉ cần bắt động, nằm đầu thấp truyền dịch đẳng trương hoặc dịch cao phân tử nếu có. Sau đó chuyển bệnh nhân lên tuyến trên, chú ý khi vận chuyển không cho bệnh nhân vận động hoặc ngồi dậy

3.3. Điều trị nguyên nhân

Tùy theo nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa mà có phương pháp xử trí phù hợp
VD: Tiêm cầm máu, kẹp Clip, thắt TMTQ...

4. Chế độ ăn uống và chăm sóc:

Nằm bất động khi có rối loạn huyết động, ăn lỏng và lạnh nhưng đủ calo

Chăm sóc chế độ hộ lí cấp 1

Theo dõi các chỉ số sinh tồn

+ Đánh giá tình trạng chảy máu (24 giờ đầu và những ngày tiếp theo) bằng các dấu hiệu lâm sàng và công thức máu

+ Theo dõi và đánh giá kết quả khi ra viện: bệnh nhân không đi ngoài phân đen, huyết động ổn định. Tùy theo nguyên nhân mà đánh giá khả năng khỏi hay chỉ đỡ

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CHUNG VỚI NGỘ ĐỘC CẤP

1. Chẩn đoán ngộ độc cấp

Hỏi bệnh: khoảng 95% chẩn đoán nguyên nhân ngộ độc là do hỏi bệnh; cần kiên trì, hỏi người bệnh, người nhà, nhiều lần, để nắm được thông tin trung thực. Yêu cầu người nhà mang đến vật chứng nghi gây độc (đồ ăn uống, vỏ lọ, bao bì thuốc, hoá chất...) sẽ rất hữu ích cho việc chẩn đoán độc chất.

Khám toàn diện phát hiện các triệu chứng, tập hợp thành các hội chứng bệnh lý ngộ độc để giúp cho việc chẩn đoán nguyên nhân; xét nghiệm độc chất và các xét nghiệm khác giúp cho chẩn đoán độc chất, chẩn đoán mức độ, chẩn đoán biến chứng.

Bảng 1: TÓM TẮT MỘT SỐ HỘI CHỨNG NGỘ ĐỘC

Nhóm chất độc	HA	M	Hô hấp	T ^o	Thần kinh	Đồng tử	Tiêu hóa	Mồ hôi	Khác
Kích thích giao cảm (amphetamin, ecstasy,...)	↑	↑	↑	↑	Kích thích, sáng	Giãn	↑Co bóp	↑	Đỏ da

Thuốc an thần/gây ngủ, rượu	↓	↓	↓	↓	↓	Co	↓	↓	↓phản xạ
Anticholinergic (VD atropin)	±	↑	↑	↑	Kích thích sáng	Giãn	Liệt ruột	↓	da khô, đỏ, cầu bàng quang (+)
Cholinergic (phospho hữu cơ, carbamate)	↓	↓, loạn nhịp	Co thắt, ↑tiết PQ		Máy cơ, liệt	Co nhỏ	↑ co, nôn, ỉa chảy	↑	Tăng tiết các tuyến và co thắt các cơ
Opioids	↓	↓	↓	↓	Hôn mê	Co nhỏ	↓	↓	Có thể phù phổi cấp

2. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng ngộ độc

- Thời gian: Rất quan trọng, liên quan đến tình trạng bệnh nhân.
- Cơ địa: Người có bệnh sẵn khi ngộ độc sẽ rất nặng.
- Sự chuyển hoá của chất độc trong cơ thể.
- + Bị phá huỷ hoặc trung hoà.
- + Bị đào thải ra ngoài.
- + Gắn vào các mô.

3. Nguyên tắc xử trí

Nhằm 4 mục đích:

- Tìm mọi cách loại trừ chất độc ra khỏi cơ thể càng sớm càng tốt.
- Phá huỷ hoặc trung hoà chất độc bằng chất chống độc đặc hiệu.
- Khắc phục hậu quả ngộ độc.
- Điều tra nguyên nhân gây ngộ độc.

4. Các biện pháp hạn chế hấp thu

* Chất độc qua đường hô hấp đưa nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm, vùng thoáng khí.

* Da, niêm mạc:

Cởi bỏ quần áo bẩn lẩn hóa chất độc, tắm rửa bằng xối nước ấm và xà phòng, gội đầu. Chú ý nếu có nhiều người cùng bị ngộ độc hóa chất thì phải xối nước đồng loạt cùng một lúc, tránh để trì hoãn, đợi chờ.

Rửa mắt khi chất độc bắn vào: cần rửa mắt liên tục 15 phút bằng dòng nước muối 0,9% chảy liên tục trước khi đưa đi khám chuyên khoa mắt.

* Chất độc qua đường tiêu hoá

Gây nôn:

Chỉ định: nếu mới uống, ăn phải chất độc và nạn nhân còn tỉnh táo, chưa có triệu chứng ngộ độc.

Chống chỉ định: nạn nhân lơ đãng, hôn mê hay co giật, ngộ độc axit hay kiềm mạnh. Gây nôn bằng cách: cho nạn nhân uống 100 – 200 ml nước sạch rồi ngay lập tức dùng tăm bông, hoặc ống xông ngoáy họng, cúi thấp đầu nôn, tránh sặc vào phổi. Quan sát chất nôn, giữ lại vào một lọ gửi xét nghiệm.

Uống than hoạt :

Cho than hoạt với liều 1g/kg thể trọng hoà trong 100 ml nước sạch cho nạn nhân uống. Sau 2 giờ có thể uống nhắc lại nếu thấy cần.

Kèm theo than hoạt bao giờ cũng phải cho sorbitol với một lượng gấp 2 lần than hoạt.

Tốt nhất uống hỗn hợp than hoạt + sorbitol (Antipois - B. Mai của Trung tâm chống độc).

Rửa dạ dày:

- + Hiệu quả nhất trong 60 phút đầu bị ngộ độc cấp
- + Còn hiệu quả trong 3 giờ đầu và đã uống than hoạt
- + Còn hiệu quả trong 6 giờ đầu với ngộ độc: các thuốc gây liệt ruột, hoặc uống một số lượng lớn, bệnh nhân tụt huyết áp.

+ Chỉ định :

Hầu hết các ngộ độc đường tiêu hóa

Cho các bệnh nhân không gây nôn được

+ Chống chỉ định:

Sau uống các chất ăn mòn : acid, kiềm mạnh

Sau uống các hoá chất : dầu hoả, ét xăng, parafin: đặt sonde nhỏ mềm và hút để phòng tránh biến chứng sặc vào phổi

Bệnh nhân hôn mê, co giật trừ khi được đặt ống NKQ bơm bóng chèn và dùng thuốc chống co giật.

+ Kỹ thuật:

Bệnh nhân nằm nghiêng trái, đầu thấp. Xông dạ dày cỡ 37- 40F cho người lớn; 26- 35F cho trẻ em, bôi trơn đưa qua miệng hay mũi vào tới dạ dày.

Nước đưa vào mỗi lần 200ml với người lớn, 50-100ml với trẻ em, súc bụng rồi tháo ra. Không dùng máy hút điện. Nhắc lại nhiều lần cho tới khi sạch dạ dày.

Dùng nước sạch, ấm pha với muối 5g muối/lít nước, tổng số lượng nước rửa thường 5 -10 lít với các trường hợp uống thuốc trừ sâu, 3-5 lít nước với hầu hết các trường hợp khác.

Nhuận tràng:

+ Nhằm kích thích co bóp ruột tống chất độc ra ngoài. Thường dùng là sorbitol 1-4g/kg uống ngay sau dùng than hoạt, hoặc trộn vào than hoạt.

Các biện pháp tăng thải trừ độc chất

Bao gồm các biện pháp: bài niệu tích cực, uống than hoạt đa liều, lọc ngoài thận, thay huyết tương, thay máu. Chỉ thực hiện ở bệnh viện.

Bài niệu tích cực:

Chỉ định: ngộ độc các loại độc chất được đào thải qua đường tiết niệu: VD gardenal, paraquat, hoặc tình trạng tiêu cơ vân trong ngộ độc (ong đốt, rắn hổ mang cắn...). Chống chỉ định: suy tim, suy thận thể thiếu niệu hoặc vô niệu.

Thực hiện: truyền dịch với tốc độ 150-200ml/giờ ở người lớn, 20- 100ml/giờ ở trẻ em tùy theo cân nặng và tổng số dịch truyền.

Dịch truyền thường là dịch đẳng trương (một nửa là glucose 5%; một nửa là natri clorua 0,9%; nếu là gardenal thì truyền glucose 5%, natriclorua 0,9% và natribicarbonat 1,4% theo tỉ lệ 2:2:1 với khối lượng toàn bộ bằng 50- 80ml/kg cân nặng nhằm kiềm hóa nước tiểu với những độc chất gây toan máu).

Theo dõi lượng nước tiểu theo giờ, nếu không đạt 100-200 ml/ giờ cho người lớn và 2-4 ml/kg cân nặng cho trẻ em thì cho thêm thuốc lợi tiểu mạnh (furosemide). Điều chỉnh lượng dịch truyền vào theo lượng nước tiểu/giờ.

5. Chuyển tuyến chuyên khoa.

Nhanh chóng vận chuyển người bệnh đến cơ sở chuyên khoa để điều trị thuốc giải độc đặc hiệu

Hiện mới có ít thuốc giải độc có phác đồ điều trị cụ thể đã được kiểm chứng qua lâm sàng (PAM và atropin trong ngộ độc phospho hữu cơ; N-acetylcystein trong ngộ độc paracetamol; naloxon trong quá liều heroin,...)

Rất nhiều thuốc giải độc chưa xác định được liều tối ưu. Các liều khuyến cáo thường dựa trên thực nghiệm trên súc vật và trên người bình thường.

CO GIẬT

1. Đại cương:

- Co giật là rối loạn thần kinh đặc trưng bởi các cơn co giật tự nhiên và tái phát. Co giật cũng được phân loại là cục bộ hoặc toàn thân dựa trên mức độ ảnh hưởng lên giải phẫu thần kinh hoặc được phân loại là đơn giản hay phức tạp dựa trên ảnh hưởng của co giật lên tình trạng ý thức. Co giật phức tạp ảnh hưởng lên tình trạng ý thức của bệnh nhân trong khi đó co giật đơn giản thì không

- Co giật có thể do nhiều nguyên nhân gây nên.

- Tính chất co giật:

+ Co giật do ngộ độc có tính chất phức tạp, bệnh nhân có rối loạn ý thức, hoạt động co giật tăng trương lực, giật rung.

+ Các rối loạn chuyển hoá như hạ đường máu, tăng urê máu và các tình trạng tăng thẩm thấu khác có thể gây co giật định khu trong khi không có tổn thương cục bộ trên não.

+ Co giật cục bộ đặc biệt thường gặp trong các tình trạng tăng thẩm thấu vôi máu bị co lại gây rách các mạch máu nhỏ, dẫn tới nhiều ổ tổn thương trên vi thể.

2. Các nguyên nhân thường gặp

- Nhiễm trùng: Viêm não – màng não, áp xe não, ký sinh trùng...
- Chấn thương sọ não
- U não
- Bệnh mạch máu não: tai biến mạch máu não, dị dạng mạch máu não...
- Ngộ độc thuốc, rượu
- Rối loạn chuyển hóa: hạ đường huyết, tăng đường huyết, hạ natri máu, tăng natri máu, hạ calci, tăng ure máu....
- Động kinh

3. Tiếp cận Bệnh nhân co giật

3.1. Nếu đang cơn co giật

- Cấp cứu cắt cơn, ngăn ngừa thiếu oxy não
- Đánh giá tri giác, sinh hiệu
- Quan sát, thăm khám: dấu chấn thương, dấu màng não, dấu thần kinh khu trú...

3.2. Nếu ngoài cơn co giật

- Hỏi kỹ bệnh sử và tính chất cơn co giật: thời gian, mô tả cơn, số cơn...
- Tiền sử bản thân và gia đình: chấn thương, tiếp xúc độc chất, động kinh...
- Xử trí co giật tái phát nếu có

4. Xử trí:

Khi bệnh nhân đang có co giật:

4.1. Bảo đảm hô hấp

- Đặt bệnh nhân ở tư thế an toàn
- Tránh tụt lưỡi và cắn phải lưỡi
- Thở oxy nếu có và khi bệnh nhân tự thở tốt.
- Bóp bóng có oxy 100% qua mask hoặc hô hấp hỗ trợ.
- Lau sạch miệng, tháo bỏ răng giả, hút đờm dãi, đặt canun hầu.

4.2. Bảo đảm tuần hoàn

- Truyền đủ dịch
- Nếu có loạn nhịp: cho thuốc chống loạn nhịp.
- Cấp cứu ngừng tuần hoàn nếu có

4.3. Các thuốc cấp cứu

Dùng thuốc điều trị co giật					
Thuốc	Chỉ định	Chống chỉ định	Liều tĩnh mạch	Thời gian bắt đầu tác dụng	Nửa đời sống
Diazepam	Co giật hoặc hội chứng cai (thuốc hàng đầu) Bệnh nhân đang co giật cần tiêm tĩnh mạch	Không thể kiểm soát được hô hấp	Người lớn: 10mg/lần, TM chậm, nhắc lại sau 5-10ph nếu không có tác dụng, có thể 3 lần	0–5 ph	43 h
			Trẻ em: 0.2–0.5 mg/kg, có thể nhắc lại.		
Lorazepam	Co giật hoặc hội chứng cai (thuốc hàng đầu)	Không thể kiểm soát được hô hấp	Người lớn: 2-8mg tiêm chậm	0–5 ph	14 h
			Trẻ em: 0.05–0.1 mg/kg		
Midazolam	Co giật hoặc hội chứng cai (thuốc hàng đầu)	Không thể kiểm soát được hô hấp	Người lớn: 5 mg tiêm chậm	0–2 ph	2 h
			Trẻ em: 0.2 mg/kg		
Phenobarbital	Co giật tái diễn hoặc kéo dài(thuốc thứ hai)	Sốc	Người lớn và trẻ em truyền TM20 mg/kg với tốc độ tới 50 mg/ph (với người lớn) hoặc tới 1 mg/kg/min (trẻ em)	5–10 ph	99 h
		Porphyria			
		Không thể kiểm soát được hô hấp			
Pyridoxine (vitamin B6)	Isoniazid (INH)	Không	5 g với người lớn hoặc 70 mg/kg với trẻ em Có thể cho 1 g VTM B6 cho mỗi gam INH uống vào nếu biết rõ số lượng uống.	Không có thông tin	2–3 tuần
	Các nấm có chứa Monomethylhydrazine (e.g., Gyromitra spp.)				

	Hydrazine (nhiên liệu tên lửa)				
	Theophylline				

4.4. Khi bệnh nhân hết co giật nhưng còn nguy cơ co giật:

- Seduxen: ống 10mg, người lớn, 1 ống TB. TE: 1 mg/kg.
- Gardenal: viên 0,1: người lớn: 2-4 viên/ngày. TE viên 0,01g: 3-10 viên/ngày (theo đáp ứng lâm sàng của BN).
- Chuyển tuyến nếu đảm bảo an toàn, có phương tiện cấp cứu trong quá trình vận chuyển.

4.4. Tìm nguyên nhân

- Khi co giật do nguyên nhân ngộ độc tiến hành loại bỏ ngay chất độc khỏi cơ thể.
- Hỏi, khám bệnh kiểm tra lại khi tình trạng bệnh nhân ổn định.
- Thu thập bệnh phẩm, làm xét nghiệm độc chất nếu có thể.

XỬ TRÍ BAN ĐẦU DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

Dị vật đường thở là những vật lạ mắc lại ở thanh quản, khí quản hoặc phế quản.

Dị vật đường thở là một cấp cứu thường gặp trong chuyên khoa Tai Mũi Họng, nếu không được chẩn đoán sớm, xử trí đúng, dễ dẫn tới các biến chứng nặng nề và có thể tử vong nhanh chóng.

1. Nguyên nhân dị vật đường thở

- Do bản thân người bệnh

Bệnh nhân đang ăn hoặc đang ngậm vật gì đó trong miệng, do tác nhân nào đó làm đột ngột hít mạnh, dị vật theo luồng không khí rơi vào đường thở. Gặp trong các trường hợp: cười đùa trong khi ăn hoặc ngậm dụng cụ trong khi làm việc.

Ở trẻ nhỏ phản xạ đóng mở nắp thanh thiệt có thể chưa được hoàn chỉnh hoặc ở người lớn bị mất phản xạ bảo vệ của thanh quản do liệt họng, đeo canuyn lâu ngày, người mắc bệnh tâm thần...

Một số trường hợp do uống nước sôi con tắc te chui vào đường thở và sống ký sinh trong đường thở.

- Do tai biến của các thủ thuật, phẫu thuật

Tai biến của hàn răng, nạo V.A, cắt amidan, tai biến do gây mê...

Ngoài ra dị vật đường thở ở trẻ em còn do khi cho trẻ ăn, uống thuốc... không đúng phương pháp.

2. Triệu chứng lâm sàng

Khi dị vật rơi vào đường thở lập tức biểu hiện hội chứng xâm nhập, sau đó tùy thuộc vào vị trí, tính chất dị vật và thời gian mắc mà biểu hiện triệu chứng lâm sàng khác nhau.

2.1. Hội chứng xâm nhập

- “Hội chứng xâm nhập” biểu hiện bằng những cơn ho sặc sụa, ngạt thở, tím tái, trợn mắt, vã mồ hôi, đại tiểu tiện không tự chủ. Bệnh cảnh này kéo dài khoảng 3 - 5 phút. Đó là kết quả của hai phản xạ: phản xạ co thắt (nhằm ngăn cản không cho dị vật xuống dưới) và phản xạ ho (để tống dị vật ra ngoài).

Kết quả của hội chứng xâm nhập:

- Dị vật bắn ra ngoài, bệnh nhân dần trở về bình thường (rất hiếm gặp).
- Dị vật to, bít tắc toàn bộ khe thanh môn hoặc do phản xạ co thắt quá mạnh, bệnh nhân tử vong.
- Dị vật mắc lại thanh quản hoặc xuống khí quản, phế quản.

2.2. Dị vật thanh quản

Các dị vật mắc lại ở thanh quản thường là các vật dẹt, sắc, nhọn, xù xì... như vỏ trứng, đầu tôm, xương cá...

Sau hội chứng xâm nhập bệnh nhân vẫn khó thở thanh quản ở các mức độ khác nhau, khàn tiếng, ho (thường ho khan không có đờm, ho từng cơn dài...). Thỉnh thoảng có cơn co thắt thanh quản, làm bệnh nhân khó thở thêm và rất dễ tử vong.

Nghe phổi có thể thấy có rale rít ở cả hai bên phổi, lan từ trên xuống, cũng có khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai bên phổi.

4.3. Dị vật khí quản

Sau hội chứng xâm nhập, các triệu chứng tạm thời yên ổn, thỉnh thoảng có những cơn khó thở kịch phát, co kéo cơ hô hấp, tím tái. Nếu dị vật sắc nhọn cắm vào lòng khí quản thì bệnh nhân có cảm giác đau sau xương ức và khó thở kiểu hen. Dị vật nhỏ hơn, lúc di động lên khí quản, lúc xuống phế quản. Các triệu chứng ít có giá trị chẩn đoán định khu.

Nghe phổi có rale rít, rale ngáy ở cả hai bên. Nếu dị vật to có thể thấy rì rào phế nang giảm cả hai bên phổi. Trường hợp dị vật tròn nhẵn, di động có thể nghe phổi thấy tiếng "Lật phật cò bay".

4.4. Dị vật phế quản

Dị vật phế quản thường gặp ở phế quản gốc phải

Sau hội chứng xâm nhập, các triệu chứng ổn định tạm thời, cho đến khi xuất hiện những triệu chứng nhiễm trùng thứ phát hoặc các triệu chứng khác do các biến chứng: xẹp phổi; khí phế thũng hoặc viêm phế quản phổi. Nếu dị vật là chất vô cơ bị bỏ sót có thể gây viêm phế quản mạn tính và giãn phế quản, có biểu hiện triệu chứng ho kéo dài giống lao phổi.

Nghe phổi có thể thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên, có thể kèm theo rale rít, rale ngáy, cũng có thể rale ẩm, rale nổ...

Gõ ngực có thể thấy tiếng đục (khi có áp xe hoặc xẹp phổi một bên); tiếng trong, vang (khi có tràn khí màng phổi).

3. Chẩn đoán

3.1. Chẩn đoán xác định

hội chứng xâm nhập kết hợp với các triệu chứng lâm sàng (khó thở, khàn tiếng, ho và các triệu chứng viêm nhiễm) và triệu chứng cận lâm sàng.

Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả soi thanh khí phế quản.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

Viêm thanh quản cấp

Hen phế quản

Các bệnh viêm phế quản mạn, phế quản phế viêm, áp xe phổi, lao, giãn phế quản thường nhầm với dị vật phế quản bị bỏ sót.

Chẩn đoán phân biệt dựa vào bệnh sử (khai thác hội chứng xâm nhập) và kết quả soi thanh - khí - phế quản.

4. Xử trí

4.1. Nguyên tắc

Chống khó thở.

Soi thanh - khí - phế quản gấp dị vật.

Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân sau soi.

4.2. Sơ cứu ban đầu tại tuyến cơ sở

Chống khó thở.

Chuyển bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa kịp thời.

Chăm sóc bệnh nhân trong khi chuyển.

- Chống khó thở

Khi bệnh nhân có khó thở thanh quản độ II trở lên phải mở khí quản cấp cứu.

Dị vật ở khí quản: mở khí quản cấp cứu trước khi chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

Dị vật ở phế quản gây suy hô hấp cấp: cho thở oxy qua masque, có thể bóp bóng hỗ trợ nếu có rối loạn nhịp thở.

Tuy nhiên, đối với tuyến cơ sở không có bác sỹ chuyên khoa mà trong tay không có bất kỳ một phương tiện cấp cứu nào, khi bệnh nhân đang trong cơn ngạt thở cấp, có thể áp dụng các biện pháp sau đây:

Đối với ngạt thở do chất lỏng ở trẻ nhỏ: nhanh chóng khai thông đường thở, bằng cách cầm hai cổ chân trẻ đưa lên cao, dốc ngược đầu xuống dưới, tay kia vỗ mạnh vào lưng trẻ để trẻ khóc sẽ cắt đứt được phần xạ co thắt thanh.

Nghiem pháp Heimlich tư thế đứng: người cấp cứu đứng sau lưng bệnh nhân, đưa tay ra trước vào vùng thượng vị, hai bàn tay chồng lên nhau, cho lưng bệnh

nhân dựa vào ngực người cấp cứu, ép mạnh vào vùng thượng vị bệnh nhân từng nhịp.

Nghiệm pháp Heimlich tư thế nằm: bệnh nhân nằm ngửa, đầu thấp và nghiêng sang một bên, người cấp cứu dùng hai bàn tay đặt chồng lên nhau để vào vùng thượng vị bệnh nhân và ấn mạnh vào vùng đó theo hướng đầu bệnh nhân, làm từng nhịp để ép phổi.

Các nghiệm pháp trên hiệu quả thường thấp và có thể gây tai biến nguy hiểm khi dị vật đã xuống khí, phế quản.

Nếu làm nghiệm pháp Heimlich 3 lần không kết quả phải hô hấp nhân tạo, cho thở ôxy, dùng thuốc chống phù nề và chuyển bệnh nhân lên tuyến có chuyên khoa kịp thời.

- Chuyển bệnh nhân lên tuyến có chuyên khoa

Khi chắc chắn dị vật còn nằm lại trong đường thở mặc dù bệnh nhân không khó thở nhiều cần phải mở khí quản trước khi chuyển lên tuyến có chuyên khoa. Trước và trong khi chuyển lên tuyến có chuyên khoa, bệnh nhân cần được chăm sóc tích cực, theo dõi sát tình trạng khó thở, cho thở ôxy.

4.3. Cấp cứu chuyên khoa

Soi thanh - khí - phế quản gấp dị vật.

Nếu bệnh nhân khó thở và tình trạng toàn thân nặng cần phải hồi sức tích cực trước khi soi.

Sau khi soi cần dùng kháng sinh, chống viêm, chống phù nề và theo dõi sát đề phòng khó thở do viêm nhiễm và phù nề đường thở..

Những việc cần tránh:

- Đừng can thiệp nếu nạn nhân vẫn còn có thể ho, thở hay la, khóc được.
- Đừng cố móc lấy vật lạ ra và dịch chuyển nó nếu bạn không thể thấy được nó vì có nhiều khả năng dị vật rơi vào sâu hơn./.

CẤP CỨU ĐUỐI NƯỚC

Đuối nước là một dạng của ngạt, hoặc do nước bị hít vào phổi, hoặc tắc đường thở do co thắt thanh quản khi nạn nhân ở trong nước. Đây là một tai nạn hay gặp, xảy ra trong khi bơi, đi thuyền và trong các hoạt động dưới nước. Tuy nhiên, cũng có thể xảy ra tại nhà như trong bồn nước, chum vại, rãnh nước nơi mà mức nước chỉ sâu vài chục centimet.

Mục đích cấp cứu là giải phóng đường thở và cung cấp ô xy cho nạn nhân càng sớm càng tốt.

Xử trí ban đầu:

*Đưa nạn nhân ra khỏi nước:

+ Đối với những người không phải cứu hộ và không biết bơi: đưa ra những lời thông báo, ném các vật cứu hộ cho nạn nhân

+ Đối với các nhân viên cứu hộ: hồi sức cơ bản dưới nước dựa vào mức độ bình tĩnh của nạn nhân

+ Nếu nạn nhân tỉnh: tiếp cận nạn nhân thông qua dụng cụ cứu hộ là điều tốt nhất, người cứu hộ sử dụng các dụng cụ cứu hộ hoặc phao để giữ đầu nạn nhân và giữ thông đường thở

+ Nếu nạn nhân mất ý thức: quan trọng nhất phải đảm bảo sự sống, hồi sinh trong nước chủ yếu là hồi sinh thông khí, kiểm tra và giải phóng đường thở, nếu có thể phải tiến hành hô hấp miệng -miệng, ấn tim ngoài lồng ngực không có tác dụng (không có điểm tựa)

*** Tiến hành hồi sức cấp cứu cơ bản cho nạn nhân**

+ Xác định mức độ mất ý thức

+ Đặt nạn nhân nằm ngửa, đầu bằng (nếu nạn nhân có ý thức có thể đặt đầu hơi cao): nôn xuất hiện ở 65% các trường hợp, trong quá trình hồi sức, nạn nhân có thể hít thêm chất nôn làm cản trở động tác hồi sức miệng-miệng. Nếu nôn, xoay miệng nạn nhân sang một bên và móc chất nôn với ngón tay hoặc hút

+ Thủ thuật Heimlich: không còn được sử dụng

+ Nếu ngưng thở phải hô hấp miệng -miệng.

+ Nếu có ngừng tim (không có mạch bẹn,mạch cảnh) tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn.

+ Cởi bỏ quần áo ướt:làm ấm cơ thể nạn nhân

+ Tập trung cấp cứu bệnh nhân liên tục, kiên trì

+ Gọi đơn vị cấp cứu hỗ trợ

Chuyển nạn nhân đến tuyến trên (bằng xe chuyên dụng), khi nạn nhân đã thở lại, kêu la được.

Nếu nạn nhân còn mê, nhưng đã có mạch và nhịp thở, tốt nhất chờ đội cấp cứu đến hỗ trợ.

Đặt nạn nhân nằm tư thế nằm nghiêng an toàn trong khi chờ đội cấp cứu đến hỗ trợ.

CẤP CỨU ĐIỆN GIẬT

1. Đại cương.

Điện giật là hiện tượng dòng điện đi qua cơ thể dẫn đến cản trở chức năng của một số bộ phận, làm tổn thương chúng hoặc thậm chí dẫn đến tử vong. Điện áp càng cao, thời gian bị điện giật càng lâu thì tình trạng của người bị điện giật càng nghiêm trọng. Trên thực tế, bị sét đánh chính là bị điện giật ở mức tổn hại lớn nhất, bởi điện áp của tia sét lên đến vài nghìn kW.

Nguyên nhân: bị điện giật thường gặp là do hệ thống thiết bị điện không an toàn hoặc do thiếu thận trọng trong khi làm việc.

Những tổn thương do điện giật

+ Tổn thương do nhiệt năng

+ Tổn thương do dòng điện đi qua

+ Tổn thương do nổ

Trong việc xử trí điện giật, cần nắm vững hai phương châm:

+ Hồi sinh cơ bản: tại nơi xảy ra điện giật

+ Hồi sinh nâng cao: tại nơi xảy ra điện giật do nhân viên y tế thực hiện và tại bệnh viện.

2. CHẨN ĐOÁN ĐIỆN GIẬT

Toàn bộ các cơ của bệnh nhân bị co giật mạnh gây 02 tình huống

- Nạn nhân bị bắn ra xa vài mét, có thể bị chấn thương

- Nạn nhân như bị dính chặt vào nơi bị truyền điện cần đề phòng bệnh nhân ngã ra gây thêm các chấn thương khi cắt điện.

2.1. Tổn thương do điện giật

- Ngưng tim phổi: bệnh nhân có thể ngừng thở trước rồi ngưng tim sau, ngưng tim thường do rung thất.

- Bỏng: có thể do dòng hiệu điện thế cao, đôi khi rất nặng nếu điện thế càng cao và thời gian tiếp xúc càng dài.

- Vết bỏng không đau, không chảy máu, không chảy nước, không làm mủ, nơi đi vào thường có ranh giới rõ hình tròn hoặc oval.

- Bỏng đôi khi do sự di chuyển của dòng điện, gây bỏng sâu, khó đánh giá khi nhìn từ bên ngoài.

- Gãy xương: chú ý cột sống và ngực.

- Sốc giảm thể tích: do tăng tính thấm thành mạch, tổn thương tế bào

- Phù tăng áp lực nội sọ

- Suy thận cấp: vài giờ sau khi bị điện giật, bệnh nhân đã tỉnh bỗng nhiên đái ra nước tiểu đỏ sẫm và sau đó vô niệu. Xét nghiệm nước tiểu có thể có myoglobin. Dòng điện cao thế có thể hủy hoại tổ chức phóng thích ra myoglobin làm tắc ống thận gây viêm thận cấp

- Tim: ngoại tâm thu nhĩ và thất, loạn nhịp hoàn toàn, đau thắt ngực

- Tâm thần kinh: liệt nửa người, hội chứng ngoại tháp, bệnh thần kinh ngoại biên (liệt, đau, tê da), rối loạn điện não tồn tại hàng năm

3. Cấp cứu điện giật tại chỗ.

- Khẩn trương, đúng phương pháp chỉ có 03 phút để hành động

- Nhanh chóng ngắt nguồn điện (tránh chạm vào nạn nhân khi nguồn điện chưa được cắt).

- Tiến hành ngay các biện pháp cấp cứu ngừng tuần hoàn nếu nạn nhân ngừng tim, ngừng thở.

- Cố định cột sống cổ, sơ cứu các chấn thương nguy hiểm (gãy xương, bỏng,...) nếu có.

- Thiết lập đường truyền: truyền dịch (tụt huyết áp, bỏng), tiêm thuốc.

- Chườm lạnh vùng bồng.
- Giảm đau (co cơ rất đau).
- Cấp cứu ngừng tuần hoàn liên tục cho đến khi có kíp cấp cứu hỗ trợ.
- Nếu nạn nhân có mạch, huyết áp ổn định, tự thở thì chuyển tuyến trên.
- Tiếp tục theo dõi mạch, nhịp thở vì bệnh nhân có thể ngừng tuần hoàn trở lại trong khi vận chuyển.

ĐỘT QUY

1.Đại cương

Đột quy là một bệnh rất nặng. Ở Hoa Kỳ, đột quy là nguyên nhân thứ ba gây tử vong. Nhưng là nguyên nhân số 1 gây tàn phế. Đột quy xảy ra khi não không đủ ôxy. Điều này làm cho các tế bào não chết. Đột quy có thể gây vấn đề về trí nhớ, lời nói và cử động. Người ta có thể chết do đột quy. Não thiếu ôxy càng lâu, thì tổn thương càng nhiều.

2.Nguyên nhân

Nguyên nhân gây thiếu máu/nhồi máu não: đa phần do nhóm bệnh lý tắc nghẽn mạch máu, phần lớn trong bệnh cảnh xơ vữa. Một số ít do các bệnh cảnh viêm mạch, bệnh tự miễn.

Nguyên nhân xuất huyết não: đa phần do tăng huyết áp ở người trung niên-lớn tuổi, do các bệnh lý dị dạng mạch máu não ở người trẻ tuổi, ngoài ra còn các nguyên nhân khác như rối loạn đông máu, thoái hóa mạch máu dạng bột...

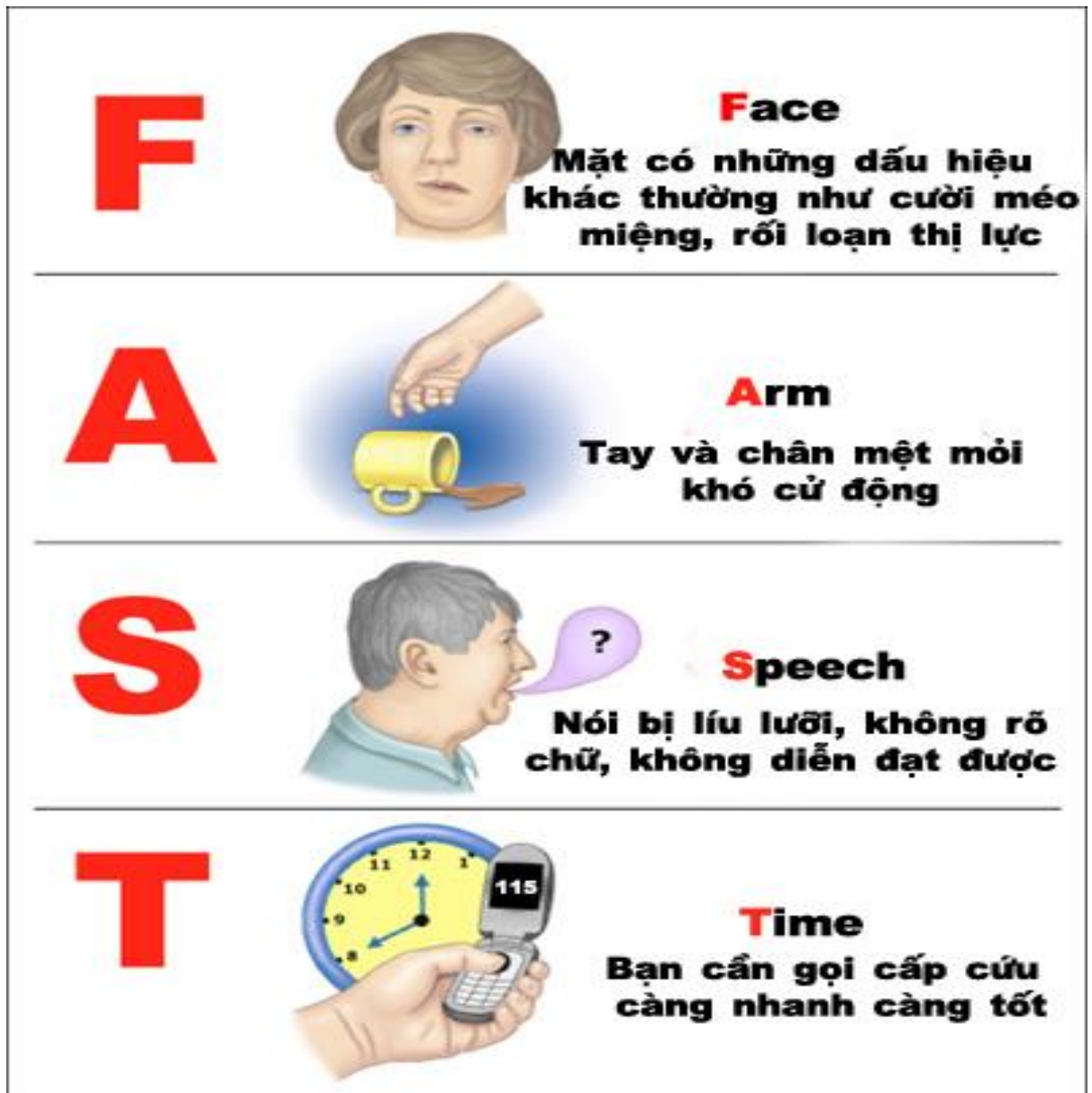
Xuất huyết dưới nhện phần lớn do vỡ phình động mạch não (80%), dị dạng động tĩnh mạch não (10%), ngoài ra có thể do tăng huyết áp, rối loạn đông máu...

3.Triệu chứng gợi ý

Bệnh nhân đột ngột:

- Yếu hoặc tê mặt, tay hoặc chân, đặc biệt một bên cơ thể
- Rối loạn ý thức
- Có bất thường về lời nói hoặc sự hiểu biết
- Bất thường về nhìn ở một hoặc cả hai bên mắt
- Mất thăng bằng, chóng mặt hoặc phối hợp động tác
- Đau đầu dữ dội mà không rõ căn nguyên
- Rối loạn ý thức, trí nhớ
- Co giật cục bộ
- Liệt, rối loạn cảm giác ½ cơ thể, mặt
- Hội chứng tiểu não, Hc tiền đình trung ương
- Rối loạn lời nói, rối loạn thị giác
- Liệt dây thần kinh sọ

- Hội chứng màng não
- * Dấu hiệu nhận biết sớm đột quỵ (3 dấu hiệu)
- Liệt mặt
- Giảm vận động
- Nói khó



Những dấu hiệu nhận biết sớm đột quỵ

4. Cận lâm sàng.

CT sọ não

MRI sọ não

Là những xét nghiệm cơ bản trong chẩn đoán và điều trị đột quỵ

5. Xử trí

- Đảm bảo đường thở và thông khí
 Tư thế nằm nghiêng an toàn
 Đặt canuyn miệng, hút đờm dãi
 Đặt nội khí quản: ứ đọng, điểm Glasgow < 8 điểm
- Kiểm soát huyết áp.
 80% trường hợp đột quỵ có THA, HA thường giảm dần sau 24-48h
- Theo khuyến cáo AHA:
 Chỉ nên hạ HA $\approx$ 20% khi HA tâm trương > 140mmHg hoặc HA tâm thu > 220mmHg
 Nếu điều trị tiêu sợi huyết: duy trì HA < 180/110mmHg
- Một số thuốc hạ áp:
 Nicardipin truyền tĩnh mạch 5-15mg/h trong trường hợp HA không kiểm soát được bằng các thuốc hạ áp thông thường.
 Các thuốc khác. Labetalol, hydralazine, enalapril..
- Chống phù não
 Nằm đầu cao 30°
 Kiểm soát HA
 Đảm bảo thông khí tốt
 An thần tránh kích thích vật vã
 Manitol 1g/kg/1 lần truyền 20-30 phút
- Nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa điều trị đột quỵ não.

6. Dự phòng đột quỵ

- Kiểm soát yếu tố nguy cơ

Phát hiện và quản lý tốt, điều trị đạt mục tiêu các bệnh: THA, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường, bệnh tim mạch khác...

Bỏ thuốc lá, chế độ ăn hợp lý, tránh thừa cân béo phì

Tiền sử gia đình: Phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ can thiệp

Khám sức khỏe định kỳ

Xử trí rắn độc cắn

1. Đại cương

Rắn độc cắn là một tai nạn hay gặp (đặc biệt ở nông thôn và miền núi) gây nguy hiểm có thể dẫn đến tử vong hoặc tàn phế. Có nhiều loại rắn, đặc điểm gây bệnh không những khác nhau giữa các loài rắn, mà ngay trong cùng một loài, đặc điểm này cũng khác nhau tùy từng địa phương, nên cách xử trí cũng có những đòi hỏi khác nhau. Điều trị rắn độc cắn theo kinh nghiệm dân gian có kết quả hạn chế và chưa được kiểm chứng.

Ở Việt nam có hai nhóm rắn chính: rắn hổ (cạp nia, cạp nong, hổ mang...) và rắn lục.

Phân thành các nhóm:

- Nhóm rắn hổ: Hổ mang bành, hổ mang chúa, cạp nong, cạp nia.
- Nhóm rắn lục: Rắn nhỏ hơn, ngắn đuôi, màu xanh. Thường gặp rắn chàm quạp và rắn lục xanh.

Ngoài ra, rắn cắn có thể gây nhiễm trùng nặng do nhiễm bản vết cắn.

Triệu chứng thường xuất hiện sau khi bị rắn cắn 2 - 4 giờ, có thể đến 8 giờ. Triệu chứng xuất hiện càng sớm, thường tổn thương càng nặng.

Tai nạn rắn cắn thường xảy ra vào mùa mưa(mùa hè vì rắn là loại động vật ngủ đông).

Khi nhìn vết răng cắn để lại trên da, có thể phân biệt rắn độc với rắn không độc (đòi hỏi phải có kinh nghiệm): Rắn không độc thường vết răng rắn thường là một vòng cung, đều nhau, còn rắn độc sẽ để lại 2 vết sâu hơn hẳn các vết răng khác -> đó là 2 móc độc.

Nọc rắn đi vào cơ thể theo đường bạch mạch, do đó khi bị rắn cắn cần garô bạch mạch mới có tác dụng, không garô động mạch hay tĩnh mạch.

2. Triệu chứng

2.1. Rắn hổ cắn

- Tổn thương tại chỗ cắn:

+ Rắn cạp nia (thân có khoang đen trắng), cạp nong (thân có khoang đen vàng): thường không có tổn thương gì, nhiều khi rất khó nhìn thấy, nếu không bị chích rạch. Nếu có sưng nề thường là do nhiễm trùng.

+ Rắn hổ mang: đau buốt, có vết răng, móc độc, hoại tử, phù nề lan rộng quanh vùng rắn cắn, có thể phù nề toàn bộ chi bị cắn, hạch bạch huyết vùng gần đó sưng đau. Nhiều biến chứng có thể xuất hiện trong thời gian này: nhiễm khuẩn, loét...

- Toàn thân

+ Khởi đầu thường là rối loạn cảm giác: tê lưỡi, đau họng, khó nuốt (do độc tố gây tổn thương các dây thần kinh của vùng hầu họng).

+ Tiếp theo, bệnh nhân sụp mi do liệt cơ nâng mi, khó há miệng (có thể đo khoảng cách giữa hai hàm răng để theo dõi tiến triển của liệt), nhìn mờ (do giãn đồng tử).

+ Giai đoạn toàn phát, bệnh nhân sẽ dần dần liệt toàn bộ các cơ, đặc biệt nguy hiểm là liệt cơ hô hấp, đồng tử giãn to. Bệnh nhân thường vẫn tỉnh do các chất độc với thần kinh chỉ tác động đến thần kinh ngoại biên, trừ trường hợp tổn thương thần kinh do nhiễm độc quá nặng.

+ Tổn thương cơ vân: biểu hiện đau cơ, căng cơ, tiêu cơ vân dẫn tới hội chứng khoang gây chèn ép, suy thận cấp.

+ Rối loạn tiêu hóa.

+ Nặng: rối loạn nhịp tim, block nhĩ thất, tử vong.

+ Biến chứng: nhiễm trùng, loét, sốt cao...

- Nguyên nhân tử vong chủ yếu của rắn hổ cắn là suy hô hấp do liệt các cơ hô hấp, và tổn thương các trung tâm sống còn của thân não như trung tâm hô hấp, trung tâm tuần hoàn...do tổn thương thần kinh. Bệnh nhân có thể chết vì loạn nhịp tim, suy thận cấp và các biến chứng nhiễm trùng.

2.2. Rắn lục cắn

2.2.1. Tại chỗ

Tổn thương hay gặp nhất là hoại tử tại chỗ.

Dấu hiệu tại chỗ rất dữ dội mặc dù vết cắn rất nhỏ.

Sau bị cắn vài phút, xung quanh vùng bị rắn cắn sưng tấy nhanh, phù to, cứng, chảy dịch đỏ kèm theo hoại tử lan tỏa. Sau 6 giờ, toàn chi sưng to, tím. Sau 12 giờ, hoại tử, phỏng rộp.

Khi xuất hiện hoại tử, da có màu đen, tổ chức phía trên và quanh vùng hoại tử thường phù cứng, đỏ tím, đau. Hoại tử và phù nề sẽ lan nhanh lên phía trên (theo đường đi của bạch mạch), càng rộng khi rắn càng độc.

Sau 2 -3 ngày, tổn thương nặng dần lên có thể dẫn đến hoại thư, nhiễm khuẩn, loét mục.

2.2.2. Toàn thân:

Chóng mặt, lo lắng, có thể shock.

Rối loạn đông máu gây xuất huyết nhiều nơi như tại chỗ, dưới da, nơi tiêm truyền hoặc vết rạch da, niêm mạc (lợi, tiêu hóa, tiết niệu, não...), hay gặp đái máu.

Tan máu.

Rối loạn tiêu hóa (nôn, ỉa chảy).

Suy thận cấp do tiêu cơ vân.

Rối loạn thân nhiệt.

Huyết áp tụt, mạch nhanh: do tăng phân bố dịch vào khoang thứ 3, đặc biệt vùng sung nề, gây giảm thể tích máu hoặc do mất máu.

Rắn lục hầu như không gây nên tình trạng liệt cơ, trừ rắn chàm quạp có ở Nam bộ và Nam Trung bộ.

3. Xử trí

3.1. Xử trí tại chỗ

Đưa nạn nhân ra xa khỏi vị trí bị rắn cắn

Trấn an người bệnh, cởi bỏ nhẫn, vòng, đồng hồ.

Không để người bệnh tự đi, tự chạy. Không uống rượu, chất kích thích.

Nặn rửa dưới vòi nước hoặc trong chậu nước

Băng ép bản rộng xung quanh vết cắn cho tới tận đầu chi và tới hết toàn bộ chi, nẹp bất động rồi chuyển lên viện.

*** Kỹ thuật băng ép kết hợp bất động chi bị rắn cắn**

Chỉ định: với một số chủng rắn hổ cắn có thể gây liệt tiến triển nhanh, không gây hoại tử như: rắn cạp nong, rắn cạp nia, rắn hổ nang chúa.

Không áp dụng với họ rắn lục, rắn hổ mang thường (hổ đất, hổ mèo) vì có nguy cơ gây tăng thêm tổn thương tại chỗ.

Phía trên vết cắn: băng ép.

Băng ép toàn bộ phần chi phía trên chỗ rấn cắn. Không được băng chặt, vì nếu làm băng chặt không những không có tác dụng mà còn nguy hiểm do cản trở tuần hoàn động mạch và tĩnh mạch.

Dùng băng rộng khoảng 5- 10 cm, nếu có điều kiện dài ít nhất khoảng 4,5 m. Có thể băng chun giãn, băng vải, hoặc tự tạo từ khăn, quần áo. Không có cởi quần áo vì dễ làm chân, tay phải vận động, có thể băng đè lên quần áo.

Băng tương đối chặt nhưng không quá mức (đủ để luồn một ngón tay giữa các nếp băng, còn sờ thấy mạch máu đập).

Bắt đầu băng từ ngón chân, tay đến hết toàn bộ chân, tay bị cắn.

Dùng nẹp cứng (nẹp, miếng gỗ, que, miếng bìa cứng,...) cố định chân, tay với nẹp.

Vết cắn ở bàn tay, ngón tay, cẳng tay:

Băng ép bàn tay, cẳng tay.

Dùng nẹp cố định cẳng tay và bàn tay.

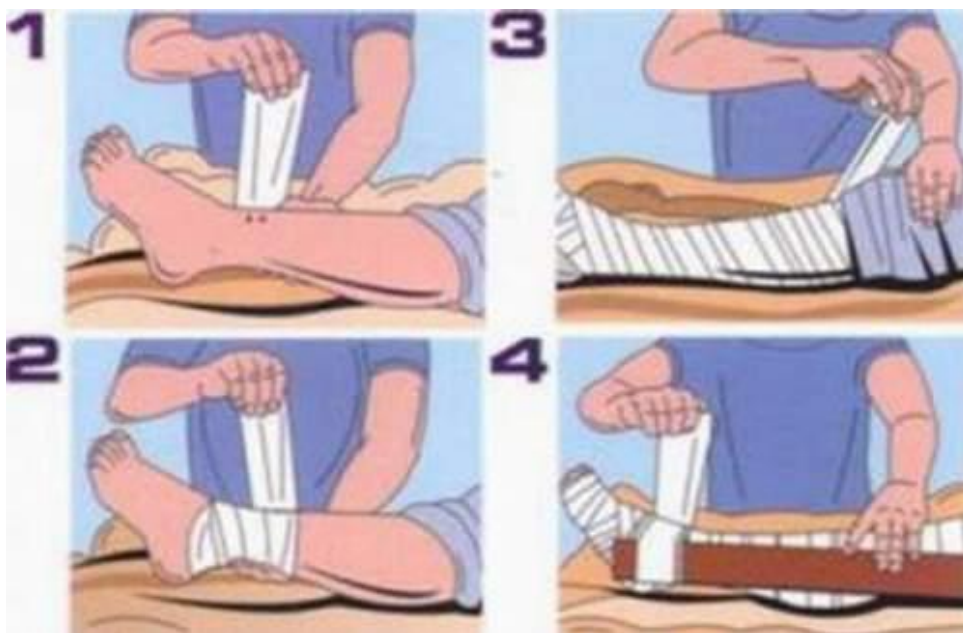
Dùng khăn hoặc dây treo quàng lên cổ bệnh nhân.

Duy trì băng ép bất động tới khi bệnh nhân đến được cơ sở y tế có khả năng cấp cứu hồi sức hoặc huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu (bác sỹ là người quyết định tháo băng ép hay không).

Vết cắn ở vùng đầu, mặt, cổ: khăn cấp vận chuyển bệnh nhân đến bệnh viện.

Vết cắn ở thân mình: Ép lên vùng bị cắn nhưng không làm hạn chế cử động ngực nạn nhân.

Lưu ý: Không băng ép khi rấn lục cắn vì có thể làm vết thương nặng thêm có thể gây hoại tử.



Kỹ thuật băng ép bất động.

3.2. Vận chuyển cấp cứu

- Sau khi sơ cứu người bệnh xong chuyển bệnh nhân lên ngay bệnh viện tuyến chuyên khoa điều trị.

- Theo dõi sát tình trạng hô hấp của bệnh nhân.

- Nếu bệnh nhân thở nhanh > 30 lần/phút, yếu, hoặc xuất hiện tím môi phải hô hấp nhân tạo ngay.

- Vì nguyên nhân tử vong hàng đầu là suy hô hấp do liệt cơ hô hấp, nên nếu không được hô hấp nhân tạo kịp thời, có thể bệnh nhân sẽ chết trước khi đến được bệnh viện.

Ngộ độc lá ngón



1. LÂM SÀNG

Ngay sau khi ăn hoặc uống nước giã lá, rễ, thân, hoa và quả, xuất hiện:

1.1. Cơ năng: Đau bụng, buồn nôn, khó chịu, mệt mỏi, bí đại

1.2. Thực thể:

Toàn thân

- Da lạnh, vã mồ hôi

- Yếu mệt cơ tay chân khó vận động, nặng liệt cơ hoàn toàn

- Giãn đồng tử dần đến nhạy cảm với ánh sáng, chói mắt.

- Sụp mi và liệt cơ hàm dưới dẫn đến rơi hàm dưới không khép được vào miệng.

Bộ phận

- Thở yếu, thở chậm dần đến suy hô hấp

- Nhịp tim chậm, huyết áp tụt có thể dẫn đến ngừng tim

- Tăng phản xạ gân xương, co giật

=> Tử vong: Nguyên nhân do liệt cơ, suy hô hấp và ngừng tuần hoàn

2. XÉT NGHIỆM

- Độc chất: Tìm alkaloid lá ngón trong máu bằng phương pháp sắc kí lỏng* và nước tiểu bằng phương pháp sắc kí lớp mỏng *

- Các xét nghiệm khác: sinh hóa (chức năng gan thận, điện giải), khí máu động máu (tình trạng toan kiềm, oxy hóa), CTM, XQ phổi nếu cần

3. ĐIỀU TRỊ:

3.1. Ổn định chức năng sống của bệnh nhân: cấp cứu bệnh nhân theo nguyên tắc (A,BC,D,E)

- Đặt ống nội khí quản, thở máy

- Chống co giật bằng BZD, barbiturate

3.2. Các biện pháp hạn chế hấp thu: Nếu BN đến sớm <1 giờ

- Gây nôn

- Rửa dạ dày bằng nước ấm

- Uống than hoạt: Nguy cơ sắc phổi dẫn đến suy hô hấp: nên đặt ống nội khí quản trước khi tiến hành rửa dạ dày.

3.3. Các biện pháp tăng thải độc chất

- Không có thông tin về vai trò của các biện pháp tăng đào thải độc chất như:

+ Tăng cường bài niệu

+ Kiềm hóa nước tiểu

+ Lọc máu: thận ngắt quãng, siêu lọc, lọc hấp phụ, thay huyết tương

3.4. Thuốc giải độc đặc hiệu (antidote)

-Strychnin sulfate

-Atropin

-Digoxin

3.5. Kinh nghiệm dân gian

- Kinh nghiệm dân gian thường bảo nhau có thể dùng nước giã từ lá rau má ngay sau khi ăn, nhai lá ngón có thể cứu sống người bị nhiễm độc.

3.6. Điều trị hỗ trợ - chăm sóc

- Chú ý chăm sóc ăn uống thay đổi tư thế

- Chăm sóc hô hấp

- Dinh dưỡng đường miệng hoặc tĩnh mạch nếu cần

Điều trị cho bệnh nhân ngộ độc lá ngón tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

3.7. Khám chuyên khoa tâm lý

- Trong trường hợp bệnh nhân ngộ độc do tự tử, gửi bệnh nhân đi khám tư vấn tâm lý sau khi bệnh nhân ổn định

Tình huống thực hành:

Tình huống 1

Người bệnh Nguyễn Văn A 40 tuổi

Nghề nghiệp: Thợ điện

Tiền sử:

Bản thân: Tăng huyết áp 10 năm nay nhưng điều trị thuốc không thường xuyên

Thuốc lá hút ngày 1 bao

Gia đình:

Bố 75 tuổi hút thuốc lá ngày 1 bao, DTD II đang điều trị thuốc uống, THA

Mẹ 70 tuổi, THCSTL.THA,RLCHLP

Vợ: Có thói quen ăn mặn, RLCH lipit

Sáng nay tự nhiên BN thấy đau tức ngực trái dữ dội, đau lan lên vai trái, BN nghỉ ngơi vẫn đau ngực, người nhà đã mời nhân viên y tế đến khám và được chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim và được nhân viên y tế gọi xe cấp cứu 05 chuyển người bệnh lên tuyến trên. BN đến nhập khoa trong tình trạng: Tỉnh nhưng mệt, vã mồ hôi, da tái lạnh, đau ngực trái nhiều, mạch: 120 lần/ phút, HA: 80/50mmHg.

1. Anh (chị) đưa ra những chẩn đoán phù hợp nhất với người bệnh?
2. Anh (chị) hãy đưa ra hướng xử trí người bệnh?
3. Anh (chị) đưa kế hoạch vận chuyển bệnh nhân an toàn ?

Tình huống 2

Người bệnh Nguyễn Văn A 40 tuổi

Nghề nghiệp: Thợ điện

Tiền sử:

Bản thân: viêm gan virus B

Uống rượu khoảng 500ml / ngày

Đang điều trị tăng huyết áp amlor 5mg ngày 1 viên uống sáng

Hút thuốc lá 1 bao/ ngày.

Đang điều trị tại TYT

Gia đình:

Bố đẻ viêm gan B đã mất do ung thư gan năm 70 tuổi

Mẹ tăng huyết áp đang điều trị hàng ngày

Vợ: Rối loạn chuyển hóa lipit

Con: Con trai lớn 10 tuổi VGB

Bệnh sử: ngày 16/5/2019 bệnh nhân sau khi đi uống rượu cùng bạn về xuất hiện đau bụng vùng thượng vị, buồn nôn và nôn ra thức ăn lẫn máu màu đỏ tươi.

Hiện tại:

Bệnh nhân kích thích

Da niêm mạc kém hồng

M 100l/p HA 100/60mmHg

Tim đều, phổi không ral

Bụng chướng ấn đau vùng thượng vị

Đại tiện phân đen

Câu hỏi gợi ý thảo luận:

1. Anh (chị) hãy đưa ra chẩn đoán phù hợp với người bệnh A?
2. Anh (chị) hãy đưa ra hướng xử trí phù hợp cho người bệnh A?
3. Theo anh (chị) người bệnh A nên được chuyển tuyến khi nào?

Tình huống 3

Người bệnh Nguyễn Văn A 40 tuổi

Nghề nghiệp: Thợ điện

Tiền sử:

Bản thân:

Đang điều trị tăng huyết áp amlor 5mg ngày 1 viên uống sáng

Hút thuốc lá 1 bao/ ngày.

Đang điều trị tại TYT

Gia đình:

Bố đang điều trị THA, ĐTĐ II

Mẹ điều trị rối loạn chuyển hóa lipid

Vợ điều trị rối loạn chuyển hóa lipid

Tình trạng sức khỏe hiện tại: Bệnh nhân nay đi làm mắc dây điện khi đang làm bệnh nhân ngã từ cột điện xuống sau ngã người bệnh gọi hỏi không đáp ứng, mất mạch bẹn và mạch cảnh, HA không đo được, bụng mềm.

Câu hỏi gợi ý:

1. Anh (chị) đưa ra chẩn đoán phù hợp cho người bệnh A
2. Đưa ra hướng xử trí phù hợp với người bệnh A

Thực hiện:

- Nghiên cứu ca bệnh trong tình huống giả định.
- Giảng viên nêu yêu cầu thảo luận và hướng dẫn nội dung cần thiết.
- Chia học viên thành các nhóm mỗi nhóm 5-6 học viên
- Các thành viên trong các nhóm tham gia thảo luận và đóng góp ý kiến.
- Đề xuất các biện pháp cần giải quyết
- Báo cáo kết quả thảo luận theo nhóm
- Các nhóm nhận xét đánh giá, giảng viên và các thành viên thống nhất kết quả.
- Học viên thực hành các kỹ thuật sơ cứu cơ bản trên mô hình và học viên đóng vai tại phòng thực hành dưới sự hướng dẫn của giáo viên .(*Hồi sinh tim phổi, nghiệm pháp Heimlich, hút đờm dãi đường hô hấp trên, rửa dạ dày*)?

Câu hỏi lượng giá: Chọn đáp án đúng

1. Tư thế hợp lý làm thông thoáng đường hô hấp ở bệnh nhân không có chấn thương cổ mặt là:

A. Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ở tư thế trung gian.

- B. Bệnh nhân nằm ngửa, cổ uốn
 - C. Bệnh nhân nằm đầu cao 30 độ
 - D. Cả 3 tư thế trên đều được
2. Một bệnh nhân nghi ngờ hít phải dị vật, vào viện trong tình trạng tỉnh, khó thở, tím nhẹ. Thái độ xử trí cần làm trước tiên là:
- A. Chuyển ngay bệnh nhân lên tuyến chuyên khoa để soi và lấy dị vật
 - B. Bóp bóng và đặt nội khí quản
 - C. Làm các nghiệm pháp tống dị vật ra ngoài
 - D. Để bệnh nhân nằm ngửa, cổ uốn và thở oxy
3. Thứ tự các bước hồi sinh tim phổi cơ bản là:
- A. A-B-C
 - B. B-A-C
 - C. B-C-A
 - D. C-A-B
4. Các thông số tiêu chuẩn cần đảm bảo khi tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn là:
- A. Ép tim 100 lần/phút
 - B. Ép tim 80 lần/phút
 - C. Ép tim đảm bảo độ lún của xương ức 4-5cm
 - D. Ép tim đảm bảo độ lún xương ức 3-4cm
5. Các thông số tiêu chuẩn cần đảm bảo khi tiến hành hồi sinh tim phổi cơ bản là:
- A. Thổi ngạt hoặc bóp bóng 2 lần xen kẽ với 30 nhịp ép tim.
 - B. Thổi ngạt hoặc bóp bóng 2 lần xen kẽ với 15 nhịp ép tim (với trẻ em)
 - C. Cứ 5 lần ép tim xen kẽ với 1 lần thổi ngạt hoặc bóp bóng
 - D. Thổi ngạt 14-16 lần/phút
6. Cấp cứu quan trọng nhất đối với bệnh nhân bị điện giật là
- A. Cấp cứu ngừng tuần hoàn.
 - B. Cấp cứu hô hấp.
 - C. Cấp cứu ngừng tuần hoàn và hô hấp đúng phương pháp.
 - D. Chống suy thận.
7. Thời gian để cấp cứu tại chỗ đòi hỏi phải rất nhanh và chỉ có
- A. 3 phút.
 - B. 5 phút.
 - C. 10 phút.
 - D. 15 phút.

8. Thời gian vàng trong cấp cứu đột quỵ là
- A. < 6h
 - B. 7h
 - C. 8h
 - D. 9h
9. Hạ huyết áp trong đột quỵ theo AHA 2010
- A ~ 20%
 - B ~ 30%
 - C ~ 40%
 - D ~ 50%
10. Dấu hiệu nhận biết sớm trong đột quỵ (FAST) thì F có nghĩa là
- A. Gương mặt
 - B. Cánh tay
 - C. Lời nói
 - D. Thời gian
11. Dấu hiệu nhận biết sớm trong đột quỵ (FAST) thì A có nghĩa là
- A. Gương mặt
 - B. Cánh tay
 - C. Lời nói
 - D. Thời gian
12. Dấu hiệu nhận biết sớm trong đột quỵ (FAST) thì S có nghĩa là
- A. Gương mặt
 - B. Cánh tay
 - C. Lời nói
 - D. Thời gian
13. Dấu hiệu nhận biết sớm trong đột quỵ (FAST) thì T có nghĩa là
- A. Gương mặt
 - B. Cánh tay
 - C. Lời nói
 - D. Thời gian

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội: *Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu (2012)*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trung tâm đào tạo bác sĩ gia đình. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh: *Y học gia đình (2012)*. Nhà xuất bản Y học 2012

3. Bệnh viện chợ rẫy Phác đồ điều trị bệnh nội khoa (2013). Nhà xuất bản Y học 2013.
4. Vũ Văn Đính và cộng sự (2015). Hồi sức cấp cứu toàn tập. Nhà xuất bản y học
5. Vũ Văn Đính và cộng sự (2015).Điện giật. Cẩm nang cấp cứu. Nhà xuất bản y học.
6. Ngô Quý Châu và cộng sự (2016). Cẩm nang điều trị bệnh nội khoa. Nhà xuất bản đại học Huế.
7. Bộ Y Tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cấp cứu nội khoa
8. Bộ Y Tế (2105). Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc
9. <https://bacsinoitru.vn/content/ngo-doc-la-ngon-552.html>

Bài 19

PHÒNG, CHẨN ĐOÁN, XỬ TRÍ PHẢN VỆ

Mục tiêu:

Mục tiêu:

1. Trình bày được các yếu tố dị nguyên và phản vệ trong một số tình huống thường gặp.
2. Thực hành được nguyên tắc và xử trí phản vệ theo các giai đoạn trong tình huống giả định.
3. Tiến hành được kỹ thuật test lấy da, test nội bì trên mô hình.
4. Phát hiện xử trí và dự phòng biến chứng ngộ độc thuốc gây tê tại trạm y tế.
5. Phân tích được các nguyên tắc dự phòng để phòng chẩn đoán xử trí phản vệ kịp thời an toàn.

Nội dung:

A. ĐẠI CƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA

- Phản vệ (*anaphylaxis*) là phản ứng dị ứng hệ thống loại I (Type I hypersensitivity) do hậu quả của tình trạng *tái tiếp xúc* với một dị nguyên gây một đáp ứng qua trung gian IgE

- Định nghĩa sốc phản vệ (Ủy ban Danh pháp Hiệp hội Dị ứng và Miễn

dịch Lâm sàng Châu Âu (2004): Sốc phản vệ (*anaphylaxis*) là một phản ứng quá mẫn toàn thân hoặc hệ thống nặng, đe dọa tính mạng. Nó được đặc trưng bằng các vấn đề của tuần hoàn và/hoặc hô hấp và/hoặc đường thở đe dọa tính mạng tiến triển một cách nhanh chóng thường kết hợp với biểu hiện da và niêm mạc.

- Theo Limsuwan & Demoly- 2010: Sốc phản vệ được định nghĩa là phản vệ (*anaphylaxis*) có kèm theo tình trạng tụt huyết áp.

- Mức độ Biểu hiện

Các mức độ của phản ứng phản vệ (*anaphylactic reactions*)

+ Nhẹ (chỉ da và niêm mạc) Ban đỏ, mẩn ngứa, Phù quanh mắt, Phù mạch (phù Quincke)

+ Trung bình (hô hấp, tiêu hóa...)

Khó thở, tím, khò khè, buồn nôn và nôn, chóng mặt, vã mồ hôi, chít hẹp họng miệng, đau bụng

+ Nặng ($\downarrow O_2$, $\downarrow BP$, thần kinh) Tím tái, $SpO_2 < 92\%$

Huyết áp tâm thu < 90 mmHg (người lớn)

Rối loạn ý thức, ngất

Đại tiểu tiện mất tự chủ

2. CÁC LƯU Ý

Là một một cấp cứu được thực hiện ngay tại chỗ

Sốc phản vệ luôn có nguy cơ xuất hiện trở lại trong nhiều giờ sau do vậy cần được theo dõi tối thiểu 48 giờ ở khoa hồi sức hoặc khoa cấp cứu sau khi đã được xử trí tại chỗ

Adrenalin là thuốc cơ bản, đầu tay để điều trị sốc phản vệ.

3. NGUYÊN NHÂN

3.1. Do thuốc

Kháng sinh Penicillin, Streptomycin...

Các thuốc khác: vitamin C, thuốc gây tê Lidocain, thuốc cản quang có iốt...

3.2. Các sản phẩm của máu:

Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, gama globuline. ...

Đặc biệt là trường hợp truyền nhầm nhóm máu.

3.3. Dùng các kháng độc tố: bạch hầu, uốn ván, huyết thanh kháng nọc rắn...

3.4. Nọc của các sinh vật và côn trùng cắn: ong, côn trùng đốt

3.5. Thực phẩm: dứa, tôm, cua, nhộng....

B. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Chẩn đoán phản vệ:

1. Triệu chứng gợi ý

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

2. Các bệnh cảnh lâm sàng:

2.1. Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

2.2. Bệnh cảnh lâm sàng 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.

- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

2.3. Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).
- b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

II. Chẩn đoán phân biệt:

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
2. Tai biến mạch máu não.
3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
6. Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin./.

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN MỨC ĐỘ PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau:

(lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

1. Nhẹ (độ I): Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

2. Nặng (độ II): có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

- a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

3. Nguy kịch (độ III): biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

- a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
- b) Thở: thở nhanh, khô khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

4. Ngừng tuần hoàn (độ IV): Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn./.

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ CẤP CỨU PHẢN VỆ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Nguyên tắc chung

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

3. **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ**, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

II. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I): dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

III. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).

2. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).

3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

4. Thở ô xy: người lớn 6-10l/phút, trẻ em 2-4l/phút qua mặt nạ hở.

5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.

a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).

7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

IV. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên $\geq 90\text{mmHg}$, trẻ em $\geq 70\text{mmHg}$ và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:

- a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).
- b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
- c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
- d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
- e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút/lần.

3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút/lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1/10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

- **Người lớn:** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100µg) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

- **Trẻ em:** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 µg/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml/kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch Nacl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4µg adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1µg/kg/phút)	Tốc độ (giọt/phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt

Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

V. Xử trí tiếp theo

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

- Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít/phút cho người lớn, 2-4 lít/phút ở trẻ em,
- Bóp bóng AMBU có oxy,
- Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có oxy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,
- Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,
- Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc salbutamol 0,1 µg/kg/phút hoặc terbutalin 0,1 µg/kg/phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),
- Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhát/lần, trẻ em 2 nhát/lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg/kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).
- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.
- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg/kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.
- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg/kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg/phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.
- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

VI. Theo dõi

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpCO₂ và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả./.

HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ PHẢN VỆ TRONG

MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Phản vệ trên đối tượng sử dụng thuốc đặc biệt

1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta:

a) Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

b) Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

c) Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhát đường xịt).

d) Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

2. Phản vệ trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật:

a) Những trường hợp này thường khó chẩn đoán phản vệ vì người bệnh đã được gây mê, an thần, các biểu hiện ngoài da có thể không xuất hiện nên không đánh giá được các dấu hiệu chủ quan, cần đánh giá kỹ triệu chứng trong khi gây mê, gây tê phẫu thuật như huyết áp tụt, nồng độ oxy máu giảm, mạch nhanh, biến đổi trên monitor theo dõi, ran rít mới xuất hiện.

b) Ngay khi nghi ngờ phản vệ, có thể lấy máu định lượng tryptase tại thời điểm chẩn đoán và mức tryptase nền của bệnh nhân.

c) Chú ý khai thác kỹ tiền sử dị ứng trước khi tiến hành gây mê, gây tê phẫu thuật để có biện pháp phòng tránh.

d) Lưu ý: một số thuốc gây tê là những hoạt chất ưa mỡ (lipophilic) có độc tính cao khi vào cơ thể gây nên một tình trạng ngộ độc nặng giống như phản vệ có thể tử vong trong vài phút, cần phải điều trị cấp cứu bằng thuốc kháng độc (nhũ dịch lipid) kết hợp với adrenalin vì không thể biết được ngay cơ chế phản ứng là nguyên nhân ngộ độc hay dị ứng.

đ) Dùng thuốc kháng độc là nhũ dịch lipid tiêm tĩnh mạch như Lipofundin 20%, Intralipid 20% tiêm nhanh tĩnh mạch, có tác dụng trung hòa độc chất do thuốc gây tê tan trong mỡ vào tuần hoàn. Liều lượng như sau:

- Người lớn: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 100ml, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

- Trẻ em: tổng liều 10ml/kg, trong đó bolus 2ml/kg, tiếp theo truyền tĩnh mạch 0,2-0,5ml/kg/phút.

Trường hợp nặng, nguy kịch có thể tiêm 2 lần bolus cách nhau vài phút.

3. Phản vệ với thuốc cản quang:

- a) Phản vệ với thuốc cản quang xảy ra chủ yếu theo cơ chế không dị ứng.
- b) Khuyến cáo sử dụng thuốc cản quang có áp lực thẩm thấu thấp và không ion hóa (tỷ lệ phản vệ thấp hơn).

II. Các trường hợp đặc biệt khác

1. Phản vệ do gắng sức

- a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.
- b) Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mề đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.
- c) Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

2. Phản vệ vô căn

- a) Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.
- b) Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.
- c) Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần/năm hoặc > 2lần/2 tháng).
- d) Điều trị dự phòng theo phác đồ:
 - Prednisolon 60-100mg/ngày x 1 tuần, sau đó
 - Prednisolon 60mg/cách ngày x 3 tuần, sau đó
 - Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng
 - Kháng H1: cetirizin 10mg/ngày, loratadin 10mg/ngày..../.

HỘP THUỐC CẤP CỨU PHẢN VỆ VÀ TRANG THIẾT BỊ Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 51/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01

2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garô	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

II. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

1. Oxy.
2. Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
3. Bơm xịt salbutamol.
4. Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và/hoặc mask thanh quản.
5. Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
6. Các thuốc chống dị ứng đường uống.
7. Dịch truyền: natriclorid 0,9%./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TEST DA

1. TEST LẤY DA

a) Giải thích cho người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

b) Chuẩn bị phương tiện (kim lấy da, bơm kim tiêm vô trùng, dung dịch histamin 1mg/ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c) Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô.

d) Nhỏ các giọt dung dịch cách nhau 3-5cm, đánh dấu tránh nhầm lẫn.

- 1 giọt dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).
- 1 giọt dung dịch thuốc hoặc dị nguyên nghi ngờ.
- 1 giọt dung dịch histamin 1mg/ml (chứng dương).

e) Kim lấy da cắm vào giữa giọt dung dịch trên mặt da tạo một góc 45° rồi lấy nhẹ (không chảy máu), nếu là loại kim nhựa 1 đầu có hãm, chỉ cần ấn thẳng kim qua giọt dung dịch vuông góc với mặt da, dùng giấy hoặc bông thấm giọt dung dịch sau khi thực hiện kỹ thuật.

f) Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sản ở vị trí dị nguyên lớn hơn 3mm hoặc trên 75% so với chứng âm.

2. TEST NỘI BÌ

a) Giải thích cho bệnh nhân hoặc đại diện hợp pháp của bệnh nhân và ký xác nhận vào mẫu phiếu đề nghị thử test.

b) Chuẩn bị dụng cụ (dung dịch natriclorid 0,9%, bơm kim tiêm vô trùng loại 1ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa).

c) Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng,...), đợi khô.

d) Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm 0,02-0,05ml tạo một nốt phỏng đường kính 3mm theo thứ tự.

- Điểm 1: dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm).

- Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa.

e) Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sản ở vị trí dị nguyên ≥ 3 mm hoặc trên 75% so với chứng âm./.

Thực hành

Bệnh nhân Nguyễn Văn A 35 tuổi được chẩn đoán Viêm loét dạ dày HP (+) đã được kê đơn thuốc như sau

1. Amoxicilin 0,5g x 40 viên ngày 4 viên chia 2 lần sáng chiều
2. Clarythromicin 0,5g x 20 viên ngày 2 viên chia 2 lần
3. Omeprazol 20mg x 40 viên ngày 2 viên chia 2 lần

Ts: Người bệnh khỏe mạnh chưa dị ứng với thuốc gì

Sau khi dùng thuốc khoảng 15 phút bệnh nhân kích thích, đau bụng, buồn nôn, khó thở có tiếng thở rít, M100l/p, HA 90/60mm Hg, NT 24L/P, Nghe phổi ral rít.

Câu hỏi gợi ý:

1. Anh(chị) đưa ra chẩn đoán phù hợp có thể nhất đối với người bệnh? (đưa ra thêm xét nghiệm khác nếu cần)

2. Đưa ra hướng xử trí phù hợp nhất đối với người bệnh?

3. Theo anh (chị) làm gì để hạn chế những trường hợp trên (tư vấn người bệnh và người nhà cách xử trí khi nhân viên y tế không có mặt)

Thực hiện:

- Giảng viên nêu tình huống chia nhóm
- Học viên thành nhóm mỗi nhóm 5-6 thành viên
- Thành viên trong nhóm tổ chức thảo luận và đưa ra phương án giải quyết phù hợp.

- Nhóm cử đại diện báo cáo kết quả
- Giảng viên và học viên nhóm khác đóng góp ý kiến và đưa ra phương án thống nhất.
- Học viên thực hiện test lấy da và test nội bì trên mô hình dưới sự hướng dẫn và quan sát của giảng viên

Hướng dẫn thực hành

- Học viên nghiên cứu và giải quyết tình huống giả định
- Học viên tiến hành thực hiện test lấy da, test nội bì trên mô hình thực tập

Câu hỏi lượng giá: Chọn câu trả lời đúng

1. Trong các thuốc sau thuốc cơ bản chống sốc phản vệ là
 - A. Methylprednisolon.
 - B. Promethazin.
 - C. Adrenalin.
 - D. Dd Natriclorua 0,9%.
2. Liều lượng và cách dùng Adrenalin mũi tiêm thứ nhất, ngay khi xảy ra sốc phản vệ ở người lớn là.
 - A. Tiêm trong da 1/2 – 1 ống 1mg/1ml.
 - B. Tiêm dưới da 1/2 – 1 ống 1mg/1ml.
 - C. Tiêm bắp thịt 1/2 – 1 ống 1mg/1ml.
 - D. Tiêm dưới da không quá 0,3 ml.
3. Liều dung adrenalin trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg là
 - A. 0,2ml (tương đương 1/5 ống).
 - B. 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
 - C. 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
 - D. 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
4. Liều dung adrenalin trẻ khoảng 10 kg là
 - A. 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
 - B. 0,5 -1ml (tương đương 1/2 - 1 ống).
 - C. 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
 - D. 0,5ml (tương đương 1/2 ống).
5. Liều dung adrenalin trẻ khoảng 20 kg:
 - A. 0,3ml (tương đương 1/3 ống).
 - B. 0,25ml (tương đương 1/4 ống).
 - C. 0,5 -1ml (tương đương 1/2 - 1 ống).
 - D. 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

Tài liệu tham khảo.

1. Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh dị ứng miễn dịch lâm sàng
2. Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn phòng và xử trí phản vệ

BÀI 20

CHĂM SÓC TRẺ EM KHỎE MẠNH

Mục tiêu:

1. Trình bày những nội dung chăm sóc trẻ em khỏe mạnh
2. Áp dụng kiến thức chăm sóc trẻ khỏe để tư vấn và chăm sóc trẻ tại gia đình
3. Giải thích được tầm quan trọng của việc chăm sóc trẻ em khỏe mạnh trong chăm sóc sức khỏe ban đầu
4. Thực hành tham vấn, hướng dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà

Nội dung:

Chăm sóc trẻ em khỏe mạnh là một trong những lĩnh vực đầy thách thức nhưng cũng đáng được làm nhất của thực hành Y tế gia đình. ở các phòng khám riêng nó chiếm một phần lớn công việc. Cha mẹ và những người chăm sóc đứa trẻ thường đánh giá năng lực toàn diện của một bác sĩ qua cảm nhận của họ về khả năng bảo đảm chăm sóc trẻ em tốt. Y học dự phòng và việc giáo dục sức khỏe cho trẻ em từ lúc mới sinh tới 16 tuổi là con đường mà bác sĩ gia đình có thể có ảnh hưởng tốt tới sức khỏe của thế hệ tương lai. Chăm sóc sức khỏe cho trẻ em khỏe mạnh có thể chia làm 4 lĩnh vực: xác định yếu tố nguy cơ; tiêm chủng; sàng lọc; giáo dục.

1. XÁC ĐỊNH YẾU TỐ NGUY CƠ

Xác định yếu tố nguy cơ ở trẻ em khỏe mạnh là một quá trình bao gồm thu thập tiền sử, khám thực thể và các số liệu cận lâm sàng nhằm xếp nhũ nhi, trẻ em hoặc vị thành niên vào nhóm có nguy cơ cao khiến bạn phải cải biên chương trình quản lý. Lịch sử gia đình, xã hội, quá khứ hay kiểm tra hệ thống có thể xác định yếu tố nguy cơ nhằm gợi ý cho bạn quản lý sức khỏe với một trọng tâm riêng. Sự phỏng vấn, khám sàng lọc và các test cận lâm sàng có thể làm thay đổi những chăm sóc thường qui cho từng đứa trẻ. Ví dụ một đứa trẻ có tính trạng di truyền hoặc bệnh hồng cầu liềm trong gia đình sẽ cần phải được thử test sàng lọc tìm Hemoglobin S đồng hợp tử. Kết quả dương tính đòi hỏi phải theo dõi sát các triệu chứng, dấu hiệu và các xét nghiệm về bệnh thiếu máu tan máu. Ví dụ khác là một trẻ gái vị thành niên có hoạt động tình dục cần được sàng lọc về các bệnh lây qua đường sinh dục và dị sản cổ tử cung vào những khoảng thời gian thích hợp và phải được tư vấn về vấn đề quản lý sinh nở.

Yếu tố nguy cơ có thể được phát hiện đầu tiên từ tiền sử bệnh. Thông tin tâm lý xã hội phải được tìm kiếm vì yếu tố nguy cơ có thể nổi lên hoặc biến đổi theo tình trạng sống chật chội, đói nghèo, rắc rối gia đình, nơi ở, nguồn lực cộng đồng, lối sống của cha mẹ (như hút thuốc thụ động) v.v ...

Thăm bệnh định kỳ một trẻ khỏe mạnh giúp bạn có cơ hội cập nhật các yếu tố nguy cơ nếu chúng trả lời các câu hỏi như: Có gì đổi khác từ lần cuối cùng tôi gặp cháu (hoặc con của anh, chị)? ở trường cháu học ra sao?... ở nhà? Danh sách về các vấn đề nên bao gồm các yếu tố nguy cơ và các nhắc nhở để tiến hành những test sàng lọc cần thiết hoặc giáo dục trẻ trong những lần thăm khám tiếp theo.

2. TIÊM CHỦNG

Tiêm chủng đã làm giảm đáng kể tỉ lệ mắc bệnh và tử vong của nhiều bệnh truyền nhiễm. Từ năm 2010, lịch tiêm chủng thường xuyên trong chương trình Tiêm chủng mở rộng áp dụng như Bảng 1

Bảng 1. Lịch tiêm chủng trong chương trình Tiêm chủng mở rộng

STT	Tuổi của trẻ	Vắc xin sử dụng
1	Sơ sinh	- Tiêm vắc xin Viêm gan B (VGB) mũi 0 trong 24 giờ đầu sau sinh - Tiêm vắc xin BCG Phòng bệnh lao
2	02 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 1 (vắc xin 5 trong 1) - Uống vắc xin bại liệt lần 1
3	03 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 1 mũi 2 - Uống vắc xin bại liệt lần 2
4	04 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván - viêm gan B - Hib mũi 3 - Uống vắc xin bại liệt lần 3
5	09 tháng	- Tiêm vắc xin sởi mũi 1
6	18 tháng	- Tiêm vắc xin bạch hầu - ho gà - uốn ván mũi 4 - Tiêm vắc xin sởi - rubella (MR)
7	Từ 12 tháng tuổi	- Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 1 - Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 2 (hai tuần sau mũi 1) - Vắc xin Viêm não Nhật Bản mũi 3 (một năm sau mũi 2)
8	Từ 2 đến 5 tuổi	- Vắc xin Tả 2 lần uống (vùng nguy cơ cao) (lần 2 sau lần một 2 tuần)
9	Từ 3 đến 10 tuổi	- Vắc xin Thương hàn tiêm 1 mũi duy nhất (vùng nguy cơ cao)
Vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ		
Phụ nữ có thai; nữ tuổi sinh đẻ		- Tiêm càng sớm càng tốt khi có thai lần đầu hoặc nữ 15-35 tuổi ở vùng nguy cơ mắc UVSS cao. - 1 tháng sau mũi 1 - 6 tháng sau mũi 2 hoặc trong thời kỳ có thai sau - 1 năm sau mũi 3 hoặc trong thời kỳ có thai sau - 1 năm sau mũi 4 hoặc trong thời kỳ có thai sau

3. CHẨN ĐOÁN SÀNG LỌC

Sàng lọc là quá trình phát hiện bệnh khi bệnh chưa có biểu hiện gì. Vì bệnh nhân không có triệu chứng, sự tìm kiếm được tiến hành bằng khám thực thể hoặc test cận lâm sàng. Vai trò của tiền sử trong bối cảnh này là quan trọng, nhằm xác định các yếu tố nguy cơ (ví dụ tiền sử gia đình về bệnh thiếu máu cơ tim). Như vậy các biện pháp sàng lọc có thể được sử dụng chọn lọc hơn.

3.1. Khám thực thể sàng lọc

Khám sàng lọc nhanh thường được tiến hành ở mỗi lần thăm khám một trẻ khỏe mạnh. Không phải tất cả các phần của cuộc khám đều có giá trị như nhau ở một trẻ không có triệu chứng. Vì vậy phải chú ý đặc biệt đến những khía cạnh có nghĩa nhất cho những số liệu lâm sàng hữu dụng. Đoạn sau đây là hết kê một phần những vấn đề có thể có những triệu chứng khó thấy, hoặc không thấy, nhưng lại có thể phát hiện được thông qua việc khám tỉ mỉ kỹ lưỡng.

3.1.1. SINH TRƯỞNG VÀ PHÁT TRIỂN

Sinh trưởng kém được nhận ra bởi mô hình sinh trưởng sai lệch có thể là đặc điểm biểu hiện của một số các rối loạn như bệnh nội tiết, tim hoặc thận. Chiều cao, cân nặng, vòng đầu phải được đo trong mọi lần khám thường qui tại phòng trong hai năm đầu tiên (vòng đầu được hoàn chỉnh khoảng 90% khi đạt 2 tuổi).

Thứ nữa, chiều cao, cân nặng phải được đo thường xuyên đối với mọi trẻ khỏe mạnh trong suốt thời kỳ vị thành niên. Béo phì có thể được ghi nhận bằng cách vẽ đường cong sinh trưởng. Tỷ lệ mắc bệnh tăng theo chứng béo phì kéo dài đã được ghi nhận, khiến việc phát hiện, dự phòng béo phì ở tuổi thơ ấu trở nên quan trọng.

Phát triển cơ thể được theo dõi bằng các mốc quan trọng tương ứng với lứa tuổi về các kỹ năng tri thức, vận động và xã hội (xem phần tham khảo thêm). Phương pháp chung nhất để đánh giá phát triển là DDST: test sàng lọc về phát triển Denver. DDST xác định những trẻ phát triển chậm bất thường để có thể thực hiện các nghiên cứu đánh giá và can thiệp thích hợp. Các danh mục đánh giá của DDST có thể lồng ghép với test sàng lọc khác, các ghi nhớ về tiêm chủng và giáo dục để hình thành nên một lịch trình quản lý sức khỏe.

3.1.2. SÀNG LỌC VỀ TIM MẠCH

Tăng huyết áp trẻ em chiếm 1,4 đến 11% tùy thuộc lứa tuổi, chủng tộc và tỷ lệ béo phì trong quần thể. Có một kiểu gia đình rõ rệt thường đi đôi với béo phì. Việc sàng lọc huyết áp được đa số các chuyên gia cho là thích đáng vì họ đã thấy có tương quan cao giữa tăng huyết áp ở tuổi trẻ em và tuổi trưởng thành. Sàng lọc nên tiến hành định kỳ bắt đầu từ năm 3 tuổi. Đo huyết áp phải dùng băng tay đúng cỡ (2/3 chiều dài cánh tay). Dùng băng tay của máy đo huyết áp quá cỡ sẽ cho con số sai thấp và băng tay cỡ nhỏ quá sẽ cho con số sai cao. Nên nhớ rằng con số huyết áp bình thường phụ thuộc vào tuổi. Tăng huyết áp phải được khẳng định ít nhất qua 3 lần đo riêng biệt trước khi bắt đầu điều trị.

Bệnh tim bẩm sinh chiếm 1% và chiếm một nửa số tử vong do các tật bẩm sinh. Đa số trường hợp có thể phát hiện được trong 6 tháng đầu tiên. Nghe tim và bắt mạch

(kể cả mạch đùi) nên được tiến hành ở giai đoạn sơ sinh và lặp lại ít nhất hai lần trong 6 tháng đầu tiên.

3.1.3. SÀNG LỌC HỆ CƠ XƯƠNG

Tỷ lệ bệnh khớp háng bẩm sinh là 1-2‰, rất thường gặp ở nữ, con so, đẻ ngôi mông, nhũ nhi có dị dạng tư thế bẩm sinh khác, chậm sinh trưởng, thiếu ôi và ở những gia đình có tiền sử về rối loạn chức phận. Không phải lúc nào cũng có thể đặt chẩn đoán trong giai đoạn sơ sinh, hoặc vì khi khám không phát hiện được bất thường nào, hoặc vì sai khớp xảy ra muộn hơn. Trẻ sơ sinh có thể được khám sàng lọc tại phòng sơ sinh hoặc trong 3 tháng đầu tiên bằng thủ thuật Ortolani. Dấu hiệu "cổ điển" của sai khớp trở nên phổ biến hơn sau 6 tuần tuổi và cần được tìm kiếm cho tới khi trẻ biết đi bình thường. Quan trọng nhất trong các dấu hiệu đó là sự hạn chế dạng chân, (độ dạng bình thường là trên 75). Khi đưa trẻ đang tập đi một dáng đi bất thường có thể là bằng chứng của sai khớp. Do những khó khăn trong việc phát hiện sai khớp háng bẩm sinh ở trẻ sơ sinh bằng phép khám lâm sàng, xét nghiệm siêu âm có thể trở thành test sàng lọc phụ trợ.

Vẹo cột sống: Tỷ lệ vẹo cột sống thay đổi từ 2-10% vì những tiêu chí chưa chuẩn hóa dùng để xác định độ cong cột sống. Vẹo lớn (lớn hơn hay bằng 20) có tỷ lệ thấp hơn nhiều (ở một nghiên cứu 0,5% trẻ gái, với tỷ lệ 1/8 chiếm ưu thế nữ). Bệnh xuất hiện ở tuổi trung bình ở trẻ gái là 12 và 13 tuổi, ở trẻ trai là 13-14 tuổi và tuổi này dao động đáng kể. Kinh nghiệm tốt nhất là sự tiến triển nhanh nhất xuất hiện vào lúc tốc độ đỉnh của thời kỳ sinh trưởng vượt bậc ở trẻ đang lớn. Sàng lọc vẹo cột sống ở trẻ gái nên tiến hành ở lứa tuổi từ 10 đến 14 tuổi và ở trẻ trai từ 12-16 tuổi. Sàng lọc lâm sàng có thể xác định đại đa số trường hợp vẹo lớn, nhưng dương tính giả khá phổ biến. Test này được tiến hành bằng cách khám lưng ở tư thế đứng và cúi xuống. Sự bất đối xứng hai vai, xương bả vai hay háng là có ý nghĩa chẩn đoán.

Trẻ em bị vẹo cột sống phải được chuyên gia chỉnh hình có kỹ năng chăm sóc bệnh này theo dõi. Vẹo ít hơn 20 được theo dõi toàn diện, vì vẹo ít hơn 10 sẽ tiến triển tới mức độ có thể điều trị được. Vẹo trên 20 được theo dõi sát hơn. Hơn nửa số đó thường đòi hỏi phải điều trị. Vẹo trên 30 thường đòi hỏi phải bó, vẹo từ 20 tới 30 tuy tiến triển nhanh cũng vẫn phải bó. Bó bột ngăn chặn tiến triển trong đa số các trường hợp và vì thế nó ngăn chặn sự cần thiết làm cứng khớp đốt sống.

3.1.4. SÀNG LỌC THÍNH LỰC

Điếc bẩm sinh nặng chiếm 0,5 tới 1 ‰. Tỷ lệ thiếu hụt thính giác ở một mức độ nào đó ở trẻ em trong độ tuổi đến trường là 3-5%. Đại đa số bị mất thính giác dẫn truyền tạm thời do tràn dịch tai giữa. Test sàng lọc phát hiện bệnh tai giữa gây tranh luận nhiều hơn bởi tính tạm thời của bệnh trong đa số ca và vì tỷ lệ mắc bệnh không chắc chắn trong trường hợp bệnh tồn tại.

Mặt khác điếc bẩm sinh, đòi hỏi chẩn đoán sớm để đạt được kết quả điều trị tối ưu, bởi sự phát triển của ngôn ngữ đạt được 80% vào tuổi thứ ba. Nhóm nguy cơ cao bao gồm trẻ là thành viên trong các gia đình bị mắc các bệnh khác như có tiền sử mức bilirubin trên 20mg/dl, hội chứng rubêon bẩm sinh, trẻ có viêm màng não, trẻ em có được dùng aminoglycosid, các bất thường tai, mũi, họng phối hợp và trẻ đẻ thiếu cân (1500g hoặc ít hơn). Các biện pháp sàng lọc tại phòng khám được thực hiện với máy gây ồn, tìm đáp ứng tương đương với lứa tuổi, 4 tháng: mắt mở rộng, xoay người nhẹ, thái độ nghe; 6 tháng: quay 45; 8 tháng- nhận biết nguồn âm ở phía

trên hay dưới. Tiền sử cần được thu thập từ cha mẹ trong vòng 2 năm đầu tiên chú trọng tới sự phát âm của trẻ, đáp ứng tiếng động, và phát triển tiếng nói. Việc thử định hướng nguồn âm được tiến hành vào tháng tuổi thứ 6 đến 12 của trẻ. Hãy chuyển sớm tất cả các ca nghi vấn đến bác sĩ thính học và các ca nguy cơ cao nên được hướng dẫn tới khám. Thính giác có thể được đánh giá ở trẻ rất nhỏ bằng sử dụng test gây điện thế thân não.

3.1.5. SÀNG LỌC THỊ GIÁC

Sàng lọc thị giác nhằm tìm 5 dị tật sau: đục thủy tinh thể, u nhãn cầu, tật khúc xạ, lác và giảm thị lực. Mỗi tật trên có một giai đoạn phát hiện tối hạn để nhằm can thiệp thành công. Vì thế, để sàng lọc chính xác và đúng thời điểm bạn cần phải thành thạo một loạt kỹ thuật chẩn đoán thường qui bao gồm khám phản xạ màu đỏ hai bên, soi đáy mắt, thử phản xạ ánh sáng giác mạc, test che và không che, và đo thị lực. Khám mắt cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 4 tháng tuổi chủ yếu là nhằm tìm kiếm đục thủy tinh thể bẩm sinh và u nhãn cầu, như u nguyên bào võng mạc. Khi tiến hành thử phản xạ màu đỏ, cần tìm hình ảnh màu đỏ đồng thời và đồng nhất. Bất đối xứng của phản xạ màu đỏ chỉ ra hoặc là có vấn đề về dẫn truyền ánh sáng qua mắt hoặc là tật võng mạc, vì thế cần được hướng dẫn tới khám bác sĩ nhãn khoa. Độ di động nhãn cầu được đánh giá bằng cách quan sát khả năng đưa mắt theo của trẻ khi theo dõi một đối tượng thú vị. Hãy tiến hành soi đáy mắt cho trẻ 3 tuổi và trẻ lớn hơn.

Lác là sự xấp xếp không thẳng hàng của hai mắt khiến chỉ một mắt nhìn thấy vật đang quan sát tại một thời điểm. Lác gặp ở 2% trẻ em và có thiên hướng gia đình rõ. Lác thể hiện khi nhìn bằng cả hai mắt (hai mắt mở) gọi là lác biểu hiện hoặc "tropia". Mắt lệch chỉ xuất hiện khi nhìn bằng hai mắt bị gián đoạn gọi là lác tiềm tàng hoặc "phoria". Trẻ em mắc một trong hai tật lác đã bỏ không nhìn bằng mắt có tật một cách không có ý thức. Điều đó có thể tìm ra sớm (lý tưởng là trước 3 tuổi) để đạt hiệu quả qua điều trị tối đa, bởi vì sự phát triển của vỏ não thị giác phụ thuộc vào việc có được sử dụng tích cực hay không.

Điều trị lác điển hình bao gồm che bớt mắt không có tật (bắt hình ảnh nhìn thấy của mắt có tật được sử dụng ở vỏ não thị giác), hoặc phẫu thuật để điều chỉnh mắt cân bằng cơ. Không phát hiện được lác trước 6 tuổi có thể dẫn tới tật giảm thị lực của một mắt mà sẽ không thể điều chỉnh được bằng kính.

Phản xạ ánh sáng giác mạc phát hiện lác biểu hiện (tropia), cần bắt đầu test thường qui này vào tháng 6. Hiện tượng giả lác, khi hai mắt có vẻ như đưa vào trong một cách giả tạo do khe mi mắt thuộc nếp quạt rộng, có thể phân biệt bởi tật lác thật sự bằng test này. Test che và không che dùng để phát hiện cả 2 loại lác "tropia và phoria". Bạn nên bắt đầu sử dụng xét nghiệm này cho trẻ từ 6 tới 12 tháng tuổi.

Tật khúc xạ, nhất là bất đối xứng có thể gây dẫn đến giảm thị lực. Vì vậy phải bắt đầu test thử thị lực càng sớm càng tốt. Khi sàng lọc ở trẻ nhỏ, hãy bảo chúng tập trung nhìn thẳng vào một đối tượng hấp dẫn. Nếu khi che mắt một mắt mà luôn gây đáp ứng không thoải mái, có thể lặp lại được, còn khi che mắt kia không gây ra hiện tượng này thì đó có thể là một biểu thị định tính về giảm thị lực của bên mắt mà khi bị che trẻ không có phản ứng đối kháng. Các quân bài có tranh màu chói dùng cho trẻ từ 3 tới 4 tháng tuổi, bảng chuẩn Snellen hoặc chi tiết hơn nữa là bộ test Tismus dùng để sàng lọc trẻ em lớn hơn 5 hoặc 6 tuổi. Cần hội chẩn cho những trẻ có thị

lực dưới 20/40 hoặc trẻ có khác biệt cỡ 2 hàng hoặc lớn hơn giữa thị lực của hai mắt.

Cũng như vậy, bạn cần hỏi chẩn cho những trẻ mà bạn hoặc cha mẹ chúng nghĩ rằng có bất đối xứng đáng kể về thị lực, kể cả khi thiếu những phát hiện khách quan.

3.1.6. PHÒNG CHỐNG SÂU RĂNG

Sâu răng là một nhiễm khuẩn răng phổ biến ở trẻ em. Tỷ lệ mắc bệnh giảm đi nhờ các biện pháp phòng ngừa đơn giản. Sâu răng ở trẻ bú sữa bình, một điều kiện cho sâu răng lan rộng, có thể phòng ngừa bằng cách không cho bé đi ngủ mà vẫn bú bình và bằng cách cai bình sớm, thông thường khoảng quanh 1 tuổi. Thầy thuốc có vai trò quan trọng trong phòng bệnh nha khoa bởi vì trẻ nhỏ ít đi khám nha sĩ. Vì vậy, chăm sóc trẻ khỏe mạnh phải bao gồm cả khám răng trẻ và chỉ dẫn về tầm quan trọng của đánh răng đều đặn (khi trẻ lớn hơn). Trẻ nhỏ thường không tự đánh răng một cách hiệu quả được, vì vậy cha mẹ chúng cần chịu khó đánh răng cho chúng một số lần hoặc tất cả các lần hàng ngày.

Việc tránh dùng tetracycline trong lúc có thai và thời kỳ thơ ấu cho dưới 8 tuổi là rất quan trọng, nhằm phòng ngừa xỉn răng vĩnh viễn của trẻ. Trẻ em cần bắt đầu được khám thường kỳ ở nha sĩ trước 2 tuổi.

3.2. Sàng lọc cận lâm sàng

Sàng lọc cận lâm sàng không cần thiết phải tiến hành ở mỗi lần khám một trẻ khỏe mạnh. Phân tích nước tiểu và hematocrit được tiến hành quá thường xuyên làm tốn tiền vô ích. Các thăm dò thường quy khác thường dẫn đến những thông tin không có ý nghĩa và đôi khi kéo theo một chuỗi những test xa hơn để phủ nhận những kết quả bất thường ban đầu. Mặt khác một số test cận lâm sàng có thể trở thành thường qui. Những vấn đề được coi trọng nhất sẽ được bàn luận dưới đây.

3.2.1. SAI LỆCH CHUYỂN HÓA BẨM SINH

Tỷ lệ mắc suy giáp bẩm sinh vào khoảng 1/4000 đến 5000. Chậm phát triển tâm thần trầm trọng là kết quả không tránh khỏi của việc không điều trị thay thế kịp thời ở giai đoạn sớm của cuộc đời đứa trẻ. Sàng lọc giáp trạng được tiến hành ở cả 50 bang trước khi trẻ sơ sinh rời viện. Tương tự như vậy tần số phenylketonuria (PKU), với lợi ích được ghi nhận rõ ràng của việc phát hiện sớm và điều trị đã đưa đến nhu cầu được sàng lọc mọi trẻ sơ sinh đủ tháng trước khi ra viện. Trẻ xuất viện trước 24 giờ cần được làm test vào một tuần buổi. Hiện nay một vài bang tiến hành sàng lọc trẻ mới đẻ về hồng cầu liềm và bệnh galactose huyết. Kết quả các test này có thể tới tay bác sĩ trong vòng 2 tới 3 tuần.

Không theo dõi được kết quả thử nghiệm là lý do dẫn đến việc bỏ sót những ca bị suy giáp hoặc PKU lọt khỏi việc phát hiện sớm và quản lý thích hợp. Những lý do khác nữa là mẫu xét nghiệm không thích hợp, do kỹ thuật lấy mẫu không đúng hoặc do sai sót thí nghiệm. Tuy vậy, kết quả bình thường hầu hết là chắc chắn, nhưng không thể tin cậy tuyệt đối để loại bỏ chẩn đoán ở 1 trẻ có bệnh cảnh tương ứng với một trong các rối loạn đó.

3.2.2. THIẾU SẮT

Tỷ lệ trẻ bị thiếu sắt cao nhất là từ 6 đến 24 tháng tuổi dao động từ 1 đến 24% phụ thuộc vào quần thể được nghiên cứu. Trẻ đủ tháng chỉ bú mẹ sẽ đủ sắt tới tháng thứ 6, nhưng sau đó trẻ có thể bị thiếu sắt nếu không được cung cấp thức ăn có chứa sắt. Trẻ đẻ non không thể nhận đủ sắt từ sữa mẹ để đáp ứng được nhu cầu sinh trưởng của chúng. Vì vậy, Hội đồng dinh dưỡng của Viện Hàn lâm Nhi khoa Mỹ khuyến nghị bổ sung sắt cho trẻ bú mẹ, bắt đầu không muộn hơn 4 tháng tuổi đối với trẻ em đẻ đủ tháng và không muộn hơn hai tháng tuổi đối với trẻ đẻ non và tiếp tục ít nhất suốt năm đầu tiên.

Không có test cận lâm sàng đơn giản với độ chính xác cao để xác định sự tích sắt trong mô. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng trẻ bị thiếu sắt mà không có thiếu máu (giảm ferritin huyết thanh với hemoglobin bình thường) được điều trị bằng sắt đã chứng tỏ có tiến bộ qua các test cho điểm về phát triển. Hàm ý của quan sát này cho đến nay vẫn chưa được biết đến một cách đầy đủ, nhưng nó gợi ý một loạt các rối loạn chuyển hóa rất tế nhị có thể là hậu quả của thiếu sắt (3). Trẻ mới đẻ có thể được sàng lọc, cũng như mọi trẻ sinh đủ tháng khác từ 9 đến 12 tháng tuổi và toàn bộ trẻ đẻ nhẹ cân từ 6 đến 9 tháng tuổi. Để sàng lọc thiếu máu, hãy sử dụng mức hemoglobin nhỏ hơn 11,5 g/dl như giá trị mốc và theo dõi đáp ứng với một trị liệu thay thế sắt.

3.2.3. NGỘ ĐỘC CHÌ

Chì là một sản phẩm phụ đầu cũng gập của xã hội công nghiệp. Chì gây tác dụng độc hại qua sự can thiệp vào dẫn truyền thần kinh, tổng hợp hemoglobin và chuyển hóa vitamin D. Trẻ nhỏ và trẻ em đặc biệt nhạy cảm với độc tính này vì ba nguyên nhân sau: (a) nhiều hoạt động từ tay đến miệng (ăn phải sơn chì và bụi chì), (b) tính dễ thương tổn của hệ thần kinh đang phát triển và (c) tỷ lệ hấp thụ chì cao so với trẻ em lớn hơn và người trưởng thành. Mặc dù các nguồn chì lớn (sơn có chì và xăng pha chì đã cấm từ giữa những năm 70, nhưng còn tồn tại ước tính hàng triệu tấn chì trên mặt đất ở vùng thành thị và khoảng 4 triệu nhà có trẻ em sinh sống có sơn pha chì bong ra. Hàn chì các đường ống của đa số nhà và trường học, và chì có trong thành phần của nhiều vật liệu được ưa chuộng như gốm, sứ. Vì vậy không có ở lĩnh vực kinh tế xã hội hay địa lý nào tránh được nguy cơ ngộ độc chì.

Từ năm 1985, các nhà nghiên cứu đã tìm ra bằng chứng hấp dẫn cho thấy có hiện tượng sa sút tế nhị nhưng rõ rệt trong học tập ở trẻ em khi có một lượng chì trong máu đã từng được cho là an toàn. Vào tháng 10-1991 Trung tâm kiểm soát bệnh tật (CDC) thông báo rằng các tác dụng bất lợi này xuất hiện khi mức chì trong máu thấp khoảng 100 µg/dl, nhỏ hơn một nửa ngưỡng đặt ra 6 năm về trước. Hiện nay CDC đề nghị sàng lọc toàn bộ trẻ em bằng cách, dùng máu mao mạch làm test để thử nồng độ chì thì tốt hơn là xét nghiệm protoporphyrin hồng cầu như đã được khuyến nghị trước đó vì kém nhạy hơn. Khi test sàng lọc phổ biến khác còn quá đắt không cho phép thực hiện toàn quốc và có vẻ như còn trong tương lai, thì CDC đã công bố các hướng dẫn mới để xác định, theo dõi và điều trị trẻ em có nguy cơ cao nhất và để loại trừ các nguy cơ tiếp xúc với chì đáng lo ngại nhất.

3.2.4. LAO

Tỷ lệ test tuberculin dương tính ở trẻ mới đến trường là gần 0,2%. Trung tâm Kiểm soát Bệnh tật và Hội Phổi của Mỹ khuyến nghị ngừng thử thường qui trong quần thể nếu ở đó tỷ lệ hoạt tính của tuberculin <1%. Điều đó dựa trên thực tế là hầu hết các

ca lao đang hoạt động đã được phát hiện qua thử nghiệm những người có tiếp xúc với các ca mới và qua sàng lọc những người có nguy cơ cao đã biết. Sàng lọc định kỳ cần được tiếp tục trong các nhóm có nguy cơ cao, như những người có tiếp xúc với một trường hợp bị bệnh hoặc người ở vùng có dịch (Mexico và Đông Nam á), và những người sống trong cộng đồng hoặc tập đoàn mà ở đó tỷ lệ bệnh cao hơn trong quần thể chung (có thể kể cả trẻ em nội thành). Sàng lọc như vậy cần được bắt đầu từ 12 đến 15 tháng tuổi và nhắc lại hàng năm hoặc hai năm 1 lần cho tới khi trẻ tới trường. Mọi phản ứng dương tính qua kỹ thuật đa điểm (ví dụ Tinh test) cần phải được khẳng định qua test PPD trong da.

Một quan điểm khác được Viện Hàn lâm Nhi khoa Mỹ ủng hộ (AAP) chỉ ra rằng tỷ lệ lao đang tăng ở nước này. AAP khuyến nghị một lựa chọn thoả đáng thay cho làm test thường qui là làm test cho trẻ em có nguy cơ thấp: (a) từ 12 đến 15 tháng tuổi (trước hay vào thời điểm tiêm MMR), (b) trước tuổi đến trường (4 đến 6 tuổi) và (c) tuổi vị thành niên (14 đến 16 tuổi). Bất cứ trẻ nào có lao tiền triển đều nên được thử về nhiễm HIV.

3.2.5. ĐÁI MÁU, PROTEIN NIỆU VÀ GLUCOSE NIỆU

Việc thử nước tiểu thường qui bằng que nhúng cho trẻ em tuổi đến trường sẽ cho thấy những tỷ lệ gần đúng sau: 10% có proteinuria, 4% hematuria; 0,4% glucos niệu.

Nhiều nghiên cứu đã chứng tỏ rằng đại đa số các ca protein niệu và đái máu là có tính tạm thời và tái đi tái lại, do các đáp ứng lành tính khi trẻ hoạt động hoặc do tư thế đứng (5). Đa số các ca glucosuria là do có ngưỡng thận thấp chứ không phải một tình trạng tăng đường máu thực sự. Như vậy xét nghiệm nước tiểu thường qui là không cần thiết.

3.2.6. TĂNG LIPIT MÁU

Bệnh tim mạch xơ vữa là nguyên nhân hàng đầu gây chết tại Mỹ. Những yếu tố nguy cơ có thể được ngăn ngừa hoặc làm giảm thiểu bao gồm tăng huyết áp, hút thuốc lá, béo phì, lối sống tĩnh tại, và tăng cholesterol máu. Các nghiên cứu dài hạn chưa thể đưa ra kết luận về liên quan giữa mức cholesterol cao ở tuổi thiếu niên với các bệnh động mạch vành. Tuy nhiên những bằng chứng tích lũy được chỉ ra rằng xơ vữa động mạch bắt đầu từ tuổi trẻ em và các bất thường về lipoprotein ở trẻ có chiều hướng tương quan với hậu quả tăng lipoprotein ở người lớn. Vì thế, một số chuyên gia đã đề xuất việc sàng lọc cholesterol phổ cập ở trẻ em sau 2 tuổi (khi chế độ ăn chất béo giảm từ 50% tổng số calo trong ngày còn 30% như ở người lớn).

Tuy nhiên việc sàng lọc cholesterol phổ cập ở trẻ em còn đang được tranh cãi, bởi vì thiếu sự chuẩn hóa và chính xác trong phương pháp sàng lọc cholesterol. Vì cần phải có một số định lượng để xác định mức tăng thường xuyên, vì sự thiếu thống nhất về trị số Cholesterol có thể dự báo bệnh trong tương lai, vì phí tổn ghê gớm của chương trình sàng lọc quốc gia và vì thông tin không đầy đủ về tính an toàn và tính hiệu quả của điều trị tăng mỡ máu cho trẻ em. Tháng giêng 1989, Hội đồng dinh dưỡng của Viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa kỳ khuyến nghị sàng lọc cholesterol lúc không đói cho trẻ em lớn hơn 2 tuổi với tiền sử gia đình có tăng lipit máu hoặc nhồi máu cơ tim sớm (<50 tuổi ở nam và <60 tuổi ở nữ). Nếu mức cholesterol vượt quá 175mg/dl, nên tiến hành thử định kỳ tỷ lệ thành phần lipoprotein lúc đói. Nếu tăng thường xuyên, trẻ đó cần được chỉ dẫn một chế độ ăn kiêng lâu dài và nên

tham vấn một nhà dinh dưỡng có kinh nghiệm. Thêm những tranh luận khác, những nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng chỉ bằng sàng lọc cho những trẻ có "nguy cơ cao" như trên, thì có tới 50% trẻ em có cholesterol cao không được phát hiện ra.

2.2.7. BỆNH LẬY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC (STD)

Hơn một triệu ca mắc bệnh lậu được thông báo mỗi năm. Bệnh nhiễm Chlamydia được ước lượng ít nhất là hơn 2 lần. ở trẻ gái vị thành niên không mang thai, có hoạt động tình dục không có triệu chứng gì thì tỷ lệ nhiễm chlamydia và lậu được thông báo theo thứ tự là 14% và 6%, (6,7). Trạng thái người mang mầm bệnh không triệu chứng có thể kéo dài tới 12 tháng với bệnh lậu kéo dài nhiều năm hơn đối với Chlamydia. Việc phát hiện thì đơn giản và tương đối rẻ bằng cách xét nghiệm kháng thể huỳnh quang trực tiếp đối với Chlamydia và môi trường nuôi cấy với lậu cầu.

Tất cả trẻ vị thành niên có hoạt động tình dục cần được cân nhắc để sàng lọc và nhớ rằng nguy cơ sẽ tăng theo số bạn tình. Cần lấy mẫu cấy từ ống cổ tử cung ở con gái và niệu đạo trước của con trai. Trường hợp mắc lậu mà không được sàng lọc Chlamydia, thì chế độ kháng sinh nên dùng phải có hiệu quả đối với cả 2 tác nhân trên vì tỷ lệ đồng nhiễm ở nữ ít nhất là 25% và ở nam là 15%. Trong năm 1987, số ca giang mai được thông báo tăng 25% ở Hoa Kỳ, là mức cao nhất từ 1950. Việc giảm số ca giang mai trong nam giới có tình dục cùng giới hay khác giới lại được thay bằng việc tăng cao số ca trong nữ giới và trong nam giới da đen gốc Tây Ban Nha có tình dục khác giới. Nhiễm HIV, bao gồm cả AIDS lây qua đường tình dục (kể cả quan hệ cùng giới lẫn khác giới), lây qua nhau thai và các kim nhiễm bẩn khi sử dụng ma túy bất hợp pháp. Trẻ em và trẻ vị thành niên được coi là tỷ lệ mắc AIDS ít nhưng đang tăng lên ở Hoa Kỳ. Các yếu tố nguy cơ với trẻ vị thành niên cũng giống như với người lớn khi tuổi thiếu niên tiến gần tới thành niên. Như vậy, giáo dục tránh yếu tố nguy cơ để ngăn ngừa virus này (ví dụ như tình dục an toàn) cần phải được khởi xướng bởi các chuyên gia y tế.

4. GIÁO DỤC KHI THĂM KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH

4.1. Tuổi nhũ nhi và thơ ấu

Một cách lý tưởng, việc giáo dục chăm sóc trẻ em nên bắt đầu từ lần khám thai của cha mẹ chúng và tiếp tục trong những ngày nằm viện của trẻ sơ sinh. Chủ đề thường nảy sinh nhất trong giai đoạn nhũ nhi là các "Chăm sóc thường qui, như kích thích trẻ, cho ăn, ngủ, khóc, chăm sóc da và thói quen đi vệ sinh. Có hàng loạt sách nói về sự phát triển bình thường và hướng dẫn tiên đoán về phát triển, rất có lợi cho cả bác sĩ và cha mẹ chúng (8-11).

Cha mẹ sẽ đồng tình một cách tự nhiên rằng sự kích thích là rất quan trọng đối với trẻ linh lợi và ham tìm tòi. Là bác sĩ của họ, cần đóng vai trò chủ đạo trong việc cung cấp ý tưởng và khích lệ. Ví dụ về cách kích thích trẻ gồm có: Nói chuyện (và sau đó là đọc truyện), tạo ra thế giới muôn màu sắc xung quanh, thay đổi vị trí giường theo chu kỳ, xếp lại đồ chơi trong cũi, treo những vật động đập hấp dẫn phía trên giường, hát múa với trẻ, cũng như thường xuyên đi rong hoặc các hoạt động ở bên ngoài nhà.

Kiểu ngủ thay đổi tùy từng trẻ, với thời gian ngủ nói chung giảm dần tính từ khi mới đẻ cho tới những năm trước khi lười trườn. Nên khuyến khích cha mẹ hay

người chăm sóc đặt trẻ nhỏ ở tư thế ngửa, điều đó có liên quan tới làm giảm hội chứng trẻ chết đột ngột (SIDS). Để phòng sâu răng, không bao giờ để trẻ em đi ngủ với một chai sữa hay nước quả. Những tuần đầu tiên, trẻ nên ngủ cùng với cha mẹ chúng. Nơi ngủ sau giai đoạn sơ sinh (giường đôi diện giường cha mẹ, phòng đôi diện với phòng cha mẹ) còn đang tranh cãi vì các lý lẽ thiên về cả 2 cách sắp xếp.

Mọi nhũ nhi đều khóc, đó là cách đầu tiên để giao tiếp. Khóc có thể là dấu hiệu của đói, tã ướt, sốt, mồ hôi nhiều, đau, đau hoặc mong muốn được vuốt ve. Gọi một đứa trẻ là "đứa trẻ hư" hoặc người chăm sóc chúng là "bố mẹ tồi" do đứa trẻ hay khóc là không thích hợp. Chu kỳ trong ngày của khóc và quấy thường vào buổi chiều hay chập tối là phổ biến. Đôi khi cha mẹ trẻ sẽ yên lòng khi được cho biết rằng trung bình một trẻ 6 tuần khóc 2 tới 3 tiếng trong một ngày và khóc có thể chỉ là cách để trẻ tập thể dục. Khóc và quấy xuất hiện vào giờ ngủ dậy của trẻ thường được coi như là "cơn đau quặn". Nguyên nhân của hội chứng này không được rõ, những rắc rối gia đình hay stress, quan niệm sai lầm của cha mẹ về cách khóc của trẻ, tăng nhạy cảm với sự chướng bụng tự nhiên, trào ngược thực quản và kém dung nạp sữa bò đã bị gán cho cái mà chắc chắn là một quá trình đa yếu tố. Giữ một trẻ đang khóc ở gần, bế trẻ thường xuyên khi trẻ không khóc vuốt ve trẻ, đặt nhẹ nhàng tay ấm lên bụng, nựng trẻ thường xuyên khi cho ăn, giải thoát chấn động trong gia đình, đi dạo, đi chơi đủ, đủ đưa trẻ trên nôi và thử can thiệp chế độ ăn (tránh công thức sữa bò ở trẻ nuôi bộ hoặc thử chế độ ăn không sữa mẹ ở trẻ bú mẹ) là toàn bộ kỹ thuật đáng được thử ở trẻ bị đau quặn. Thấu cảm, hỗ trợ sâu sắc phối hợp với thời gian trôi qua đôi khi đủ cho tự hạn chế quá trình này. Đau quặn thường chấm dứt hoặc cải thiện vào tầm 4 tháng tuổi.

Bảng 2 Tai nạn nghiêm trọng và cách tránh

Ngẫu nhiên hoặc nguy cơ	Hướng dẫn cách đề phòng
Tai nạn xe máy (người đi)	Sử dụng ghế và thắt lưng an toàn (cho độ tuổi tương ứng)
Tai nạn xe máy (người lái xe)	Giáo dục lái xe, sử dụng thắt lưng an toàn, tránh lái xe khi dùng thuốc hay rượu
Tai nạn xe máy (người đi bộ hoặc những người khác)	Quan sát kỹ đường phố, học luật giao thông, đeo mũ bảo hộ, tránh xe mọi địa hình, đường phố không phải chỗ để chơi.
Ngạt thở	Khoảng cách giống cũi không quá 7,3 cm, không đeo vòng cổ cho nhũ nhi và trẻ chập chững biết đi, tránh đồ chơi nhỏ có thể lọt vào miệng, tránh thức ăn dễ gây sặc nghẹn (ngô rang, hạt đậu, bánh mỳ kẹp xúc xích), để túi nhựa hay bóng ngoài tầm với, tháo cửa các tủ lạnh bỏ không dùng.
Bị ngạt nước	Giám sát chặt chẽ ở nơi có nước, khóa hàng rào bể bơi hay chỗ gần nước, tránh thùng chứa cao, hẹp, thùng mở nắp 5-gallon (ngạt nước ở trẻ em mới biết đi) mang áo cấp cứu khi đi tàu thuyền.

Ngã	Không để cho trẻ ở các mặt cao, khi không có người trông, tránh người đi lại, giám sát kỹ nơi chơi tập, tránh lưới nhào lộn
Ngộ độc	Bảo quản an toàn các chất độc, có sẵn sirô ipeca để dùng khi cấp cứu và có số điện của trung tâm kiểm tra chất độc dưới tay, tránh các hộp đựng thuốc có hại cho trẻ.
Bỏng	Lắp máy phát hiện khói và dụng cụ dập cháy ở nhà, thực hành kế hoạch sơ tán khẩn cấp thường xuyên, tránh xa các đường dây cao thế và không sử dụng quá tải các ổ cắm điện, không nên hút thuốc, để bình đun nước nóng ở 48? C hoặc thấp hơn.

5. CHĂM SÓC TRẺ EM 0 – 5 TUỔI

Chăm sóc sức khỏe trẻ em từ trong bào thai đến 5 tuổi là một vấn đề rất quan trọng vì giai đoạn ngắn ngủi này của trẻ có ý nghĩa quyết định đến toàn bộ sự phát triển tương lai của một con người.

5.1. Chăm sóc chu sinh:

Thời kỳ chu sinh được tính từ khi tuổi thai được 28 tuần cho đến hết tuần đầu sau khi sinh. Khi tính tỉ lệ tử vong chu sinh phải tính cả những trường hợp sảy thai, thai chết lưu và số trẻ đẻ ra trong vòng 7 ngày đầu còn có dấu hiệu sống.

Chăm sóc chu sinh còn được gọi là chăm sóc trẻ từ trong bào thai và trong 7 ngày đầu sau khi đẻ, được coi là chăm sóc sức khỏe người mẹ để bảo vệ và phát triển sức khỏe của con. Hiện nay việc chăm sóc chu sinh được chú trọng và thực hiện sớm hơn ngay trong những tháng đầu của thời kỳ thai nghén.

5.1.1. Chăm sóc trước đẻ.

Chủ yếu là quản lý tốt thai nghén, người mẹ cần được khám thai có định kỳ, khám thai sớm để phát hiện sớm các bệnh di truyền ngay từ khi có thai được 2 tháng bằng kỹ thuật xét nghiệm nước ối. Khi có thai được 4 tháng có thể chẩn đoán bằng siêu âm để biết thai nhi phát triển bình thường có dị tật hay không.

Ở những nước đang và kém phát triển trẻ còn có nguy cơ mắc bệnh uốn ván rốn, vì vậy người mẹ cần được tiêm phòng 2 mũi uốn ván khi có thai, hai mũi cách nhau 1 tháng và trước khi sinh 2 tuần.

Việc khám thai có định kỳ sẽ giúp cho bà mẹ nhận được những lời khuyên của thầy thuốc về ăn uống, lao động, sức khỏe. Người cán bộ y tế tiên lượng được tình trạng sức khỏe của người mẹ và thai để có thể dự kiến trước về cuộc đẻ được an toàn nhất.

Ở nước ta hiện nay tại các vùng nông thôn, miền núi, hải đảo những lời khuyên của thầy thuốc đối với các bà mẹ mang thai còn ít, việc quản lý thai nghén chưa được quan tâm đúng mức. Do tỉ lệ phụ nữ có con sớm còn nhiều, tỉ lệ phụ nữ đẻ dày, đẻ nhiều, khi có thai sự tăng cân thấp chỉ đạt mức trung bình từ 7-8 kg nên tỉ lệ trẻ đẻ ra có cân nặng, chiều cao thấp còn cao.

Tổ chức cuộc đẻ an toàn là công việc quan trọng, những tai biến xảy ra trong quá trình sinh đẻ có thể để lại hậu quả suốt đời cho đứa trẻ.

Tổ chức cuộc đẻ an toàn ngoài trình độ nghiệp vụ của cán bộ y tế, trang thiết bị cần thiết, cần phải quan tâm đến môi trường và các yếu tố tinh thần, tâm lý của bà mẹ. Cần chuẩn bị mọi mặt để bảo đảm cuộc đẻ được an toàn cho cả mẹ và con.

Hiện nay, một số nước trên thế giới chủ trương đẻ sản phụ đẻ tại các bệnh viện đa khoa huyện hay tỉnh, nơi có sự hợp đồng tốt của các bác sĩ chuyên khoa nội, ngoại, sản, nhi, các trạm y tế chỉ là nơi quản lý và chăm sóc thai mà thôi.

Phòng đẻ cần ấm, sạch và thoáng, không nên cách li sản phụ với người thân của họ làm cho sản phụ cảm thấy cô đơn, căng thẳng về mặt tâm lý khi sinh.

Đối với trẻ, ngay từ khi mới ra đời cần được thăm khám một cách toàn diện, những dấu hiệu như trẻ không khóc, không thở, tím tái là rất nguy hiểm cần được tiến hành cấp cứu ngay tại phòng đẻ. Trẻ đẻ ra khóc ngay, khóc to, hồng hào là báo hiệu một sự sống tốt lành, khỏe mạnh.

Ngay sau khi sinh, cần phải giữ ấm cho trẻ bằng một khăn bông mềm, ấm, chỉ cần lau qua trẻ, đặt trẻ lên ngực mẹ, trẻ sẽ được sưởi ấm tốt. Nếu trẻ khỏe có thể cho trẻ bú ngay sau khi đẻ càng sớm càng tốt để trẻ được hưởng sữa non và

giúp cho bà mẹ bài tiết sữa tốt, không nên cho trẻ uống nước đường, uống sữa thay thế...

5.1.2. Chăm sóc trẻ trong 7 ngày đầu sau đẻ.

7 ngày đầu sau đẻ vẫn còn là thời kỳ chu sinh. Đây là thời kỳ có tỉ lệ tử vong cao nhất của trẻ em.

Tỉ lệ tử vong chu sinh liên quan tới nhiều yếu tố như: Đặc điểm cơ thể người mẹ (sức khỏe, tình trạng dinh dưỡng...), tình trạng kinh tế của gia đình, hiệu quả và chất lượng của công tác y tế, hiệu quả và chất lượng của công tác chăm sóc sản khoa.

Để giảm tỉ lệ tử vong ở trong 7 ngày đầu sau khi đẻ trẻ cần được quan tâm, chăm sóc đặc biệt:

*** Cần giữ ấm cho trẻ, không để trẻ bị rét, bị hạ thân nhiệt vì đó là nguy cơ hàng đầu để trẻ mắc các bệnh nhiễm trùng, có thể sử dụng phương pháp chuột túi để ủ ấm cho trẻ, phương pháp này đơn giản và hiện nay đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới. Không cách li mẹ con ở các phòng dưỡng nhi.**

*** Trẻ có nhu cầu ăn rất cao, cần cho trẻ được bú mẹ ngay, bú càng sớm càng tốt, bú theo nhu cầu tự nhiên. Sữa non là thức ăn chính ở giai đoạn này của trẻ, tuy số lượng ít nhưng có hàm lượng protein, vitamin A cao, nhiều kháng thể nên đáp ứng được nhu cầu dinh dưỡng cho trẻ và giúp trẻ phòng được một số bệnh nhiễm trùng sau đẻ.**

***Tình trạng sinh lý bình thường của thời kỳ này là:**

- Trẻ ỉa phân su ngay sau khi đẻ hoặc sau vài giờ. Phân có màu xanh thẫm, rất quánh, không có mùi. Nếu quá một ngày không thấy trẻ đi phân su là có hiện tượng không bình thường. Phân su chỉ kéo dài vài ngày, khi trẻ bú mẹ phân có màu vàng.

- Sụt cân sinh lý: sau đẻ cân nặng của trẻ thường giảm đi 6-9 % trọng lượng lúc mới đẻ và sẽ đạt được cân lúc đẻ vào ngày thứ 10 sau khi đẻ, những trẻ đẻ non thì tỉ lệ sụt cân nhiều hơn và sự phục hồi cân cũng chậm hơn.

- Vàng da sinh lý: do một số hồng cầu bị vỡ sau hiện tượng đa hồng cầu sau khi sinh và tỉ lệ Hb F giảm do đó giải phóng ra nhiều bilirubin trong khi chức năng chuyển hoá bilirubin của gan còn kém, tính thấm của thành mạch tăng. Hiện tượng này xuất hiện vào ngày thứ 3 đến 5 và hết vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10 sau khi đẻ. Như vậy cần phải chú ý đến những trường hợp vàng da xuất hiện trước ngày thứ 3, nhất là trường hợp vàng da tăng nhanh, da vàng đậm, đó là những trường hợp vàng da bệnh lý cần được phát hiện và điều trị kịp thời để tránh biến chứng vàng da nhân cho trẻ.

*** Những hiện tượng không bình thường cần được cán bộ y tế khám, xử trí:**

- Trẻ bú vào bị sặc, có thể là dấu hiệu của dị dạng thực quản.

- Trẻ không ỉa phân su: có thể do dẹt tật không hậu môn, tắc ruột do phân su, teo ruột bẩm sinh...

- Trẻ khó thở, tím tái: có thể do bệnh tim bẩm sinh, thoát vị cơ hoành, viêm phổi...

- Rón ướt, bần, bỏ bú, cứng hàm, co giật... là trẻ bị uốn ván rón.

* Khi vận chuyển bệnh nhân lên tuyến trên cần chú ý đảm bảo đủ ấm cho trẻ, nhất là khi thời tiết lạnh. Hiện nay việc vận chuyển bệnh nhân sơ sinh vẫn còn nhiều trường hợp vận chuyển bằng xe máy, xe đạp làm trẻ bị hạ thân nhiệt.

5.2. Chăm sóc trẻ sơ sinh:

Sơ sinh là thời kỳ sau chu sinh đến 28 ngày tuổi.

Đặc điểm chung của thời kỳ này là: cơ thể trẻ còn rất yếu, chức năng của các bộ phận chưa hoàn chỉnh, nhất là chức năng hô hấp, tiêu hoá, thận, da... nên trẻ dễ bị mắc các bệnh nhiễm khuẩn ở đường hô hấp, tiêu hoá, da...

Trẻ cần được giữ da sạch sẽ, tắm nước ấm hàng ngày, mặc áo bằng vải mềm, may rộng rãi, thay giặt hàng ngày. Thay băng rón hàng ngày, giữ rón khô thường xuyên.

Cho trẻ bú sữa mẹ theo nhu cầu tự nhiên, cả ngày lẫn đêm. Người mẹ cần được nghỉ ngơi, thoải mái về tinh thần để có nhiều sữa cho trẻ bú.

Việc cho trẻ bú mẹ sớm sẽ giúp cho việc bài tiết sữa nhanh và nhiều hơn. Nếu trẻ được bú mẹ hoàn toàn sẽ ít bị ỉa chảy, viêm phổi hoặc các bệnh nhiễm khuẩn khác. Trước khi rời khỏi nhà vệ sinh, cần tiêm phòng lao cho trẻ.

Một số nước trên thế giới đã tiến hành xét nghiệm sàng lọc ngay sau khi trẻ ra đời hoặc trong vòng 15 ngày đầu. Những xét nghiệm này cho phép chẩn đoán sớm một số bệnh di truyền hay bẩm sinh như hội chứng sinh dục thượng thận, suy giáp trạng bẩm sinh, thiếu men G6PD, galactosa huyết... đó là những bệnh di truyền và chuyển hoá có ảnh hưởng tới sự phát triển của trẻ, nếu được phát hiện sớm, điều trị kịp thời thì trẻ phát triển bình thường.

5.3. Chăm sóc trẻ nhũ nhi:

Tuổi nhũ nhi là từ 1 tháng đến 1 tuổi. Thời kỳ này trẻ phát triển rất nhanh (trung bình đến cuối năm cân nặng tăng gấp 3 lần, chiều cao tăng gấp 1,5 lần lúc đẻ) nên nhu cầu các chất dinh dưỡng cao, trong khi chức năng của các bộ máy lại chưa hoàn thiện. Dinh dưỡng của trẻ ở lứa tuổi này có ý nghĩa quan trọng tới sức khỏe và cả quá trình phát triển của trẻ. Đặc biệt trong năm đầu, nếu trẻ được chăm sóc, nuôi dưỡng đầy đủ sẽ phát triển tốt, ít ốm đau, bệnh tật. Nhiều vấn đề sức khỏe, bệnh tật của trẻ có thể phòng và cải thiện được nếu điều chỉnh đúng, kịp thời.

Một số bệnh hay gặp ở tuổi này:

- Trẻ rất dễ mắc bệnh ỉa chảy, viêm đường hô hấp cấp.
 - Xuất huyết não màng não do thiếu vitamin K hay xảy ra ở nhóm tuổi 40-45 ngày, cần tiêm phòng vitamin K cho trẻ ngay sau để phòng bệnh này.
- Thực hiện tiêm chủng đầy đủ theo đúng lịch các loại vaccin: lao, HIB, bại liệt, sởi.
- Tiếp tục duy trì nguồn sữa mẹ và cho ăn bổ xung đúng thời hạn, theo ô vuông thức ăn.

- Hiện nay ở Việt Nam người mẹ thường cho trẻ ăn bổ xung quá sớm, trước 4 tháng tuổi, nên trẻ chưa hấp thu được và hay bị rối loạn tiêu hoá. Ngược lại ăn bổ xung quá muộn, thức ăn cho trẻ không hợp lý như chỉ cho trẻ ăn nước cháo đường, mắm, mì chính thì trẻ cũng bị suy dinh dưỡng do thiếu chất. Nhiều người mẹ ít cho trẻ ăn rau, mỡ, trứng. Trứng là một loại thực phẩm cung cấp đạm rất tốt cho trẻ em đứng hàng thứ 2 sau sữa, có đầy đủ các axit amin cần thiết cho sự phát triển của trẻ. Mỡ sẽ cho nhiều năng lượng (1g mỡ cho 9 Kcal), không có mỡ thì không hấp thu được những vitamin tan trong dầu như: vitamin A, D, E, K. Các yếu tố vi lượng cần thiết cho cơ thể trẻ như sắt, đồng, kẽm...đều có trong các loại thức ăn rau quả.

5.4. Chăm sóc trẻ 1 đến 5 tuổi:

Giai đoạn này trẻ cai sữa và chuyển dần sang các loại thức ăn của người lớn. Một điểm đáng chú ý là khả năng tiêu hóa, hấp thu của trẻ chưa hoàn thiện, khả năng miễn dịch của trẻ còn hạn chế nên lứa tuổi này thường có tỉ lệ suy dinh dưỡng, còi xương, thiếu vitamin A cao nhất, trẻ hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn như viêm phổi, ỉa chảy, các bệnh lây...

6. CHĂM SÓC TRẺ EM TUỔI HỌC ĐƯỜNG

6.1. Đặc điểm sự phát triển thể chất, tinh thần của trẻ em tuổi học đường:

6.1.1. Đặc điểm về sự phát triển thể chất trẻ em tuổi học đường:

Sau 5 tuổi, cơ thể trẻ em vẫn tiếp tục phát triển, tuy nhiên sự phát triển này không đồng đều giữa các tuổi và giới.

Về cân nặng: Từ 6 -10 tuổi ở trẻ gái và 6-12 tuổi đối với trẻ trai cân nặng tăng chậm, trung bình mỗi năm được khoảng 1,5kg, cân nặng của trẻ gái nhẹ hơn trẻ trai 1kg. Nhưng từ 12 đến 14 tuổi, cân nặng của trẻ gái lớn hơn trẻ trai, do có sự tăng trưởng nhảy vọt của thời kỳ tiền dậy thì ở trẻ gái đến sớm hơn trẻ trai từ 1 đến 2 năm. Trong giai đoạn nhảy vọt này, cân nặng tăng trung bình 3,0-3,5kg/năm ở trẻ gái, đỉnh cao là 4kg/năm. Còn ở trẻ trai là 4,0 - 4,5kg/năm và đỉnh cao là 5 kg/năm. Thường đến 15 tuổi cân nặng của trẻ trai đuổi kịp và sau đó cao hơn so với trẻ gái.

Về chiều cao: cũng giống như cân nặng, tốc độ tăng chiều cao từ 6-10 tuổi ở trẻ gái và 6-12 tuổi ở trẻ trai chiều cao đứng tăng chậm, mỗi năm trung bình khoảng 4 cm đối với trẻ gái và 4,5cm đối với trẻ trai, đến giai đoạn dậy thì, chiều cao đứng lại tăng nhảy vọt. Trong giai đoạn tăng nhảy vọt này chiều cao đứng tăng trung bình là 5,5cm/năm, đỉnh cao là 9cm đối với nam và 5cm/năm và đỉnh cao là 8cm đối với nữ. Sau giai đoạn này chiều cao đứng tăng chậm dần, thường đến 15 tuổi chiều cao đứng của nam đuổi kịp sau đó cao hơn nữ.

6.1.2. Về phát triển tinh thần:

Từ 6 tuổi trẻ bắt đầu đến nhà trường để "học chữ" đây là một thay đổi xã hội một cách sâu sắc. Muốn học một hệ thống kiến thức cần có những điều kiện sau:

- Trẻ biết kiềm chế ngồi yên.
- Kiến thức là trừu tượng, trẻ em phải biết tách biệt những kiến thức khỏi những cảm giác trực quan mới tiếp nhận được.

- Trẻ chấp nhận những qui tắc chung cho cả lớp, cả trường, đồng thời gia nhập một tập thể bạn bè, chịu tác động hỗn loạn.

- Trẻ đã khôn lớn, có khả năng sáng tạo, tưởng tượng.

6.2. Khám sức khoẻ học sinh và đánh giá kết quả:

Việc khám sức khoẻ học sinh nhằm mục đích kiểm tra tình hình sức khoẻ và mức độ phát triển thể lực của học sinh, đồng thời đề ra những biện pháp thích hợp trên cơ sở các kết quả thu được. Phải khám sức khoẻ cho học sinh đều đặn hàng năm để đánh giá đúng đắn tình hình sức khoẻ và mức độ phát triển thể lực của học sinh.

6.2.1. Cân đo các chỉ tiêu nhân trắc: Những chỉ tiêu nhân trắc để đánh giá sự phát triển cơ thể trẻ em bao gồm:

- Cân nặng (kg)
- Chiều cao đứng (cm)
- Chiều cao ngồi (cm)
- Vòng đầu (cm)
- Vòng cánh tay (cm)
- Vòng ngực hít vào và thở ra tối đa (cm)
- Vòng bụng hít vào và thở ra tối đa (cm)
- Vòng đùi (cm)

6.2.2. Khám các bộ phận:

- Da, niêm mạc
- Tim mạch
- Hô hấp
- Tiết niệu
- Tiêu hoá
- Thần kinh
- Các chuyên khoa: Mắt, tai mũi họng, răng miệng.
- Vận động: chú ý bệnh cong vẹo cột sống
- Phát hiện bệnh tật theo chuyên khoa.

6.3. Các biện pháp chăm sóc trẻ em tuổi học đường:

6.3.1. Chế độ dinh dưỡng.

6.3.1.1. Nhu cầu dinh dưỡng trẻ em theo tuổi:

** Nhu cầu năng lượng*

Năng lượng giữ một vai trò rất quan trọng đối với cơ thể, chỉ xếp sau oxy và nước, trước protein, vitamin... Qua điều tra khẩu phần ăn tại các nước nghèo người ta nhận thấy thiếu năng lượng là vấn đề phổ biến nhất và là nguyên nhân hàng đầu gây suy dinh dưỡng trẻ em.

Nhu cầu năng lượng ở từng cá thể rất khác nhau và phụ thuộc vào lứa tuổi, giới, cân nặng, nhiệt độ môi trường và mức độ hoạt động thể lực... Năng lượng cần thiết của khẩu phần ăn phải đảm bảo cung cấp đủ tất cả các tiêu hao của cơ thể gồm: Năng lượng cho chuyển hoá cơ thể, năng lượng cho tăng trưởng ở trẻ em, năng lượng hoạt động thể lực, năng lượng động lực đặc hiệu của thức ăn. Đơn vị đo lường là Kcal.

Trong khoảng 60 chất dinh dưỡng cần thiết cho cơ thể mà người ta đã biết tới, có 3 chất cung cấp năng lượng là: 1g Protein cho 4 Kcal, 1g Glucid cho 4 Kcal, 1g Lipid cho 9 Kcal.

Công thức dựa vào tuổi (đối với trẻ trên 1 tuổi)

- $1000\text{Kcal} + 100 \times (N - 1)$ N là số tuổi.

** Nhu cầu protein*

- Nhu cầu Protein phụ thuộc vào lứa tuổi và chất lượng Protein.
- Thông thường nhu cầu Protein ở trẻ bú mẹ là 2-2,5g/kg, trẻ em các lứa tuổi là 2-3g/kg.
- Số nhiệt lượng do Protein cung cấp chiếm 10-14% toàn bộ năng lượng của khẩu phần ăn.

** Nhu cầu Lipit*

Nhu cầu Lipid: thay đổi theo tuổi, điều kiện thời tiết:

- Trẻ em: 2-3 g/kg (30% nhu cầu năng lượng), trong đó lipid thực vật chiếm 30%.

** Nhu cầu Glucid:* 10-15 g/kg, nên chiếm 50-60 % năng lượng khẩu phần ăn.

** Nhu cầu vitamin và muối khoáng:*

Trong cơ thể con người, đã tìm thấy khoảng 60 nguyên tố khác nhau trong bảng tuần hoàn Mendeleev, tuy nhiên chỉ có một số nguyên tố được xác định có vai trò không thể thiếu được cho các hoạt động sống của cơ thể như Ca, P, K, Na, I, Fe, Cu, Zn, Mg, Mn, CO...

Nhu cầu một số chất:

+ Na^+ 2 mEq/kg - K^+ 1,5 mEq/kg

+ Ca 400-500mg. - Fe 1mg/kg

** Nhu cầu nước:*

- Nước không phải là chất dinh dưỡng nhưng đặc biệt cần cho sự sống.
- Nước chiếm khoảng 70% trọng lượng trẻ sơ sinh, người trưởng thành chiếm khoảng 65%.
- Đối với trẻ nhỏ, nhu cầu chuyển hoá lớn hơn, sự cô đặc của thận kém nên nhu cầu nước cao: 12-15% trọng lượng cơ thể, trong khi ở người lớn: 2-4% trọng lượng cơ thể.

6.3.1.2. Phương pháp cho ăn.

** Cách cho ăn.*

- Các bữa ăn của trẻ cần đảm bảo cân đối theo ô vuông thức ăn, đảm bảo đủ số bữa và số lượng thức ăn.

- Ăn uống đúng bữa sẽ có tác dụng kích thích dịch vị bài tiết, tăng cảm giác thèm ăn. Tránh cho trẻ ăn quà vặt, uống nước ngọt trước bữa ăn chính làm cho trẻ chán ăn.

** Chế biến món ăn.*

- Để giúp trẻ ăn ngon miệng nên phối hợp các loại thức ăn khi chế biến món ăn, có nhiều màu sắc, mùi vị thơm ngon, thay đổi món ăn thường xuyên để trẻ khỏi chán.

6.3.2. Phòng bệnh, chống nhiễm trùng, tai nạn.

Trong những năm gần đây do điều kiện kinh tế ngày càng được nâng cao cùng với việc thực hiện tốt các chương trình y tế đã làm cho mô hình bệnh tật của trẻ em nước ta có nhiều thay đổi, tỉ lệ mắc và tử vong trẻ em do các bệnh nhiễm trùng đã giảm đi rõ rệt, trong khi đó tỉ lệ mắc và tử vong trẻ em do tai nạn thương tích đang tăng lên nhanh chóng.

6.3.2.1. Đề phòng các bệnh truyền nhiễm:

- Giảm sự tiếp xúc giữa người khoẻ với người bị bệnh, người mang mầm bệnh, đồ dùng cá nhân của người bệnh.

- Tăng cường sức đề kháng chung của cơ thể bằng cách rèn luyện, tập thể dục, thực hiện tốt các biện pháp vệ sinh cá nhân.

- Tạo cho trẻ em có khả năng miễn dịch đặc hiệu bằng cách tiêm phòng:

+Tiêm phòng nhắc lại các bệnh lây: như lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi, bại liệt.

+Tổ chức tiêm phòng các bệnh: viêm não Nhật Bản, viêm gan B.

6.3.2.2. Phát hiện và điều trị các bệnh nhiễm trùng, ký sinh trùng:

Một số bệnh nhiễm khuẩn cấp tính có thể làm giảm sức đề kháng của trẻ sau khi bị bệnh và trẻ mắc bệnh khác. Nhiều bệnh nhiễm khuẩn cấp tính thông thường ở trẻ em nhưng để lại hậu quả lâu dài ảnh hưởng tới sự phát triển cũng như sức khoẻ của trẻ sau này, ví dụ viêm họng cấp do liên cầu khuẩn là bệnh rất thường gặp có thể làm cho trẻ bị bệnh viêm cầu thận cấp có thể dẫn tới viêm cầu thận mạn, đặc biệt là bệnh thấp tim có thể để lại di chứng ở van tim, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội sau này. Để giảm bớt hậu quả của các bệnh này cần:

- Tổ chức việc tiêm phòng thấp tiên phát.

- Phát hiện và điều trị kịp thời các bệnh nhiễm trùng.

Do điều kiện khí hậu nước ta nóng, ẩm, điều kiện vệ sinh môi trường, vệ sinh cá nhân còn kém nên tỉ lệ người mắc giun khá cao, ở những vùng nông thôn, miền núi theo kết quả các công trình nghiên cứu cho thấy gần 100% người bị nhiễm từ 1 đến 3 loại giun: đũa, tóc, móc... Để tránh những biến chứng do giun gây ra cần có kế hoạch tẩy giun định kỳ cho học sinh, nhất là học sinh ở những vùng nông thôn, miền núi, những nơi có điều kiện vệ sinh môi trường kém.

6.3.2.3. Phòng chống tai nạn thương tích cho trẻ em:

*** Tuyên truyền, giáo dục nâng cao nhận thức cộng đồng về công tác phòng ngừa và xử trí ban đầu tai nạn- thương tích (TN-TT) tại địa phương:** Tuyên truyền làm thay đổi nhận thức cộng đồng trong vấn đề phòng ngừa TN-TT chính là áp dụng các biện pháp phòng ngừa chủ động TN-TT cho trẻ em .

Trong công tác tuyên truyền phải huy động nhiều tổ chức, ban ngành cùng tham gia, như ban văn hoá, trường học, các tổ chức đoàn thể như hội chữ thập đỏ, hội người cao tuổi, hội phụ nữ, đoàn thanh niên, hội cựu chiến binh...

Các biện pháp cụ thể bao gồm:

- + Tuyên truyền trên các phương tiện thông tin đại chúng
- + Phát tờ rơi, hướng dẫn cách phòng tránh TN-TT ở trẻ em cho tất cả các gia đình trong xã
- + Kẻ vẽ khẩu hiệu tuyên truyền về phòng ngừa TN-TT tại các điểm công cộng
- + Tuyên truyền trong trường học vào dịp hè cho giáo viên và học sinh.

*** Phối hợp giữa chính quyền, các ngành và các tổ chức đoàn thể cùng tham gia trong công tác phòng ngừa TN-TT trẻ em.**

Đây cũng là giải pháp quan trọng, đó là thực hiện chính sách xã hội hoá công tác phòng ngừa và kiểm soát TN-TT cho cộng đồng nói chung và trẻ em nói riêng.

*** Nâng cao chất lượng công tác sơ cấp cứu TN-TT tại y tế cơ sở.**

Y tế cơ sở có nhiệm vụ quan trọng trong công tác tổ chức sơ cấp cứu ban đầu, là tuyến đầu tiên của ngành y tế tiếp cận với các nạn nhân, nếu tổ chức sơ cứu tốt, có kiến thức chuyên môn về cấp cứu tốt sẽ mang lại hiệu quả rất cao. Nếu nạn nhân không được sơ cứu đúng và kịp thời thì khi chuyển nạn nhân lên tuyến trên điều trị sẽ hạn chế đến kết quả điều trị và thậm chí có thể gây tử vong, nhất là các vùng sâu vùng xa, cách xa các trung tâm y tế. Nâng cao chất lượng công tác sơ cấp cứu TN-TT cho y tế cơ sở bao gồm: Nâng cao trình độ cấp cứu của cán bộ và nâng cấp về trang thiết bị, thuốc cấp cứu cho y tế cơ sở.

*** Tổ chức tập huấn các biện pháp sơ cấp cứu TN-TT cho cán bộ y tế về cách cấp cứu TN-TT thường gặp:**

- + Cách tiếp cận nạn nhân bị TN-TT
- + Cấp cứu ngừng tuần hoàn, hô hấp...
- + Cấp cứu vết thương chảy máu, gãy xương, đuối nước, điện giật, bỏng, ngộ độc và xử trí các vết thương khác.

*** Vấn đề đầu tư trang thiết bị, thuốc cấp cứu và cơ chế pháp lý (phân tuyến kỹ thuật cho tuyến xã) cho phù hợp với tình hình hiện nay là các trạm y tế đã có bác sĩ, đòi hỏi phải có một nguồn kinh phí cho ngành y tế, đầu tư nâng cấp đồng loạt cho tất cả các trạm y tế trong thành phố. Một số phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết phải bổ xung cho trạm y tế để cấp cứu trẻ em nói chung và TN-TT nói riêng đó là:**

- Các dụng cụ cấp cứu bao gồm:
- + 1 bộ dụng cụ rửa dạ dày cho trẻ em.
- + 1 máy hút (bằng điện hoặc đạp chân)

- + 1 máy đo huyết áp có đủ băng cho trẻ em
- + 1 bóng Ambu và Masque trẻ em
- +1 bộ tiểu phẫu
- + / Một số thuốc cấp cứu cần bổ sung đó là:
- Than hoạt, sorbitol để cấp cứu ngộ độc
- Một số thuốc mỡ bôi bông
- Oxy, dịch truyền, thuốc thiết yếu cần bổ xung thêm...

*** Lồng ghép chương trình phòng TN-TT với các chương trình y tế khác như:**

Hiện nay tại y tế cơ sở nhất là các trạm y tế xã, phường là nơi triển khai rất nhiều các chương trình y tế quốc gia có mục tiêu. Nếu tiến hành lồng ghép hoạt động của các chương trình này lại thì hiệu quả sẽ cao hơn và chi phí sẽ giảm đi, đặc biệt là kiến thức của cán bộ y tế cơ sở về công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe trẻ em sẽ rộng hơn và toàn diện hơn.

*** Ban hành những qui định về an toàn và giám sát việc thực hiện các qui định, trong công tác phòng ngừa TN-TT ở địa phương:**

Nếu ở cấp quốc gia là ban hành các điều luật liên quan đến an toàn, bảo vệ người dân khỏi bị các TN-TT như các điều luật về an toàn giao thông, an toàn cho người tiêu dùng, an toàn tại các điểm vui chơi giải trí, an toàn trong lao động sản xuất... còn trong cộng đồng thường chỉ là các quy định, quy ước, được cộng đồng nhất trí đưa vào cuộc sống như hương ước làng, xã... nhưng nó cũng có tác dụng nhắc nhở mọi người luôn chú ý thực hiện và cũng sẽ mang lại hiệu quả thiết thực cho cộng đồng.

6.3.3. Thể dục của học sinh.

6.3.3.1. Tác dụng của thể dục:

Thể dục có tác dụng tăng cường sức khỏe, góp phần hoàn chỉnh các chức năng vận động, tăng sức chịu đựng và có tác dụng giáo dục cho học sinh.

Các bài thể dục có ảnh hưởng tốt đến chức năng vận động của trẻ em, hoạt động tích cực cho toàn cơ thể.

Tập thể dục thường xuyên làm tăng thể tích phổi, sức bóp của tay, sức kéo của cơ lưng và đến cả chiều cao và trọng lượng của cơ thể trẻ em, nhờ sự phát triển đều và tốt của toàn bộ cơ vận động.

6.3.3.2. Các biện pháp giáo dục thể dục:

- Trong nhà trường có thể sử dụng các bài thể dục, các môn thể thao, các trò chơi sinh động và du lịch, áp dụng dưới hình thức các bài thể dục trước giờ học, giữa giờ nghỉ và các buổi tập luyện theo lịch học.
- Tuỳ theo tuổi và thể lực của học sinh mà chọn các bài thể dục, các trò chơi cho thích hợp.

6.3.4. Chế độ học tập

6.3.4.1. Phòng học phải đảm bảo các yêu cầu vệ sinh:

- Trường học không quá xa khu nhà ở của học sinh, xa những đường giao thông lớn để không gây tiếng ồn và tránh tai nạn cho học sinh.
- Trường phải xây dựng trên khu đất khô ráo, thoát nước dễ dàng, cách xa các nguồn gây ra các yếu tố độc hại, các cơ sở sản xuất, bệnh viện.
- Phòng học phải đáp ứng được các yêu cầu:
 - + Diện tích đủ rộng (Rộng 6 m, dài 8 m, cao 3,6 m)
 - + Đảm bảo thông thoáng khí.
 - + Đảm bảo đủ ánh sáng, tốt nhất là chiếu sáng tự nhiên, nếu không đảm bảo thì chiếu sáng nhân tạo kết hợp.
 - + Chống được tiếng ồn, bụi.

6.3.4.2. Bố trí chương trình học tập:

Kết quả nhiều công trình nghiên cứu cho thấy sự phát triển cơ thể trẻ em và các chức năng của cơ thể có liên quan chặt chẽ với gánh nặng học tập của các em. Thường trong năm học, tốc độ phát triển thể chất chậm hơn và trong những tháng nghỉ hè tốc độ phát triển các chỉ số nhân trắc tăng lên rõ rệt. Vì vậy khi sắp xếp một chương trình giảng dạy cần chú ý đến:

- Lứa tuổi của học sinh.
- Thời tiết trong năm.
- Thời gian nghỉ ngơi của học sinh.
- Khối lượng bài tập về nhà.

6.3.5. Chế độ lao động đối với học sinh:

- Ở nước ta, phần lớn học sinh xuất thân từ nông thôn do đó các em phải lao động sản xuất nông nghiệp. Việc gắn liền trong quá trình học tập và tham gia lao động sản xuất nông nghiệp có tác dụng nâng cao thể lực, tạo được sức bền và nâng cao sức khỏe, giúp học sinh thoải mái về tinh thần sau quá trình học tập, lao động trí não căng thẳng và mệt mỏi.

Tuy nhiên cần lưu ý cơ thể trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển cho nên các loại hình, cường độ và thời gian lao động phải được phân phối phù hợp với từng lứa tuổi và tình hình sức khỏe của học sinh. Ngoài ra khối lượng và thời gian lao động cũng phải phù hợp với lứa tuổi và sức khỏe của từng lứa tuổi.

Nội dung thực hành:

Chủ đề thảo luận:

Giảng viên đưa ra một số tình huống phát triển sinh lý bình thường của trẻ phù hợp thực tiễn địa phương

Ví dụ: Trẻ nam 4 ngày tuổi, được mẹ đưa đến trạm y tế khám vì vàng da. Trẻ được đẻ tại trạm y tế, con đầu, đủ tháng, cân nặng khi đẻ 3200g, sau đẻ trẻ khóc to, bú tốt, các phản xạ sơ sinh tốt. Sau đẻ một ngày trẻ và mẹ được ra viện. Ngày qua khi tắm cho trẻ, bà mẹ phát hiện trẻ có biểu hiện vàng da, ở nhà chưa điều trị gì. Gia đình đưa trẻ đến trạm y tế khám bằng xe máy.

Khám thấy trẻ tỉnh, cân nặng 3000g, nhiệt độ 36 độ C, bú mẹ được nhưng mẹ trẻ ít sữa, trẻ vàng da tới rốn, vàng sáng, đi tiểu nước tiểu vàng nhạt, đại tiện phân vàng. Thở đều, tần số 42 lần/ phút. Khi kiểm tra rốn, thấy chân rốn nề đỏ, không có mủ, không có mùi hôi, bụng mềm. Bà mẹ lo lắng về cân nặng và tình trạng vàng da của trẻ.

Anh chị hãy thảo luận nhóm, đóng vai trả lời câu hỏi sau:

1. Giải thích cho bà mẹ yên tâm về tình trạng sức khỏe của trẻ?
2. Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc trẻ tại nhà

Câu hỏi lượng giá:

Câu 1: Thức ăn tốt nhất cho trẻ 0-5tháng tuổi là:

Sữa bò

Sữa đậu nành

Sữa mẹ

Sữa dê

Câu 2: Thức ăn tốt nhất dung khi trẻ bắt đầu ăn sam là:

Nước cháo

Bột 5%

Cháo thập cẩm

Cơm mớm

Câu 3: Thức ăn tốt nhất cho trẻ 7- 12 tháng là:

Cháo loãng

Cháo đặc

Bột lỏng

Bột đặc

Câu 4: Yếu tố nào quyết định xác định là trẻ đủ tháng:

Hình thái, cân nặng, chiều cao

Chiều cao, cân nặng

Tuổi thai, cân nặng, hình thái

Tuổi thai, chiều cao, cân nặng

Câu 5: Trẻ sơ sinh đủ tháng khỏe mạnh có vòng đầu:

Vòng đầu nhỏ hơn vòng ngực

Vòng đầu bằng vòng ngực

Vòng đầu lớn hơn vòng ngực

Cả 3 ý đều sai

Câu 6: Để chắc chắn là vàng da sinh lý người ta dựa vào:

Vàng da mà trẻ vẫn bú tốt

Thời gian xuất hiện vàng da

Lượng bilirubin máu

Cả 3 ý trên

Câu 7: Sụt cân sinh lý là hiện tượng cân nặng của trẻ giảm so với lúc sinh:

< 5%

6-9%

10- 14%

15-19%

Câu 8: Trẻ nam 15 tháng tuổi đến phòng khám để khám trẻ khỏe. Cán bộ y tế nhận thấy cần phải giáo dục khi bà mẹ phát biểu:

Mới đây tôi thấy cháu khóc khi tôi để cháu lại với cô giữ trẻ.

Ở nhà cháu đi vào mọi chỗ. Các đồ chơi để rải rác khắp nơi..

Tôi hầu như không thể để cháu ngồi bàn ghế để ăn

Cháu luôn luôn cố đi khỏi ghế ngồi trên xe

Câu 9: Trẻ nam 15 tháng tuổi đến phòng khám để khám trẻ khỏe. Cán bộ y tế đánh giá sự phát triển vận động của Kiên là thích hợp đối với tuổi của em bé khi em có thể:

Nhảy lò cò một chân

Cầm bút chì vẽ nguệch ngoạc

Lắp một đồ chơi có 4 mẫu

Ném và bắt một quả bóng

Câu 10: Trẻ nam 15 tháng tuổi đến phòng khám để khám trẻ khỏe. Trong khi đánh giá về thể chất của Kiên, cán bộ y tế nghi ngờ có một vài chứng cứ của rối loạn khi:

A. Các cử động hô hấp ở bụng khi được quan sát

- B. Mạch ở ngoại biên: 104 lần/ phút
- C. Thóp trước còn sờ thấy
- D. Gan sờ thấy 3 cm dưới bờ sườn

Tài liệu tham khảo:

1. Bài giảng Bài giảng Nhi khoa (2013), Trường Đại học Y Hà Nội.
2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” **do Dự án HPET** biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.
3. Giáo trình Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu, Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2017), NXB Y học.

BÀI 21

XỬ TRÍ LÒNG GHÉP TRẺ BỆNH (IMCI)

Mục tiêu:

1. Vận dụng kiến thức về các bệnh thường gặp ở trẻ em để đưa ra cơ sở khoa học của xử trí lòng ghép trẻ bệnh
2. Áp dụng đúng tiến trình xử trí lòng ghép trong các tình huống giả định
3. Đánh giá chuẩn, phân loại và xử trí đúng trẻ bệnh trong tình huống giả định

Nội dung:

1. Dịch tễ học các bệnh thường gặp ở trẻ em và sự cần thiết của xử trí lòng ghép

Hiện nay trên toàn thế giới, hơn 70% trường hợp tử vong trẻ em dưới 5 tuổi tại các nước đang phát triển là do bệnh tiêu chảy, viêm phổi, sốt rét, sốt xuất huyết và suy dinh dưỡng (SDD) hoặc kết hợp các bệnh này. Trong 11,6 triệu trẻ em tử vong ở các nước đang phát triển năm 1995 có đến 54% có liên quan đến SDD, 19% do nhiễm khuẩn hô hấp, 19% do tiêu chảy, 18% chết chu sinh, 7% liên quan đến sỏi, 5% do sốt rét và 34% do bệnh khác.

Hàng ngày, có ít nhất 3/4 số trẻ đến khám bệnh bị mắc một trong sáu bệnh thường gặp ở trẻ em kể trên. Do có sự trùng lặp đáng kể các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thường gặp ở trẻ em và sự cần thiết phải đánh giá, xử trí kết hợp một số bệnh trên cùng một trẻ bệnh cho nên một chương trình lòng ghép để chăm sóc trẻ bệnh một cách toàn diện đã được nghiên cứu và phát triển, chương trình IMCI (Integrated Management of Childhood Illness).

Việc lòng ghép chăm sóc trẻ bệnh là cần thiết vì những lý do sau:

- Phần lớn trẻ đến khám bệnh đều có các dấu hiệu hoặc triệu chứng không chỉ của một bệnh mà của nhiều bệnh. Do vậy cần phát hiện và xử trí nhiều bệnh. Việc biết cách đánh giá các dấu hiệu và triệu chứng của tất cả các bệnh thường gặp ở trẻ em là hết sức cần thiết.
- Khi một trẻ mắc nhiều bệnh thì cách điều trị các bệnh đó cũng cần kết hợp.
- Trẻ em cần được chăm sóc một cách toàn diện chứ không chỉ tập trung vào điều trị các bệnh trẻ bị mắc.
- Hoạt động lòng ghép chăm sóc trẻ bệnh sẽ tác động đến tất cả các yếu tố khác ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc sức khỏe trẻ em như việc cung cấp thuốc, tổ chức của hệ thống y tế, chăm sóc khi chuyển viện và phương thức chuyển viện, các thực hành chăm sóc sức khỏe tại gia đình và cộng đồng.

Mục đích của hoạt động IMCI:

- + Nâng cao chất lượng của hoạt động và chăm sóc trẻ bệnh tại các cơ sở y tế, đặc biệt là tuyến cơ sở.
- + Giảm tỷ lệ mắc và tỷ lệ chết ở trẻ em nói chung thông qua việc thực hiện các hướng dẫn phòng và chữa bệnh đã được chuẩn hoá cho các bệnh thường gặp ở trẻ em.

+ Cải thiện thể lực và khả năng phát triển ở trẻ em.

Ba thành tố của hoạt động IMCI:

+ Cải thiện kỹ năng xử trí trẻ bệnh.

+ Cải thiện hệ thống y tế.

+ Cải thiện thực hành chăm sóc sức khỏe tại gia đình và cộng đồng.

2. Tiến trình xử trí lồng ghép

Tại phòng khám - các cơ sở y tế

Kiểm tra các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân:

+ Không uống hoặc không bú được

+ Nôn tất cả mọi thứ

+ Co giật

+ Ngủ ly bì hoặc khó đánh thức



Đánh giá các triệu chứng chính

+ Ho hoặc khó thở

+ Tiêu chảy

+ Sốt

+ Các vấn đề về tai



Kiểm tra tình trạng dinh dưỡng và tiêm chủng

và các vấn đề về nuôi dưỡng trẻ



Kiểm tra các vấn đề khác



Phân loại bệnh và xác định điều trị

Theo bảng phân loại 3 màu

<u>Hồng</u>	<u>Vàng</u>	<u>Xanh</u>
Chuyển viện	Điều trị tại cơ sở y tế	Điều trị tại nhà
Cơ sở y tế: - Điều trị cấp cứu trước chuyển viện.	Cơ sở y tế: - Điều trị bằng thuốc đặc hiệu.	Tại nhà: người chăm sóc trẻ được tham vấn về: - Cách điều trị tại nhà.

- Hướng dẫn về chuyển viện cho người chăm sóc. - Chuyển trẻ lên tuyến trên.	- Điều trị nhiễm khuẩn tại chỗ. - Khuyến và hướng dẫn người chăm sóc trẻ. - Khám lại.	- Thức ăn và nước uống. - Khi nào quay lại khám ngay. - Khám lại

3. Xử trí trẻ bệnh từ 2 tháng đến 5 tuổi:

3.1. Kiểm tra dấu hiệu nguy hiểm toàn thân:

- Gồm:

+ Không uống hoặc không bú được.

+ Nôn tất cả mọi thứ.

+ Co giật.

+ Ly bì hoặc khó đánh thức.

- Chú ý: Nếu trẻ có bất cứ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào cần được lưu ý cấp cứu, hoàn thành ngay việc đánh giá và các điều trị trước khi chuyển viện để việc chuyển viện không bị chậm trễ.

3.2. Đánh giá và xử trí ho hoặc khó thở:

Các dấu hiệu	Phân loại	Điều trị (Các điều trị cấp cứu trước khi chuyển viện được in đậm).
- Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc - Rút lõm lồng ngực. - Thở rít khi nằm.	Viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng	- Cho liều kháng sinh đầu thích hợp - Chuyển gấp đến bệnh viện.
- Thở nhanh(xem ngưỡng thở nhanh)	Viêm phổi	- Cho kháng sinh thích hợp trong 5 ngày. - Làm giảm đau họng và giảm ho bằng thuốc an toàn. - Khuyến bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày. - Nếu ho trên 30 ngày, chuyển tuyến trên.
Không có dấu hiệu của viêm phổi hoặc bệnh nặng	Không viêm phổi: Ho hoặc cảm lạnh.	- Nếu ho trên 30 ngày, chuyển tuyến trên. - Làm giảm đau họng và giảm ho bằng thuốc an toàn. - Khuyến bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 5 ngày, nếu không tiến triển tốt.

3.3. Đánh giá và xử trí tiêu chảy:

3.3.1 Cho tình trạng mất nước:

Dấu hiệu	Đánh giá	Xử trí
Hai trong cá dấu hiệu sau: - Ly bì hoặc khó đánh thức - Mất trũng. - Không uống được hoặc uống kém. - Nếp véo da mất rất chậm (trên 2 giây).	Mất nước nặng	- Nếu trẻ không có phân loại nặng khác: Bù dịch với mất nước nặng (Phác đồ C). - Nếu trẻ có các phân loại bệnh nặng khác: Chuyển gấp đi bệnh viện. Nhắc bà mẹ cho uống liên tục từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú. - Nếu trẻ trên 2 tuổi hoặc lớn hơn và đang có dịch tả tại địa phương, cho một liều kháng sinh tả.
Hai trong các dấu hiệu sau: - Vật vã, kích thích. - Mất trũng. - Uống háo hức, khát. - Nếp véo da mất chậm.	Có mất nước	- Bù dịch và cho ăn đối với có mất nước (phác đồ B). - Nếu trẻ có một trong các phân loại nặng khác: Chuyển gấp đi bệnh viện. Nhắc bà mẹ cho uống liên tục từng thìa ORS trên đường đi và tiếp tục cho bú. - Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 5 ngày nếu không tiến triển tốt.
Không đủ dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng.	Không mất nước	- Uống thêm dịch và cho ăn để điều trị tiêu chảy tại nhà (phác đồ A) - Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 5 ngày nếu không tiến triển tốt.

3.3.2. Nếu tiêu chảy 14 ngày hoặc hơn:

- Có mất nước hoặc mất nước nặng	Tiêu chảy kéo dài nặng	- Điều trị mất nước trước khi chuyển trừ trường hợp có phân loại nặng khác. - Chuyển đến bệnh viện
- Không mất nước	Tiêu chảy kéo dài	- Khuyến bà mẹ cách nuôi dưỡng trẻ bị tiêu chảy kéo dài. - Khám lại sau 5 ngày.

3.3.3. Có máu trong phân:

Có máu trong phân	Ly	- Điều trị 5 ngày bằng kháng sinh đường uống được khuyến nghị với ly - Khám lại sau 2 ngày.

3.4. Đánh giá và xử trí sốt:

(Bị sốt từ mấy hôm trước, Nhiệt độ > 37,5°C hoặc sờ thấy nóng)

- Xác định nguy cơ sốt rét:

Có nguy cơ = Sống trong vùng sốt rét hoặc vào vùng sốt rét trong 6 tháng gần đây.

Nếu có nguy cơ sốt rét, hãy lấy lam máu để xét nghiệm hoặc gửi đến cơ sở xét nghiệm gần nhất.

- Xác định nguy cơ sốt xuất huyết (SXH):

Có nguy cơ = Sống trong vùng SXH hoặc vào vùng SXH trong 2 tuần gần đây.

- Hỏi: Thời gian sốt?

Nếu sốt quá 7 ngày, có sốt liên tục không?

Có bị sỏi trong 3 tháng gần đây không?

- Khám: Cổ cứng, thóp phồng, chảy nước mũi, ban toàn thân và một trong các dấu hiệu ho, chảy mũi, mắt đỏ.

3.4.1. Sốt có nguy cơ sốt rét:

Dấu hiệu	Phân loại	Xử trí
- Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc - Cổ cứng hoặc - Thóp phồng.	Bệnh rất nặng có sốt hoặc sốt rét nặng	- Cho liều thuốc SR đầu phù hợp với SR nặng. - Cho một liều kháng sinh thích hợp. - Điều trị phòng hạ đường huyết. - Cho 1 liều paraxetamol tại phòng khám nếu T^0 trên $38,5^{\circ}\text{C}$ - Chuyển gấp đi bệnh viện
Xét nghiệm KSTSR dương tính	Sốt rét	- Cho 1 liều thuốc SR thích hợp - Cho 1 liều paraxetamol tại phòng khám nếu T^0 trên $38,5^{\circ}\text{C}$ - Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu sốt > 7 ngày, chuyển tuyến trên.
- Chưa có kết quả xét nghiệm hoặc xét nghiệm KSTSR âm tính và - Không chảy mũi và - Không tìm thấy nguyên nhân gây sốt khác	Sốt giống SR	- Cho 1 liều thuốc SR thích hợp - Cho 1 liều paraxetamol tại phòng khám nếu T^0 trên $38,5^{\circ}\text{C}$ - Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu sốt > 7 ngày, chuyển tuyến trên.
- Chưa có kết quả xét nghiệm hoặc xét	Sốt - không giống SR	- Cho 1 liều paraxetamol tại phòng khám nếu T^0 trên $38,5^{\circ}\text{C}$

nghiệm KSTSR âm tính và - Có các nguyên nhân gây sốt khác		- Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu sốt > 7 ngày, chuyển tuyến trên.

3.4.2. Sốt không có nguy cơ sốt rét:

- Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc - Cổ cứng hoặc - Thóp phồng.	Bệnh rất nặng có sốt	- Cho 1 liều kháng sinh thích hợp - Điều trị phòng hạ đường huyết. - Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu T ⁰ trên 38,5 °C - Chuyển gấp đến bệnh viện.
- Các loại sốt khác	Sốt - không có nguy cơ SR	- Cho 1 liều paracetamol tại phòng khám nếu T ⁰ trên 38,5 °C - Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu sốt > 7 ngày, chuyển tuyến trên.

3.4.3. Phân loại và xử trí sởi:

- Nếu trẻ đang mắc sởi hoặc đã mắc sởi trong 3 tháng gần đây, tìm:

+ Dấu hiệu chảy mủ mắt.

+ Dấu hiệu mờ giác mạc.

+ Tìm và đánh giá loét miệng.

- Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào hoặc - Mờ giác mạc hoặc - Vết loét miệng sâu hoặc rộng	Sởi biến chứng nặng	- Cho liều Vitamin A. - Cho liều kháng sinh thích hợp. - Nếu mờ giác mạc hoặc chảy mủ mắt: tra mỡ tetracyclin. - Chuyển gấp đi bệnh viện
- Có mủ mắt hoặc đau loét miệng	Sởi biến chứng mắt hoặc miệng	- Cho liều Vitamin A. - Nếu có mủ mắt: tra mỡ Tetracyclin. - Nếu đau loét miệng, điều trị bằng tím gentian 0,25% hoặc xanh metylen 1% hoặc glycerin borat 3%. - Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày.
- Đang mắc sởi và - Không có triệu chứng trên	Đang mắc sởi	- Cho liều Vitamin A. - Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày

- Sởi trong vòng 3 tháng gần đây	Đã mắc sởi	- Cho liều Vitamin A nếu chưa uống trong hoặc sau khi mắc sởi

3.4.4. Phân loại và xử trí sốt xuất huyết (nếu có nguy cơ SXH)

- Ly bì hoặc vật vã hoặc - Chân tay nhóp lạnh hoặc - Mạch yếu hoặc không bắt được	Hội chứng sốc SXH	- Bù dịch đối với hội chứng sốc SXH. - Chuyển gấp đi bệnh viện.
- Chảy máu mũi hoặc máu lợi hoặc - Nôn ra máu hoặc ỉa phân đen hoặc - Chấm nốt hoặc mảng xuất huyết dưới da hoặc - Đau vùng gan	SXH	- Chuyển gấp đi bệnh viện, cho uống ORS trên đường đi. Khuyến bà mẹ tiếp tục cho bú.
- Sốt cao liên tục > 3 ngày và - Không có nguyên nhân gây sốt khác.	Sốt giống SXH	- Uống càng nhiều càng tốt. - Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại hàng ngày đến khi trẻ hết sốt.
- Không có các dấu hiệu trên	Sốt- không giống SXH	- Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay. - Khám lại sau 2 ngày nếu vẫn còn sốt. - Nếu sốt > 7 ngày, chuyển tuyến trên.

3.5. Phân loại và xử trí vấn đề về tai

- Sưng đau sau tai	Viêm xương chũm	- Cho 1 liều kháng sinh thích hợp. - Cho 1 liều paraxetamol để giảm đau. - Chuyển gấp đi bệnh viện.
- Chảy mủ tai hoặc chảy nước tai dưới 14 ngày hoặc - Đau tai	Viêm tai cấp	- Cho kháng sinh trong 5 ngày. - Cho paraxetamol để giảm đau. - Làm khô tai bằng bác sâu kèn. - Khám lại sau 5 ngày.
- Chảy mủ tai hoặc chảy nước tai 14 ngày hoặc hơn.	Viêm tai mãn	- Làm khô tai bằng bác sâu kèn. - Khám lại sau 5 ngày.
- Không đau tai và	Không viêm tai	- Không điều trị gì thêm.

- Không chảy mủ tai		

3.6. Kiểm tra dinh dưỡng và thiếu máu

- Gầy mòn nặng rõ rệt hoặc - Mờ giác mạc hoặc - Lòng bàn tay rất nhợt hoặc - Phù cả hai chân	Suy dinh dưỡng nặng và/ hoặc thiếu máu nặng	- Cho Vitamin A - Chuyển gấp đi bệnh viện
- Lòng bàn tay nhợt hoặc - Quá nhẹ cân so với tuổi	Thiếu máu và / hoặc quá nhẹ cân	- Đánh giá chế độ ăn và tham vấn dinh dưỡng cho bà mẹ (Theo tham vấn cho bà mẹ). - Nếu có nuôi dưỡng chưa hợp lý : khám lại sau 5 ngày. - Nếu có thiếu máu: + Cho viên sắt + Cho Mebendazol (trẻ > 2 tuổi). + Khám lại sau 14 ngày. - Nếu quá nhẹ cân: Khám lại sau 30 ngày. - Dẫn bà mẹ khi nào cho trẻ đến khám ngay.
- Không có dấu hiệu của thiếu máu và SDD	Không thiếu máu và không quá nhẹ cân	- Trẻ > 2 tuổi: Đánh giá và tham vấn về dinh dưỡng. Nếu có vấn đề về nuôi dưỡng : Khám lại sau 5 ngày. - Dẫn bà mẹ khi nào cho trẻ đến khám ngay.

3.7. Đánh giá về tiêm chủng:

Kiểm tra lịch tiêm chủng

Nếu cần tiêm chủng:

- Tiêm chủng cho tất cả trẻ bị bệnh nếu có thể về nhà.
- Nếu không thể tiêm chủng cho trẻ hôm nay, phải chắc chắn trẻ được tiêm chủng (khi nào và ở đâu).
- Nếu trẻ cần được uống vắc xin bại liệt nhưng bị tiêu chảy, dặn bà mẹ cho uống vào tháng tiếp.
- Nếu cần chuyển viện, không cần cho uống/ tiêm vắc xin. Viết vào giấy chuyển viện loại vắc xin cần uống/ tiêm.

3.8. Đánh giá vấn đề khác

Nội dung thực hành:

Giảng viên đưa ra một số tình huống xử trí lồng ghép trẻ bệnh phù hợp thực tiễn địa phương

Ví dụ: Sương là bé gái 30 ngày tuổi, cân nặng 5kg, nhiệt độ ở nách 37o C. Bà mẹ đưa trẻ đến khám vì có mụn ở ngực bụng.

CBYT kiểm tra dấu hiệu bệnh nặng hoặc nhiễm khuẩn tại chỗ. Bà mẹ nói cháu vẫn bú tốt, không bị co giật. CBYT đếm được 50 nhịp trong 1 phút, không có rút lõm lồng ngực, không phập phồng cánh mũi. Rốn đã rụng và khô. CBYT nhìn thấy trên da cháu có rải rác mụn mủ ở ngực bụng. Sương không li bì hoặc khó đánh thức. Cháu cử động liên tục khi tỉnh.

Sương không bị tiêu chảy.

Sương không bị vàng da.

Bà mẹ nói không gặp khó khăn gì khi nuôi dưỡng cháu. Cháu được bú mẹ hoàn toàn và khoảng 12 lần trong 24 h. Cháu không ăn thêm bất cứ đồ gì khác. CBYT quan sát cháu không có vết loét miệng hoặc vết trắng trong miệng.

Cháu đã tiêm phòng vacxin VGB1, BCG.

Anh chị hãy thảo luận nhóm trả lời câu hỏi sau:

1. Đưa ra những triệu chứng bệnh của cháu Sương, ghi lại theo phiếu xử trí ?
2. Lập luận để đưa ra phân loại bệnh, xử trí phù hợp cho cháu Sương.

Câu hỏi lượng giá:

Câu 1: Lứa tuổi từ 0 đến 2 tháng tuổi là:

- A. Từ 0 ngày tuổi đến tròn 2 tháng
- B. Từ 0 ngày tuổi đến tròn 59 ngày
- C. Từ 1 ngày tuổi đến tròn 2 tháng
- D. Từ 1 ngày tuổi đến tròn 59 ngày

Câu 2: Lứa tuổi từ 2 tháng đến 5 tuổi là:

- A. Từ tròn 2 tháng đến tròn 5 tuổi
- B. Từ tròn 2 tháng đến trước lần sinh nhật thứ 5
- C. Từ 59 ngày đến trước sinh nhật lần thứ 5
- D. Từ 61 ngày đến trước sinh nhật lần thứ 5

Câu 3: Các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân gồm, ngoại trừ:

- A. Trẻ không uống được hoặc không bú được
- B. Trẻ ho, khò khè
- C. Trẻ nôn tất cả mọi thứ
- D. Trẻ ngủ li bì, khó đánh thức
- E. Trẻ co giật

Câu 4: Các động tác đánh giá khi trẻ từ 2 tháng đến 5 tuổi bị ho, khó thở là:

- A. Đếm nhịp thở trong 1 phút

- B. Tìm dấu hiệu RLLN
- C. Tìm và nghe tiếng thở rít
- D. Đo nhiệt độ
- E. Tìm dấu hiệu thóp phồng

Câu 5: Các dấu hiệu giúp đánh giá trẻ 2 tháng đến 5 tuổi bị viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng là:

1. Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
2. Sốt cao
3. RLLN
4. Da tím
5. Thở rít khi nằm yên

Câu 6: Xác định điều trị với viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng gồm:

1. Cho liệu kháng sinh tiêm bắp đầu tiên
2. Cho hạ sốt
3. Điều trị phòng hạ đường huyết
4. Chuyển gấp đi bệnh viện
5. Cho kháng sinh đường uống thích hợp trong 5 ngày

Câu 7: Ngưỡng xác định thở nhanh:

1. Trẻ 2 tháng đến 12 tháng là ≥ 50 lần/ phút
2. Trẻ 2 tháng đến 12 tháng là > 50 lần/ phút
3. Trẻ 2 tháng đến 12 tháng là > 60 lần/ phút
4. Trẻ 12 tháng đến 5 tuổi là ≥ 40 lần/ phút

Câu 8: Xác định điều trị với viêm phổi là:

1. Cho kháng sinh thích hợp trong 5 ngày
2. Cho siro ho như Theralen, Phenergan
3. Khuyến bà mẹ khi nào đưa con đi khám ngay
4. Khám lại sau 5 ngày
5. Nếu ho trên 30 ngày chuyển lên tuyến trên

Câu 9: xác định điều trị với không viêm phổi: ho hoặc cảm lạnh là:

1. Làm giảm ho bằng thuốc giảm ho
2. Nếu ho trên 30 ngày chuyển tuyến trên
3. Cho thuốc ho dân gian như hoa hồng bạch, quất ngâm đường
4. Khuyến bà mẹ khi nào đến khám lại ngay
5. Khám lại sau 2 ngày

Câu 10: Trẻ được đánh giá mất nước nặng khi có 2 trong các dấu hiệu sau:

1. Ly bì hoặc khó đánh thức
2. Nếp véo da mất chậm
3. Mắt trũng

4. Không uống được hoặc uống kém
5. Đái ít

Câu 11: Trẻ được đánh giá có mất nước khi có 2 trong các dấu hiệu sau:

1. Nếp véo da mất nhanh
2. Mắt trũng
3. Khát, uống háo hức
4. Thóp trũng
5. Vật vã kích thích

Câu 12: Một trẻ 11 tháng, nặng 9 kg bị tiêu chảy đã 3 ngày nay, không có máu trong phân. Đánh giá thấy trẻ mệt lả, không bú và uống rất kém, mắt trẻ trũng, nêo véo da bụng mất chậm. Phân loại tiêu chảy cho trẻ trên:

- A. Có mất nước, tiêu chảy kéo dài nặng
- B. Mất nước nặng
- C. Mất nước nặng. Ly
- D. Có mất nước. Ly
- E. Mất nước nặng. Tiêu chảy kéo dài nặng

Câu 13: Một trẻ 11 tháng, nặng 9kg, bị tiêu chảy đã 3 ngày, không có máu trong phân. Trẻ được phân loại là mất nước nặng. Hãy tính lượng dịch cần truyền cho trẻ

- A. 700 ml
- B. 800 ml
- C. 900 ml
- D. 1000 ml

Câu 14: Điều trị tiêu chảy cấp không mất nước gồm các nguyên tắc sau:

- A. Uống thêm dịch và cho ăn (phác đồ A)
- B. Cho kháng sinh
- C. Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay
- D. Cho men tiêu hóa
- E. Khám lại sau 5 ngày nếu không tiến triển tốt

Câu 15: Xác định điều trị với tiêu chảy kéo dài nặng gồm:

1. Cho kháng sinh đường uống
2. Cho men tiêu hóa
3. Điều trị mất nước trước khi chuyển viện trừ trường hợp có phân loại nặng khác
4. Khuyến bà mẹ cách nuôi dưỡng trẻ bị tiêu chảy kéo dài
5. Khám lại sau 5 ngày

Câu 16: Xác định điều trị với ly là:

1. Điều trị 5 ngày bằng kháng sinh đường uống
2. Cho men tiêu hóa
3. Khám lại sau 2 ngày
4. Điều trị mất nước trước khi chuyển viện
5. Bù dịch và cho ăn đối với có mất nước

Câu 17: Xác định nguy cơ sốt rét và sốt xuất huyết:

1. Nguy cơ sốt rét = Sống ở vùng sốt rét
2. Nguy cơ sốt rét = Đi ở vùng sốt rét về trong 6 tháng
3. Nguy cơ sốt rét = Đi ở vùng sốt rét về trong vòng 12 tháng
4. Nguy cơ sốt xuất huyết = Sống ở vùng sốt xuất huyết
5. Nguy cơ sốt xuất huyết = Đi ở vùng sốt xuất huyết trong vòng 2 tháng

Câu 18: Bệnh rất nặng có sốt hoặc sốt rét nặng được xác định ở trẻ có nguy cơ sốt rét và:

1. Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
2. Tiêu chảy cấp
3. Cổ cứng
4. Thóp phồng
5. Sốt cao

Câu 19: Xác định điều trị với bệnh rất nặng có sốt hoặc sốt rét nặng là:

1. Cho liều đầu thuốc sốt rét
2. Cho liều kháng sinh đường uống thích hợp
3. Điều trị phòng hạ đường huyết
4. Cho paracetamol khi $t^0 > 37,5^0 \text{ C}$
5. Chuyển gấp đi bệnh viện

Câu 20: Xác định điều trị với sốt rét và sốt giống sốt rét là:

1. Cho thuốc sốt rét thích hợp
2. Cho paracetamol khi $t^0 > 37,5^0 \text{ C}$
3. Chuyển gấp đi bệnh viện
4. Dẫn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám lại ngay
5. Khám lại sau 2 ngày nếu còn sốt

Câu 21: Xác định điều trị với sốt không giống sốt rét là:

1. Cho thuốc sốt rét thích hợp
2. Cho một liều kháng sinh thích hợp
3. Khám lại sau 2 ngày nếu còn sốt
4. Cho paracetamol khi $t^0 \geq 38,5^0 \text{ C}$
5. Chuyển đi bệnh viện nếu sốt kéo dài trên 7 ngày

Câu 22: Xác định điều trị với bệnh rất nặng có sốt là:

1. Cho liều đầu thuốc sốt rét
2. Cho liều đầu kháng sinh thích hợp
3. Điều trị phòng hạ đường huyết
4. Cho paracetamol khi $t^0 \geq 37,5^0 \text{ C}$
5. Chuyển gấp đi bệnh viện

Câu 23: Xác định điều trị với sốt không có nguy cơ sốt rét là:

1. Cho một liều đầu kháng sinh thích hợp
2. Cho thuốc sốt rét thích hợp
3. Khám lại sau 2 ngày nếu còn sốt
4. Nếu sốt kéo dài trên 7 ngày chuyển viện

Câu 24: Xác định điều trị với sởi biến chứng mắt và hoặc miệng là, Ngoại trừ:

- A. Cho Vitamin A
- B. Nếu có mủ mắt điều trị bằng mỡ tetracycline
- C. Nếu có đau loét miệng, điều trị bằng tím gentian hoặc xanh metylen
- D. Khám lại sau 5 ngày
- E. Dặn bà mẹ khi nào đưa đến khám lại ngay

Câu 25: Xác định điều trị với sởi biến chứng nặng là, Ngoại trừ:

- A. Cho Vitamin A
- B. Cho 1 liều đầu kháng sinh thích hợp
- C. Nếu có mờ giác mạc, chảy mủ mắt, tra thuốc mỡ tetracycline
- D. Chuyển gấp đi bệnh viện
- E. Cho kháng sinh đường uống thích hợp trong 5 ngày

Câu 26: Xác định điều trị với đang mắc sởi là:

- 1. Cho kháng sinh đường uống thích hợp trong 5 ngày
- 2. Cho Vitamin A
- 3. Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám ngay
- 4. Hướng dẫn bà mẹ tra thuốc mỡ tetracycline
- 5. Khám lại sau 2 ngày

Câu 27: Xác định điều trị với đã mắc sởi là:

- A. Cho kháng sinh đường uống thích hợp trong 5 ngày
- B. Cho vitamin A
- C. Dặn bà mẹ khi nào đưa trẻ đến khám lại ngay
- D. Hướng dẫn bà mẹ tra thuốc mỡ tetracycline
- E. Khám lại sau 2 ngày

Câu 28: Các dấu hiệu xác định sởi biến chứng nặng là:

- 1. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
- 2. Mờ giác mạc
- 3. Sốt cao
- 4. Vết loét miệng sâu hoặc rộng
- 5. Tiêu chảy

Câu 29: Các dấu hiệu nhận biết sởi biến chứng mắt và/ hoặc miệng là:

- 1. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
- 2. Có mủ ở mắt
- 3. Sốt cao
- 4. Đau loét miệng
- 5. Tiêu chảy

Câu 30: Các dấu hiệu xác định đang mắc sởi là:

- A. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
- B. Ban toàn thân và một trong các dấu hiệu: ho, chảy nước mũi, mắt đỏ
- C. Sốt cao
- D. Đau loét miệng
- E. Tiêu chảy

Câu 31: Các dấu hiệu xác định hội chứng sốc sốt xuất huyết dengue là:

- A. Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân
- B. Chân tay nhợt lạnh và mạch nhanh và yếu
- C. Chảy máu mũi hoặc chảy máu lợi
- D. Nôn ra máu hoặc ỉa phân đen
- E. Chấm nốt hoặc mảng xuất huyết dưới da

Câu 32: Xác định điều trị với hội chứng sốc sốt xuất huyết dengue là:

- 1. Cho 1 liều kháng sinh đầu tiên
- 2. Bù dịch với hội chứng sốc sốt xuất huyết dengue
- 3. Chuyển gấp đi bệnh viện
- 4. Điều trị phòng hạ đường huyết
- 5. Giữ ấm trên đường đi

Câu 33: Nam 3 tuổi đến khám vì có vấn đề về tai. Cháu bị đau tai và chảy nước tai đã hơn 2 tháng. Khám thấy có khối sưng đau sau tai. Phân loại bệnh cho Nam là:

- A. Viêm tai cấp
- B. Viêm tai mãn
- C. Viêm xương chũm
- D. Không viêm tai

Câu 34: Các dấu hiệu giúp phân loại suy dinh dưỡng nặng và / hoặc thiếu máu nặng là:

- 1. Gầy mòn nặng rõ rệt
- 2. Mờ giác mạc
- 3. Lòng bàn tay nhợt
- 4. Phù cả 2 bàn chân
- 5. Nhẹ cân so với tuổi

Câu 35: Trẻ từ 0- 2 tháng được phân loại nhiễm khuẩn tại chỗ khi có dấu hiệu sau:

- 1. Bỏ bú
- 2. Co giật
- 3. Thở nhanh
- 4. Rốn đỏ hoặc chảy mủ
- 5. Mụn mủ ở da

Câu 36: Trẻ từ 0- 2 tháng được phân loại nhiễm khuẩn tại chỗ khi có dấu hiệu sau:

- 1. Tấy đỏ vùng quanh rốn
- 2. Nhiều mụn mủ trên da
- 3. Mụn mủ nhiễm khuẩn nặng trên da
- 4. Rốn đỏ hoặc chảy mủ
- 5. Mụn mủ ở da

Câu 37: Trẻ từ 0- 2 tháng được phân loại nhiễm khuẩn tại chỗ khi có dấu hiệu sau:

- 1. Chỉ cử động khi bị kích thích và không cử động sau đó
- 2. Không cử động một chút nào
- 3. RLLN nhẹ

4. Rốn đỏ hoặc chảy mủ
5. Mụn mủ ở da

Câu 38: Trẻ từ 0- 2 tháng được phân loại bệnh rất nặng khi có dấu hiệu sau:

1. Bỏ bú
2. Co giật
3. Thở nhanh
4. Rốn đỏ hoặc chảy mủ
5. Mụn mủ ở da

Câu 39: Trẻ từ 0- 2 tháng được phân loại bệnh rất nặng khi có dấu hiệu sau:

1. RLLN nặng
2. Sốt
3. Hạ thân nhiệt
4. Rốn đỏ hoặc chảy mủ
5. Mụn mủ ở da

Tài liệu tham khảo

- 1 Tài liệu huấn luyện kỹ năng xử trí lồng ghép trẻ bệnh cho các bộ phòng khám đa khoa khu vực và cán bộ y tế xã, Hà Nội- 2012
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ em, Ban hành kèm theo Quyết định số 3312/QĐ-BYT ngày 07/8/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế

BÀI 22

MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI LỚN VÀ NGƯỜI CAO TUỔI

Mục tiêu

1. Trình bày các triệu chứng chính để chẩn đoán một số bệnh thường gặp ở người lớn, người cao tuổi tại địa phương
2. Trình bày các phương pháp xử trí, điều trị một số bệnh thường gặp ở người lớn, người cao tuổi tại y tế tuyến xã.
3. Trình bày các biện pháp dự phòng một số bệnh thường gặp ở người lớn, người cao tuổi.
4. Thực hành bài tập mô phỏng, khám bệnh chẩn đoán và xử trí một số bệnh thường gặp ở người lớn, người cao tuổi.

Nội dung:

I. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường

1.1. Định nghĩa đái tháo đường

Đái tháo đường là một nhóm bệnh rối loạn chuyển hóa được đặc trưng bởi tình trạng tăng glucose máu do sự thiếu hụt insulin, tác dụng của insulin hoặc cả hai. Tình trạng tăng glucose máu mạn tính của ĐTD phối hợp với rối loạn các chức năng gây tổn hại nhiều cơ quan khác nhau đặc biệt là ở mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu.

1.2. Dịch tễ học, phân loại ĐTD typ 1 và typ 2

Dịch tễ học

Trên thế giới tính đến năm 2010, có khoảng 285 triệu người bị ĐTD, trong đó ĐTD typ 2 chiếm 90%. Theo hiệp hội ĐTD thế giới năm 2013 là 381 triệu người bị ĐTD và dự kiến con số này có thể tăng gấp đôi vào năm 2030. Tỷ lệ ĐTD tăng nhiều nhất ở các nước đang phát triển.

Năm 2001, điều tra tại 4 thành phố lớn là Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng và TP Hồ Chí Minh tỷ lệ mắc là 4,9%. Như vậy, chỉ sau 10 năm, tỷ lệ mắc bệnh này đã gia tăng trên 300%.

Phân loại ĐTD typ 1 và typ 2

ĐTĐ typ 1: Tế bào β bị phá hủy do nguyên nhân miễn dịch hoặc vô căn dẫn tới thiếu insulin hoàn toàn. Bệnh thường khởi phát đột ngột, rầm rộ với các triệu chứng cổ điển. Phải điều trị bằng insulin

ĐTĐ typ 2: là thể bệnh hay gặp chiếm 80 – 90 % trong số bệnh nhân ĐTĐ. Trước đây, ĐTĐ typ 2 đặc trưng là kháng insulin kèm theo thiếu hụt insulin tương đối. Trong thời gian gần đây, ĐTĐ typ 2 được nói tới với đa cơ chế bệnh sinh, với các cơ chế thêm vào như giảm tiết incretin, tái hấp thu glucose tại thận, tình trạng tăng tiết glucagon... Triệu chứng thường nghèo nàn, diễn biến trong thời gian dài, yếu tố gia đình rõ. Điều trị thuốc viên có hiệu quả.

1.3. Chẩn đoán ĐTĐ

1.3.1 Triệu chứng của ĐTĐ

Các triệu chứng của ĐTĐ phụ thuộc vào mức độ tăng glucose máu. Ở bệnh nhân có glucose máu cao thường có các triệu chứng cổ điển. Ngoài ra, bệnh nhân còn có thể có các triệu chứng của biến chứng cấp tính do hậu quả của tăng glucose máu (tăng áp lực thẩm thấu, nhiễm toan ceton) hoặc biến chứng mạn tính (bệnh lý võng mạc, biến chứng bàn chân, biến chứng thần kinh ngoại vi, biến chứng thần kinh tự động...)

Các triệu chứng lâm sàng cổ điển:

Đái nhiều, uống nhiều: khi glucose máu tăng cao làm thận không thể tái hấp thu toàn bộ glucose và glucose ra ngoài nước tiểu gây tình trạng đái nhiều thẩm thấu

Gày nhiều, mệt nhiều: mất glucose qua đường niệu và giảm sử dụng glucose do thiếu insulin dẫn đến tình trạng thiếu hụt năng lượng.

Ăn nhiều: do tình trạng thiếu insulin hoặc giảm đáp ứng của insulin trong tái hấp thu glucose trong các mô sẽ gây tình trạng thiếu hụt glucose trong tế bào, giảm sản xuất năng lượng, hậu quả là đói và ăn nhiều

1.3.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ theo ADA (American Diabetes Association: hiệp hội ĐTĐ Mỹ) năm 2010: chẩn đoán ĐTĐ khi có 1 trong các tiêu chuẩn dưới đây:

1. Glucose huyết tương bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l kèm theo với các triệu chứng của tăng glucose máu (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút)

2. Glucose huyết tương lúc đói (nhịn ăn từ 8 – 14 giờ) ≥ 7 mmol/l trong 2 buổi sáng khác nhau

3. Nghiệm pháp tăng glucose máu: glucose huyết tương 2 giờ sau uống 75g glucose khan $\geq 11,1$ mmol/l

4. HbA1C (định lượng theo phương pháp chuẩn bằng phương pháp sắc ký lỏng cao áp) $\geq 6,5\%$

Nghiệm pháp tăng glucose máu

* Điều kiện tiên hành nghiệm pháp:

+ Nhịn đói 8 – 14 giờ

+ 3 ngày trước làm nghiệm pháp: khẩu phần ăn giàu carbohydrat (150 – 200g/ngày)

+ Không tiến hành nghiệm pháp khi đang bị bệnh cấp tính, suy dinh dưỡng, chấn thương tâm lý

+ Không tiến hành nghiệm pháp khi đang dùng các thuốc: corticoid, thiazid, phenyltoin, thuốc ngừa thai.

+ Không vận động quá sức trước và trong khi làm nghiệm pháp.

* Chỉ định trong các trường hợp

+ Rối loạn glucose máu lúc đói ($5,6 < \text{glucose máu đói} < 7 \text{ mmol/l}$)

+ Glucose máu bình thường kèm theo các nguy cơ:

Béo kiểu nam (béo bụng)

Tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ

Tiền sử đẻ con to $> 4\text{kg}$

Rối loạn lipid máu

Đường máu đói bình thường nhưng có đường niệu

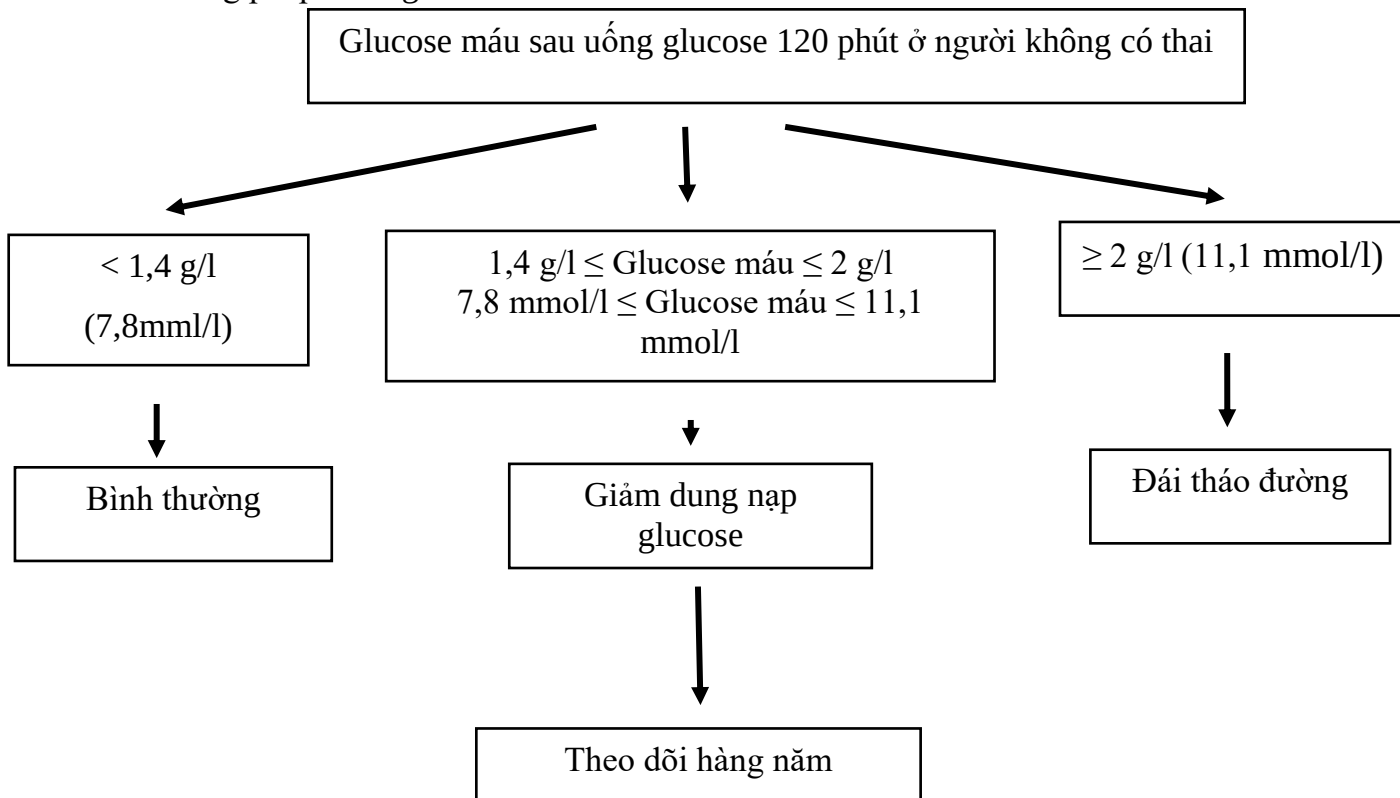
Biểu hiện lâm sàng như các biến chứng mạn tính

* Phương pháp tiến hành:

+ Uống 75g glucose khan hòa loãng trong 250 – 300 ml nước, uống trong 5 phút.

+ Xét nghiệm đường máu tại các thời điểm: đói và 120 phút đối với người nghi ngờ ĐTĐ (phụ nữ không mang thai)

* Phương pháp đánh giá



2. Sơ lược về điều trị đái tháo đường

2.1 Mục đích và mục tiêu điều trị

*** Mục đích điều trị**

- Giảm các triệu chứng lâm sàng, đạt được mục tiêu kiểm soát đường huyết
- Đạt cân nặng lý tưởng
- Làm chậm xuất hiện các biến chứng cấp và mạn tính
- Giúp người bệnh có cuộc sống bình thường.

*** Mục tiêu điều trị**

- Mục tiêu kiểm soát đường huyết theo hiệp hội ĐTĐ Mỹ (ADA) 2017
- + Glucose lúc đói từ 8 – 130 mg/dl (4,4 – 7,2 mmol/l)
- + Glucose sau ăn 2 giờ < 180 mg/dl (10 mmol/l)
- + HbA1C < 7,0 % được coi là mục tiêu chung cho cả ĐTĐ typ1 và typ2

Lưu ý: Mục tiêu kiểm soát đường huyết có thể khác nhau tùy theo từng bệnh nhân: thời gian bị ĐTĐ, tuổi, kỳ vọng sống, bệnh lý kết hợp, sự xuất hiện của hạ đường huyết, thói quen sinh hoạt và tuân thủ điều trị. Cần điều trị các yếu tố nguy cơ đi kèm: THA, rối loạn mỡ máu

2.2 Nguyên tắc chế độ ăn và luyện tập

*** Chế độ dinh dưỡng cho người ĐTĐ**

Chế độ ăn rất quan trọng, là nền tảng cơ bản của chế độ điều trị bệnh ĐTĐ, nó cần phù hợp với từng bệnh nhân và phải thỏa mãn đầy đủ một số yếu tố cơ bản sau:

- Đủ chất đạm, béo, bột, đường, vitamin, muối khoáng và nước với khối lượng hợp lý
- Không làm tăng đường huyết nhiều sau ăn
- Không làm hạ đường huyết lúc xa bữa ăn
- Đủ duy trì hoạt động thể lực bình thường hàng ngày
- Không làm tăng các yếu tố nguy cơ như: rối loạn mỡ máu, tăng huyết áp, suy thận...
- Phù hợp với tập quán ăn uống, địa dư, dân tộc của từng bệnh nhân và gia đình
- Đơn giản và không quá đắt tiền
- Không nên thay đổi quá nhanh và quá nhiều cơ cấu cũng như khối lượng các bữa ăn

+ Nhu cầu năng lượng: đảm bảo nhu cầu calo theo tuổi, giới, nghề nghiệp, cân nặng lý tưởng: Nam 35 Kcalo/kg, nữ 30 Kcalo/kg (cân nặng lý tưởng= [chiều cao]² x 22)

+ Tỷ lệ các loại thức ăn:

- Thành phần chất bột – đường (carbonhydrat): chiếm 60 – 70% tổng số calo hàng ngày

- Thành phần chất béo (lipid): 15 – 20% tổng số calo hàng ngày phụ thuộc vào đặc điểm của từng bệnh nhân.

- Thành phần chất đạm (proteid): chiếm 10 – 20% tổng calo, tương ứng 0,8 – 1,2 g/kg. Khi suy thận cần giảm lượng đạm xuống 0,6g/kg/ngày nhưng không được dưới 0,5g/kg/ngày vì có thể gây suy dinh dưỡng.

- Các yếu tố vi lượng và vitamin: trong những trường hợp cần thiết.

- Rượu bia: uống với lượng vừa phải (5-15g/ngày)

+ Phân bố bữa ăn: 3 bữa chính hoặc 3 bữa chính và 2 bữa phụ (nếu tiêm nhiều mũi insulin). Ăn 1 bữa trước khi đi ngủ nếu tiêm mũi insulin trước khi đi ngủ tránh hạ đường huyết (ban đêm) và tránh tăng đường huyết sau ăn nhiều.

* *Chế độ luyện tập.*

Vận động thể lực rất quan trọng trong điều trị ĐTĐ, giúp làm giảm nồng độ glucose máu do tăng tiêu thụ glucose, nếu tập đều đặn 30 – 45 phút mỗi ngày còn có thể giúp cải thiện việc kiểm soát đường huyết tốt hơn trong thời gian dài.

Bệnh nhân nên chọn các môn thể thao phù hợp với điều kiện kinh tế và tình trạng bệnh, biến chứng ĐTĐ. Trước khi tập bệnh nhân nên hỏi ý kiến bác sĩ điều trị, đặc biệt là bệnh nhân đã có biến chứng mạn tính. Bệnh nhân tập tăng dần cho đến khi đạt thời gian ít nhất 30 phút/ngày và 5 ngày/tuần.

2.3 Các nhóm thuốc điều trị

2.3.1 Các thuốc viên điều trị ĐTĐ

a. Thuốc kích thích tiết insulin: nhóm sulfonylurea

- Cơ chế tác dụng: tăng tiết insulin từ các tế bào β tụy

- Chỉ định: ĐTĐ typ 2 có béo phì hoặc không, không kiểm soát đường huyết được bằng chế độ ăn và luyện tập

- Chống chỉ định: ĐTĐ typ 1, ĐTĐ nhiễm toan ceton, suy gan nặng, suy thận nặng, có thai hoặc dị ứng với thuốc

- Các thuốc, liều lượng, cách dùng

Thuốc – hàm lượng	Liều lượng	Thời gian tác dụng
Glibenclamid (Daonil 1,25/5mg, glybenhexal 3,5mg)	1,25 – 15mg chia 2 – 3 lần	
Glyclazid (Diamicron 80mg, Diamicron MR 30mg, 60 mg)	80 – 240 mg chia 2 – 3 lần (30 – 120 mg chia 1 – 2 lần)	24 giờ
Glimepirid (Amaryl 1/2/4 mg)	1 – 4mg liều duy nhất	Tối đa 24 giờ

Bắt đầu với liều thấp và tăng dần để kiểm soát đường huyết. Khi dùng liều cao thì chia: 2/3 liều buổi sáng và 1/3 liều buổi chiều, uống trước ăn

- Tác dụng phụ: hạ đường huyết, tăng cân, rối loạn tiêu hóa, tăng men gan, dị ứng
- Khả năng hạ HbA1C: 1 – 2 %

b. Nhóm kích thích tiết insulin không phải sulfonylurea: Nateglinid và Meglinid

- Cơ chế: kích thích tụy sản xuất insulin
- Thời gian bán hủy dưới 1 giờ, tăng insulin nhanh trong thời gian ngắn,
- Liều lượng: bắt đầu 0,5mg 3 lần/ngày, uống trước bữa ăn, tối đa 16mg/ngày
- Có thể dùng cho BN suy thận và BN có tuổi

c. Biguamid (Metformin)

- Cơ chế: giảm tân tạo glucose ở gan, ức chế hấp thu glucose ở đường tiêu hóa, tăng bắt giữ glucose ở cơ vân

- Chỉ định: ĐTĐ typ 2, nhất là BN có thừa cân, béo phì

- Chống chỉ định: ĐTĐ typ1, nhiễm toan ceton, suy thận, rối loạn chức năng gan, có thai, thiếu oxy tổ chức ngoại biên (suy tim, suy hô hấp), chế độ ăn ít calo, ngay trước và sau phẫu thuật, BN > 70 tuổi.

- Liều lượng: Metformin (biệt dược Glucophage, Panfor...hàm lượng: 500mg, 850mg, 1000mg; Glucophage XR 500, 750, 1000mg). Liều từ 500 – 2550mg/ngày với liều thấp nhất có tác dụng, uống sau ăn.

- Tác dụng phụ: rối loạn tiêu hóa, nhiễm toan acid lactic (thực chất do không tôn trọng các chống chỉ định)

- Khả năng hạ HbA1C: 1 – 2 %

d. Thiazolidinediones (TZD)

- Cơ chế: chưa rõ ràng nhưng các tác dụng quan sát được là: làm tăng chất vận chuyển glucose (GLUT 1 và GLUT 4), làm giảm acid béo tự do, giảm tân tạo glucose ở gan, tăng biệt hóa các tiền acid béo thành các acid béo

- Chỉ định: ĐTĐ typ 2 có tình trạng kháng insulin, có thể dùng phối hợp với sulfonylurea hoặc metformin.

- Chống chỉ định: mẫn cảm với thuốc, có thai và cho con bú, bệnh gan (GPT lớn hơn 2,5 lần giới hạn cao), suy tim

- Liều lượng: Pioglitazon (Pioz viên 15mg): liều 15 – 45 mg/ngày, uống 1 lần, xa bữa ăn

- Khả năng hạ HbA1C: 1 – 2 %

e. Thuốc ảnh hưởng đến hấp thu glucose ở ruột: thuốc ức chế alphaglucosidase

- Cơ chế: ức chế men alphaglucosidase ở niêm mạc ruột

- Chỉ định: tăng đường huyết sau ăn với điều trị bằng chế độ ăn hoặc bằng thuốc

- Liều lượng và cách dùng: uống trong bữa ăn, ngay sau miếng cơm đầu tiên, bắt đầu từ liều thấp nhất, tăng dần theo đáp ứng điều trị hoặc tác dụng phụ.

+ Acarbose (glucobay 50/100mg): 50 – 200mg, 3 lần/ngày

+ Voglibose (Basen 0,2/0,3mg): 0,2 – 0,3mg, 3 lần/ngày

- Tác dụng phụ: buồn nôn, chướng bụng, rối loạn tiêu hóa

- Khả năng hạ HbA1C: 0,5 – 1%

f. Nhóm các thuốc incretin

** Thuốc ức chế DDP4*

- Cơ chế: ức chế enzym DDP – 4 nhờ đó làm tăng nồng độ và tác dụng GLP – 1 nội sinh

- Chỉ định: ĐTĐ typ 2, tăng đường huyết sau ăn

- Liều lượng và cách dùng: không phụ thuộc vào bữa ăn, giảm liều theo mức lọc cầu thận (trừ Linagliptin).

+ Sitagliptin (Januvia viên 50mg/100mg): liều 50 – 100mg/ngày

+ Vidagliptin (Galvus viên 50mg): liều 50 - 100 mg/ngày

+ Saxagliptin (Onglyza viên 2,5mg/5mg): liều 5mg/ ngày

+ Linagliptin (Trajenta 5mg): liều duy nhất 5mg/ngày.

- Tác dụng phụ: buồn nôn, đau đầu, đau họng.

- Khả năng hạ HbA1C: 0,5 – 0,8%.

g. Nhóm thuốc ức chế SGLT – 2

- Cơ chế: ức chế tái hấp thu glucose ở ống thận, không phụ thuộc vào insulin.

- Chỉ định: ĐTĐ typ 2

- Liều lượng và cách dùng:

+ Dapagliflozin (Forxiga viên 5mg, 10mg): liều 10mg/ngày.

- Tác dụng phụ: nhiễm trùng tiểu niệu, tác dụng lợi tiểu nên có nguy cơ hạ huyết áp, mất nước.

2.3.2 Các thuốc tiêm ĐTĐ

a. Insulin

* Các loại insulin: phân loại theo thời gian tác dụng. Tuy nhiên tác dụng của insulin cũng có khi thay đổi theo từng cá nhân

Loại Insulin	Tên	Thời gian tác dụng		
		Bắt đầu	Đỉnh	Kết thúc

Nhanh	Lispro, Aspart	10 – 15 ph	0,5-1,5h	2-5h
Thường	Regular.	30-40 ph	1,5 – 4h	5-8h
Bán chậm	NPH	1h – 2h	6 – 12h	12 – 20h
Nền	Glargine, Detemir	2 – 4h	Không có	20 – 26h
Hỗn hợp	Humulin 30/70, Scilin 30/70 (30% insulin Regular, 70% insulin NPH)			

- Chỉ định:

- + Bắt buộc đối với ĐTĐ typ 1
- + ĐTĐ có hôn mê nhiễm toan ceton hoặc hôn mê tăng áp lực thẩm thấu
- + ĐTĐ typ 2 (tạm thời) trong một số trường hợp: có thai, nhiễm khuẩn, phẫu thuật

- Khả năng hạ HbA1C: 1, 5 – 3 %

- Cách sử dụng insulin

+ Insulin được tiêm bằng bơm tiêm hoặc bút tiêm

+ Khi tiêm cần véo da để mũi kim 45° hoặc vuông góc với mặt da tùy theo loại insulin. Các mũi tiêm không được sát nhau tránh gây loạn dưỡng mỡ dưới da, chú ý luân chuyển vị trí tiêm.

- Liều insulin

+ Liều insulin cần thiết cho BN ĐTĐ typ1 thường là 0,7 – 0,9 UI/kg, tuy nhiên liều khởi đầu khoảng 0,4 – 0,5 UI/kg, tiêm dưới da 1 – 2 lần, sau đó chỉnh liều theo kết quả đường máu.

+ Liều insulin ở BN ĐTĐ typ 2 khởi đầu từ 0,2 – 0,5 UI/kg/ngày, điều chỉnh liều theo kết quả đường máu.

- Biến chứng:

+ Hạ đường huyết: do quá liều insulin, do người bệnh bỏ bữa, do vận động quá mức, do rối loạn tiêu hóa.

+ Loạn dưỡng mỡ do insulin gồm 2 thể sẹo lõm hoặc phì đại

+ Kháng insulin: gọi là kháng insulin khi nhu cầu insulin vượt quá 2UI/kg hoặc khi phải dùng trên 200UI/ngày trong 2 – 3 ngày mà ĐH không hạ.

+ Dị ứng tại chỗ tiêm

b. Các thuốc đồng phân GLP – 1 (glucagon like peptide 1)

- Cơ chế: kích thích tiết insulin khi nồng độ glucose máu cao, giảm tiết glucagon, chậm làm trống dạ dày, tăng cảm giác no

- Chỉ định: ĐTĐ typ 2, tăng đường máu sau ăn

- Liều lượng và cách dùng:

+ thuốc Exenatide (Byeta dạng bút tiêm), tiêm dưới da 5 hoặc 10 µg, 2 lần/ngày, trước bữa ăn 60 phút

+ Thuốc Liraglutide (Victoza dạng bút tiêm), tiêm dưới da khởi đầu 0,6mg, tối đa 1,8mg/ngày, một lần trong ngày, không phụ thuộc vào bữa ăn.

- Tác dụng phụ: buồn nôn, hạ đường huyết khi dùng cùng thuốc kích thích tiết insulin

- Khả năng hạ HbA1C 1 – 1,5%

2.4 Phác đồ điều trị đái tháo đường typ 2

Không áp dụng cho những BN ĐTĐ typ 2 ở giai đoạn có bệnh cấp tính và BN dưới 18 tuổi.

2.4.3 Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị

Mục tiêu điều trị: phải nhanh chóng đưa lượng glucose máu về mức tốt nhất, đạt mục tiêu đưa HbA1C về dưới 7,0 trong vòng 3 tháng. Có thể xem xét dùng thuốc phối hợp sớm trong các trường hợp glucose máu tăng cao.

- Bên cạnh điều chỉnh glucose máu, phải đồng thời lưu ý cân bằng các thành phần mỡ máu, các thông số về đông máu, duy trì số đo huyết áp theo mục tiêu...

- Theo dõi, đánh giá tình trạng kiểm soát mức glucose máu bao gồm: glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1C (được đo 3 tháng/lần). Nếu glucose máu ổn định tốt có thể đo HbA1C mỗi 6 tháng/lần.

- Đối với các cơ sở y tế không thực hiện được HbA1C, có thể đánh giá theo mức glucose máu trung bình, hoặc theo dõi hiệu quả bằng glucose máu lúc đói và sau ăn 2 giờ.

* Những nguyên tắc sử dụng insulin khi phối hợp với thuốc hạ glucose máu bằng đường uống.

- Bắt đầu dùng insulin: thường liều sulfonylurea được giảm 50% và chỉ uống vào buổi sáng

+ Liều insulin thường bắt đầu với liều 0,1UI/kg loại NPH hoặc Lantus, tiêm dưới da trước lúc đi ngủ hoặc

+ Ngày 2 mũi tiêm với insulin hỗn hợp tùy thuộc vào mức glucose máu và/hoặc HbA1C và dùng các thuốc sulfonylurea.

- Điều chỉnh liều insulin

+ Khi tăng liều insulin tới 0,3UI/kg mà vẫn không hạ được glucose máu

+ Điều chỉnh mức liều insulin cứ 3 – 4 ngày/lần hoặc 2 lần/tuần

* Điều trị các bệnh phối hợp, các biến chứng nếu có; bổ sung vitamin và khoáng chất.

2.5 Điều trị ĐTĐ tại các tuyến và quyết định chuyển tuyến

- Tuyến xã, phường: nếu có bác sĩ nội khoa có thể điều trị ĐTĐ khi glucose máu < 10 mmol/l và/hoặc HbA1C <8% và không có biến chứng cấp tính. Nếu glucose máu > 10mmol/l phải chuyển ngay lên tuyến huyện. Nếu không có bác sĩ nội khoa phải chuyển ngay lên tuyến trên.

- Tuyến huyện:

+ Có thể điều trị tại tuyến huyện khi: glucose máu từ 10 mmol/l đến dưới 13 mmol/l; HbA1C dưới 9% và không có các biến chứng nặng (biến chứng bàn chân, biến chứng tim mạch)

+ Chuyển tuyến khi:

- Glucose máu lúc đói trên 13 mmol/l và/hoặc HbA1C trên 9%

- Người bệnh kèm theo các biến chứng nặng về tim mạch (thiếu máu cơ tim, nhồi máu cơ tim), biến chứng thận, biến chứng bàn chân.

- Có những dấu hiệu của biến chứng cấp tính, phải tiến hành sơ cứu và chuyển lên tuyến trên nhanh nhất

- Đã điều trị tích cực nhưng sau 3 tháng không đạt được mục tiêu về quản lý glucose máu

- Tuyến tỉnh: chuyển tuyến khi

+ Bệnh có những biến chứng nặng vượt khả năng can thiệp

+ Sau 6 tháng điều trị tích cực mà vẫn không đạt được các mục tiêu điều trị

3. Một số biến chứng của đái tháo đường và biện pháp dự phòng

3.1 Biến chứng cấp tính của đái tháo đường

3.1.1 Hôn mê nhiễm toan ceton

Bệnh cảnh lâm sàng xuất hiện khi: BN ĐTĐ typ 1 có thể nhiễm toan khi dùng insulin đột ngột, hoặc dùng insulin và có một số yếu tố thuận lợi. BN ĐTĐ typ2 có thể nhiễm toan khi glucose máu chưa ổn định và có một số yếu tố thuận lợi như: nhiễm trùng, chấn thương, sinh đẻ... hoặc không rõ nguyên nhân.

a. Triệu chứng:

- Triệu chứng lâm sàng của tăng glucose máu: tiểu nhiều, khát nước, mệt, nhìn mờ

- Triệu chứng lâm sàng của mất nước: mệt mỏi, chán ăn, khát nước, khô da và niêm mạc, chuột rút, mạch nhanh, tụt huyết áp.

- Rối loạn ý thức do mất nước: lơ mơ, ngủ gà, hôn mê

- Triệu chứng lâm sàng của toan chuyển hóa: nôn, buồn nôn, thở nhanh sâu (Kussmaul), hơi thở mùi táo thối.

- Glucose máu > 13,9 mmol/l (250mg/dl), khí máu có toan chuyển hóa và có thể ceton trong máu và nước tiểu

b. Xử trí ban đầu.

* Bù dịch: cần thực hiện ngay lập tức, bắt đầu truyền muối đẳng trương (NaCl 0,9%) tốc độ 15 – 20 ml/kg/h hoặc 1l/h ở BN có giảm thể tích nhưng không có biểu hiện suy tim

* Insulin:

- Không truyền insulin khi Kali máu < 3,3mmol/l

- Tiêm tĩnh mạch insulin actrapid với liều 0,1UI/kg, sau đó chuyển BN đến cơ sở y tế để theo dõi.

* Phòng bệnh

- Bệnh ĐTĐ cần được điều trị đúng, hợp lý và đầy đủ. Bệnh phải được theo dõi thường xuyên

- Không được tự ý bỏ thuốc, thay đổi phác đồ điều trị nếu không có ý kiến của bác sỹ chuyên khoa

- Phát hiện sớm và kịp thời các yếu tố gây mất bù như nhiễm trùng, tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim...

3.1.2 Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu

Bệnh cảnh lâm sàng: hay gặp BN ĐTĐ typ2 khi có yếu tố thuận lợi: nhiễm trùng, stress, bỏ thuốc... hoặc không có nguyên nhân.

a. Triệu chứng lâm sàng

- Biểu hiện lâm sàng của tăng đường huyết: mệt, tiểu nhiều, khát nước, nhìn mờ.

- Biểu hiện lâm sàng của mất nước: mệt mỏi, chán ăn, khát nước, khô da và niêm mạc, chuột rút, mạch nhanh, tụt huyết áp, rối rối loạn ý thức do mất nước như lơ mơ, ngủ gà, hôn mê. Tình trạng này tiến triển trong vài ngày đến vài tuần.

b. Triệu chứng cận lâm sàng.

- Glucose máu thường cao > 600 mg/dl (33,3 mmol/l)

- Tăng áp lực thẩm thấu máu > 320 mOsm/l.

ALTT máu hiệu dụng(mOsm/l) = 2 (Na) + Glucose (mmol/l) + Ure (mmol/l)

+ Na máu có thể tăng, bình thường hoặc giảm.

Na hiệu chỉnh = [(glucose máu – 5,6)/5,6 x 1,6] + Na máu

- Nồng độ Kali trong máu có thể cao (do ALTT gây kéo Kali từ trong tế bào ra ngoài), bình thường hoặc thấp (mất theo đường niệu do lợi tiểu thẩm thấu)

c. Xử trí ban đầu

* Bù dịch :.Truyền muối đẳng trương NaCl 9‰ tốc độ 1 lít/h ở BN giảm thể tích nhưng không có biểu hiện suy tim. Phụ thuộc vào tình trạng mất nước, rối loạn điện giải và lượng nước tiểu để lựa chọn loại dịch thay thế tiếp theo.

* Insulin

- Không truyền insulin khi K⁺ máu < 3,3 mmol/l

- Tiêm tĩnh mạch insulin actrapid liều 0,1UI/kg sau đó chuyển BN đến cơ sở y tế gần nhất để theo dõi và điều trị tiếp.

* Phòng bệnh

- Bệnh ĐTĐ cần được điều trị đúng, hợp lý và đầy đủ. Bệnh phải được theo dõi thường xuyên

- Không được tự bỏ thuốc, thay đổi phác đồ điều trị nếu không có ý kiến của bác sỹ chuyên khoa

- Phát hiện sớm và kịp thời các yếu tố gây mất bù như nhiễm trùng, tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim...

3.2 Biến chứng mạn tính của đái tháo đường

3.2.1 Biến chứng vi mạch

Tổn thương dày màng đáy các vi mạch và gây dễ vỡ các thành mạch, chính vì vậy làm chậm dòng chảy các mạch máu và gây tăng tính thấm mao mạch

- Biến chứng võng mạc ĐTĐ: có 2 thể bệnh võng mạc chính:
 - Bệnh võng mạc không tăng sinh: là giai đoạn sớm.
 - + Bệnh võng mạc tăng sinh do ĐTĐ
- Đục thủy tinh thể: tăng glucose do đó tăng tạo sorbitol thay đổi tính thấm thấu thủy tinh thể gây xơ hóa, đục thủy tinh thể. Có 2 thể:
 - + Thể dưới vỏ: tiến triển nhanh cả 2 mắt → hình ảnh bông tuyết dưới vỏ thủy tinh thể
 - + Thể lão hóa: thường ở người lớn, ở nhân thủy tinh thể
- Glaucoma: khoảng 6% BN, thường glaucoma góc mở
- Biến chứng thận.
 - Bệnh cầu thận do ĐTĐ:
 - + Tổn thương cầu thận có 2 dạng: xơ hóa ổ hoặc lan tỏa hoặc phối hợp cả hai. Cơ chế: dày màng đáy cầu thận và lắng đọng glucoprotein ở trung mạc.
 - + Tiến triển qua các giai đoạn:
 - Giai đoạn đầu, im lặng: tăng mức lọc cầu thận
 - Albumin niệu vi thể 30 – 300 mg/ngày
 - Albumin niệu đại thể >500mg/ ngày
 - Suy thận giai đoạn cuối
 - + Điều trị: không đặc hiệu, bao gồm:
 - Kiểm soát tốt đường huyết
 - Hạn chế protein trong khẩu phần ăn: 0,6 – 0,8g/kg/ngày
 - Không chế HA < 130/80 mmHg ngay khi xuất hiện microalbumin niệu
 - Thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin thường là lựa chọn khởi đầu trong điều trị THA
 - Điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu, tránh các thuốc độc với thận.
 - Các biến chứng thận khác:
 - + Viêm hoại tử đài bể thận: hiếm gặp
 - + Tổn thương thận mất bù sau tiêm thuốc cản quang trong các thủ thuật như chụp UIV, chụp mạch... có thể gây suy thận cấp.

3.2.2 Biến chứng mạch lớn

- Bệnh lý mạch vành: người ĐTD tăng gấp 2 – 3 lần người không có ĐTD
 - + Triệu chứng đau thắt ngực điển hình hoặc chỉ biểu hiện trên điện tim
 - + Nhồi máu cơ tim điển hình hoặc tình cờ khi thấy NMCT cũ trên điện tim
 - + Điều trị: xét chụp mạch vành đặt stent hoặc phẫu thuật làm cầu nối
 - + Phòng:
 - Kiểm soát HA < 140/80 mmHg
 - Kiểm soát chặt đường huyết, tốt nhất HbA1C < 7%
 - Điều trị rối loạn mỡ máu: LDL – C < 2,6mmol/l nếu BN chưa có biến cố tim mạch và LDL – C < 1,8 mmol/l nếu BN đã có biến cố tim mạch
 - Điều trị aspirin 75 – 162mg/ ngày
 - THA: thường gặp 50% ở ĐTD typ2, ĐTD typ 1 là 30%
 - Điều trị tốt THA: mục tiêu HA < 140/80 mmHg nếu chưa có biến chứng thận và < 130/80 mmHg nếu có biến chứng thận
 - + HATTh từ 130 – 139 mmHg, HATTr từ 80 – 89 mmHg: điều trị bằng chế độ ăn và luyện tập trong vòng 3 tháng, nếu sau 3 tháng không đạt được mục tiêu, thêm thuốc điều trị: ưu tiên nhóm ức chế men chuyển.
 - + HA > 140/90 mmHg: điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc ức chế thụ thể angiotensin. Nếu không đạt được mục tiêu điều trị có thể phối hợp với lợi tiểu, chẹn kênh canxi hoặc chẹn beta giao cảm.
 - Bệnh mạch máu ngoại biên.
 - + Triệu chứng: thay đổi từ giai đoạn nhẹ đến nặng: đau cách hồi, đau chân ở tư thế nằm, chân lạnh, tím ở phần chi dưới và ngón chân, loét do thiếu máu, hoại tử. Có 2 dạng hoại tử: hoại tử khô ngón chi (hoại tử không nhiễm khuẩn) tiên lượng tốt → tháo khớp cắt ngón để chóng lành. Tuy nhiên, hoại tử khô 2 hay nhiều ngón thì tiên lượng xấu. Hoại tử ướt: có viêm nhiễm kèm theo, tiên lượng xấu.
 - + Chẩn đoán: Siêu âm doppler mạch chi, chụp mạch. Đo ABI (chỉ số chân cánh tay) phát hiện bệnh động mạch ngoại vi
 - ABI < 0,9: phát hiện bệnh động mạch ngoại vi với độ nhạy 95%
 - ABI < 0,5: tỷ lệ sống sót sau 5 năm rất thấp
 - ABI > 1,0 có thể gặp ở BN ĐTD do thành động mạch bị calci hóa và không ép được
- ### 3.2.3 Biến chứng thần kinh
- Viêm đa dây thần kinh ngoại biên: hay gặp nhất
 - + Thường đối xứng 2 bên, biểu hiện gồm tê bì, dị cảm, tăng cảm giác và đau. Giai đoạn sau giảm cảm giác rồi mất cảm giác. Đau thường ở sâu, dữ dội, tăng về đêm, kéo dài vài tháng đến vài năm rồi tự khỏi.
 - + Tổn thương nặng dẫn đến hình thành bàn chân Charcot
 - + Khám: giảm hoặc mất phản xạ gân xương, mất cảm giác rung

+ Điều trị: kiểm soát chặt đường huyết và dùng các thuốc điều trị triệu chứng đau thần kinh như amitriptylin, thuốc chống động kinh (Gabapentin hoặc pregabalin)

- Bệnh lý đơn dây thần kinh: ít gặp hơn

+ Đặc điểm: xuất hiện đột ngột như liệt cổ tay, liệt bàn chân hoặc liệt dây thần kinh sọ III, IV, VI, VII, thường tự hồi phục sau 6 – 8 tuần. Nguyên nhân thường do thiếu máu hoặc chấn thương.

+ Teo cơ do ĐTĐ: đau và yếu cơ đùi, sau đó là gầy sút và teo cơ. Tiên lượng thường tốt, chức năng thường phục hồi sau vài tháng.

- Bệnh lý thần kinh tự động

+ Hệ tiêu hóa: liệt dạ dày thường gặp nhất gây đầy bụng, chậm tiêu, ảnh hưởng đến đường huyết sau ăn. Đại tràng gây rối loạn tiêu hóa: táo bón hoặc ỉa chảy (tăng về đêm).

+ Tiết niệu – sinh dục:

- Đờ bàng quang điều trị bằng các thuốc chẹn alpha giao cảm và phục hồi chức năng

- Liệt dương ở nam giới

+ Tim mạch

- Hạ huyết áp tư thế

- Rối loạn nhịp tim

- Ngừng tim gây đột tử

- Biến chứng xương và khớp

+ Bệnh lý bàn tay ở người ĐTĐ trẻ tuổi: tay cứng dần do co kéo da ở phía trên khớp

+ Gãy Dupuytren: các cân ở gan bàn tay dày thành nốt, gây biến dạng như vuốt thú

+ Mất khoáng xương.

3.2.4 Biến chứng nhiễm trùng: một số bệnh lý hay gặp

- Nhiễm trùng vùng đầu cổ da niêm mạc: viêm tai giữa, viêm lợi, viêm da cơ...

- Nhiễm trùng đường hô hấp: viêm phổi, lao phổi...

- Nhiễm trùng đường tiết niệu: viêm bàng quang, viêm thận bể thận, áp xe quanh thận...

- Nhiễm trùng ổ bụng...

3.3 Phát hiện và xử trí ban đầu hạ đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ

Hạ đường huyết là tình trạng khi glucose máu < 70mg/dl (3,9mmol/l) nhưng hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng kèm theo thường xảy ra khi glucose máu khoảng 45 – 50mg/dl (khoảng 2,7mmol/l). Đây là một cấp cứu có thể gây tổn thương não không hồi phục.

Hạ đường huyết do thuốc có thể xảy ra khi BN ĐTĐ điều trị bằng thuốc viên sulfunylurea hoặc insulin.

a.Chẩn đoán

* Lâm sàng: có nhiều mức độ

- Mức độ nhẹ: triệu chứng run tay, vã mồ hôi, đói, hồi hộp trống ngực. Đây là triệu chứng của hệ thần kinh thực vật

- Mức độ trung bình: Triệu chứng của hệ thần kinh thực vật và triệu chứng của hệ thần kinh trung ương với giảm lượng glucose ở mô: đau đầu, thay đổi hành vi, dễ kích thích, giảm chú ý, ngủ gà

- Mức độ nặng: biểu hiện lâm sàng là hôn mê yên lặng, hôn mê sâu, mất cảm giác hoặc những cơn co giật.

- Hạ glucose máu tiềm tàng hay hạ glucose không triệu chứng: BN không có biểu hiện lâm sàng. Tuy nhiên, nếu để BN có những cơn hạ glucose máu không triệu chứng này lặp đi lặp lại nhiều lần có thể gây nên tác hại:

+ Làm “cùn” đi cơ chế hoạt động của hệ thống hormon ngăn chặn hạ đường huyết

+ Hạ thấp ngưỡng “báo động” về nguy cơ hạ glucose máu của cơ thể

*Chẩn đoán hạ đường huyết

- Định lượng đường huyết < 3mmol/l kèm theo các triệu chứng lâm sàng của hạ đường huyết, các triệu chứng giảm đi khi nồng độ đường huyết tăng lên (tam chứng Whipple)

* Điều trị

- Thể nhẹ: không có rối loạn ý thức và rối loạn tiêu hóa: cho bệnh nhân ăn là đủ

+ Cần tối thiểu 15g đường (3 miếng đường nhỏ, mỗi miếng chứa 5g đường)

+ 100 nước ngọt = 110 g đường/l hoặc;

+ 100 – 150ml nước hoa quả (100g đường trong 1 lít)

- Thể trung bình và nặng: BN có rối loạn ý thức và rối loạn tiêu hóa

+ Tiêm bolus tĩnh mạch 1 ống glucose 50% (25g glucose) sau đó duy trì ĐH > 5,5 mmol/l bằng truyền glucose

+ BN vật vã không thể đặt đường truyền tĩnh mạch: tiêm bắp một ống glucagon 1mg. Tiêm nhắc lại sau 10 phút nếu không có kết quả.

+ Trong trường hợp hạ đường huyết kéo dài chống tái phát bằng truyền glucose 10% 1000ml trong 4 giờ, sau đó 1000ml trong 12 giờ.

+ Trường hợp BN tỉnh có thể duy trì qua đường uống.

+ Cần theo dõi đường máu chặt chẽ (4h/lần), không để đường máu vượt quá 11,0mmol/l

+ Trường hợp BN hôn mê →chuyển ngay BN vào cơ sở y tế gần nhất để theo dõi và điều trị tiếp.

+ Xử trí tiếp theo tùy nguyên nhân hạ đường huyết

*Phòng bệnh

- Giáo dục BN phát hiện và cách xử trí tại nhà khi có hạ ĐH
- Tư vấn chế độ ăn uống, tập luyện, cách sử dụng thuốc
- Theo dõi ĐH thường xuyên, kiểm soát ĐH ở mức độ hợp lý đối với những BN ĐTĐ mất khả năng nhận biết các triệu chứng hạ ĐH do biến chứng thần kinh tự động.

*Tuyến địa phương: cấp cứu được người hôn mê hạ đường huyết mức độ nhẹ và trung bình. Sơ cứu được hôn mê hạ đường huyết mức độ nặng

II. TĂNG HUYẾT ÁP

1. Định nghĩa

- Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg và/ hoặc HA tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg
- Tăng HA tâm thu đơn độc là khi HATT ≥ 140 mmHg và HATTr < 90 mmHg
- Tăng HATâmtrương đơn độc là khi HATTr ≥ 90 mmHg và HATT < 140 mmHg
- THA áp choàng trắng là khi HA thường xuyên tăng tại bệnh viện trong khi HA đo hàng ngày tại nhà hoặc HA trung bình khi đo 24h bình thường

2. Nguyên nhân

90% không rõ nguyên nhân (Tăng HA nguyên phát), chỉ có khoảng 10% là có nguyên nhân (THA thứ phát).

Nguyên nhân tăng HA thứ phát:

- Bệnh thận cấp hoặc mạn tính: viêm cầu thận, bệnh thận kẽ
- Hẹp động mạch thận
- U tủy thượng thận
- Cường Aldosteron
- Hội chứng Cushing
- Bệnh lý tuyến giáp/ tuyến cận giáp
- Do thuốc
- Hẹp eo ĐMC
- Bệnh Takayasu
- Nhiễm độc thai nghén
- Ngừng thở khi ngủ

Yếu tố tâm thần

3. Chẩn đoán và phân tầng nguy cơ THA

3.1. Quy trình đo HA đúng

- Nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5 – 10 phút trước khi đo.
- Không dùng chất kích thích.

- Tư thế đo chuẩn: người được đo HA ngồi ghế có tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷa ngang mức tim. Ngoài ra có thể đo ở tư thế nằm, đứng. Bệnh nhân cao tuổi hoặc ĐTĐ cần đo ở tư thế đứng nhằm xác định có hạ HA tư thế hay không.

- Sử dụng HA kế thủy ngân, HA kế đồng hồ hoặc HA kế điện tử (loại đo ở cánh tay). Các thiết bị cần được kiểm chuẩn định kì. Bề dài bao đo tối thiểu bằng 80% chiều dài cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn bằng quần đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷa 2cm.

- Nếu không dùng thiết bị đo tự động, trước khi đo phải xác định vị trí động mạch cánh tay để đặt ống nghe. Bơm hơi thêm 30 mmHg khi không còn mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2-3 mmHg. HATT ứng với lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên và HATTr khi mất hẳn tiếng đập.

- Không nói chuyện khi đang đo HA. Không bắt chéo chân.

- Lần đo đầu tiên cần đo HA 2 tay, tay nào có con số HA cao hơn thì dùng để đo HA về sau.

3.2. Chẩn đoán xác định và các giai đoạn THA

Bảng 3. Phân độ tăng huyết áp

Phân loại	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
HA tối ưu	<120	<80
HA bình thường	<130	<85
HA bình thường cao	130-139	85-89
THA độ 1 (nhẹ)	140-159	90-99
THA độ 2 (trung bình)	160-179	100-109
THA độ 3 (nặng)	≥ 180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	<90
Tiền tăng huyết áp: Kết hợp HA bình thường và bình thường cao, nghĩa là HATT từ 120 - 139 mmHg và HATTr từ 80 - 89 mmHg.		

3.3. Phân tầng nguy cơ tim mạch

3.3.1. Các yếu tố nguy cơ đi kèm THA

- Tuổi: nam ≥ 50 , nữ ≥ 60 tuổi.
- Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch
- Hút thuốc lá
- Đái tháo đường

- Rối loạn lipid máu

3.3.2. Phân tầng nguy cơ tim mạch

Bệnh cảnh	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng huyết áp	Tăng huyết áp Độ 1	Tăng huyết áp Độ 2	Tăng huyết áp Độ 3
	Huyết áp tâm thu 120 - 129 mmHg và Huyết áp tâm trương 80 - 84 mmHg	Huyết áp tâm thu 130 - 139 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 85 - 89 mmHg	Huyết áp tâm thu 140 - 159 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg	Huyết áp tâm thu 160 - 179 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg	Huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
Có ≥ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc đái tháo đường	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

IV. Biến chứng của THA

Có 5 loại biến chứng thường gặp nhất trong THA:

1. Tim: - Đau thắt ngực; NMCT

- Phì đại cơ tim; Suy tim

- Rối loạn nhịp tim.

2. Thận:

- Protein niệu, hồng cầu niệu.

- Suy thận.

3. Mắt:

- Tổn thương đáy mắt (nặng nhất là xuất huyết, xuất tiết và phù gai thị).

4. Não

- TBMMN (nhũn não, xuất huyết não) với các mức độ khác nhau.

5. Động mạch: xơ vữa, tắc ĐM, phình tách ĐM.

5. Điều trị

5.1. Mục tiêu và nguyên tắc chung

- THA là bệnh mạn tính cần theo dõi sát, điều trị hàng ngày

đúng, đủ, cần điều trị lâu dài

- Mục tiêu điều trị là đạt HA mục tiêu và giảm tối đa nguy cơ tổng thể xuất hiện các biến cố

- HA mục tiêu cần đạt là < 140/90 mmHg
- Điều trị tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích
- Không hạ HA quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu cơ quan đích
- Giáo dục sức khỏe đối với người dân nói chung và người bệnh nói riêng có đầy đủ kiến thức về THA, yếu tố NC tim mạch, lối sống...

5.2. Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống

- Giảm ăn mặn (< 3,8 gam muối hay 1,5 gam [65 mmol] natri mỗi ngày).
- Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi giàu chất xơ và protein thực vật.
- Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.
- Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể từ 18,5 đến 22,9kg/m².
- Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90 cm ở nam và dưới 80 cm ở nữ
- Hạn chế uống rượu, bia: số lượng ≤ 2 cốc chuẩn/ngày và tổng cộng không quá 14 cốc chuẩn/tuần (nam) hoặc 9 cốc chuẩn/tuần (nữ). 1 cốc chuẩn chứa 13.6g ethanol tương đương với 355ml bia (5%) hoặc 148ml rượu vang (12%), hoặc 44ml rượu mạnh(40%).
- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lá.
- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày, 4-7 ngày/tuần.
- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tránh bị lạnh đột ngột.

Bệnh cảnh	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng huyết áp	Tăng huyết áp Độ 1	Tăng huyết áp Độ 2	Tăng huyết áp Độ 3
	Huyết áp tâm thu 120 - 129 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 80 - 84 mmHg	Huyết áp tâm thu 130 - 139 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 85 - 89 mmHg	Huyết áp tâm thu 140 - 159 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg	Huyết áp tâm thu 160 - 179 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg	Huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào	Theo dõi huyết áp định kỳ	Theo dõi huyết áp định kỳ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tháng + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNC TM)	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có ≥ 3 YTNC TM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Cân nhắc điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có đái tháo đường	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Đã có biến cố hoặc bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay

Chiến lược điều trị THA theo giai đoạn và nguy cơ tim mạch

5.3. Các thuốc điều trị THA

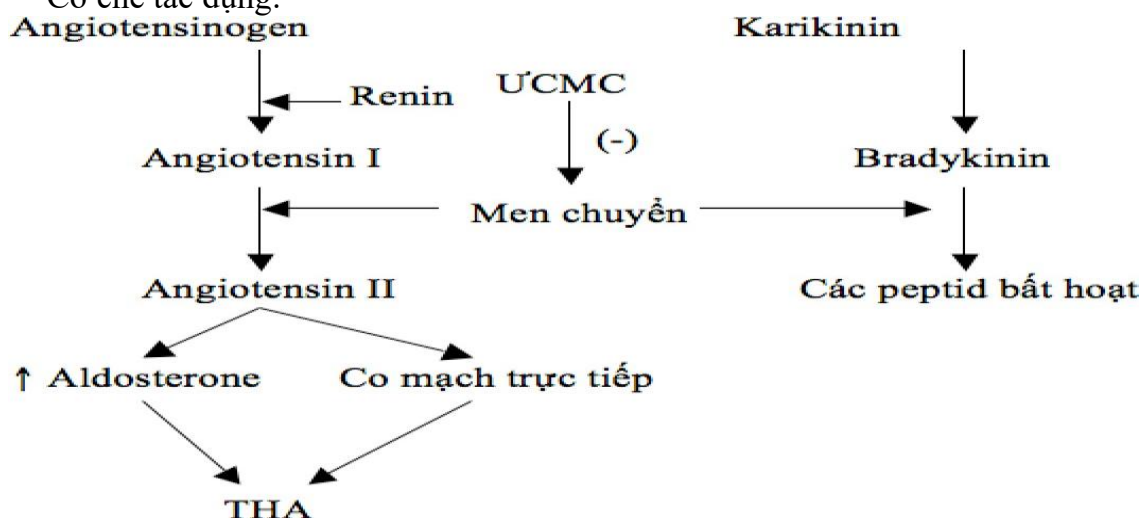
5.3.1. Nhóm thuốc tác động lên hệ Renin-angiotensin

- Là những thuốc điều trị THA tốt, ít gây những tác dụng phụ trầm trọng, không ảnh hưởng nhịp tim và sức co bóp cơ tim, không gây những rối loạn về lipid máu hay đường máu khi dùng kéo dài.

- Đặc biệt có giá trị ở những bệnh nhân có kèm theo suy tim.

- Cơ chế tác dụng: thuốc có tác dụng ức chế men chuyển, là loại men giúp chuyển từ angiotensin I thành angiotensin II, do đó làm giãn mạch, giảm tiết aldosterone gây hạ HA. Nó còn ức chế con đường thoái giáng của bradykinin, làm chất này ứ đọng lại và cũng gây ra giãn mạch, hạ HA

Cơ chế tác dụng:



Thuốc	Biệt dược	Liều đầu	Liều duy trì
Các thuốc ức chế men chuyển			
Captopril	Capoten, Lopril	25 mg	50 - 450 mg
Enalapril	Renitec	5 mg	2,5 - 40 mg
Benazepril	Lotensin	10 mg	10 - 40 mg
Fosinopril	Monopril	10 mg	10 - 40 mg
Lisinopril	Zestril	5-10 mg	5 - 40 mg
Moexipril	Univasc	7,5 mg	7,5 - 30 mg
Quinapril	Accupril	5-10 mg	5 - 40 mg
Ramipril	Altace	2,5 mg	1,25 - 20 mg
Trandolapril	Mavik	1-2 mg	1 - 4 mg
Perindopril	Coversyl	2-4 mg	4 mg
Các thuốc ức chế thụ thể AT1			
Losartan	Cozaar		25 - 100 mg
Valsartan	Diovan		80 - 320 mg
Irbesartan	Avapro		150 - 300 mg
Telmisartan	Micardis		20 - 160 mg

5.3.2 Nhóm thuốc lợi tiểu

- Lợi tiểu được coi là thuốc nên lựa chọn hàng đầu trong điều trị THA.

- Cơ chế tác dụng:
- + Lợi tiểu làm giảm khối lượng tuần hoàn trong lòng mạch, do đó làm hạ HA.
- + Ngoài ra, lợi tiểu có thể làm giảm nhẹ cung lượng tim và tăng trở kháng mạch ngoại vi nhưng tác dụng này không trội và hết nếu dùng lâu dài.
- + Một số loại có tác dụng gây giãn mạch nhẹ (Indapamide) do ức chế dòng Natri vào tế bào cơ trơn thành mạch.

Các thuốc lợi tiểu:

Loại thuốc	Liều đầu	Duy trì
Nhóm Thiazide		
Chlorothiazide	500 mg	125-1000 mg
Hydrochlorothiazide	25 mg	12,5 - 50 mg
Hydroflumethiazide	50 mg	50- 100 mg
Indapamide	1,25 mg	2,5 - 5,0 mg
Methylchlothiazide	2,5 mg	2,5 - 5 mg
Metolazone	2,5 mg	1,25-5 mg
Quinethazone	50 mg	25-100 mg
Lợi tiểu tác động lên quai Henle		
Furosemide	20 mg uống hoặc tiêm TM	20-320 mg
Lợi tiểu giữ kali		
Amiloride	5 mg	5-10 mg
Spironolactone	50 mg	25-100 mg
Triamterene	50 mg x 2	50 - 200 mg

5.3.3. Nhóm thuốc chẹn kênh Canxi

- Các thuốc nhóm DHP thế hệ sau (Amlordipine, Felodipine, Isradipine...) tác dụng tương đối chọn lọc trên mạch và có tác dụng hạ HA tốt, ít ảnh hưởng đến chức năng co bóp cơ tim và nhịp tim, có tác dụng kéo dài nên có thể dùng liều duy nhất trong ngày.

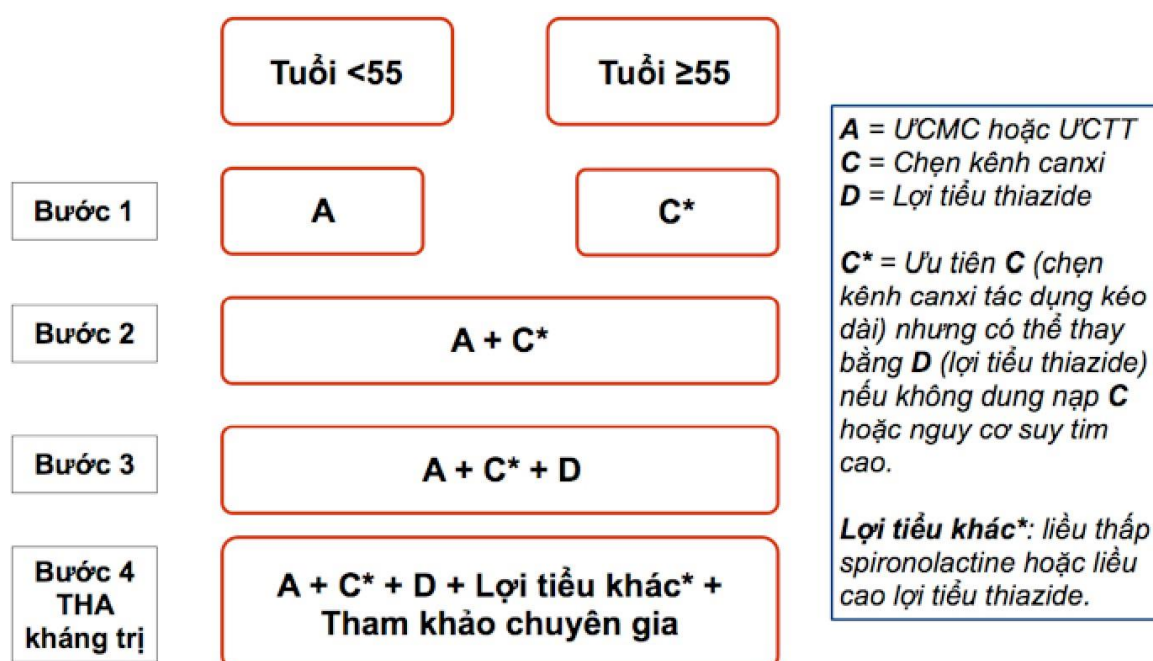
- Nifedipin làm nhịp tim nhanh phản ứng. Nó có ảnh hưởng đến sức co bóp cơ tim nhưng không nhiều bằng Verapamil và Diltiazem.

- Verapamil và Diltiazem có ảnh hưởng nhiều đến đường dẫn truyền gây nhịp chậm và có ảnh hưởng nhiều đến sức co cơ tim.

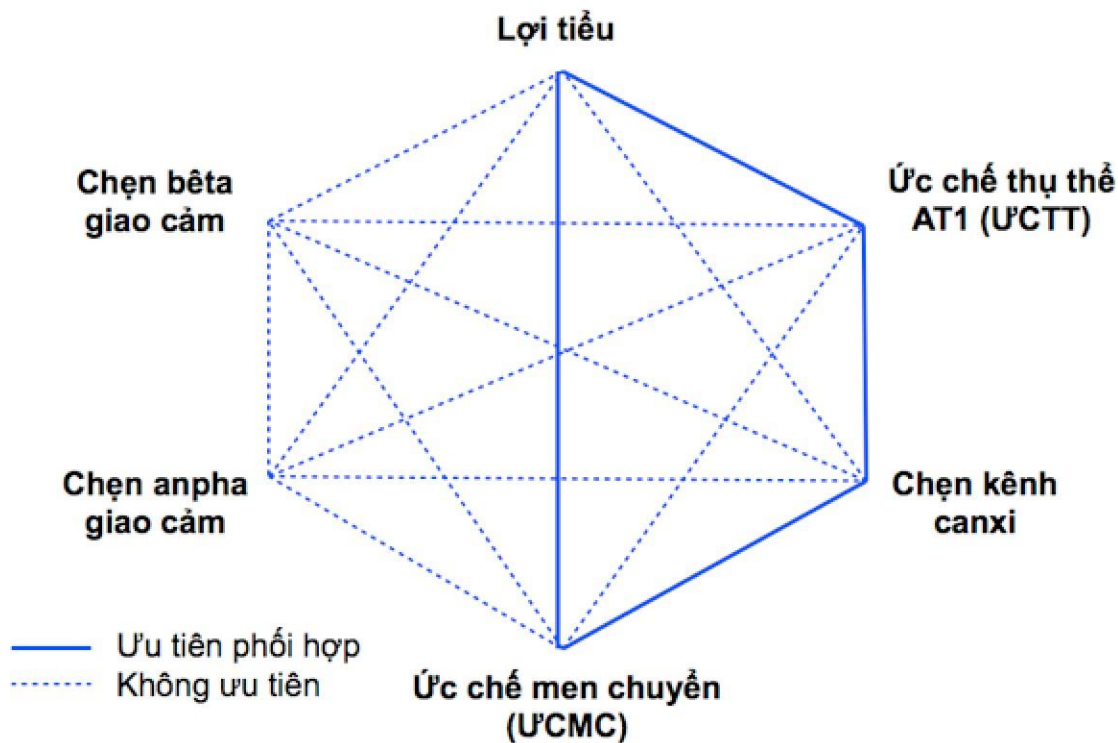
Tên thuốc	Biệt dược	Liều ban đầu	Duy trì
Nhóm Dihydropyridine (DHP)			
Nifedipine	Adalate	10 mg	10-30 mg
NifedipineXL,L	Adalate LA	30 mg	30-90 mg
L			
Amlordipine	Amlor	5 mg	2,5-10 mg
Isradipine		2,5 mg x 2	2,5-10 mg
Nicardipine		20 mg x 4	60-120 mg
Felodipine	Plendil	5 mg	2,5-10 mg
Nhóm Benzothiazepine			
Diltiazem SR		60-120mgx2	120-360 mg
Diltiazem CD		180 mg	180-360 mg
Diltiazem XR		180 mg	180-480 mg
Nhóm Diphenylalkylamine			
Verapamil		80 mg	80-480 mg
VerapamilCOER		180 mg	180-480 mg
Verapamil SR	Isoptine	120 mg	120-480 mg

6. Khởi đầu điều trị THA

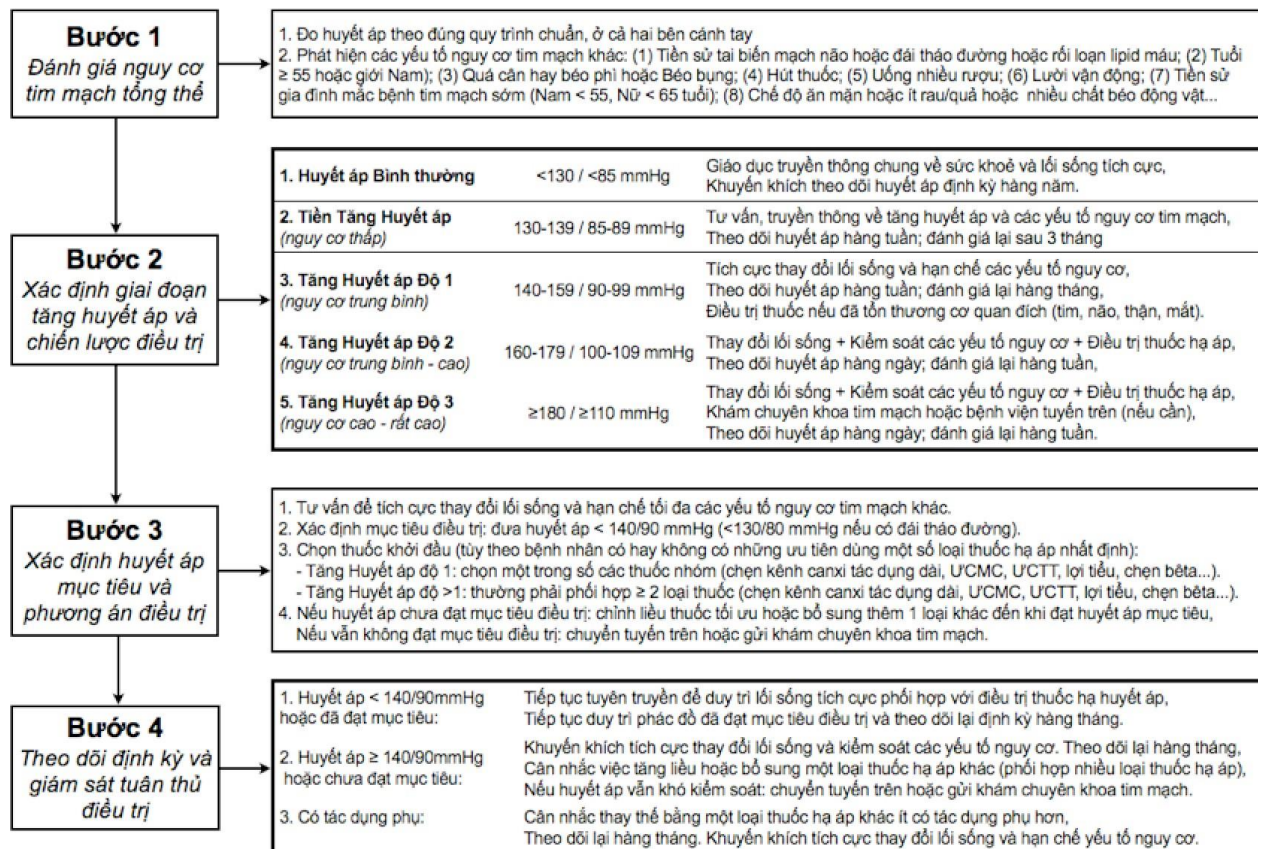
6.1. Gợi ý chọn thuốc hạ HA



6.2. Gợi ý phối hợp thuốc hạ HA



6.3. Quy trình 4 bước điều trị THA ở cơ sở



III. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (COPD) GIAI ĐOẠN ỔN ĐỊNH

1. Định nghĩa

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) là một bệnh phổ biến, có thể phòng và điều trị được, đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và tắc nghẽn luồng khí thở, là hậu quả của các bất thường của đường thở và/hoặc phế nang do phơi nhiễm với các phần tử hoặc khí độc hại.

2. Yếu tố nguy cơ gây bệnh

- Hút thuốc lá: là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gây bệnh. Khoảng 80 – 90% bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) có hút thuốc.

- Yếu tố môi trường: Ô nhiễm môi trường: tiếp xúc nhiều với bụi, hóa chất nghề nghiệp (hơi, chất kích thích, khói), ô nhiễm không khí trong và ngoài nhà (khói bếp do đun củi, rơm, than).

- Yếu tố cá thể:

+ Tăng tính phản ứng phế quản: là yếu tố nguy cơ phát triển BPTNMT.

+ Thiếu $\alpha 1$ -antitrypsin: là yếu tố di truyền được xác định chắc chắn gây BPTNMT

+ Tuổi: BPTNMT có tỷ lệ mắc cao hơn ở người già.

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán BPTNMT cần được đặt ra trên bất kì người nào có khó thở mạn tính, ho, khạc đờm mạn tính và có tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ.

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Ho

+ Ho nhiều về buổi sáng, ho cơn hoặc ho thúng thắt, có kèm khạc đờm hoặc không.

+ Đờm nhầy, trong, khi có đợt cấp bội nhiễm đờm có màu trắng đục, xanh hoặc vàng. Đôi khi ho đờm mủ.

- Khó thở: khó thở khi gắng sức, xuất hiện từ từ, tăng dần, giai đoạn muộn bệnh nhân khó thở liên tục.

3.1.2. Triệu chứng thực thể

- Kiểu thở: thở mím môi, nhất là khi gắng sức

- Sử dụng cơ hô hấp phụ: co kéo cơ liên sườn, hõm ức, hố thượng đòn, thở nghịch thường

- Lồng ngực hình thùng: đường kính trước sau của lồng ngực tăng lên, khoang liên sườn giãn rộng.

- Gõ phổi: gõ vang 2 bên.

- Nghe: Rì rào phế nang giảm, có thể nghe thấy tiếng ran rít, ran ẩm.

- Dấu hiệu tăng áp lực động mạch phổi:
- + Mắt lồi như mắt ếch
- + Nhịp tim nhanh, có thể có loạn nhịp hoàn toàn
- + T2 đanh mạnh, tiếng rung tâm thu ở ổ van động mạch phổi.
- + Dấu hiệu carvallo: thổi tâm thu dọc theo đường bờ trái xương ức, tăng lên thì hít vào
- + Tĩnh mạch cổ nổi, đập theo nhịp tim, tăng lên khi gắng sức. Đau hạ sườn phải lan sau lưng, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính
- + Phù chân, cổ trướng.

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1. Chức năng hô hấp

- Đo chức năng hô hấp là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán BPTNMT: với chỉ số $FEV1/FVC < 0,7$ sau test hồi phục phế quản.

3.2.2. X-quang phổi

Ở giai đoạn đầu đa số bình thường, giai đoạn sau có các biểu hiện:

- Tăng đậm các nhánh phế huyết quản, hình ảnh phổi bản.
- Dấu hiệu giãn phế nang: Lồng ngực giãn, tăng khoảng sáng trước và sau tim, trường phổi quá sáng, xương sườn nằm ngang, khoang liên sườn giãn rộng. Cơ hoành hạ thấp, có hình bậc thang.
- Mạch máu ngoại vi thưa thớt, bóng khí
- Cung động mạch phổi nổi
- Tim không to hoặc hơi to, tim dài, thông. Giai đoạn cuối: tim to toàn bộ.

3.2.3. Điện tâm đồ

Có thể thấy dấu hiệu của dày thất phải, nhĩ phải

- P phệ ở D_{II} , D_{III} , AVF: P cao $> 2,5$ mm, nhọn, đối xứng.
- Tiêu chuẩn dày thất phải của WHO: ít nhất 2 trong số các dấu hiệu sau
- + Trục phải $> 110^\circ$
- + R/S ở V_5 , $V_6 < 1$
- + Sóng S chiếm ưu thế ở DI hoặc block nhánh phải không hoàn toàn
- + $P > 2$ mm ở D_{II}
- + T đảo ngược ở V_1 tới V_4 hoặc V_2 và V_3

3.3. Chẩn đoán xác định

- Cần nghĩ tới chẩn đoán BPTNMT ở bệnh nhân > 40 tuổi có tiền sử tiếp xúc với yếu tố nguy cơ, có triệu chứng ho khạc đờm mạn tính, khó thở.
- Đo chức năng hô hấp có rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục hoàn toàn với thuốc giãn phế quản, chỉ số $FEV1/FVC < 0,7$ sau test hồi phục phế quản.

3.4. Chẩn đoán phân biệt

Các bệnh lý cần chẩn đoán phân biệt với BPTNMT

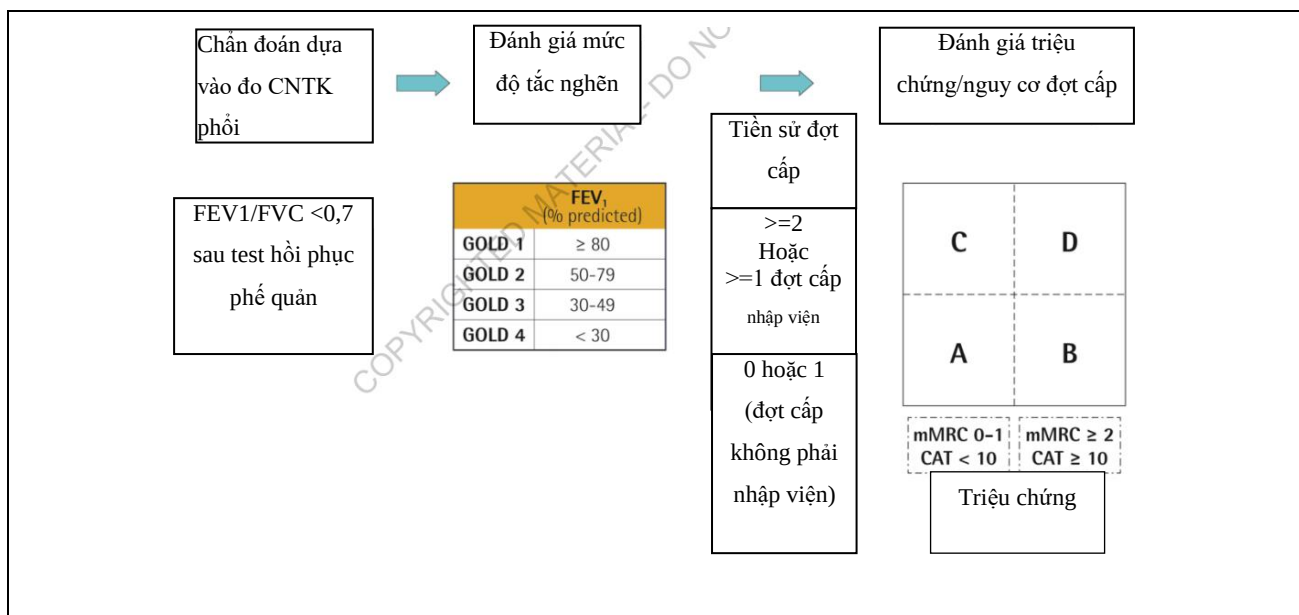
Bảng 1: Chẩn đoán phân biệt COPD

Bệnh	Đặc điểm
Hen	Xuất hiện sớm (thường ở trẻ em). Triệu chứng thay đổi theo ngày. Triệu chứng nặng lên về đêm và gần sáng. Có biểu hiện dị ứng, viêm mũi, và/hoặc chàm. Tiền sử gia đình có người bị hen.
Suy tim xung huyết	X- Quang ngực thấy bóng tim to, phù phổi. Chức năng phổi chỉ ra rối loạn thông khí hạn chế, không có giới hạn lưu lượng khí thở.
Giãn phế quản	Ho đờm số lượng nhiều và đờm mủ. Thường liên quan đến bội nhiễm. X-Quang/cắt lớp vi tính ngực cho thấy hình ảnh giãn phế quản, thành phế quản dày.
Lao	Xuất hiện ở mọi lứa tuổi. X-Quang ngực có hình ảnh thâm nhiễm. Khẳng định bằng chẩn đoán vi sinh. Trong vùng có tần suất nhiễm lao cao.
Viêm tiểu phế quản tắc nghẽn	Khởi phát ở người trẻ tuổi, không hút thuốc lá. Có thể có tiền sử viêm khớp dạng thấp hoặc phơi nhiễm nặng với khói. Được phát hiện sau khi ghép phổi hoặc ghép tủy xương. Chụp cắt lớp vi tính ngực thì thở ra cho thấy nhiều vùng giảm tỉ trọng.
Viêm tiểu phế quản lan tỏa	Phần lớn được quan sát thấy ở người châu Á. Hầu hết là nam và không hút thuốc. Hầu hết có viêm mũi xoang mạn tính. X-Quang ngực và chụp cắt lớp vi tính lớp mỏng độ phân giải cao cho thấy những nốt sáng nhỏ trung tâm tiểu thùy lan tỏa và ứ khí.

4. Phân loại BPTNMT theo GOLD 2017

GOLD 2017 dựa trên các tiêu chí: tiền sử đợt cấp trong 12 tháng vừa qua, mMRC, CAT để phân loại BPTNMT thành các nhóm A, B, C, D.

Bảng 2: Phân loại BPTNMT



Nhóm A: Ít triệu chứng, nguy cơ thấp: bệnh nhân có 0-1 đợt cấp không phải nhập viện trong 12 tháng vừa qua, và điểm CAT < 10 hoặc mMRC 0-1

Nhóm B: Nhiều triệu chứng, nguy cơ thấp: bệnh nhân có 0-1 đợt cấp không phải nhập viện trong 12 tháng vừa qua, và điểm CAT ≥ 10 hoặc mMRC ≥ 2

Nhóm C: Ít triệu chứng, nguy cơ cao: bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp không phải nhập viện hoặc ≥ 1 đợt cấp phải nhập viện trong 12 tháng vừa qua, và điểm CAT < 10 hoặc mMRC 0-1.

Nhóm D: Nhiều triệu chứng, nguy cơ cao: bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp không phải nhập viện hoặc ≥ 1 đợt cấp phải nhập viện trong 12 tháng vừa qua, và điểm CAT ≥ 10 hoặc mMRC ≥ 2.

Tiêu chí đánh giá

Bộ câu hỏi mMRC: đánh giá mức độ khó thở của bệnh nhân.

CAT: trắc nghiệm đánh giá ảnh hưởng của BPTNMT lên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Bảng 3: Bộ câu hỏi mMRC

mMRC	Đánh giá
0	Khó thở khi gắng sức mạnh
1	Khó thở khi đi nhanh trên đường bằng hay đi lên dốc nhẹ
2	Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ của người cùng tuổi trên đường bằng
3	Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng.
4	Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà, khi thay quần áo

Bộ câu hỏi CAT có 8 câu hỏi chia 3 nhóm: triệu chứng (ho, khạc đờm, nặng ngực, khó thở), tình trạng hoạt động (sinh hoạt hàng ngày, giấc ngủ), trạng thái tâm thần kinh (tự tin, thoải mái). Mỗi câu có 6 khả năng trả lời, điểm từ 0 đến 5. Điểm 0

cho thấy BPTNMT không ảnh hưởng, 5 cho thấy BPTNMT ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống. Tổng điểm từ 0 đến 40.

Bảng 4: Bộ câu hỏi CAT							
Tôi hoàn toàn không ho	1	2	3	4	5	Tôi ho thường xuyên	
Tôi không có chút đờm nào trong phổi	1	2	3	4	5	Trong phổi tôi có rất nhiều đờm	
Tôi không có cảm giác nặng ngực	1	2	3	4	5	Tôi có cảm giác rất nặng ngực	
Tôi không khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu	1	2	3	4	5	Tôi rất khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu	
Tôi không bị các hạn chế trong các hoạt động trong nhà	1	2	3	4	5	Tôi rất bị các hạn chế trong các hoạt động trong nhà	
Tôi rất yên tâm ra khỏi nhà dù tôi có bệnh phổi	1	2	3	4	5	Tôi không yên tâm chút nào khi ra khỏi nhà vì tôi có bệnh phổi	
Tôi ngủ ngon giấc	1	2	3	4	5	Tôi không ngủ ngon giấc vì có bệnh phổi	

5. Điều trị BPTNMT giai đoạn ổn định

5.1. Điều trị chung

- Ngừng tiếp xúc với yếu tố nguy cơ: khói thuốc lá, thuốc lào, bụi, bếp than, khí độc.
- Cai nghiện thuốc lá, thuốc lào.
- Tiêm vaccine phòng nhiễm trùng hô hấp: Tiêm phòng cúm 1 năm/lần, phế cầu 5 năm/lần
- Vệ sinh mũi họng thường xuyên
- Giữ ấm cổ, ngực về mùa lạnh
- Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các nhiễm trùng tai mũi họng, răng hàm mặt.
- Phát hiện và điều trị các bệnh lý đồng mắc.

5.2. Thuốc giãn phế quản và corticoid

- Ưu tiên thuốc GPQ tác dụng kéo dài, dạng phun hít khí dung.
- Thuốc GPQ dạng phối hợp ưu thế hơn dạng đơn lẻ

Thuốc	Dạng hít	Dung dịch	Uống	Thời gian tác

	(mcg)	khí dung (mg/ml)		dụng (giờ)
Kích thích Beta2				
<i>Tác dụng ngắn (SABA)</i>				
Salbutamol (albuterol)	90,100, 200 (MDI & DPI)	1,2,2.5,5 mg/ml	2,4,5mg (viên), 8mg (viên phóng thích chậm),0.024% /0.4mg (xi-rô)	4-6, 12 (viên phóng thích chậm)
Terbutaline	500 (DPI)		2.5, 5 mg (viên)	4-6
<i>Tác dụng kéo dài (SAMA)</i>				
Formoterol	4.5-9 (DPI)	0.01 [^]		12
Indacaterol	75-300 (DPI)			24
Salmeterol	25-50 (MDI & DPI)			12
Kháng cholinergics				
<i>Tác dụng ngắn (LABA)</i>				
Ipratropium bromide	20,40 (MDI)	0.2		6-8
<i>Tác dụng kéo dài (LAMA)</i>				
Tiotropium	18 (DPI), 2.5& 5 (SMI)			24
Thuốc kết hợp kích thích beta2 tác dụng ngắn với kháng cholinergic				
Fenoterol/Ipratropium	50/20 (SMI)	1.25/0.5mg trong 4ml		6-8
Salbutamol/Ipratropium	100/20 (SMI), 75/15(MDI)	0.5,2.5 trong 3ml		6-8
Methylxanthines				
Aminophylline			105 mg/ml	Thay đổi, có thể tới 24
Theophylline (SR)			100-600 mg (viên)	Thay đổi, có thể tới 24
Thuốc kết hợp cường beta2 –agonist tác dụng kéo dài với corticosteroids				
Formoterol/budesonid	4.5/160 (MDI) ; 4.5/80 (MDI), 9/320 (DPI),			

e	9/160 (DPI)	
Salmeterol/Fluticason e	5/100, 50/250, 5/500 (DPI), 21/45, 21/115, 21/230 (MDI)	
Kháng phosphodiesterase 4 (PDE4)		
Roflumilast	500 mcg (viên)	

Corticoid dạng hít (ICS) được chỉ định điều trị ở BPTNMT giai đoạn nặng GOLD C, D hoặc có nhiều đợt cấp.

5.3. Thở oxy dài hạn tại nhà

* Chỉ định: khi có suy hô hấp mạn tính

- $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ hoặc $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ thấy trên 2 mẫu khí máu cách nhau 3 tuần, bệnh nhân ở trạng thái nghỉ ngơi, không ở giai đoạn mất bù, không thở oxy, đã dùng các biện pháp điều trị khác tối ưu

- Hoặc PaO_2 từ 55-59 mmHg hoặc $\text{SaO}_2 \leq 88\%$ kèm 1 trong các biểu hiện: suy tim phải, đa hồng cầu, tăng áp lực động mạch phổi đã được xác định.

* Liều thở oxy:

- Liều 1-3 lít/phút, > 18 giờ/ngày.

* Có thể kết hợp thở máy không xâm nhập tại nhà ở những bệnh nhân có tăng PaCO_2 máu mạn tính.

5.4. Lựa chọn thuốc điều trị BPTNMT theo GOLD 2017

SABA: thuốc kích thích beta 2 tác dụng ngắn

LABA: thuốc kích thích beta 2 tác dụng kéo dài

SAMA: Thuốc kháng cholinergic tác dụng ngắn

SABA: Thuốc kháng cholinergic tác dụng kéo dài

IV: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CŨNG HEN PHẾ QUẢN

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

Hen là một bệnh đa dạng, thường đặc trưng bởi viêm mạn tính đường dẫn khí. Hen được định nghĩa bởi bệnh sử có các triệu chứng hô hấp như khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và về cường độ, cùng với giới hạn luồng khí thở ra dao động.

1.2. Dịch tễ học

Hen phế quản khá thường gặp ở Việt Nam, với tỷ lệ khoảng 2-6 % dân số nói chung và khoảng 8-10 % trẻ em.

1.3. Nguyên nhân và các yếu tố làm xuất hiện cơn hen

- Các dị nguyên đường hô hấp: phấn hoa, bụi nhà, bọ nhà (acariden: desmatophagoide pteronyssimus), lông vũ, lông móng súc vật (lông mèo...), nấm mốc trong môi trường (gây nhiễm Aspergillose dị ứng).
- Các dị nguyên đường tiêu hoá: thức ăn (trứng, tôm, cua, hoa quả, các phụ gia, phẩm màu, dầu lạc).
- Các dị nguyên nghề nghiệp: bột mì, isocyanate...
- Thuốc: kháng sinh (penicilline....), giảm đau chống viêm (aspirine)
- Các yếu tố khởi phát không đặc hiệu: thuốc lá, ô nhiễm môi trường (SO₂), xúc cảm mạnh.
- Nhiễm khuẩn, virus đường hô hấp.

2. Chẩn đoán hen phế quản

2.1. Chẩn đoán xác định

Nghĩ đến HPQ khi có một trong những dấu hiệu hoặc triệu chứng chỉ điểm sau

- Cơn hen với các đặc điểm, dấu hiệu đặc trưng:
 - + Tiền triệu: hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, ho khan, buồn ngủ...
 - + Cơn khó thở: lúc bắt đầu khó thở chậm, ở thì thở ra, có tiếng cò cữ người ngoài nghe cũng thấy, khó thở tăng dần, sau có thể khó thở nhiều, vã mồ hôi, khó nói. Cơn khó thở kéo dài 5- 15 phút, có khi hàng giờ, hàng ngày. Cơn khó thở giảm dần và kết thúc với một trận ho và khạc đờm dài. Đờm thường trong, quánh và dính.
 - Tiếng thở rít (khò khè). Tiếng rít âm sắc cao khi thở ra - đặc biệt ở trẻ em (khám ngực bình thường cũng không loại trừ chẩn đoán HPQ).
- Tiền sử có một trong các triệu chứng sau:
 - + Ho, tăng về đêm.
 - + Tiếng rít tái phát.
 - + Khó thở tái phát.
 - + Nặng ngực nhiều lần.

Chú ý: chàm, viêm mũi dị ứng của nông dân, tiền sử gia đình HPQ, thể tạng dị ứng thường phối hợp với HPQ nhưng không phải là các yếu tố chỉ điểm HPQ.

- Các triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên về đêm, làm người bệnh phải thức giấc
- Các triệu chứng xuất hiện hoặc nặng lên khi có:
 - + Gắng sức.
 - + Nhiễm virus.

- + Tiếp xúc với lông thú (mèo, chó...).
- + Mạt bụi nhà (chăn bông, gối, vật nhồi bông, thảm)
- + Khói (thuốc lá, thuốc lò, củi).
- + Phấn hoa.
- + Thay đổi nhiệt độ.
- + Thay đổi cảm xúc mạnh (cười hoặc la lớn).
- + Các hoá chất bốc hơi.
- + Thuốc (aspirine, thuốc chẹn beta).

Các thăm dò giúp chẩn đoán

- Đo chức năng thông khí bằng phế dung kế: hội chứng tắc nghẽn phục hồi được với thuốc giãn phế quản ($FEV_1 < 80\%$, $FEV_1/VC < 70\%$).
- Rối loạn tắc nghẽn có thể hồi phục và sự biến đổi lưu thông khí đo bằng lưu lượng đỉnh kế (LLĐ), một dụng cụ đơn giản, biểu hiện bằng một trong các trường hợp sau:
 - + LLĐ tăng hơn 15%, sau 15- 20 phút cho hít thuốc cường b2 tác dụng ngắn, hoặc:
 - + LLĐ thay đổi hơn 20% giữa lần đo buổi sáng và chiều cách nhau 12 giờ ở người bệnh dùng thuốc giãn phế quản (hoặc hơn 10% khi không dùng thuốc giãn phế quản), hoặc:
 - + LLĐ giảm hơn 15% sau 6 phút đi bộ hoặc gắng sức.
- Prick test da: tìm dị nguyên. Định lượng IgE toàn phần, IgE đặc hiệu (RAST: Radio Allergo Sorbent Test).
- Điện tim: giúp chẩn đoán biến chứng tâm phế mạn và chẩn đoán phân biệt HPQ.
- Phim chụp X quang phổi: chỉ có giá trị chẩn đoán phân biệt HPQ và đánh giá tình trạng giãn phế nang, tâm phế mạn hoặc tràn khí màng phổi.

2.2. Chẩn đoán phân biệt HPQ

- Hen tim: bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp, hoặc bệnh van tim từ trước, đột nhiên xuất hiện khó thở, khám phổi thấy nhiều ran rít, ran ngáy khắp 2 bên. Làm điện tim, chụp X quang phổi hoặc siêu âm tim cho phép chẩn đoán phân biệt.
- Trào ngược dạ dày thực quản.
- Bất thường hoặc tắc đường hô hấp: nhũn sụn thanh, khí, phế quản, hẹp khí phế quản do chèn ép, xơ, ung thư, dị dạng quai động mạch chủ; dị vật khí phế quản, dò thực- khí quản
- Bệnh xơ hoá kén: bệnh nhân có suy tụy ngoại tiết, ỉa chảy kéo dài, kèm theo triệu chứng của bệnh phổi mạn tính với ho, khó thở... Chẩn đoán chắc chắn bằng việc làm test Clo trong mồ hôi.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: tiền sử ho khạc đờm kéo dài, rối loạn tắc nghẽn cố định

- Hội chứng tăng thông khí: chóng mặt, miệng khô, thở dài, hysteria.

2.3. Chẩn đoán mức độ nặng của cơn hen phế quản

Bảng 1: Phân loại mức độ nặng của cơn hen

Các chỉ số	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Sắp ngừng thở
Khó thở	Khi đi lại Bệnh nhân có thể nằm ngửa được	Khi nói Tiếng khóc của trẻ sơ sinh thường ngắn hơn, khó ăn Người bệnh thích ngồi	Khi nghỉ Trẻ bỏ ăn Cúi về trước	
Diễn đạt miệng	đối thoại	Từng câu	Từng từ	
Tri giác	Có thể kích thích	Thường kích thích	Thường kích thích	Ngủ gà, lẫn lộn
Tần số thở (lần/ phút)	Tăng	Tăng	Thường >30 lần/ phút	
Co kéo cơ hô hấp và hõm ức	Thường không	Thường có	Thường có	Vận động ngực bụng nghịch thường
Tiếng rít	Trung bình, thường ở cuối thì thở ra	Nhiều	Nhiều	Im lặng
Mạch (lần/phút)	< 100	100- 120	> 120	Nhịp tim chậm
LLĐ sau dùng thuốc giãn phế quản (% so với giá trị lý thuyết hoặc % so với giá trị tốt nhất)	> 80%	60- 80%	< 60% giá trị lý thuyết (100 l/ phút ở người lớn) hoặc đáp ứng thuốc giãn phế quản < 2 giờ	
PaO ₂ Và /hoặc PaCO ₂ (mmHg)	Bình thường < 45	> 60 < 45	< 60 có thể tím > 45 suy hô hấp	
SpO ₂ (%)	> 95	91- 95	< 90	

Suy hô hấp dễ xảy ra ở trẻ nhỏ hơn so với người lớn và trẻ lớn

Chỉ cần có một vài dấu hiệu (không cần thiết có tất cả) để xếp loại nặng của cơn hen.

3. Xử trí cơn hen phế quản

3.1. Con hen nhẹ

- Thuốc giãn phế quản dạng phun hít : ventolin 2 nhát x 3 lần/ngày
- Thuốc giãn phế quản đường uống nếu không có thuốc đường phun hít : Salbutamol 4mg x 4 viên chia 4 lần hoặc Theophyllin 100mg, 10mg/kg/ngày
- Corticoid đường uống 1mg/kg/ngày x 7-10 ngày
- Dùng kháng sinh nếu có bội nhiễm (ho đờm đục, sốt): ampicillin hoặc amoxicillin uống 3g/ngày chia 3 lần hoặc cephalosporin thế hệ 2 (cefuroxim) 2g/ngày, hoặc dạng kết hợp amoxicillin/Ampicillin + thuốc ức chế betalactamase uống 3g/ngày chia 3 lần, hoặc kết hợp quinolon (moxifloxacin 400mg/ngày hoặc Levofloxacin 750mg/ngày hoặc ciprofloxacin 1000mg/ngày)

3.2. Con hen trung bình

- Thuốc giãn phế quản dạng khí dung : 3-6 lần/ngày
- Thuốc giãn phế quản đường uống : salbutamol 4mg x 4 viên chia 4 lần/ngày hoặc Theophyllin 100mg, 10mg/kg/ngày. Có thể dùng loại tác dụng kéo dài: Bambec 10mg 1-2 viên/ngày, Theostat 100mg, Theostat 300mg.
- Corticoid đường tĩnh mạch 1-2mg/kg/ngày x 7-10 ngày. Trường hợp dùng kéo dài hơn 10 ngày cần giảm liều để tránh tác dụng phụ của thuốc.
- Dùng kháng sinh nếu có bội nhiễm (như trong con hen nhẹ).

3.3. Con hen nặng

Xử trí tại chỗ

- Thở oxy 40-60% nếu có
- Thuốc dùng ưu tiên hàng đầu là cường beta2 giao cảm dạng hít.
Salbutamol (ventolin MD) xịt họng 2 nhát liên tiếp (khi hít vào sâu). Sau 20 phút chưa đỡ bơm 2-4 nhát nữa. Trong vòng 1 giờ đầu có thể thêm 2-3 lần nữa (mỗi lần 2-4 nhát). Nên dùng buồng đệm để tăng hiệu quả của thuốc.
- Trong trường hợp có máy khí dung và thuốc khi dung: nên cho bệnh nhân khí dung luôn nếu sau 2-3 lần xịt không có hiệu quả.
 - Nếu dùng thuốc cường beta2 không đỡ, nên phối hợp thuốc kháng cholinergic: Ipratropium xịt họng 2 nhát. Có thể dùng các chế phẩm phối hợp sẵn 2 nhóm thuốc nêu trên : berodual (Fenoterol + Ipratropium) hoặc Combivent (salbutamol + Ipratropium) xịt mỗi lần 2 nhát, 20 phút/lần.
 - Corticoid đường toàn thân: Prednisolon 40-60mg uống hoặc Methylprednisolon 40mg tiêm tĩnh mạch.
 - Có thể dùng một số thuốc khác trong trường hợp không có sẵn hoặc không đáp ứng với các thuốc nêu trên:
 - + Aminophyllin 5mg/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch chậm trong 20 phút
 - + Adrenalin 0,3 mg tiêm dưới da. Nếu cơn không giảm có thể nhắc lại sau 20 phút với cùng liều nói trên.

Xử trí tại bệnh viện:

- Thở oxy mũi 4-8 lít/phút
- Thuốc giãn phế quản: Salbutamol hoặc terbutalin (bricanyl) dung dịch khí dung 5mg : Khí dung qua mặt nạ 20 phút/lần, có thể khí dung 3 lần liên tiếp nếu sau khi khí dung 1 lần chưa có hiệu quả.

- Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau 3 lần khí dung:

Nếu đỡ khó thở nhiều: Khí dung nhắc lại 4 giờ/lần, kết hợp thêm thuốc giãn phế quản đường uống.

Nếu không đỡ khó thở: Kết hợp khí dung với truyền tĩnh mạch: terbutaline hoặc salbutamol, truyền tĩnh mạch ống 0,5mg, pha trong dung dịch natriclorua 0,9% hoặc glucose 5% truyền tĩnh mạch (bằng bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch nếu có), tốc độ khởi đầu 0,5mg/giờ (0,1-0,2 µg/kg/phút), tăng dần tốc độ truyền 15 phút/lần đến khi có hiệu quả (có thể tăng liều đến 4mg/giờ).

- Nếu không đáp ứng với salbutamol và terbutaline, có thể dùng các thuốc giãn phế quản khác:

- + Adrenalin: tiêm dưới da 0,3mg. Nếu không đỡ khó thở, có thể tiêm dưới da nhắc lại 0,3mg/mỗi 20 phút, nhưng không tiêm quá 3 lần. Không nên dùng adrenalin ở bệnh nhân già, có tiền sử bệnh tim mạch hoặc bệnh mạch vành, tăng huyết áp.

- + Aminophyllin: tiêm tĩnh mạch chậm trong 20 phút với liều 5mg/kg cân nặng. Sau đó truyền tĩnh mạch liên tục 0,6mg/kg/giờ, không quá 1g/24 giờ. Theo dõi sát phát hiện dấu hiệu ngộ độc (buồn nôn, nôn, nhịp tim nhanh, co giật) trong trường hợp bệnh nhân dùng liều quá cao, đặc biệt ở người già, suy gan, hoặc đã dùng theophylline trước khi đến viện vì khoảng cách giữa liều điều trị và liều độc gần nhau.

- Magnesium sulphat: tiêm tĩnh mạch 2 g

- Corticoid: methyprednisolon 40mg tiêm tĩnh mạch, dùng 3-4 giờ/lần. Khi bệnh nhân đã ra khỏi cơn hen nặng: giảm liều dần trước khi dừng thuốc. Kết hợp corticoid tại chỗ (xịt hoặc khí dung qua máy).

- Các biện pháp phối hợp:

- + Cho bệnh nhân uống đủ nước qua đường uống và truyền (2-3 lít/ngày).

Dùng kháng sinh nếu có bội nhiễm: Cefotaxim 1g x 3 lần/ngày hoặc ceftazidim 1g x 3 lần/ngày hoặc phối hợp nhóm aminoglycoside (amikacin 15mg/kg/ngày hoặc fluoroquinolone (moxifloxacin 400mg/ngày hoặc Levofloxacin 750mg/ngày hoặc ciprofloxacin 1000mg/ngày). Hỏi kỹ tiền sử dị ứng trước khi dùng.

Những phương pháp không nên dùng trong cơn hen nặng:

- + Thuốc an thần

- + Thuốc làm loãng đờm

- + Vỗ rung

- + Bù dịch số lượng lớn.

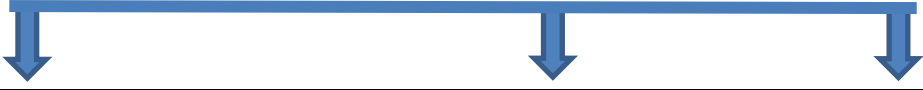
3.4. Xử trí cơn hen phế quản nguy kịch

- Bóp bóng qua mặt nạ với oxy 10-12 lít/phút
- Nhanh chóng tiến hành đặt ống nội khí quản và bóp bóng qua nội khí quản, hoặc bệnh nhân có biểu hiện ngạt thở, tiến hành mở khí quản cấp cứu.
- Các thuốc sử dụng trong cơn hen phế quản nguy kịch:
 - + Adrenalin: tiêm tĩnh mạch 0,3 mg, tiêm nhắc lại sau 5 phút nếu chưa đạt hiệu quả giảm phế quản hay tụt áp. Sau đó truyền tĩnh mạch adrenalin liên tục liều 0,2 – 0,3 µg/kg/phút, điều chỉnh thuốc theo đáp ứng của bệnh nhân (mức độ co thắt phế quản, nhịp tim và huyết áp). Chống chỉ định dùng adrenalin trên những bệnh nhân có suy tim, bệnh mạch vành, huyết áp cao, loạn nhịp tim...
 - + Salbutamol hoặc bricanyl hoặc aminophylline dùng đường tĩnh mạch với liều như cơn hen phế quản nặng.
 - + Methylprednisolon (ống 40mg) hoặc hydrocortisone (ống 100mg) tiêm tĩnh mạch 3-4 giờ/ống.
 - + Điều trị phối hợp (kháng sinh, truyền dịch...) như cơn hen phế quản nặng.

Yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong liên quan đến hen

- + Bệnh sử hen gần tử vong, cần đặt nội khí quản và thở máy
- + Nhập viện hoặc thăm khám cấp cứu do hen trong năm vừa qua
- + Đang sử dụng hoặc vừa mới ngưng sử dụng corticosteroid uống (một chỉ dấu mức độ nặng)
- + Hiện không sử dụng corticosteroid dạng hít
- + Sử dụng SABA quá mức, nhất là sử dụng hơn một ống salbutamol (hoặc tương đương) mỗi tháng
- + Tiền sử bệnh tâm thần hoặc rối loạn tâm lý – xã hội
- + Tuân thủ thuốc hen kém và/hoặc tuân thủ kém (hoặc thiếu) bản kế hoạch hành động hen viết
- + Dị ứng thức ăn ở bệnh nhân hen

Sơ đồ xử trí cơn hen phế quản

CHĂM SÓC BAN ĐẦU		Bệnh nhân có mặt với cơn hen cấp tính	
ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN		Có phải hen không?	
		Có yếu tố nguy cơ tử vong liên quan đến hen không? (Bảng 3)	
		Độ nặng của cơn hen?	
			
	NHẸ hoặc TRUNG BÌNH Nói từng cụm từ, thích ngồi hơn nằm, không kích động Nhịp thở tăng Cơ phụ không sử dụng Nhịp tim 100-120 lần/phút Độ bão hòa oxy (trong không khí) 90-95% PEF >50% dự đoán hoặc tốt nhất	NẶNG Nói từng từ, ngồi khom phía trước, kích động Nhịp thở >30/phút Cơ phụ co kéo Nhịp tim >120 lần/phút Độ bão hòa oxy (trong không khí) <90% PEF ≤50% dự đoán hoặc tốt nhất	ĐE DỌA MẠNG SỐNG Buồn ngủ, lẫn lộn hoặc ngực im lặng

BẮT ĐẦU ĐIỀU TRỊ

SABA 4-10 nhát qua pMDI + buồng hít, lặp lại mỗi 20 phút trong 1 giờ

Prednisolone: người lớn 1 mg/kg, tối

TRỞ NẶNG



CHUYỂN ĐẾN CƠ SỞ CHĂM SÓC CẤP CỨU

Trong khi chờ: Cho SABA, oxy, corticosteroid toàn thân

đa 50 mg, trẻ em 1-2 mg/kg, tối đa 40 mg

Oxy có kiểm soát (nếu có): độ bão hòa mục tiêu 93-95% (trẻ em: 94-98%)

TIẾP TỤC ĐIỀU TRỊ với SABA theo nhu cầu

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG SAU 1 GIỜ (hoặc sớm hơn)

CẢI THIẾN

ĐÁNH GIÁ ĐỂ CHO VỀ

Triệu chứng cải thiện, không cần SABA

PEF cải thiện, và >60-80% tốt nhất của cá nhân hoặc dự đoán

Độ bão hòa oxy >94% không khí trong phòng

Nguồn lực tại nhà đầy đủ

THU XẾP LÚC VỀ

Thuốc giảm triệu chứng: tiếp tục theo nhu cầu

Thuốc kiểm soát: bắt đầu hoặc nâng bậc

Prednisolone: tiếp tục, thường trong 5-7 ngày (3-5 ngày đối với trẻ em)

Theo dõi: trong vòng 2-7 ngày

TRỞ NẶNG

THEO DÕI

Thuốc giảm triệu chứng: giảm đến mức theo nhu cầu

Thuốc kiểm soát: tiếp tục liều cao hơn trong ngắn hạn (1-2 tuần) hoặc dài hạn (3 tháng) tùy theo nguyên nhân cơn kịch phát

Yếu tố nguy cơ: kiểm soát và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ thay đổi được vốn có thể góp phần vào cơn kịch phát, bao gồm kỹ thuật hít thuốc và tuân thủ (Bảng 2-2, Bảng 3-8)

Kế hoạch hành động: Có được hiểu không? Có được sử dụng phù hợp không? Có cần thay đổi không?

V. THOÁI HÓA KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

Thoái hóa khớp (THK) là tình trạng tổn thương toàn bộ khớp, bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Đặc trưng bởi các rối loạn về cấu trúc và chức năng của khớp, biểu hiện bởi hiện tượng hẹp khe khớp, tân tạo xương (gai xương) và xơ xương dưới sụn.

THK gặp ở mọi chủng tộc, dân tộc, mọi điều kiện khí hậu, địa lý và kinh tế khác nhau. Tần suất bệnh tăng theo tuổi. Ở Mỹ: 80% dân số trên 55 tuổi bị thoái hóa khớp. Tại Pháp: chiếm 28,6% tổng số bệnh nhân mắc bệnh xương khớp; ở Việt Nam, tỷ lệ này khoảng 10%.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

1. Nguyên nhân:

1.1. THK nguyên phát

- Sự lão hóa: là nguyên nhân chính, bệnh xuất hiện muộn thường ở người sau 60 tuổi, tổn thương nhiều vị trí, tiến triển chậm và không nặng.
- Yếu tố di truyền: những yếu tố như hàm lượng collagen và khả năng tổng hợp proteoglycan (PG) của sụn mang tính di truyền.
- Yếu tố nội tiết và chuyển hóa: mãn kinh, đái tháo đường, loãng xương.

1.2 THK thứ phát

Đa phần là do nguyên nhân cơ giới làm thay đổi đặc tính của sụn và làm tổn thương bề mặt khớp, gặp ở mọi lứa tuổi (thường dưới 40 tuổi), tổn thương một hay vài vị trí, nặng và tiến triển nhanh.

- Tiền sử chấn thương: gãy xương, can lệch, đứt dây chằng, tổn thương sụn chêm hoặc sau cắt sụn chêm, vi chấn thương liên tiếp do nghề nghiệp (khớp gối của vận động viên bóng rổ...)
- Tiền sử bệnh xương khớp: bệnh Paget, hoại tử xương, bệnh khớp viêm (VKDT, gút...)
- Bệnh huyết học: gặp ở bệnh nhân Hemophilie có tiền sử tràn máu các khớp tái phát nhiều lần gây THK thứ phát.
- Các dị dạng bẩm sinh và rối loạn phát triển: loạn sản và trật khớp háng bẩm sinh, lòi ỏ cổ...)
- Bệnh nội tiết và rối loạn chuyển hóa:
 - + Bệnh to đầu chi: tăng hormon quá mức làm sụn khớp dày lên, mất tính đàn hồi chịu lực.
 - + Bệnh cushing và sử dụng corticosteroid kéo dài: corticosteroid ức chế chức năng tạo cốt bào gây cường cận giáp thứ phát, kích thích hoạt động hủy cốt bào và làm tăng quá trình hủy xương dưới sụn.

2. Cơ chế bệnh sinh

Có 2 thuyết chính trong tổn thương sụn trong thoái hóa khớp được nhiều tác giả ủng hộ:

- Thuyết cơ học: dưới ảnh hưởng của các tấn công cơ học, các vi gãy xương do suy yếu các đám collagen dẫn đến việc hư hỏng các chất proteoglycan.
- Thuyết tế bào: tế bào sụn bị cứng lại do tăng áp lực, giải phóng các enzyme tiêu protein, các enzyme này hủy hoại dần dần các chất cơ bản.

3. TRIỆU CHỨNG HỌC THOÁI HÓA KHỚP NGOẠI VI VÀ CỘT SỐNG

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Thoái hóa khớp ngoại vi

- Vị trí khớp thường gặp;

Thường xảy ra ở các khớp chịu lực (nhất là khớp gối) và các khớp có chức năng vận động cơ học nhiều (khớp bàn ngón cái và các khớp ngón xa).

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau khớp: liên quan đến vận động, thường đau âm ỉ tăng khi vận động, thay đổi tư thế, giảm đau về đêm và khi nghỉ ngơi.

+ Hạn chế vận động: các động tác như bước lên hoặc xuống cầu thang, đang ngồi ghé đứng dậy, ngồi xổm, đi bộ lâu ...

+ Dấu hiệu "phá rĩ khớp": cứng khớp buổi sáng không quá 30 phút. Cứng khớp sau khi nghỉ ngơi cũng thường gặp, bệnh nhân phải vận động một lúc mới trở lại bình thường.

+ Tiếng động bất thường tại khớp khi vận động: bệnh nhân có thể cảm nhận hoặc đôi khi nghe thấy tiếng lục cục khi đi lại.

- Triệu chứng thực thể:

+ Biến dạng khớp: lệch trục khớp

+ Xuất hiện các chồi xương: có thể sờ thấy ở quanh khớp gối, ở khớp ngón xa bàn tay (hạt Heberden), ở khớp ngón gần bàn tay (hạt Bouchat)...

+ Trong đợt tiến triển có thể thấy khớp sưng, nóng, tràn dịch tại khớp nhỏ và lớn như khớp gối, khớp háng. Tuy nhiên các triệu chứng không bao giờ rầm rộ.

+ Có thể cảm nhận tiếng lạo xạo khớp khi cọ sát diện sụn của khớp vào nhau (dấu hiệu bào gỗ tại khớp gối).

+ Có thể thấy teo cơ tùy hành do đau và giảm vận động khớp.

3.1.2. Thoái hóa cột sống

- Vị trí thường gặp: cột sống thắt lưng và cột sống cổ

- Ngoài các triệu chứng tương tự thoái hóa khớp ngoại vi còn có thể kèm theo dấu hiệu chèn ép thần kinh.

- Triệu chứng thoái hóa cột sống thắt lưng: 3 thể lâm sàng

+ Đau lưng cấp: < 12 tuần, thường do thoát vị đĩa đệm ở giai đoạn đĩa đệm có thể di chuyển "ra" và "vào". Thường gặp ở nam giới 30-40 tuổi, xuất hiện sau động tác vận động mạnh quá mức, đột ngột và trái tư thế của cột sống thắt lưng (bê vật nặng, ngã...). Có thể kèm co cứng cơ cạnh cột sống ngang mức thoát vị đĩa đệm.

Đau cột sống thắt lưng mạn tính: > 12 tuần, thường do tổn thương đĩa đệm (hẹp khe liên đốt) kết hợp tổn thương khớp liên mấu sau. Đau âm ỉ cột sống thắt lưng, không lan, đau tăng khi vận động nhiều, thay đổi thời tiết hoặc khi nằm lâu bất động, giảm đau khi nghỉ ngơi.

+ Hẹp ống sống: thường do thoát vị đĩa đệm nhiều gây hẹp ống sống. Biểu hiện bằng triệu chứng đau cách hồi chi dưới, tăng khi đi lại, giảm khi nghỉ ngơi.

+ Đau cột sống thắt lưng - thần kinh tọa: đau cột sống thắt lưng kèm đau thần kinh tọa. Lâm sàng thấy cột sống vẹo sang bên đau (tư thế giảm đau), có dấu hiệu Lassegue, điềm đau Valleix, dấu hiệu giật dây chuông bên thần kinh tọa bị tổn thương. Phản xạ gân xương có thể giảm, có thể teo cơ đùi...

- Triệu chứng lâm sàng thoái hóa cột sống cổ:
- + Có thể gặp ở tất cả các vị trí của cột sống cổ, nhưng thường gặp ở C5-C6-C7.
- + Hội chứng đau rễ thần kinh cổ - cánh tay do thoát vị đĩa đệm cột sống cổ: gặp ở 70% bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ.

Đau: thường đau một bên, vị trí đau hằng định, đau lan theo rễ thần kinh chi phối bị chèn ép tương ứng. Đau tăng khi gắng sức, ho, hắt hơi (không rõ như đau thần kinh tọa).

Có thể kèm theo rối loạn cảm giác, rối loạn vận mạch, rối loạn dinh dưỡng, rối loạn phản xạ theo rễ chi phối tổn thương.

+ Hội chứng chèn ép tủy cổ: gặp ở một số trường hợp có gai xương ở phía sau thân đốt sống chèn ép vào phía trước tủy. Bệnh nhân có biểu hiện liệt cứng nửa người hoặc liệt cứng tứ chi tăng dần.

+ Hội chứng giao cảm cổ Barré - Liéou: nhức đầu, chóng mặt, ù tai, mờ mắt, loạn cảm thành sau họng, nuốt vướng.

3.1.3. Triệu chứng toàn thân:

Thoái hóa khớp đơn thuần không có biểu hiện toàn thân như sốt, sút cân, thiếu máu... Do vậy, khi có biểu hiện toàn thân thì phải tìm thêm nguyên nhân khác.

3.2. Triệu chứng cận lâm sàng thoái hóa khớp và cột sống

3.2.1. Xét nghiệm máu:

Không có hội chứng viêm: CRP, tốc độ máu lắng... bình thường

3.2.2. Xét nghiệm dịch khớp:

- Dịch khớp trong, không màu hoặc màu vàng nhạt
- Nghèo tế bào: dưới 2000 tế bào/mm³, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính thấp

3.2.3. Xquang quy ước:

Hình ảnh điển hình của thoái hóa khớp:

- Hẹp khe khớp: không đồng đều, chủ yếu tại vùng tỷ đề
- Đặc xương dưới sụn
- Hình ảnh tân tạo xương: chồi xương, gai xương ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn, màng hoạt dịch.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Điều trị không dùng thuốc

- Tránh cho khớp/cột sống quá tải bởi vận động và trọng lượng. Giảm cân nếu bệnh nhân thừa cân.

- Vật lý trị liệu: thường chỉ định xoa bóp và các biện pháp dùng nhiệt lượng giúp giảm đau, duy trì dinh dưỡng cho cơ cạnh khớp và có thể sửa chữa tư thế xấu.

- Tập luyện: bơi, đạp xe đạp tại chỗ...

4.2. Điều trị dùng thuốc

4.2.1. Thuốc điều trị triệu chứng:

- Thuốc chống viêm không steroid (NSAID's):

+ Trong thoái hóa khớp có hiện tượng viêm màng hoạt dịch kèm theo gây đau. Điều này giải thích tác dụng của NSAID's với triệu chứng đau trong thoái hóa khớp. Ngoài ra, nó còn có tác dụng giảm đau trực tiếp.

+ Liều lượng: trong giới hạn dung nạp được, tùy theo đáp ứng lâm sàng của bệnh nhân.

+ Ví dụ:

Voltaren 50mg ngày uống 2 viên chia 2 lần. Hoặc Voltaren SR 75 hoặc 100mg uống ngày 1 viên.

+ Thận trọng khi chỉ định trên bệnh nhân suy gan, suy thận, bệnh tim mạch

+ Hạn chế tác dụng không mong muốn trên đường tiêu hóa (tác dụng không mong muốn kinh điển của nhóm thuốc này): thường phối hợp với thuốc ức chế bơm proton hoặc thay thế NSAID's kinh điển bằng nhóm ức chế chọn lọc COX - 2. Tuy nhiên cần thận trọng ở bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch.

- Các thuốc giảm đau:

+ Nhóm này ít độc trên đường tiêu hóa và thận hơn nhóm NSAID's

+ Sử dụng tuân theo sơ đồ bậc thang của WHO. Trong thoái hóa khớp thường sử dụng giảm đau bậc 1 và 2.

- Nhóm corticoid:

+ Không có chỉ định đường toàn thân trong điều trị thoái hóa khớp.

+ Corticoid tiêm nội khớp: rất hiệu quả với các dấu hiệu chức năng của thoái hóa khớp giai đoạn sớm. Tuy nhiên, chỉ được chỉ định không quá 2 đợt/năm với điều kiện đảm bảo vô trùng tuyệt đối. Có 2 loại chế phẩm:

Hydrocortisone acetat: mỗi đợt 2-3 mũi cách nhau 5-7 ngày, không quá 4 mũi/đợt.

Các chế phẩm tác dụng kéo dài (Depomedrol, Diprosan): mỗi đợt 1-2 mũi cách nhau 6-8 ngày.

4.2.2. Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm:

- Hiệu quả đối với triệu chứng thoái hóa khớp chỉ đạt được sau khi dùng thuốc khoảng 1 tháng và hiệu quả này được duy trì cả sau khi ngừng điều trị (2-3 tháng).

- Mỗi liệu trình dùng thuốc phải kéo dài từ 1-2 tháng hoặc hàng năm nếu muốn bảo tồn sụn khớp.

- Thuốc dung nạp tốt, rất ít tác dụng không mong muốn.

- Một số nhóm thuốc:

+ Glucosamin sulfat (Viartril-S)

Có tác dụng đồng hóa sụn khớp, ức chế các enzym hủy sụn khớp. Viartril-S có cấu trúc tinh thể hình kim và tinh thể nhọn giúp hấp thu tốt nhất qua ruột do vậy

nó đem lại hiệu quả đặc biệt trên lâm sàng so với các chế phẩm glucosamin sulfat khác.

Liều: 1-1,5g/ngày

Chế phẩm: gói 1,5g; uống trước bữa ăn 15 phút.

Tác dụng không mong muốn: có thể tiêu chảy (tự thích nghi dần)

+ Diacerein (Artrodar)

Có tác dụng ức chế Interleukin 1 làm giảm sản xuất các cytokin và các enzym hủy sụn. Ngoài ra còn kích thích yếu tố phát triển sụn TGF- β do đó kích thích tăng sinh sụn và các chất căn bản của sụn.

Liều: 100mg/ngày

Chế phẩm: viên nhộng 50mg

Tác dụng không mong muốn: phân nát hoặc tiêu chảy ở liều 100mg/ngày (có thể thích nghi dần) do vậy nên dùng liều thấp tăng dần. Ngoài ra có thể làm nước tiểu sẫm màu.

+ Thành phần không xà phòng hóa của quả bơ bà đậu nành (Piascledin)

Tác dụng ức chế interleukin 1 và các enzym hủy sụn do vậy có tác dụng giảm hủy sụn.

Liều: 300mg/ngày

Chế phẩm: Viên nhộng 300mg

+ Chondroitin sulfat (structum, chondrosulf)

Có tác dụng ức chế enzym tiêu sụn

Liều: 1g/ngày

Chế phẩm: viên nhộng 450mg hoặc gói 250mg

+ Acid hyaluronic (Go-on, Hyalgan...)

Có vai trò bôi trơn khớp, giảm ma sát giữa bề mặt sụn khớp khi cử động và giúp dinh dưỡng ổ khớp. Ngoài ra nó còn giúp tăng cường tiết acid hyaluronic nội sinh từ màng hoạt dịch.

Chế phẩm: Go-on, Hyalgan 20mg/2ml tiêm nội khớp

Cách dùng: tiêm 3-5 mũi nội khớp mỗi liệu trình (1 mũi/tuần).

4.3. Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định:

+ Hạn chế chức năng của khớp nhiều

+ Đau khớp không đáp ứng với điều trị nội khoa

- Các biện pháp điều trị:

+ Nội soi khớp: rửa khớp, lấy tổ chức sụn bong, fibrin, các thành phần bị calci hóa; gọt giữa bề mặt không đều của sụn, cắt bỏ phần sụn chêm bị tổn thương...

+ Thay khớp nhân tạo: chỉ định đối với thoái hóa khớp nặng tiến triển, mang lại hiệu quả giảm đau và cải thiện tầm vận động của khớp.

5. Dự phòng thoái hóa khớp

- Giáo dục bệnh nhân tránh các tư thế không hợp lý đối với khớp khi sinh hoạt và lao động. Các biện pháp tập luyện cho phép đối với thoái hóa khớp: bơi, đạp xe tại chỗ, khiêu vũ... với thoái hóa cột sống thì tốt nhất là bơi lội.

- Điều chỉnh cân nặng hợp lý

- Phát hiện và sửa chữa các dị dạng xương khớp ở người lớn và trẻ em.

- Phối hợp với chuyên ngành nhi khoa và y tế công cộng nhằm triển khai các biện pháp chống còi xương ở trẻ em giúp dự phòng thoái hóa khớp sau này.

Phác đồ điều trị thoái hóa khớp - cột sống

1. Thuốc chống thoái hóa khớp tác dụng chậm

- Glucosamin sulfat; Chondroitin sulfat

- Diacerein

- Acid hyaluronic tiêm nội khớp

2. Khi bệnh nhân đau, chỉ định thêm các thuốc:

- NSAID's: ngắn ngày

- Corticoid tiêm nội khớp nếu cần

- Paracetamon và các chế phẩm kết hợp khác

3. Điều trị dự phòng: chỉnh hình

VI. Loét dạ dày – tá tràng

Loét dạ dày tá tràng là tình trạng tổn thương bề mặt niêm mạc dạ dày xuyên qua lớp cơ niêm, thường là do tác động của acid và pepsin trong dịch vị. Đây là một bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam.

1. Các nguyên nhân gây loét dạ dày tá tràng

Các nguyên nhân thường gặp nhất của loét dạ dày tá tràng là do vi khuẩn *Helicobacter pylori* (HP), do non-steroid, aspirin và loét do stress. Sinh bệnh học của loét dạ dày tá tràng là sự mất cân bằng giữa các yếu tố tấn công (yếu tố có hại cho niêm mạc dạ dày) và yếu tố bảo vệ.

- Yếu tố tấn công: HP, axit clohydric, pepsin, muối mật, lissocitin, các NSAID, aspirin và các thuốc kháng tiểu cầu.

- Yếu tố bảo vệ: hàng rào chất nhầy mucus, natri bicarbonat, các tế bào biểu mô bề mặt niêm mạc, dòng máu nuôi niêm mạc dạ dày.

2. Lâm sàng

Thường gặp nhất là triệu chứng đau và khó chịu vùng thượng vị. Trong loét hành tá tràng, triệu chứng này thường xuất hiện khi đói, sau bữa ăn 2 – 3 giờ hoặc về đêm (từ 11 giờ đêm đến 2 giờ sáng) và nó hiếm khi xuất hiện trước bữa ăn. Các thuốc ức chế bài tiết acid, thuốc trung hòa dịch vị và thức ăn thường làm giảm bớt triệu chứng này. Loét dạ dày thì triệu chứng đáp ứng với các yếu tố trên kém nhưng triệu chứng lại liên quan đến sự kích thích của thức ăn. Triệu chứng này gặp ở 2/3

số bệnh nhân, thường xuất hiện ở vùng thượng vị, hạ sườn phải hoặc trái. Đôi khi có thể lan ra sau lưng nếu ổ loét nằm ở mặt sau dạ dày. Nó thường diễn biến thành từng đợt kéo dài từ một vài tuần đến hàng tháng.

Nóng rát vùng thượng vị, ợ hơi, ợ chua, ợ nóng xuất hiện ở khoảng 20 – 60% và thường có liên quan với trào ngược dạ dày thực quản.

Các triệu chứng có thể gặp khác như đầy bụng, chướng tiêu, ăn không ngon, sút cân, nôn, buồn nôn gặp với các tần suất khác nhau.

Khám bụng thường không thấy gì đặc biệt, đôi khi có thể thấy bụng trướng hoặc co cứng nhẹ.

3. Cận lâm sàng

3.1. Chụp dạ dày tá tràng có barit:

Ưu điểm của phương pháp này là đơn giản, không xâm nhập, BN dễ chấp nhận, ít nguy cơ lây chéo và giá thành rẻ. Tuy nhiên độ nhạy kém nội soi, không phát hiện được ổ loét nhỏ, không tiến hành sinh thiết và đánh giá tình trạng nhiễm HP được, do vậy hiện tại ít được dùng.

3.2. Nội soi dạ dày:

Có vai trò rất lớn trong chẩn đoán và theo dõi kết quả điều trị do đây là phương pháp có độ nhạy, độ đặc hiệu và tính an toàn cao. Nó cũng cho phép phân biệt giữa loét dạ dày và ung thư dạ dày (cả qua hình ảnh nội soi và bằng sinh thiết làm mô bệnh học) và lấy mẫu để xác định HP. Những trường hợp ổ loét có biến chứng chảy máu, nội soi còn là phương pháp để can thiệp cầm máu.

- Loét hành tá tràng: Khoảng 15% là loét nhiều ổ và rất hiếm khi tiến triển thành ác tính.

- Loét dạ dày: được phân chia thành 5 typ dựa theo vị trí (phân loại Johnson cải tiến). Về mặt hình ảnh nội soi, người ta phân ra một số loại dựa trên tiến triển của ổ loét (Phân loại Sakita) hoặc dựa trên tính chất của ổ loét.



3.2. Chụp cắt lớp vi tính

Ít dùng do giá thành đắt, thường chỉ được chỉ định khi nghi ngờ có biến chứng loét rò vào ổ bụng hoặc nghi ngờ ung thư.

3.3. Test xác định HP

Test urease hoặc nuôi cấy từ bệnh phẩm lấy trong quá trình nội soi, kháng thể kháng HP trong máu, test thở C¹³, C¹⁴

4. Điều trị loét dạ dày tá tràng

4.1. Nguyên tắc điều trị: Dựa trên cơ chế bệnh sinh của loét sử dụng thuốc

- Giảm các yếu tố gây tấn công: sử dụng thuốc ức chế bài tiết HCl, pepsin và thuốc trung hoà acid

- Tăng cường yếu tố bảo vệ: thuốc bao phủ niêm mạc và thuốc kích thích tạo chất nhầy và tái tạo niêm mạc

- Loại trừ nguyên nhân HP hoặc NSAIDs

4.2. Các nhóm thuốc và thời gian điều trị

Tùy từng BN cụ thể, các thuốc ức chế bơm proton, thuốc ức chế H₂, thuốc bảo vệ tế bào và các antacid đều có thể chỉ định riêng rẽ hoặc phối hợp. Thời gian thông thường đối với loét hành tá tràng là từ 4 – 6 tuần, với loét dạ dày là từ 6 – 8 tuần.

- Thuốc trung hòa acid dịch vị (antacid): ưu điểm là tác dụng nâng pH nhanh, giảm đau nhanh, có tác dụng bảo vệ tế bào nhưng nhược điểm là thời gian tác dụng ngắn phải dùng nhiều lần trong ngày

- Thuốc ức chế H₂: giảm cả bài tiết dịch vị cơ bản và dịch vị kích thích. Ưu điểm là tác dụng nhanh, kiểm soát dịch vị ban đêm tốt.

- Thuốc ức chế bơm proton: ức chế enzym K⁺H⁺ATPase, bao gồm các thuốc omeprazole, pantoprazole, lansoprazole, rabeprazole và esomeprazole.

- Sucralfat: tác dụng hấp thu pepsin và dịch mật, tăng bài tiết dịch nhầy và carbonate, tăng tổng hợp prostaglandin nội sinh

- Các anticholinergic và prostaglandin (misoprostol) hiện ít được dùng

4.3. Một số chú ý trong điều trị loét dạ dày tá tràng

4.3.1. Loét do HP

Cần tiến hành diệt trừ HP nhưng trong điều kiện của nước ta có một số điểm cần lưu ý khi điều trị cho bệnh nhân:

- Chất lượng của thuốc

- Tình trạng kháng kháng sinh của HP có liên quan đến từng vùng.

- Sự tuân thủ của người bệnh

4.3.2. Loét do non steroid và aspirin

Bước đầu tiên là ngừng thuốc hoặc giảm liều đến mức thấp nhất có thể. Tiếp theo là sử dụng PPI. Đây là nhóm thuốc được ưu tiên lựa chọn số một đối với loét do non steroid với liều chuẩn.

4.3.3. Loét do stress

Lựa chọn thuốc dự phòng: dựa trên các tiêu chí hiệu quả, ít tương tác, nguy cơ tiềm ẩn thấp, giá thành hợp lý, người ta thấy với loét do stress tất cả các thuốc PPI, ức chế H₂, sucralfat và antacid đều cho kết quả tốt tuy nhiên trên thực tế PPI và ức chế H₂ được lựa chọn nhiều nhất (PPI đạt kết quả cao hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê).

4.4. Một số phác đồ điều trị diệt trừ HP

- Phác đồ 3 thuốc có Clarithromycin: (PPI + Amoxicilline 1g + Clarithromycin 500mg) x 2 lần/ngày (14 ngày). Không sử dụng phác đồ này ở nơi mà tỷ lệ Hp kháng Clarithromycin >15%

- Phác đồ nối tiếp: (PPI + Amoxicilline 1g) x 2 lần/ngày trong 5 – 7 ngày đầu, sau đó (PPI + Clarithromycin 500mg + Metronidazole/Tinidazole 500mg) x 2 lần/ngày trong 5-7 ngày tiếp theo.

- Phác đồ 4 thuốc có Bismuth: 14 ngày

(PPI + Bismuth 240mg + Tetracyclin 1g + Metronidazole/Tinidazole 500mg) x 2 lần/ngày

- Phác đồ 4 thuốc không có Bismuth: 14 ngày

(PPI + Amoxicilline 1g + Clarithomycine 500mg + Metronidazole/Tinidazole 500mg) x 2 lần/ngày

- Phác đồ 3 thuốc có Levofloxacin: (PPI + Levofloxacin 250mg – 500mg + Amoxicilline 1g) x 2 lần/ngày (10 ngày)

Khi diệt trừ Hp vẫn thất bại sau 2 lần điều trị nên nuôi cấy và làm kháng sinh đồ để chọn kháng sinh phù hợp.

VII. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SA SÚT TRÍ TUỆ

1. Đại cương

Già hoá dân số là hiện tượng mang tính toàn cầu. Ở Việt Nam, già hoá dân số đang diễn ra nhanh chóng. Theo số liệu Tổng điều tra dân số năm 2009, Việt Nam có 7,7 triệu người già (> 60 tuổi), chiếm hơn 9% tổng dân số. Tuổi thọ trung bình là 72,8 (nam là 70,2 và nữ là 75,6). Trong số người già thì nhóm tuổi >80 tăng nhanh nhất. Hiện tại chiếm 14% tổng số người già.

Do già hoá dân số nên mô hình bệnh tật cũng thay đổi, với sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh mạn tính, các bệnh thoái hoá, trong đó có sa sút trí tuệ (SSTT).

SSTT là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân gây nên, có đặc điểm:

- Giảm trí nhớ ngắn hạn, và
- Ít nhất có giảm một trong các lĩnh vực nhận thức sau:
 - + Thất ngôn – Giảm ngôn ngữ
 - + Thất dụng – Giảm trí nhớ vận động
 - + Mất nhận biết – Giảm trí nhớ cảm giác
 - + Giảm khả năng tổng hợp, suy luận/giảm chức năng điều hành
- Giảm hoạt động xã hội và /hoặc nghề nghiệp
- Không giải thích được bằng các bệnh khác
- Sự thường gặp:

+ SSTT là bệnh rất thường gặp ở người cao tuổi. Khoảng 6-10% người trên 60 tuổi mắc SSTT. Trên toàn thế giới có khoảng 24,3 triệu người mắc SSTT (số liệu năm 2001). Cứ sau mỗi 20 năm, số người mắc SSTT lại tăng lên gấp đôi, từ 42,3 triệu (năm 2020) lên 81,1 triệu (năm 2040).

+ Tỷ lệ mắc mới SSTT cũng tăng nhanh, từ 0,2-0,5 % ở tuổi 60, tăng lên 4-11% ở tuổi 85.

+ Nghiên cứu của Bệnh viện Lão khoa Trung ương cho thấy, 4,6 % người già (>60 tuổi) mắc SSTT. Trung bình cứ sau mỗi 5 năm, tỷ lệ này lại tăng gần gấp đôi.

2. Căn nguyên

SSTT là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân gây nên.

1. Các thể sa sút trí tuệ thường gặp

- Bệnh Alzheimer và SSTT thể Lewy (50-75%)
- SSTT do mạch máu (15-20%)
- SSTT liên quan đến rượu
- Ở người dưới 65 tuổi, SSTT thủy trán –thái dương có thể chiếm 50% tất cả các SSTT

- SSTT do HIV là thể SSTT thường gặp nhất ở người <55 tuổi

2. Các thể sa sút trí tuệ ít gặp

- SSTT do thoái hoá tiền phát
- SSTT thể Lewy lan toả (7-26% của SSTT)
- SSTT thủy trán-thái dương (bệnh Pick, bệnh Huntington...)
- Các bệnh thần kinh phối hợp với SSTT
- SSTT trong bệnh Parkinson, u não, chấn thương sọ não, máu tụ dưới màng cứng, bệnh mất myeline
- Các nguyên nhân nhiễm trùng
- Giang mai thần kinh, bệnh Lyme
- SSTT sau viêm não (đặc biệt là do herpes)
- Viêm não do virus, ký sinh trùng, vi khuẩn và nấm
- Nhiễm trùng cơ hội hoặc áp xe não
- Các nguyên nhân nội khoa
- Bệnh tuyến giáp và thương thận
- Thiếu vitamin (thiamin, niacin, B12)
- Bệnh chuyển hoá (bệnh não do gan, SSTT sau lọc máu...)
- Các thuốc (an thần, chống THA, thuốc ngủ, kháng cholinergic)
- Bệnh Whipple, sarcoidosis, bệnh Wilson
- Ngộ độc kim loại nặng

3. Sa sút trí tuệ tiến triển nhanh

- Viêm não Hashimoto (có thể điều trị bằng steroid)
- Các hội chứng thoái hoá tiểu não
- Bệnh não dạng xốp
- Hội chứng cận ung thư
- Viêm não do virus
- Một số rất ít bệnh Alzheimer, SSTT thể Lewy, SSTT thủy trán-thái dương

III. Giải phẫu bệnh

1. Bệnh Alzheimer

- Các mảng viêm thần kinh (Neuritic plaques): nằm ngoài tế bào, do sự lắng đọng bất thường của các đoạn beta amyloid không hoà tan
- Đám rối tơ thần kinh (Neurofibrillary tangles): nằm trong tế bào, do rối loạn phức hợp vi ống và protein tau (protein tau bị phosphoryl hoá quá mức)
- Thoái hoá hệ cholinergic: và giảm đáng kể các tế bào thần kinh ở một số vùng não (như các hạch nền Meynert)
- Thoái hoá thường bắt đầu ở vỏ não cạnh hồi hải mã về sau xuất hiện ở các cấu trúc limbic khác

2. Các bệnh thể Lewy

- Thể Lewy có dạng hình cầu đồng tâm, nằm trong các không bào (các chất vùi trong bào tương bắt màu a xít)
- Các thể Lewy thấy trong các tế bào thần kinh ở vỏ não, não giữa và thân ở những bệnh nhân Parkinson vô căn, bệnh Alzheimer và đặc biệt là SSTT thể Lewy.
- Thành phần cấu trúc chính là alpha-synuclein.

IV. Yếu tố nguy cơ của sa sút trí tuệ

1. Yếu tố nguy cơ của bệnh Alzheimer

- Tuổi
- Tiền sử gia đình
- Hội chứng Down (ba nhiễm sắc thể 21)
- Chấn thương sọ não (đặc biệt giai đoạn cuối đời)
- Giới nữ
- Chủng tộc (người da trắng có nguy cơ thấp nhất)
- Trầm cảm xuất hiện muộn (sau tuổi 65)
- Suy giảm nhận thức nhẹ (Mild Cognitive Impairment (MCI))

2. Các yếu tố nguy cơ khác của sa sút trí tuệ

- Bệnh mạch não (và các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm hút thuốc lá, đái tháo đường, tăng cholesterol máu, tăng huyết áp) phối hợp với tăng nguy cơ SSTT do mạch máu.
- Trầm cảm nặng tái phát nhiều lần làm tăng nguy cơ SSTT nói chung
- Cường giáp tiền lâm sàng (đặc biệt khi có kháng thể kháng giáp)

3. Yếu tố di truyền

- Nhiễm sắc thể 19: Tính trạng lặn - Apolipoprotein E-4 allele gây SSTT khởi phát muộn (không liên quan với người không phải là da trắng)
- Nhiễm sắc thể 1, 14, 21: đột biến trội phối hợp với các trường hợp SSTT khởi phát sớm/có tính chất gia đình, liên quan đến gen sinh amyloid

4. Yếu tố bảo vệ chống lại bệnh Alzheimer

- Học vấn

- Các thuốc chống viêm (làm giảm sản xuất amyloid)
- Điều trị thay thế Estrogen (+/-)
- APO E-3
- Vitamin E và các chất antioxidant khác
- Giảm homocysteine máu
- Sử dụng các thuốc nhóm statin

V. Biểu hiện lâm sàng

- Bao giờ cũng có rối loạn nhận thức và giảm hoạt động chức năng
- Thường có giảm thị giác không gian và rối loạn hành vi
- Các triệu chứng đặc hiệu thay đổi theo type SSTT

1. Giảm trí nhớ

- Giảm khả năng học và lưu giữ thông tin mới (lặp đi lặp lại các hội thoại)
- Giảm khả năng lấy lại thông tin (không thể nhớ tên, nhớ danh sách từ)
- Giảm nhớ sự kiện cá nhân (quên đồ vật)
- Trí nhớ khai báo (ngữ nghĩa) bị nặng hơn trí nhớ thủ tục

2. Giảm ngôn ngữ

- Không nhớ được danh sách từ (đặc biệt trong bệnh Alzheimer)
- Khó khăn khi tìm từ (định danh)
- Giảm nói lưu loát từ
- Không nói được những câu phức tạp
- Khả năng hiểu khi nghe người khác nói còn tương đối tốt (có thể hiểu được những hướng dẫn)

3. Giảm thị giác không gian (Visuospatial impairments)

- Giảm nhận biết hình ảnh (không nhận ra khuôn mặt người quen)
- Giảm khả năng định hướng không gian (lạc ở những nơi quen thuộc, không vẽ được các hình theo không gian 3 chiều)

4. Giảm chức năng điều hành

- Giảm khả năng lên kế hoạch, dự đoán, liên hệ, trừu tượng hoá : trắc nghiệm thùy trán
- Tiếp nhận và xử lý nhiều thông tin để đưa ra quyết định (trắc nghiệm nổi điểm phần B)
- Giảm chức năng điều hành thường là biểu hiện đầu tiên được ghi nhận ở những người thông minh, có học vấn cao
- Giảm rõ chức năng điều hành thường thấy trong SSTT thùy trán-thái dương trước khi xuất hiện suy giảm trí nhớ

5. Giảm hoạt động chức năng

- Thường bắt đầu bằng các hoạt động hàng ngày có sử dụng công cụ, dụng cụ (IADLs) (quản lý chi tiêu, lái xe, mua bán, làm việc, sử dụng thuốc, lên lịch hẹn)
- Giai đoạn muộn có giảm các hoạt động cơ bản hàng ngày (ăn, chải chuốt, mặc quần áo, đi vệ sinh)
- Tần xuất và kiểu biểu hiện giảm hoạt động chức năng thay đổi tùy từng cá nhân và thể bệnh
- Lưu ý: trong giai đoạn đầu của SSTT, không có sự tương quan rõ giữa giảm hoạt động hàng ngày và suy giảm nhận thức trên các trắc nghiệm có thể không tương quan rõ

6. Các rối loạn về hành vi

Hầu như bao giờ cũng gặp và thường là mục tiêu chính của điều trị. Không có khả năng kiểm soát các triệu chứng này là lý do chính phải cho bệnh nhân vào trại dưỡng lão

6.1. Thay đổi nhân cách xuất hiện sớm

- Thụ động (thờ ơ, cách ly xã hội)
- mất kiểm chế (hành vi tình dục bất thường hoặc nói năng lung tung)
- tự cho mình là trung tâm (tính trẻ con, thiếu sự đại lượng)
- Kích động rất thường gặp và thường nặng lên khi bệnh tiến triển
- kích động về lời nói (25%)
- kích động về hành động (30%)
- các hành vi không kích động như đi lang thang (25-50%)

6.2. Trầm cảm (40-50%)

Đặc biệt trong bệnh Alzheimer và SSTT do mạch máu

6.3. Biểu hiện tâm thần

- Hoang tưởng (30-60%): mất trộm, không chung thủy
- Rối loạn về tiếp nhận (20-40%) – thường là ảo giác thị giác, hay gặp trong SSTT thể Lewy

6.4. Rối loạn giấc ngủ (>50%)

Mất ngủ, rối loạn chu kỳ thức – ngủ. Mất ngủ, đi lang thang và kích động là những lý do chính làm kiệt sức người chăm sóc

VI. Tiến triển của sa sút trí tuệ

- Thường khởi đầu âm thầm
- Một số tự hồi phục hoặc hồi phục khi được điều trị (ví dụ bệnh tuyến giáp, thiếu B12)
- Bệnh Alzheimer: tiến triển nặng dần, có thể dự đoán được. Diễn hình, bệnh nhân trung bình sống được 4-10 năm sau khi được chẩn đoán và các triệu chứng thường bắt đầu khoảng 3-4 năm trước thời điểm được chẩn đoán.

- SSTT do mạch máu: thường tiến triển theo hình bậc thang. Thời gian tiến triển thường ngắn hơn bệnh Alzheimer

VII. Chẩn đoán phân biệt

Hội chứng trí nhớ: giảm trí nhớ gần đơn độc

- Thất ngôn tiếp nhận: giảm chức năng nhận thức do không hiểu được ngôn ngữ
- Chậm phát triển tâm thần: khả năng trí tuệ suy giảm, nhưng không nhất thiết có giảm trí nhớ
- Già SSTT (Hội chứng trầm cảm giả SSTT). Khoảng 50% bệnh nhân già có hội chứng trầm cảm giả SSTT sẽ phát triển thành SSTT thật sự trong vòng 3-5 năm.
- Giảm nhận thức ở người già: Giảm trí nhớ tuổi già, quên lành tính ở người già hoặc suy giảm nhận thức nhẹ (MCI). Các triệu chứng không gây giảm hoạt động chức năng hàng ngày. Tuy nhiên, khoảng 25-35% tiến triển thành SSTT trong vòng 18 tháng
- Sảng: giảm ý thức và sự chú ý. Thường thấy trong SSTT

VIII. Tiếp cận chẩn đoán

1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán SSTT của DSM-IV-TR

A. Suy giảm nhiều lĩnh vực nhận thức, biểu hiện bằng hai tiêu chí sau:

(1) *Giảm trí nhớ* (giảm khả năng học thông tin mới và nhớ lại các thông tin đã được học từ trước)

(a) Có thể đánh giá *trí nhớ làm việc* bằng trắc nghiệm đọc xuôi và đọc ngược dãy số, khác nhau $\geq$ ba chữ số gợi ý suy giảm. Có thể kiểm tra trí nhớ ngắn hạn bằng cách đọc cho bệnh nhân nghe ba từ, sau khoảng 5 phút, yêu cầu bệnh nhân nhắc. Cũng có thể kiểm tra trí nhớ ngắn hạn bằng cách cho bệnh nhân xem ba đồ vật (nhưng không đọc tên), sau đó giấu đi, 5 phút sau yêu cầu bệnh nhân đọc tên ba đồ vật đó. Một trắc nghiệm đánh giá trí nhớ ngắn hạn khác là đọc cho bệnh nhân nghe một đoạn văn ngắn, sau đó yêu cầu bệnh nhân kể lại.

(b) Kiểm tra *trí nhớ dài hạn* bằng cách hỏi bệnh nhân những thông tin cá nhân có thể kiểm chứng được qua người nhà (ví dụ: ngày sinh, học phổ thông ở trường nào, cưới năm nào...) và hỏi về những kiến thức chung, phù hợp trình độ học vấn và nền tảng văn hoá của bệnh nhân (ví dụ tên của chủ tịch nước, tên tổng bí thư nhiệm kỳ trước, hoặc Tháp rùa ở đâu...)

(2) Có một (hoặc nhiều) rối loạn nhận thức sau đây:

(a) *Mất ngôn* (rối loạn ngôn ngữ) bao gồm, ngoài thất ngôn cổ điển, khó tìm từ và gọi nhầm tên. Khó tìm từ thấy rõ trong SSTT giai đoạn muộn, thể hiện bằng các câu nói trống rỗng không có danh từ và động từ; bệnh nhân vẫn nói được các câu giao tiếp thông thường như "anh khoẻ không?". Ở giai đoạn đầu, có thể đánh giá bằng cách yêu cầu bệnh nhân nói càng nhiều tên con vật càng tốt trong vòng một phút. Bệnh nhân Alzheimer điển hình sẽ không nói được quá 10 tên con vật và thường nói trùng lặp. Họ cũng khó gọi tên các bộ phận của đồng hồ (dây đeo, núm

lên giây, mặt sau, mặt kính...), thường nói không chính xác (ví dụ gọi dây đeo đồng hồ là cái quai, hay mặt kính đồng hồ là cái thuỷ tinh), hoặc không nói được tên mà chỉ mô tả chức năng của các bộ phận (ví dụ "đây là cái để lên giây").

(b) *Mất dùng động tác* (không thực hiện được các động tác mặc dù chức năng vận động, như cơ lực và phối hợp động tác, vẫn bình thường. Có thể kiểm tra bằng cách yêu cầu bệnh nhân đặt kim đồng hồ ở vị trí nào đó).

(c) *Mất nhận biết* (không có khả năng nhận ra và xác định được đồ vật mặc dù chức năng giác quan bình thường).

(d) *Rối loạn chức năng điều hành* (ví dụ, lên kế hoạch, tổ chức, sắp xếp các hành động theo thứ tự, trừu tượng hoá...)

- Suy giảm khả năng lên kế hoạch, tổ chức, và sắp xếp thứ tự các hành động được thể hiện qua việc bệnh nhân không có khả năng giải quyết các vấn đề giữa người với người, gia đình, nghề nghiệp và mô tả một cách logic làm thế nào họ có thể giải quyết vấn đề. Rối loạn chức năng điều hành có thể thể hiện qua những thay đổi thói quen từ lâu hay hoạt động vệ sinh cá nhân. Khai thác kỹ bệnh sử là nguồn thông tin quan trọng nhất để đánh giá chức năng điều hành, những cũng có thể đánh giá bằng cách yêu cầu bệnh nhân nói cách giải quyết các vấn đề thông thường trong cuộc sống hàng ngày như rút tiền gửi từ ngân hàng, hoặc xử trí một cấp cứu thông thường. Ngoài ra, có thể đánh giá chức năng điều hành bằng cách yêu cầu bệnh nhân thực hiện một nhiệm vụ gồm nhiều bước, chẳng hạn như gửi thư (gấp bức thư, cho vào phong bì, ghi địa chỉ trên phong bì, dán tem và dán phong bì)

- Giảm khả năng trừu tượng hoá thể hiện ở chỗ bệnh nhân không có khả năng phân loại một cách trừu tượng sự giống nhau giữa các đồ vật như ghế và bàn, hoặc dao ăn và đĩa, hoặc đối với những người có trình độ học vấn cao, giữa một bài thơ và một bức tượng, hoặc khen ngợi và trừng phạt. Giảm khả năng trừu tượng hoá còn thể hiện ở chỗ bệnh nhân không có khả năng giải thích một cách trừu tượng những câu thành ngữ thông thường.

B. Suy giảm nhận thức trong tiêu chuẩn A1 và A2 ảnh hưởng đáng kể chức năng nghề nghiệp và xã hội và giảm rõ rệt so với trước

C. Những thiếu hụt này không xảy ra trong cơn sáng

2. Khai thác tiền sử :

Khai thác tiền sử từ bệnh nhân và người chăm sóc. Cần tham khảo các tư liệu cũ như bệnh án, giấy ra viện, đơn thuốc, kết quả xét nghiệm hoặc thăm dò cũ.

Yêu cầu bệnh nhân và gia đình mang theo đơn thuốc cũ và tất các vỏ thuốc đang dùng, kể cả những thuốc không cần đơn và các thực phẩm chức năng.

Khi khai thác tiền sử, cần tập trung vào các biểu hiện suy giảm nhận thức, rối loạn về hành vi, cách tiến triển của triệu chứng, trình độ học vấn và nghề nghiệp.

Xác minh xem các triệu chứng khởi phát cấp, bán cấp hay từ từ. Nếu khởi phát cấp (tính bằng phút hoặc giờ) thì thường là sang hơn là SSTT và cần chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân nhiễm trùng, ngộ độc/chuyển hóa, mạch máu, chấn thương, tâm thần hoặc các nguyên nhân phối hợp khác. Khởi phát bán cấp (vài ngày đến vài tuần) gặp trong các nguyên nhân nhiễm trùng, ngộ độc/chuyển hóa, hoặc

nguyên nhân ung thư. Khởi phát từ từ (vài tháng đến vài năm) thường gặp trong SSTT do nguyên nhân thoái hóa.

3. Khám thực thể, bao gồm khám thần kinh

Khám thực thể một cách toàn diện, bao gồm cả khám thần kinh tìm các dấu hiệu của tai biến mạch máu não, Parkinson...

4. Các trắc nghiệm thần kinh tâm lý

Các trắc nghiệm thần kinh tâm lý cung cấp các bằng chứng khách quan giúp chẩn đoán SSTT, giúp phân biệt các thể SSTT cũng như theo dõi tiến triển của bệnh.

4.1. Các trắc nghiệm sàng lọc

• *Trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu* (MMSE: Mini-Mental State Examination) (Folstein và cs. 1975): là trắc nghiệm sàng lọc SSTT được sử dụng rộng rãi nhất. Thời gian để làm trắc nghiệm này khoảng 7 phút. MMSE bao gồm các nhiệm vụ sau:

- Xác định thời gian: (năm)(mùa)(ngày)(thứ)(tháng) – 5 điểm
- Xác định địa điểm: (nước)(bang)(thành phố)(bệnh viện)(tầng) – 5 điểm
- Nhắc lại từ: Đọc 3 từ, yêu cầu bệnh nhân nhắc lại. Mỗi từ trả lời đúng cho 1 điểm. Sau đó nhắc lại cả 3 từ cho đến khi bệnh nhân thuộc. Tính số lần phải nhắc và ghi lại. Bệnh nhân trả lời 2 lần giống nhau thì tính điểm, nhưng nếu nhắc tới 6 lần mà vẫn không nhớ được thì coi như không kiểm tra được khả năng nhớ lại muộn. Điểm tối đa là 3 điểm.
- Làm phép tính 100 trừ dần đi 7: mỗi câu trả lời đúng cho 1 điểm. Sau 5 lần thì ngừng lại. Một cách khác là đọc ngược một từ gồm 5 chữ cái: mỗi câu trả lời đúng cho 1 điểm. Tổng điểm là 5 điểm
- Yêu cầu bệnh nhân nhắc lại 3 từ vừa hỏi lúc nãy: mỗi câu trả lời đúng cho 1 điểm. Tối đa 3 điểm.
- Chỉ vào bút chì và đồng hồ đeo tay, yêu cầu bệnh nhân nói tên - 2 điểm
- Yêu cầu bệnh nhân nhắc lại câu “không, nếu, và hoặc nhưng”. Chỉ được nói một lần – 1 điểm
- Thực hiện một yêu cầu gồm 3 giai đoạn, “cầm tờ giấy bằng tay phải, gấp lại làm đôi và đặt xuống sàn nhà”. Mỗi phần trả lời đúng cho một điểm. Tối đa 3 điểm.
- Đưa bệnh nhân một tờ giấy trên có viết “Hãy nhắm mắt”, yêu cầu bệnh nhân đọc và làm theo nội dung ghi trên giấy – 1 điểm
- Yêu cầu bệnh nhân viết một câu hoàn chỉnh. Câu phải có một danh từ và một động từ và phải có nghĩa – 1 điểm
- Yêu cầu bệnh nhân vẽ lại một hình (ví dụ hai hình 5 cạnh lồng nhau). Hình phải đủ 10 góc và có 2 chỗ cắt – 1 điểm

Điểm tối đa của trắc nghiệm MMSE là 30 điểm. Dưới 24 điểm gợi ý SSTT. Với điểm ngưỡng là 24, MMSE có độ nhạy 87% và độ đặc hiệu 82%. Tuy nhiên, trắc nghiệm này không nhạy với suy giảm nhận thức nhẹ (MCI), và bị ảnh hưởng bởi tuổi và trình độ học vấn, ngôn ngữ, vận động và thị lực.

- *Mini-Cog*: Trắc nghiệm Mini-Cog bao gồm vẽ đồng hồ và nhắc lại 3 từ không liên quan (không có gợi ý)..Vẽ đồng hồ được xem là bình thường nếu tất cả các chữ số đúng vị trí và kim đồng hồ chỉ đúng. Cách cho điểm như sau:

- Không nhắc lại được từ nào coi như SSTT
- Nhắc đúng cả 3 từ coi như không SSTT
- Nếu nhắc được 1-2 từ thì dựa vào kết quả vẽ đồng hồ (bất thường = SSTT; bình thường = không SSTT)

Ưu điểm của Mini-Cog là có độ nhạy cao dự đoán tình trạng SSTT, thời gian làm trắc nghiệm ngắn hơn so với MMSE, dễ quản lý, và giá trị chẩn đoán không phụ thuộc vào trình độ học vấn và ngôn ngữ. Mini-Cog có độ nhạy và độ đặc hiệu tương tự như MMSE.

4.2. Các trắc nghiệm đánh giá nhận thức toàn diện

Khi các trắc nghiệm sàng lọc nghi ngờ SSTT, cần tiến hành các trắc nghiệm đánh giá sâu từng lĩnh vực nhận thức.

4.2.1. Sự chú ý

- Trắc nghiệm đọc xuôi dãy số (digit span forward)
- Trắc nghiệm nói dãy số-chữ (ví dụ Trail making Test – phần B).

4.2.2. Chức năng điều hành

Sử dụng các trắc nghiệm thần kinh tâm lý liên quan đến kỹ năng giải quyết vấn đề mới, ví dụ như trắc nghiệm xếp quân bài của Wiscosin, bộ trắc nghiệm thủy trán...

4.2.3. Trí nhớ

Trí nhớ là lĩnh vực nhận thức bị ảnh hưởng nhiều nhất trong SSTT. Có ba loại trí nhớ : *trí nhớ tức thì* (immediate memory), *trí nhớ gần* (recent memory) và *trí nhớ xa* (remote memory). Trong giai đoạn đầu của bệnh Alzheimer, bệnh nhân thường có giảm trí nhớ gần, tức là khả năng học thông tin mới. Để đánh giá trí nhớ, có thể sử dụng các trắc nghiệm thần kinh tâm lý như :

- Nhớ danh sách từ : đọc 10 từ yêu cầu bệnh nhân nhắc lại ngay và nhắc lại sau 5 phút.
- Nhớ lại câu chuyện : Đọc một đoạn, yêu cầu bệnh nhân nhắc lại những ý chính (nhắc lại ngay và nhắc lại sau 5 phút)
- Nhớ hình ảnh : cho xem 10 hình ảnh, yêu cầu bệnh nhân nhắc lại ngay và nhắc lại sau 5 phút.

4.2.4. Chức năng thị giác không gian

Chức năng kiến trúc thị giác (visuoconstructional functioning) thường được đánh giá trên lâm sàng sử dụng những hình vẽ chuẩn cho bệnh nhân vẽ lại (ví dụ đồng hồ, hình khối, hình chữ thập). Hình vẽ của bệnh nhân Alzheimer thường là đơn giản hoá quá mức, mất các góc, phối cảnh xa gần kém. Hơn nữa, cách bố trí và trình bày của họ thường thể hiện sự lên kế hoạch kém; điều này có thể phản ánh sự phối hợp

giữa thiếu hụt về thị giác không gian với kỹ năng điều hành. Sự phối hợp này có thể dẫn đến những lỗi khác nhau khi bệnh nhân làm trắc nghiệm về đồng hồ.

Một trong các trắc nghiệm được sử dụng phổ biến để đánh giá kiến trúc thị giác là *dưới test xếp hình* (Block Design subtest) trong trắc nghiệm Wechsler. Người khám yêu cầu bệnh nhân ghép các hình khối theo hình mẫu có sẵn.

4.2.5. Ngôn ngữ

Bệnh nhân SSTT thường có thể nói được công dụng của một vật nhưng không thể nói tên vật đó. Có thể đánh giá bằng *trắc nghiệm gọi tên của Boston* (Boston Naming Test).

Nói lưu loát (Verbal fluency), là khả năng nói các từ hoặc câu liên tục không bị gián đoạn. Các trắc nghiệm đánh giá nói lưu loát bao gồm *nói lưu loát theo các ký tự hoặc âm vị*: trong vòng một phút nói được càng nhiều từ bắt đầu bằng một ký tự nhất định. Hoặc *nói lưu loát theo loại hoặc ngữ nghĩa*: nói các từ thuộc một loại nhất định (ví dụ các con vật). Bệnh nhân Alzheimer thường giảm khả năng nói lưu loát.

4.2.6. Khả năng vận động

Mất dùng động tác (Apraxia) là mất khả năng thực hiện các động tác đòi hỏi kỹ năng phức tạp, không phải do những bất thường về vận động. Bệnh nhân không thực hiện được các động tác theo yêu cầu mà trước kia họ có thể thực hiện một cách tự phát và dễ dàng. Ngoài ra, họ có thể không thực hiện được một chuỗi động tác hướng tới một mục tiêu cụ thể. Mặc dù là một trong các biểu hiện của SSTT giai đoạn muộn, mất dùng động tác thường ít gặp trong bệnh Alzheimer giai đoạn sớm. Để đánh giá khả năng dùng động tác, người ta cho bệnh nhân làm các động tác thông thường (ví dụ đánh răng, chải đầu) theo mệnh lệnh bằng lời nói hoặc bắt chước động tác.

4.2.7. Đánh giá cá tính và cảm xúc

Các bộ trắc nghiệm như *Beck Depression Inventory—II*, *Inventory of Depressive Symptomatology*, và *Quick Inventory of Depressive Symptomatology* có thể được sử dụng để đánh giá các triệu chứng trầm cảm. Một số bộ trắc nghiệm khác như *Geriatric Depression Scale* và *Cornell Scale for Depression in Dementia* đã được phát triển để sử dụng ở người già..

4.2.8. Đánh giá khả năng hoạt động chức năng hàng ngày

Các trắc nghiệm thường dùng là *thang điểm đánh giá hoạt động hàng ngày có sử dụng dụng cụ* (Instrumental Activities of Daily Living Scale; Lawton và Brody), *Independent Living Scales*, và *Daily Activities Questionnaire*. Những trắc nghiệm này giành cho người nhà (hoặc người chăm sóc) báo cáo, hoặc yêu cầu bệnh nhân thực hiện các nhiệm vụ tương tự như hoạt động hàng ngày (ví dụ trang điểm, viết séc, quay số điện thoại).

IX. Các thăm dò và xét nghiệm

Nhằm mục đích: (1) loại các bệnh khác ngoài SSTT, (2) Xác định các thể SSTT có thể hồi phục/có thể điều trị (khoảng 13%) và (3) Xác định các hội chứng SSTT đặc biệt.

- Xét nghiệm máu: CTM, điện giải đồ, Ca⁺⁺, glucose, ure/creatinin, T3, T4, TSH B12, folate. HIV, kim loại nặng (tuỳ trường hợp cụ thể)
- Chọc dịch não tủy: khi nghi ngờ di căn ung thư, nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương, giang mai thần kinh, não úng thủy, viêm mạch và ở những trường hợp SSTT <55 tuổi hoặc SSTT tiến triển nhanh. Ngoài ra có thể định lượng beta amyloid, tau protein nếu có điều kiện.
- CT hoặc MRI sọ não: nên chụp tất cả các trường hợp mới. Có thể thấy hình ảnh teo não toàn thể, giảm thể tích một số vùng não đặc trưng như hồi hải mã, tổn thương chất trắng dưới vỏ...Ngoài ra còn giúp loại trừ TBMMN, máu tụ ngoài màng cứng, u não...
- Chụp hình não chức năng (SPECT, PET, MRS): để xác định type SSTT khi cần thiết
- Điện não đồ: có thể giúp phân biệt tình trạng sáng và SSTT.

X. Điều trị

Các thuốc làm chậm tiến triển của bệnh

Thuốc ức chế acetylcholinesterase

Các thuốc kháng cholinesterase (bảng 2) có tác dụng cải thiện tốt nhất khả năng nhận thức trong bệnh Alzheimer. Các thuốc trong nhóm này gồm: donepezil (Aricept) năm 1997, rivastigmin (Exelon) năm 2000 và galantamine (Reminyl) năm 2001.

Cả bốn thuốc trên đều ức chế có hồi phục acetylcholinesterase. Rivastigmin còn ức chế có hồi phục butyrylcholinesterase; galantamin còn có tác dụng trong việc điều biến các thụ thể nicotinic. Tác dụng điều trị cũng như tác dụng phụ của tất cả các thuốc này rất giống nhau. Mặc dù hệ cholinergic đóng vai trò chính trong việc mã hoá trí nhớ, tác dụng của các thuốc kháng cholinesterase trong bệnh Alzheimer thể hiện tổng quát hơn, làm tăng chức năng điều hành cũng như trí nhớ, và cải thiện một cách tích cực mối tương tác phức tạp giữa các hệ cholinergic, noradrenergic và dopaminergic

Bảng 2. Thuốc ức chế acetylcholinesterase

	Donepezil (ARICEPT)	Rivastigmine (EXELON)	Galantamine (REMINIL)
Ức chế butyrylcholinesterase	ít	Có	Ít
Điều biến thụ thể nicotinic	Không	Không	Có
Thời gian bán hủy	50-70 giờ	1/2 - 2 giờ	5-7 giờ
Liều khởi đầu	5 mg/ngày	1,5 mg x 2 lần/ngày	4 mg x 2 lần/ngày
Liều tối đa	5-10 mg/ngày	3-6 mg/ngày	8-12 mg x2 lần/ngày

Tác dụng phụ kháng cholinergic của các thuốc ức chế AchE: tiêu hoá (nôn, buồn nôn, tăng tiết axit dạ dày), chuột rút, mệt, mất ngủ, ngất ...

Memantine là chất kháng thụ thể N-methyl-D-aspartat (NMDA), ức chế tác dụng của glutamat ở vị trí này, cải thiện dẫn truyền synap và/hoặc ngăn cản giải phóng

calci – chất có thể có tác dụng bảo vệ thần kinh. Memantine được hấp thu tốt, có thời gian bán hủy ³ 70 giờ nhưng vẫn được sử dụng hai lần mỗi ngày dựa trên các kết quả nghiên cứu trong các năm cuối 1990.

Trong thực hành lâm sàng, memantine được chỉ định cho các trường hợp giai đoạn từ trung bình đến nặng với liều khởi đầu là 5 mg/ngày, mỗi tuần điều chỉnh liều 5 mg/ngày cho đến khi đạt liều 10 mg, hai lần mỗi ngày. Có thể gặp hiện tượng lú lẫn thoáng qua hoặc cảm giác ngầy ngất trong quá trình điều chỉnh liều nhưng nhìn chung memantine có ít tác dụng phụ hơn các thuốc kháng cholinesterase.

2. Điều trị các rối loạn về hành vi

2.1. Thay đổi môi trường sống

- Xác định các yếu tố khởi phát
- Chiến lược tái định hướng
- Đảm bảo tiếp nhận thông tin (ví dụ dùng kính, máy trợ thính..)
- Các chiến lược quản lý hành vi nhưng vẫn tôn trọng nhu cầu kiểm soát của bệnh nhân cũng như đảm bảo sự không bị phụ thuộc (công bố cho bệnh nhân biết ý định, hướng dẫn bước đơn...)
- Tăng cường hoạt động thể lực, xã hội, hội tưởng
- Giảm nỗi đau đón của bệnh nhân
- Giảm gánh nặng của người chăm sóc
- Làm chậm việc phải nhập viện, nhà dưỡng lão
- Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân

2.2. Điều trị trầm cảm

- Nhận biết các biểu hiện của trầm cảm như kích thích, hoặc thờ ơ, cách ly mọi người
- Cho phép bệnh nhân lựa chọn và kiểm soát
- Phát hiện những hoạt động ưa thích của bệnh nhân (hát những bài ca cũ, thú nuôi,...)
- Tăng cường nhận thức (ví dụ dùng Aricept)
- Cân nhắc Ritalin với các trường hợp thờ ơ, chán ăn

2.3. Điều trị tình trạng kích động, bạo lực

- Xác định các yếu tố khởi phát nếu được
- Tối ưu hoá giao tiếp với bệnh nhân
- Thay đổi môi trường sống
- Điều trị thuốc nhằm vào các nguyên nhân (thuốc chống động kinh, chống trầm cảm, thuốc bình ổn khí sắc, chẹn beta, buspirone, trazodone)

2.4. Điều trị loạn thần

- Phát hiện các triệu chứng hoang tưởng

- Cho các thuốc chống loạn thần cổ điển như chlorpromazine, haloperidol
- Hoặc các thuốc thế hệ mới như olanzapine, quetiapine, risperidone

2.5. Điều trị mất ngủ

- Vệ sinh giấc ngủ (tránh cà phê,...)
- Điều trị các rối loạn tâm thần hoặc bệnh nội khoa
- Các biện pháp sinh lý: melatonin, sữa ấm, dầu lavender
- Các thuốc: Benadryl, benzos, thuốc chống trầm cảm an thần, thuốc chống loạn thần (lưu ý tất cả các thuốc này có thể làm nặng thêm giảm trí nhớ và lú lẫn)
- Điều trị bằng ánh sáng (Light Therapy): nhằm lập lại nhịp ngày đêm một cách tự nhiên

3. Các thuốc bảo vệ thần kinh

3.1. Chiến lược về dinh dưỡng

- Vitamin E (chống gốc tự do)
- Giảm sản xuất homocysteine (folate, B6, B12)
- Beta-carotene – Nghiên cứu Physician’s Health Study II thấy dùng beta carotene 50 mg hàng ngày trong hai thập kỷ có tác dụng bảo vệ chống suy giảm nhận thức.
- Gingko (chống gốc tự do)
- Cerebrolysin
- Resveratrol (có trong rượu vang đỏ)

3.2. Estrogen

- Nhiều nghiên cứu cho thấy điều trị thay thế hormone có tác dụng không rõ ràng trong việc làm chậm sự khởi phát bệnh Alzheimer ở một số phụ nữ.
- Điều trị sớm thì kết quả tốt hơn
- Progesterone có thể có hại

3.3. Statins

- Lovastatin (Mevacor), pravastatin (Pravachol), simvastatin (Zocor), atorvastatin (Lipitor)...
- Có thể có tác dụng ngăn ngừa sự lắng đọng amyloid trong não thông qua việc ngăn chặn hình thành cholesterol
- Các bằng chứng về hiệu quả còn tranh cãi, tuy nhiên mới chỉ có các nghiên cứu sử dụng statin trong thời gian ngắn
- Không chắc tất cả các statin có tác dụng như nhau

3.4. Tăng cường hoạt động thể lực và hoạt động xã hội

4. Hướng điều trị trong tương lai

4.1. Chiến lược ngăn cản hình thành amyloid bất thường

- Hầu hết các đột biến gen gây bệnh Alzheimer đều tác động đến quá trình sinh amyloid. Các mảng lão hoá chứa các đoạn beta amyloid bất thường
- Can thiệp vào các con đường enzyme gây sản xuất các loại amyloid bất thường (ức chế beta hoặc gamma secretase)
- Tăng cường hệ thống alpha secretase để sản xuất các amyloid bình thường
- Ngăn cản sự lắng đọng amyloid (các thuốc chống viêm không steroid có thể tác động qua khâu này)
- Thay đổi kiểu hiện của các gen bất thường
- Tác dụng giống AGA (glycosaminoglycans) – Alzhemed – ngăn cản sự hình thành các đoạn amyloid không hoà tan

4.2. Chiến lược phá huỷ các mảng amyloid đã hình thành

- Tiêm phòng vắc xin: Vắc xin AN-1792 đang được thử nghiệm. Đây là một đoạn protein amyloid có thể sinh kháng thể gắn với các mảng và hoạt hoá quá trình phá huỷ microglial. Thử nghiệm phải ngừng vì tỷ lệ biến chứng cao của viêm não màng não
- “Phá huỷ các mảng amyloid”
- Thuốc Alzhemed ngăn cản các đoạn beta amyloid không tạo thành các sợi
- Clioquiol ức chế ion kẽm và đồng không cho gắn vào beta amyloid, do đó giúp việc hoà tan và ngăn cản việc hình thành mảng.
- Transthyretin ngăn cản các tác dụng gây độc tế bào

4.3. Tạo tổ chức mới

- Sinh tế bào thần kinh (Stem cell)
- Cấy ghép thần kinh

4.4. Vấn đề người chăm sóc

- Người chăm sóc bệnh nhân Alzheimer trung bình dành từ 69-100 giờ một tuần để chăm sóc bệnh nhân
- Những người chăm sóc bệnh nhân SSTT hay bị ốm hơn so với người khác: đi khám bệnh tăng 46%, dùng nhiều thuốc hơn (70%), thường phải nhập bệnh viện hơn
- Hơn 50% có nguy cơ bị trầm cảm biểu hiện lâm sàng
- Giáo dục và hỗ trợ người chăm sóc. Người chăm sóc phải:
- Khuyến khích tính độc lập của bệnh nhân, đồng thời vẫn đảm bảo an toàn
- Hỗ trợ bệnh nhân, nhưng chỉ khi cần thiết
- Học cách thoả hiệp với bệnh nhân
- Xây dựng kế hoạch chia sẻ các hoạt động
- Thiết lập mạng hỗ trợ, mời các gia đình khác có liên quan
- Tự nâng cao kiến thức.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn một đáp án đúng trong các đáp án sau:

Câu 1: Cơ chế bệnh ĐTĐ typ 1 là gì?

- A. Tế bào β bị phá hủy do nguyên nhân miễn dịch hoặc vô căn dẫn tới thiếu insulin hoàn toàn.
- B. Tế bào alpha bị phá hủy do nguyên nhân miễn dịch hoặc vô căn dẫn tới thiếu insulin hoàn toàn.
- C. Tế bào D bị phá hủy do nguyên nhân miễn dịch hoặc vô căn dẫn tới thiếu insulin hoàn toàn.
- D. Người béo phì, mắc các bệnh mạn tính.

Câu 2: Đặc điểm bệnh ĐTĐ typ 1?

- A. Bệnh thường khởi phát đột ngột, rầm rộ với các triệu chứng cổ điển. Phải điều trị bằng insulin.
- B. Triệu chứng thường nghèo nàn, diễn biến trong thời gian dài, yếu tố gia đình rõ..
- C. Điều trị thuốc viên có hiệu quả..
- D. Chỉ cần điều chỉnh chế độ ăn.

Câu 3: Đặc điểm bệnh ĐTĐ typ 2?

- A. ĐTĐ typ 2 đặc trưng là kháng insulin kèm theo thiếu hụt insulin tương đối.
- B. Tế bào beta bị phá hủy do nguyên nhân miễn dịch hoặc vô căn dẫn tới thiếu insulin hoàn toàn.
- C. Tế bào D bị phá hủy do nguyên nhân miễn dịch hoặc vô căn dẫn tới thiếu insulin hoàn toàn.
- D. Người trẻ, mắc các bệnh mạn tính.

Câu 4: Đặc điểm bệnh ĐTĐ typ 2?

- A. Triệu chứng thường nghèo nàn, diễn biến trong thời gian dài, yếu tố gia đình rõ.
- B. Bệnh thường khởi phát đột ngột, rầm rộ với các triệu chứng cổ điển. Phải điều trị bằng insulin..
- C. Tế bào β bị phá hủy do nguyên nhân miễn dịch hoặc vô căn dẫn tới thiếu insulin hoàn toàn.
- D. Phải điều trị bằng insulin.

Câu 5: Mục tiêu và nguyên tắc của điều trị tăng huyết áp?

- A. Cố gắng hạ huyết áp thật nhanh cho người bệnh để tránh các biến chứng.

- B. Không cần thiết phải theo dõi sát người bệnh.
- C. THA là bệnh mạn tính cần theo dõi sát, điều trị hàng ngày đúng, đủ, cần điều trị lâu dài.
- D. Điều trị tăng huyết áp là đưa huyết áp về giới hạn $< 110/70$ mmHg.

Câu 6: Mục tiêu và nguyên tắc của điều trị tăng huyết áp?

- A. Không hạ HA quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu cơ quan đích.
- B. Điều trị tăng huyết áp là đưa huyết áp về giới hạn $< 110/70$ mmHg.
- C. Không cần thiết phải theo dõi sát người bệnh.
- D. Cố gắng hạ huyết áp thật nhanh cho người bệnh để tránh các biến chứng.

Câu 7: Điều trị thoái hóa khớp?

- A. Tư vấn mổ sớm.
- B. Nên đến các phòng khám tư tiêm khớp sớm.
- C. Vật lý trị liệu: thường chỉ định xoa bóp và các biện pháp dùng nhiệt lượng giúp giảm đau, duy trì dinh dưỡng cho cơ cạnh khớp và có thể sửa chữa tư thế xấu.
- D. Chỉ điều trị bằng vật lý trị liệu.

Câu 8: Biện pháp tập thể dục tốt nhất cho cơ xương khớp là gì?

- A. Tập Gym.
- B. Bơi.
- C. Đá bóng.
- D. Kéo co.

Câu 9: Hướng điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là gì?

- A. Thở oxy liên tục.
- B. Ưu tiên thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài, dạng phun hít khí dung.
- C. Thở oxy ngắt quãng.
- D. Tập thở, không cần dùng thuốc.

Câu 10: Hướng xử trí cơn hen trung bình?

- A. Phải cho thở oxy ngay.
- B. Hướng dẫn chế độ tập thở, chưa cần dùng thuốc.
- C. Tiêm kháng sinh liều cao ngay.

D. Thuốc giãn phế quản dạng khí dung: 3-6 lần/ngày và dùng kháng sinh nếu có bội nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học*
2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” **do Dự án HPET** biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.

BÀI 23

KHÁM THAI – QUẢN LÝ THAI NGHÉN – CHĂM SÓC THAI NGHÉN

Mục tiêu

1. Trình bày và phân tích được ý nghĩa các bước khám thai?
2. Trình bày được các nội dung chăm sóc trước thụ thai? Chăm sóc trước sinh (trong thai kỳ)
3. Phát hiện yếu tố nguy cơ để tư vấn, tiên lượng và chuyển tuyến kịp thời
4. Vận dụng các bước khám thai để chăm sóc và quản lý thai nghén
5. Thực hành khám thai và bài tập mô phỏng về quản lý và chăm sóc thai nghén

KHÁM THAI

Trong quá trình mang thai, vệ sinh thai nghén là công việc của thai phụ phải thực hiện hằng ngày. Bên cạnh đó, khám thai và quản lý thai nghén là công việc của người cán bộ y tế. Một thai phụ từ khi có thai cho đến khi đẻ phải khám tối thiểu được 3 lần (vào 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối của thời kỳ thai nghén) ngoài những lần có dấu hiệu bất thường. Nhưng người cán bộ y tế nên khuyên thai phụ 3 tháng cuối nên khám mỗi thang 1 lần.

Khám thai và quản lý thai nghén là một vấn đề hết sức quan trọng của thai phụ. Mục đích của việc khám thai và quản lý thai nghén là nhằm hạn chế những tai biến có thể xảy ra cho mẹ và con trong suốt thời kỳ mang thai.

1.Trình tự các bước khám thai chung

1.1.Hỏi

- Bản thân (tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, dân tộc, trình độ văn hoá, điều kiện sống).
- Gia đình, hôn nhân.
- Kinh nguyệt (tiền sử kinh nguyệt, kinh cuối cùng).
- Tiền sử các bệnh toàn thân.
- Tiền sử sản, phụ khoa.
- Các biện pháp tránh thai đã dùng.
- Hỏi về lần có thai này: thai máy, có những phản nản gì không?

1.2. Khám toàn thân: đo chiều cao, cân nặng, mạch, huyết áp, khám bướu giáp, nghe tim phổi, khám da, niêm mạc, phù, khám vùng thận, phản xạ gân xương...).

1.3. Khám sản khoa: nắn bụng tìm đáy tử cung, các cực của thai, đo chiều cao tử cung, vòng bụng, nghe tim thai....

1.4. Xét nghiệm: thử protein niệu, công thức máu (Hb, Hct), HIV, giang mai, HbSAg, đường máu....

1.5. Tiêm phòng uốn ván: tiêm vào quý II của thời kỳ thai nghén, tiêm 2 mũi cách nhau một tháng, tốt nhất là mũi tiêm nhắc lại phải trước ngày sinh dự đoán 4 tuần, nếu không cũng phải ít nhất là trên 2 tuần mới có hiệu quả.

1.6. Cung cấp viên sắt, Acid folic. Thuốc phòng sốt rét (nếu ở vùng có sốt rét lưu hành).

1.7. Giáo dục vệ sinh thai nghén.

1.8. Điền vào sổ, ghi phiếu, điền bảng và hộp quản lý thai.

1.9. Thông báo kết quả khám, hẹn khám lại, dẫn dò đến cơ sở y tế gần nhất nếu có dấu hiệu bất thường: nhức đầu, hoa mắt, co giật, chảy máu...

2. Thăm khám thai trong 3 tháng đầu

Thăm khám trong 3 tháng đầu nhằm xác định chẩn đoán:

- Có thai hay không.
- Thai bình thường hay thai bệnh lý.

Muốn vậy phải tiến hành các bước sau:

2.1. Hỏi

- Ngày đầu của kỳ kinh cuối cùng: để xác định có phải có thai hay không, xác định tuổi thai và dự đoán được ngày đẻ.
- Tuổi thai phụ: có ý nghĩa quan trọng đối với người có thai lần đầu.
- Tiền sử sản khoa (PARA): số lần có thai, diễn biến của các lần có thai đó để tiên lượng cho lần mang thai này.
- Các bệnh tật nội ngoại khoa đã mắc phải, đặc biệt là các bệnh tim, phổi, gan, thận để đặt vấn đề xử lý kịp thời nếu thai phát triển có khả năng đe dọa tính mạng người mẹ.

2.2. Thăm khám

Trong thời gian này thường tránh thăm khám âm đạo vì dễ gây động thai.

2.3 Khám toàn thân

- Đo huyết áp, cân nặng thai phụ, thử nước tiểu tìm protein niệu và đường niệu.
- Nhìn dáng đi của thai phụ để xem khung chậu có vẹo, lệch không.
- Khám tim, phổi.

Sau khi thăm khám kỹ lưỡng thai phụ, phải ghi kết quả khám vào phiếu theo dõi thai, giao cho thai phụ giữ và nhắc cho thai phụ mỗi lần đến khám thai cần mang theo phiếu để tiện đối chiếu lần khám sau với kết quả những lần khám trước.

2.3.1. Đo huyết áp

Đo huyết áp tối đa và tối thiểu để xem có sự thay đổi huyết áp trong khi có thai không. Nếu huyết áp tối đa trên 140 mmHg, tối thiểu trên 90mmHg là cao huyết áp. Nếu biết số đo huyết áp của thai phụ trước khi có thai thì phải coi là bệnh lý khi số tối đa tăng trên 30mmHg và tối thiểu tăng trên 15mmHg.

2.3.2. Cân

Mỗi lần khám đều phải cân và theo dõi sự phát triển của thai. Bình thường trong 9 tháng có thai thai phụ tăng từ 10 đến 12 kg, nếu tăng nhiều phải xem có hội chứng

protein niệu và phù ần không. Nếu tăng ít phải xem tình trạng suy nhược của cơ thể mẹ.

2.3.3. Xét nghiệm nước tiểu tìm protein

Tất cả các thai phụ đến khám đều phải thử protein trong nước tiểu nhằm phát hiện sớm nhiễm độc thai nghén. Thông thường ta làm định tính protein trong nước tiểu, nếu cần thiết thì làm định lượng.

3. Thăm khám trong 3 tháng giữa

3.1. Hỏi

- Hỏi thời gian thai máy nếu thăm khám từ tháng thứ 4.
- Hỏi về các dấu hiệu khó chịu mà thai phụ cảm thấy khó chịu như ra khí hư nhiều, đau vùng hông, giãn tĩnh mạch, phù chi dưới.

Tất cả những bất thường này phải được ghi lại và điều trị kịp thời.

3.2. Khám toàn thân

Phát hiện phù, protein niệu, cao huyết áp. Nếu không đo huyết áp trước khi có thai thì phải lấy giới hạn huyết áp bình thường là 140/90 mmHg, nếu trên con số này phải coi là cao huyết áp.

Thử nước tiểu tìm protein niệu và đường. Việc kiểm tra cân nặng, huyết áp và tìm protein trong nước tiểu là điều quan trọng, mục đích là để sớm phát hiện một số bệnh lý trong thời kỳ có thai như bệnh lý nhiễm độc thai nghén...

3.3. Khám sản khoa

Đo chiều cao tử cung và vòng bụng để đánh giá sự phát triển của thai, nắn bụng để biết ngôi đã thuận hay chưa thuận.

4. Thăm khám trong 3 tháng cuối

Trong 3 tháng cuối thăm khám rất quan trọng để tiên lượng cuộc đẻ sắp tới.

Về phía thai phụ: phải khám xét kỹ hơn để phát hiện bệnh tiền sản giật – sản giật qua việc đo huyết áp, thử nước tiểu và cân nặng. Phải đo khung chậu, chú ý xem các đường kính có hẹp không, đặc biệt là khung chậu có méo có lệch không thì phải chú ý tìm các di chứng còi xương.

Về phía thai: phải đo chiều cao tử cung, vòng bụng. Khi thai đủ tháng chiều cao tử cung là 32cm, nhưng chiều cao tử cung không cho ta một nhận định chắc chắn về khối lượng thực sự của thai, mà chỉ là tương đối, vì có những yếu tố có thể làm thay đổi chiều cao tử cung như nước ối nhiều hay ít, vị trí của thai, tư thế tử cung.

Ngoài ra phải nắn bụng để xác định ngôi thế, lượng nước ối, đánh giá độ lọt của thai nhi và xác định ngày đẻ.

Nghe tim thai: thường tim thai đều rõ 140 lần/phút.

Những kết quả khám được cho phép tiên lượng cuộc đẻ, nhưng nếu thai phụ có mắc một số bệnh lý như tiền sản giật, ngôi bất thường... thì phải hẹn ngày khám lại hoặc cho vào viện điều trị và theo dõi để đề phòng các tai biến có thể xảy ra.

QUẢN LÝ THAI NGHÉN

Các vật liệu để quản lý thai nghén:

- Phiếu khám thai
- Sổ khám thai
- Bảng quản lý thai sản
- Phiếu hẹn

1. Phiếu khám thai

Phiếu khám thai là một công cụ vừa giúp chăm sóc trước đẻ, trong đẻ, sau đẻ và giữa hai kỳ mang thai. Phiếu khám thai không chỉ có tác dụng trong một lần mang thai mà còn dùng trong suốt tuổi sinh sản.

1.1. Nội dung của phiếu khám thai

- Phần hành chính, bản thân của người khám thai.
- Tiền sử sản khoa của người có thai.
- Quá trình chăm sóc thai hiện tại.

1.2. Cách sử dụng

- Chú ý:
- + Mỗi phiếu khám chỉ dùng cho một lần mang thai.
- + Khi sử dụng phiếu cần ghi rõ họ tên, chức vụ của người theo dõi và lập phiếu.

1.2.1. Phần hành chính

- Ghi các yếu tố về bản thân:
- + Họ và tên
- + Ngày tháng năm sinh
- + Trình độ văn hóa
- + Dân tộc
- + Họ và tên chồng
- + Tiêm phòng uốn ván: số lần tiêm, ngày tiêm
- Ghi số đăng ký
- Ngày lập phiếu: ghi ngày tháng năm dương lịch
- Chiều cao: phải ghi rõ theo đơn vị cm
- Tuổi khi có thai
- Địa chỉ

1.2.2. Tiền sử sản khoa

- Số lần đã đẻ. Nếu đã đẻ 2 lần thì phải ghi 2 cạnh số lần đã đẻ, sau đó mới đánh dấu X vào ô 1 3.
- Ở các ô tiếp theo, tùy có hay không yếu tố đó mà đánh dấu X vào ô tương ứng. Các yếu tố đó là:

- + Kỳ thai vừa qua bị sẩy không?
- + Sản giật
- + Chảy máu trước sinh
- + Băng huyết
- + Sinh bất thường (đẻ khó)
- + Mô tử cung
- + Mô lấy thai
- + Đẻ con dưới 2500gram
- + Con chết tuần đầu sau đẻ
- + Tiền sử bệnh tật. Tên bệnh nếu có.

1.2.3. Phần chăm sóc thai nghén hiện tại

- Ngày kinh cuối cùng: là mốc quan trọng để tính tuổi thai và dự kiến ngày đẻ, không nhớ ngày kinh cuối cùng cũng là một yếu tố nguy cơ.
- Có thai lần thứ mấy, kể cả những lần đã đẻ, nạo, sẩy với lần thai này.
- Đẻ lần thứ mấy, không tính lần sẩy, nạo.
- Phần này được dùng để đánh giá cho 5 lần khám thai: 3 tháng đầu 1 lần, 3 tháng giữa 1 lần, 3 tháng cuối mỗi tháng một lần.
- Các yếu tố dùng để đánh giá trong phần này gồm:
 - + Cân nặng của mẹ
 - + Chiều cao tử cung
 - + Tim thai: đánh giá sau tuần thứ 20
 - + Ngôi thai: đánh giá từ tuần thứ 28
 - + Huyết áp
 - + Phù
 - + Da xanh
 - + Chảy máu âm đạo
 - + Protein niệu

2. Sổ khám thai

Đây là công cụ không thể thiếu của quản lý thai nghén. Qua sổ khám thai này, người cán bộ y tế có thể quản lý tốt tình trạng sức khỏe của bà mẹ khi mang thai và bên cạnh đó có thể đánh giá chất lượng quản lý thai nghén của mình.

Mẫu sổ khám thai:

1. Số thứ tự	18. Ngày tiêm uốn ván
2. Họ và tên	19. Uống viên sắt
3. Tuổi	20. Tuổi thai

4. Địa chỉ	21. Chiều cao tử cung
5. Nghề nghiệp	22. Vòng bụng
6. Lần có thai	23. Tim thai
7. Ngày khám thai	24. Ngôi thai
8. Số lần khám	25. Tiên lượng
9. Kinh cuối cùng	26. Người khám
10. Ngày dự kiến sinh	27. Ghi chú
11. Tiền sử bệnh lý	
12. Cân nặng	
13. Chiều cao	
14. Khung chậu	
15. Huyết áp	
16. Phù	
17. Protein niệu	

3. Bảng theo dõi và quản lý thai sản

Bảng theo dõi và quản lý thai nghén là một bảng lớn treo tường có gắn các nhãn ghi thông tin cần thiết về thai phụ theo tháng dự kiến đẻ. Nhãn ghi được gọi là con tôm.

3.1. Chất liệu và phương tiện

- Bảng trắng: chiều dài ít nhất là 150cm, chiều cao ít nhất là 120cm hoặc dùng giấy trắng khổ to ghép thành bảng theo kích thước cần thiết.
- Bút viết bảng: loại không xóa được để ghi các cho tiết cố định và loại xóa được để ghi các chi tiết diễn biến.
- “Tôm” theo dõi thai: kích thước tùy theo bảng. Nếu bảng 150x 120cm thì tôm có thể 8x12 cm.

3.2. Cách làm bảng

- Bảng có 13 cột dọc, cột đầu là địa chỉ (thôn, xóm, tổ sản xuất) 12 cột sau là tháng ghi từ tháng 1 đến tháng 12.
- Hàng ngang, mỗi thôn một hàng
- Dưới các thôn là ô cộng tháng để xem trong xã có bao nhiêu người dự kiến sinh.
- Hàng dưới cùng là hàng sau đẻ. Sau khi đã sinh, tôm ở phần quản lý thao được bóc ra và chuyển xuống ô này để theo dõi và chăm sóc sau đẻ.

Ví dụ:

Bảng theo dõi và quản lý thai

Xã:.....

Năm:.....

Tháng	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Thôn												
A												
B												
C												
D												
E												
Tổng số												
Sau đẻ												

3.3. Cách làm tôm

- Tốt nhất dùng giấy tự dán, bóc mặt sau là có thể dính ngay vào bảng.
- Kích thước tôm to nhỏ và lượng thông tin ghi trên tôm tùy theo kích thước của bảng Quản lý thai sản, tối thiểu bao gồm:
 - + Họ và tên thai phụ
 - + Tuổi
 - + Tiền sử thai nghén: PARA
 - + Sổ đăng ký thai: để liên hệ với sổ và phiếu khám thai.
 - + Ngày đầu kỳ kinh cuối
 - + Ngày dự kiến đẻ
- Màu sắc của tôm để phân biệt số lần sinh con như sau:
 - + Tôm xanh là con so
 - + Tôm vàng là đẻ lần thứ 2
 - + Tôm đỏ là đẻ lần thứ 3 trở lên
- Đối với những trường hợp có nguy cơ cao đánh thêm dấu hoa thị (*) vào bên phải của tôm.
- Tôm được làm ngay khi đăng ký thai và dán vào ô tương ứng của tháng dự kiến sinh. Chỉ bóc tôm đi khi đã sinh.

CHĂM SÓC THAI NGHÉN

1. Mục đích

- Giảm các dị tật, các bệnh lý có thể phòng ngừa được ở trẻ sơ sinh.
- Phát hiện sớm các bất thường ở thai nhi để có thể can thiệp, cải thiện dự hậu hay hậu quả lên thai nhi.
- Chăm sóc sức khỏe cho thai phụ tốt hơn, dự phòng hoặc phát hiện sớm các bệnh lý của mẹ.

- Giảm các biến chứng do thai, các tai biến do sinh đẻ ở người mẹ.
- Tạo cho cha mẹ có sự chủ động trong việc mang thai, chăm sóc thai, chuẩn bị sinh một cách tốt nhất.
- Chuẩn bị cho hai vợ chồng và gia đình tâm lý đón nhận thành viên mới trong gia đình.

2. Chăm sóc trước thụ thai

Có một số dị tật, bệnh lý có thể ngăn ngừa được nếu can thiệp sớm ở giai đoạn trước khi mang thai như dị tật ống thần kinh, ảnh hưởng của nhiễm Rubella, viêm gan siêu vi B, đái tháo đường của mẹ trên thai nhi... một số các bệnh lý ở thai nhi có thể phòng ngừa trong giai đoạn trước mang thai:

- Khiếm khuyết ống thần kinh (thai vô sọ - anencephaly, gai sống chẻ đôi – spina bifida, thoát vị não – encephalocele, thoát vị tủy sống – meningocephalocele...) có thể phòng ngừa hoặc giảm thiểu bằng cách bổ sung acid folic trước khi mang thai. Trong quá trình phát triển phôi thai, hệ thần kinh của thai nhi được hình thành rất sớm, ống sống của thai nhi được đóng lại trong khoảng 28 ngày sau thụ thai (6 tuần tuổi thai kỳ). Do đó những trục trặc xuất hiện trong giai đoạn này sẽ dẫn đến hậu quả khiếm khuyết ống thần kinh, Folic acid và folate là vitamin B9, có vai trò quan trọng trong việc tổng hợp nucleic acid, hồng cầu, duy trì sự phát triển của phôi thai, bánh nhau.

- Chích ngừa Rubella trong tuổi sinh đẻ, hay chậm nhất trước mang thai 1 tháng để phòng ngừa nhiễm Rubella cấp tính khi mang thai. Ở Hoa Kỳ, chích ngừa Rubella thường qui đã tiến hành được 25 năm nên hiện nay bệnh Rubella bẩm sinh rất hiếm.

Kiểm tra sức khỏe của người phụ nữ trước khi mang thai để có lời khuyên thích hợp về việc mang thai

- Các bệnh mạn tính: đái tháo đường, cường giáp, tăng huyết áp, bệnh tim... nếu có đều nên được điều trị bình ổn và có sự kiểm soát của bác sĩ chuyên khoa về cách điều trị trước và trong khi mang thai.

- Phát hiện các bệnh lý có thể ảnh hưởng đến thai kỳ như viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung... hoặc các bệnh có thể diễn tiến nặng hơn nếu mang thai như bệnh tim, ung thư.

- Ngưng các loại thuốc có thể là yếu tố nguy cơ cho thai: thuốc ngừa thai, thuốc hạ huyết áp nhóm ức chế men chuyển...

- Tầm soát các bệnh có thể di truyền ở các cặp vợ chồng có nguy cơ: chính họ hoặc gia đình có người bị các bệnh tật bẩm sinh như hội chứng Down, dị tật tim, sút môi, chẻ vòm hầu, thalassemie, chậm phát triển tâm thần không rõ nguyên nhân

Lý tưởng thì tất cả mọi phụ nữ cần biết các thông tin này trước khi mang thai, nhất là các đối tượng có nguy cơ. Nhưng thực tế vì tỷ lệ các bệnh trên khá thấp nên chưa được mọi phụ nữ chú ý. Nên đưa các thông tin này vào các chương trình truyền thông đại chúng. Khi cần tư vấn chuyên sâu thì các bác sĩ gia đình, bác sĩ nội khoa, bác sĩ sản phụ khoa, bác sĩ hay chuyên gia di truyền học là người tham vấn tốt nhất.

Các việc cần làm để chăm sóc trước có thai

- Tìm hiểu tiền sử gia đình của cặp vợ chồng có ai bị bệnh di truyền, bệnh mạn tính có tính gia đình không.
- Tìm hiểu tiền sử bản thân hai vợ chồng có bệnh mạn tính, có nguy cơ lây truyền không. Tiền căn sản khoa có hư thai tự nhiên, thai lưu, thai bất thường... không.
- Khám tổng quát, đánh giá tình trạng sức khỏe; Tìm các bệnh: tăng huyết áp, bệnh tim, đái tháo đường, bệnh máy, bệnh mô liên kết, u buồng trứng, ung thư... hoặc các yếu tố nguy cơ có khi có thai như dư cân, thiếu cân, béo phì,...
- Các xét nghiệm có thể cần làm: Hematoerit, Hb, nhóm máu, yếu tố Rh, kháng thể kháng Rubella, HBsAg, HIV, PAP'S, khám vú, siêu âm vú, nhũ ảnh nếu cần.
- Điều trị các bệnh đang có, chích ngừa một số bệnh: Rubella, viêm gan siêu vi B,...
- Điều chỉnh chế độ dinh dưỡng: đạt cân nặng cần thiết để có BMI bình thường trước khi mang thai, giảm cân ở người béo phì. Càng ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy cân nặng trước khi mang thai quan trọng hơn việc tăng cân trong thai kỳ. Người nhẹ cân khi mang thai sẽ tăng nguy cơ sinh non, con nhẹ cân. Tuy nhiên họ cũng giảm nguy cơ sinh con to, tăng huyết áp trong thai kỳ. Người béo phì bị tăng nguy cơ sảy thai, dị tật bẩm sinh (ở ống thần kinh, tim, hệ tiêu hóa...), tăng huyết áp, đái tháo đường, con to dẫn đến tăng mổ lấy thai... và nhiều bệnh khác. Những phụ nữ bị tăng huyết áp mạn có nguy cơ thai chậm tăng trưởng trong tử cung.
- Bổ sung folic acid 0,4mg/ngày cho người thiếu chất này hoặc bổ sung thường qui cho tất cả mọi người bằng thực phẩm bổ sung: sữa cho người có thai, viên đa sinh tố, bột ngũ cốc được tinh chế có đủ hàm lượng folic acid cần thiết. Sử dụng các thực phẩm, rau, trái cây giàu folic acid và folate như ngũ cốc tinh luyện, rau xanh đậm, trái cây có màu cam, đỏ đậm. Riêng các phụ nữ có nguy cơ thai nhi dị tật cao (tiền sử đã có lần thai bị khiếm khuyết ống thần kinh) có thể phòng ngừa với liều cao hơn – 4mg/ngày. Với nhóm này cần lưu ý khả năng thiếu máu do thiếu B12 có thể bị che lấp. Việc bổ sung folic acid cần bắt đầu ít nhất trước khi có thai 1 tháng và duy trì trong 3 tháng đầu thai kỳ.

Cung cấp các kiến thức cần thiết cho việc chăm sóc toàn diện trong thai kỳ, trước khi sinh, lúc sinh và sau sinh:

Các yếu tố nguy cơ có khả năng gây trục trặc trong thai kỳ cần được cảnh báo cho bệnh nhân: ví dụ tuổi mẹ trên 35 làm tăng nguy cơ thai bị hội chứng Down, cũng như tăng nguy cơ các bệnh lý hay các biến chứng khác như tăng huyết áp, tiền sản giật, đái tháo đường, sảy thai, đẻ non... Hiện nay sức khỏe tâm thần, như các vấn đề trầm cảm trong lúc mang thai hoặc sau sanh cũng đang được chú ý.

3. Chẩn đoán thai nghén

3.1. Chẩn đoán thai nghén 4,5 tháng đầu

- Tất kinh: Trên một người phụ nữ khỏe mạnh, có kinh nguyệt đều và có quan hệ tình dục. Đây là dấu hiệu đáng tin cậy hay gần như chắc chắn để chẩn đoán
- Có dấu hiệu nghén: Chán ăn, thích ăn những thức ăn lạ, bồn nôn hoặc nôn, thay đổi về thần kinh như dễ bị kích thích, cáu gắt, tính tình thay đổi...

- Thay đổi ở da và niêm mạc: Xuất hiện những vết nâu sẫm ở 2 gò má, đường trắng giữa bụng và những vết rạn. ở đùi, bụng.
- Thay đổi ở vú: Hai vú cương to, quầng vú thâm, hạt Montgomery nổi rõ.
- Có thể sờ thấy tử cung trên xương mu(từ 2 tháng trở lên).
- Khám trong:
 - + Niêm mạc âm đạo tím
 - + Cổ tử cung mềm, tím.
 - + Thân tử cung to, mềm, kích thích có cơn co: Dấu hiệu Noble(+), dấu hiệu Hegar(+)
- Làm phản ứng sinh vật hay miễn dịch phát hiện HCG có trong nước tiểu của người phụ nữ có thai.
- Hiện nay thử phản ứng chẩn đoán thai sớm: HCG vitest hay Quickstick test(+), xét nghiệm huyết thanh β hCG
- Siêu âm: Phát hiện hình ảnh túi ối, tim thai.

3.2. Chẩn đoán thai nghén 4,5 tháng sau

Mục đích khám thai bốn tháng cuối để đánh giá sự phát triển của thai, phát hiện những nguy cơ có thể xảy ra ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như tính mạng của thai nhi và người mẹ, để xử trí kịp thời.

- Tất kinh vẫn kéo dài.
- Tử cung ngày càng to lên phù hợp với tuổi thai.
- Các thay đổi sắc tố trên da rõ rệt hơn.
- Thai phụ tự cảm giác thấy thai máy, thai đạp
- Sờ nắn: Sờ thấy các phần của thai nhi như đầu, lưng, các chi và mông. Có thể thấy thai nhi bập bênh trong nước ối.
- Nghe tim thai: Lâm sàng thường nghe rõ tim thai từ tháng thứ 6, nhịp tim thai đều, tần số từ 120- 160 lần/ 1phút, trung bình 140 lần/ phút, khi nghe cần phân biệt với tiếng thổi của động mạch tử cung, tiếng đập của động mạch chủ bụng bằng cách vừa nghe tim thai vừa bắt mạch quay của thai phụ.
- Đo chiều cao tử cung và vòng bụng, ước tính trọng lượng thai nhi theo công thức:

Chiều cao tử cung + Vòng bụng

Trọng lượng thai nhi = ----- x100 ($\pm$ 300g)

4

Cách tính tuổi thai

- Tuổi thai hiện nay được tính theo tuần:
 - + Thai đủ tháng : Từ 38 tuần đến 42 tuần

+ Thai non tháng: Từ 37 tuần trở xuống

+ Thai già tháng : > 42 tuần

- Dựa vào ngày có kinh cuối cùng để tính tuổi thai:

Tuổi thai được tính từ ngày đầu của kì kinh cuối cùng đến khi đến khám, bằng tổng ngày trong các tháng chia cho 7 sẽ ra số tuần

Ví dụ: Thai phụ có kinh cuối cùng ngày 05/ 01/ 2018, đến trạm Y tế khám vào ngày 15/ 05/ 2018. Hãy tính tuổi thai cho thai phụ.

- Nếu không có mốc để tính là ngày có kinh cuối cùng thật, có thể dựa vào siêu âm chiều dài phôi lúc thai được 8 tuần, hoặc tính theo chiều dài đầu-mông trong 3 tháng đầu thai kỳ thì tuổi thai sai lệch khoảng 3 ngày
- Dựa vào chiều cao tử cung: áp dụng cho những thai phụ không nhớ ngày đầu kinh cuối cùng, được tính theo công thức sau:

Chiều cao tử cung

$$T = \frac{\text{Chiều cao tử cung (cm)}}{4} + 1 \quad (T \text{ là tuổi thai theo tháng})$$

Ví dụ: Chiều cao tử cung 12cm, hãy tính tuổi thai

Cách tính như sau: $12/4 + 1 = 4$ (Tháng)

Cách dự tính ngày sinh

Ngày sinh được dự tính theo công thức:

- Ngày có kinh cuối cùng cộng với 7 ngày.
- Tháng có kinh cuối cùng cộng với 9 hoặc trừ đi 3.

Ví dụ: Ngày có kinh cuối cùng của thai phụ là 14/ 01/ 2018, Hãy dự tính ngày sinh cho thai phụ

4. Chăm sóc trước sinh (trong thai kỳ)

- Tuổi thai kỳ (gestational age – GA): tính từ ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối bình thường, với chu kỳ 28 ngày. Như vậy thai kỳ kéo dài 40 tuần, hay tương đương với 280 ngày. Đây là tuổi thai kỳ thường được các bác sĩ sản khoa dùng trên lâm sàng, tính trên siêu âm.
- Phôi thai (embryo): từ lúc thụ tinh đến 8 tuần tuổi thai kỳ.
- Thai nhi (fetus): từ 8 tuần đến lúc sinh.
- Tuổi thai nhi (fetal age, developmental age): tuổi thật của thai nhi, tính từ khi phôi làm tổ, thường dùng trong thụ tinh trong ống nghiệm.
- Tổng lần có thai (gravidity): là toàn bộ số lần có thai (kể cả thai bình thường hay bất thường).
- Tổng lần sinh (parity): là số lần sinh được thai nhi từ 500g trở lên (tương đương với đủ 20 tuần tuổi thai kỳ trở lên), không kể sổng hay chết. Mỗi thai kỳ đa thai đều chỉ tính là một lần sinh.

- Sinh sống (live birth): là tình trạng sinh ra hay đem ra một thai nhi có biểu hiện sống như thở, nhịp tim, dây rốn còn đập... ngay cả khi chưa cắt dây rốn.
- Trẻ dưới 1 tuổi (infant): là một cá thể sinh sống từ lúc sinh cho đến năm 1 tuổi.
- Trẻ non tháng (preterm infant): trẻ được sinh ra khi chưa được 38 tuần thai (259 ngày).
- Sảy thai: khi tổng xuất hay đem ra toàn bộ hay một phần bánh rau hay màng rau có hay không có thai nhi (dù sống hay chết). Nếu có thai nhi thì trọng lượng dưới 500g, hay chưa đủ 20 tuần tuổi thai kỳ (139 ngày).
- Trẻ cực non (immature infant): trọng lượng khi sanh từ 500-1.000g và đủ 20 tuần cho đến chưa đủ 28 tuần tuổi thai kỳ.
- Trẻ non tháng (premature infant): là một thai nhi được sinh ra có trọng lượng từ 1.000-2.500g và tuổi thai kỳ từ 28 tuần đến chưa đủ 37 tuần.
- Trẻ nhẹ cân (low birth weight): trẻ sinh sống có cân nặng nhẹ hơn hay bằng 2.500g.
- Trẻ đủ trưởng thành (mature infant): trẻ sinh sống từ 37 đến 42 tuần tuổi thai kỳ, thường có trọng lượng trên 2.500g.
- Trẻ già tháng (postmature infant): là trẻ đã đủ 42 tuần tuổi thai kỳ trở lên.
- Trẻ to (oversized infant) có cân nặng lúc sinh trên 4.000g (#10% ở Hoa Kỳ); Trẻ quá to khi cân nặng trên 4.500g (#2% ở Hoa Kỳ).
- Khoảng chu sinh (perinatal interval): là một khái niệm quan trọng, vì trong thời kỳ này những stress, những yếu tố rủi ro, nguy hiểm có thể ảnh hưởng trên thai nhi và trực tiếp hay gián tiếp ảnh hưởng đến trẻ trong thời kỳ sơ sinh, tuy nhiên chưa được thống nhất giữa Sản và Nhi. Đây là khoảng cách cuộc sống từ thai nhi đến trẻ sơ sinh, gồm hai giai đoạn: chu sinh I, từ đủ 28 tuần tuổi thai kỳ đến 7 ngày đầu tiên sau sinh; chu sinh II: khoảng rộng hơn, từ 20 tuần tuổi thai kỳ đến 27 ngày sau sinh. Theo thống kê ở Hoa Kỳ năm 1993, số chết chu sinh từ 20 tuần tuổi thai kỳ đến 7 ngày đầu tiên sau sinh bằng số chết trong 40 năm cuộc sống. Khoảng 70% số chết trong năm đầu xảy ra trong 28 ngày đầu sau sinh.
- Khoảng sơ sinh (neonatal interval): giai đoạn từ khi sinh cho đến 28 ngày đầu tiên của cuộc sống. Giai đoạn này được chia làm ba khoảng: sơ sinh I là từ khi sinh cho đến 24 giờ, sơ sinh II là từ giờ thứ 24 đến 7 ngày; sơ sinh III là từ ngày thứ 7 cho đến 28 ngày.
- Tỷ suất sinh (birth rate): số sinh sống trên 1.000 dân.
- Tỷ suất sinh sản (fertility rate): số sinh sống trên 1.000 phụ nữ trong tuổi sinh (15-44 tuổi).

Chăm sóc trước sinh là một hệ thống những công việc đánh giá, theo dõi, chăm sóc thai phụ để đạt được sức khỏe toàn diện tốt nhất cho thai phụ và thai nhi (mẹ và con). Hệ thống này được thiết lập đầu tiên ở Boston (Hoa Kỳ) vào đầu thế kỷ XX do Instructive Nursing Association đề chăm sóc các thai phụ có dự định sinh ở bệnh viện Boston Lying – In. Hệ thống này được các bác sĩ chấp nhận vì đạt được hiệu quả giảm các tai biến sản khoa và ngày càng phát triển. Ngày nay, các nước chú trọng về xây dựng hệ thống phục vụ rộng khắp và đưa các kỹ thuật hiện đại, thực

phẩm, thuốc, các dịch vụ để chăm sóc thai có chất lượng cao, toàn diện. Do vậy có những điểm khác biệt tương đối về các khuyến cáo trong chăm sóc thai ở các nước, ở từng giai đoạn này tùy thuộc vào điều kiện kinh tế, xã hội của các quốc gia.

5. Chẩn đoán tiền sản

Dưới đây là giới thiệu một cách hệ thống các dị tật thường gặp và giới thiệu một số phương pháp giúp sàng lọc trước sinh cho thai nhi

5.1. Rối loạn bẩm sinh và thai

- Bất thường bẩm sinh chỉ những khiếm khuyết về cấu trúc lúc sinh. Dị tật bẩm sinh nặng(những người mất chức năng sống hoặc yêu cầu phẫu thuật lớn) xảy ra ở 2% - 3% trẻ sinh sống và 5% trường hợp có dị tật nhẹ.

- Trong dị tật bẩm sinh, 30 – 40% có một nguyên nhân, bao gồm bất thường NST(0,5% trẻ sinh sống), khiếm khuyết đơn gene (1% số trường hợp sinh), rối loạn đa yếu tố, tiếp xúc chất gây quái thai, 60 – 70% không rõ nguyên nhân.

5.1.1. Phân loại các bất thường nhiễm sắc thể

*** Rối loạn các nhiễm sắc thể thường**

- Trisomy 21 (hội chứng Down)

Đây là rối loạn nhiễm sắc thể thường phổ biến nhất. Tỷ lệ là 1/ 800 trẻ sinh sống nhưng có liên quan chặt chẽ tới tuổi của người mẹ. Tiên lượng lâu dài phụ thuộc vào sự hiện diện của dị tật tim.

- Trisomy 18 (hội chứng Edward) 1/ 3500 ca sinh. Bệnh này thường đặc trưng bởi tình trạng thai chậm phát triển trong tử cung, một động mạch rốn duy nhất, bàn tay co quắp, bàn chân biến dạng đặc thù. Chỉ 10% trường hợp sống sót đến 1 tuổi.

- Trisomy 13 (hội chứng Patau) 1/ 5000 ca sinh. Thai chậm tăng trưởng trong tử cung với biểu hiện hở hàm ếch, bất thường ở mắt, dư ngón tay. Chỉ có < 3% sống đến 3 tuổi.

- 5p- (mất đoạn trong nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 5) (hội chứng mèo kêu) 1/ 20000 ca sinh. Mặt tròn, có các nếp gấp hình rẽ quạt, không có khả năng học tập, khóc ré, đơn điệu như tiếng mèo. Khả năng sống thay đổi tùy trường hợp.

*** Rối loạn nhiễm sắc thể giới tính**

- 47, XXY (hội chứng Klinefelter). Rối loạn nhiễm sắc thể phổ biến nhất, 1/ 500 ca sinh. Kiểu hình nam nhưng có phân bố mỡ và phát triển vú giống nữ. Lông mu và nách bình thường. Nguy cơ ung thư vú tăng 20 lần. Thường vô sinh.

- 45,X(hội chứng Turner) 1/ 2500 trẻ sinh sống(nhưng khoảng 25% sảy thai sớm). Nữ lùn với cổ có màng, vô kinh nguyên phát, bất thường tại thận, dị tật tim (hẹp động mạch chủ), vô sinh.

- 47, XYY 1/800 tất cả các trường hợp sinh. Nam cao với cơ quan sinh dục và nồng độ testosterone bình thường, nhưng trí tuệ kém phát triển. Khả năng sinh sản bình thường.

5.1.2. Phân loại các rối loạn di truyền

* Đột biến gene trội trên nhiễm sắc thể thường (70%)

Kế thừa từ bố hoặc mẹ hoặc một đột biến mới

Ví dụ: bệnh Huntington, u sợi thần kinh, chứng loạn sản sụn, hội chứng Marfan...

* Đột biến gene lặn trên nhiễm sắc thể thường (20%)

Sàng lọc di truyền khó khăn do nhiều đột biến khác nhau có thể dẫn đến rối loạn lâm sàng giống nhau

Ví dụ: Bệnh hồng cầu hình liềm (tỷ lệ người châu Phi mang gene là 1/10), xơ nang (1/20 ở người da trắng), bệnh Tay – Sachs(1/ 30 ở người Do Thái), β - thalassemia (1/25 phụ nữ ở Địa Trung Hải)

* Đột biến gene lặn liên kết với nhiễm sắc thể X(5%)

Ví dụ: Loạn dưỡng cơ Duchenne, bệnh ưa chảy máu

* Đột biến gene trội liên kết với nhiễm sắc thể X (hiếm gặp)

Ví dụ: Còi xương kháng vitamin D, tiểu máu di truyền

* Di truyền đa yếu tố

Có thể đơn độc hoặc là một phần của hội chứng lâm sàng

Ví dụ: khiếm khuyết ống thần kinh, bàn chân vẹo (ngón chân dài trỏ), não úng thủy, sứt môi, dị tật tim.

5.2. Sàng lọc trước sinh thường qui

- Bệnh sử của bệnh nhân có thể xác định thai nhi có nguy cơ bị dị bội (bất thường di truyền)

Ví dụ: Nguy cơ khiếm khuyết ống thần kinh tái phát là 1%(so với nguy cơ nền là 0,1%)

- Nguy cơ dị bội(chủ yếu là hội chứng Down) tăng theo tuổi của người mẹ. “ Mẹ lớn tuổi” là những phụ nữ ≥ 35 tuổi khi thai đến ngày dự sinh. Những người phụ nữ này chiếm khoảng 5% - 8% ca sinh và chiếm 20% - 30% ở trẻ bị hội chứng Down.

- **Đo khoảng sáng sau gáy(NT):** trong siêu âm 3 tháng đầu của thai kỳ tương quan với dị bội thai nhi. NT> 2,5 mm ở 8- 12 tuần gặp trong 2 – 6% thai nhi, trong đó 50% - 70% có bất thường nhiễm sắc thể.

- Xét nghiệm huyết thanh **Double test** (PAPP – A và β hCG). Phương pháp xét nghiệm này thực hiện ở quý I của thai kỳ (từ 11 tuần 1 ngày đến 13 tuần 6 ngày). Double Test là xét nghiệm sàng lọc sử dụng các xét nghiệm hóa sinh như định lượng β -hCG tự do và PAPP-A trong máu thai phụ và đo độ mờ da gáy bằng siêu âm, tuổi mẹ, tuổi thai nhằm đánh giá một số nguy cơ mắc các hội chứng Down, Edward hoặc Patau ở quý 1 của thai kỳ.

Độ âm tính giả và dương tính giả của double test rất cao. Do đó xét nghiệm này chỉ mang tính chất tham khảo tương đối. Và cần phải phối hợp với nhiều chỉ số khác: siêu âm; triple test; chọc dò dịch ối... để đưa ra các kết luận về thai kỳ.^[3]

Xét nghiệm Double test tìm ra nguy cơ của 3 nhóm là hội chứng Down, Tam nhiễm sắc thể 13 (Trisomy 13) hay 18 (Trisomy 18). Double test bằng cách lấy máu mẹ, từ đó có được chỉ số cần xét nghiệm kết hợp với chỉ số mờ da gáy khi siêu âm để tính ra nguy cơ bệnh của thai.

- Triple Test

Phương pháp xét nghiệm Triple test được làm ở quý II của thai kỳ (từ tuần thứ 14 đến tuần thứ 22) và cũng sử dụng mẫu máu của người mẹ. Triple test còn được gọi là bộ 3 xét nghiệm, bởi vì chúng cho biết 3 chỉ số: hCG, AFP và estriol. Từ đó có thể tính được nguy cơ dị tật của thai. Trong trường hợp thai phụ chưa được làm xét nghiệm Double test trong giai đoạn như trên thì sẽ được làm xét nghiệm này khi thai được khoảng 15 – 20 tuần tuổi, nhưng trong khoảng 16-18 tuần tuổi của thai nhi sẽ cho kết quả chính xác nhất (xét nghiệm huyết thanh AFP, Free β - hCG và uE3, sau đó kết hợp giá trị xét nghiệm với tuổi mẹ, cân nặng mẹ, chủng tộc, tuổi thai, số thai), để tính ra chỉ số nguy cơ.

- Sàng lọc trước sinh không xâm lấn (NIPT)

NIPT là thuật ngữ chỉ những phương pháp sàng lọc hiện đại, cũng sử dụng mẫu máu của người mẹ để phân tích, nhưng thay vì phân tích các chỉ số hoá sinh như sàng lọc huyết thanh, NIPT phân tích vật liệu di truyền (ADN) của thai nhi. Tất cả các dị tật phổ biến nhất hiện nay (Down, Edwards, Patau,...) đều có nguyên nhân do sự biến đổi trong vật chất di truyền. Do đó NIPT có độ chính xác vượt trội và được coi là bước đột phá trong việc sàng lọc nguy cơ mắc dị tật của thai.

NIPT có thể:

Sàng lọc các bệnh: Down (trisomy 21), Edwards (trisomy 18), Patau (trisomy 13), bệnh liên quan đến NST giới tính (Triple X), Klinefelter (XXY), Jacobs (XYY), thể tam bội (triploidy - 3n) và các đột biến vi mất đoạn (microdeletion).

Thực hiện từ giai đoạn sớm: tuần thứ 9 của thai kỳ

Chỉ thu mẫu máu của người mẹ

Độ chính xác >99%

5.3. Xét nghiệm tiền sản chuyên sâu

5.3.1. Chọc ối

- Lấy mẫu nước ối xung quanh thai nhi. Có thể sử dụng dịch ối hay tế bào thai nhi làm karyotype, xét nghiệm phân tích ADN, hoặc đo nồng độ các loại enzyme.

- Khi thực hiện ở tuần thai 16 – 18 tuần, tỷ lệ sảy thai là 1/400.

- Ở Hoa kỳ, chọc ối được thực hiện cho phụ nữ ≥ 35 tuổi, vì nguy cơ dị bội thai xấp xỉ bằng tỷ lệ sảy thai do chọc ối.

- Chọc ối sớm (< 15 tuần) có tỷ lệ sảy thai cao hơn, và không nên thực hiện.

5.3.2. Sinh thiết gai rau (CVS)

- Lấy mẫu mô rau ở 9 – 12 tuần. Mô có thể được sử dụng để phân tích ADN, thử nghiệm di truyền tế bào, hoặc xét nghiệm enzyme.

- Ưu điểm: chẩn đoán sớm

- Nhược điểm: tỷ lệ sảy thai cao (1%), khả năng vấy nhiễm tế bào của mẹ, và tế bào lấy mẫu sau này trở thành rau thai hơn là thai.

- CVS thực hiện khi thai < 9 tuần làm tăng gấp 3 lần nguy cơ bị các khuyết tật tứ chi.

5.3.3. Xét nghiệm máu cuống rốn qua da (PUBS)

- Chọc hút máu dây rốn thai nhi dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Ưu điểm: Xác định karyotype thai nhanh chóng và đo lường các thông số huyết học, miễn dịch và các thông số về kiểm toán của thai nhi

Cũng có thể thực hiện truyền máu cho thai. Nhưng tỷ lệ sảy thai là 1% - 5%

5.3.4. Xét nghiệm khác

Có thể bao gồm MRI hoặc các thủ thuật xâm lấn như nội soi thai, sinh thiết mô thai...

5.3.5. Lựa chọn mới trong tương lai

- Chẩn đoán di truyền trước khi làm tổ

Phân tích di truyền một hay nhiều tế bào loại bỏ trước khi chuyển phôi vào trong ống nghiệm

- Xét nghiệm tế bào thai tồn tại trong tuần hoàn của mẹ(khoảng 1 tế bào thai/ 10.000 tế bào mẹ). Khả năng cô lập các tế bào như vậy (hoặc ADN) có thể là một lựa chọn để phân tích di truyền thai.

Xét nghiệm tầm soát thêm một số bệnh được đề nghị ở từng thời điểm của thai kỳ:

Đái tháo đường và thai: đái tháo đường thai kỳ là bệnh lý rối loạn biến dưỡng do thai khá phổ biến hiện nay.

- Nhiều nghiên cứu ở các nước và ở Việt Nam cho biết có khoảng 4% thai phụ xuất hiện đái tháo đường trong thai kỳ, xấp xỉ với tăng huyết áp do thai có tỉ lệ mới mắc khoảng 5%.

- Hậu quả của đái tháo đường không được kiểm soát trong thai kỳ là dẫn tới thai to và theo sau đó tai biến khi sinh cũng tăng lên.

- Về phía người mẹ, có tới 30%-50% các thai phụ này sẽ bị đái tháo đường type 2.

- Con của những thai phụ này cũng dễ bị rối loạn dung nạp glucose, bị béo phì... trong tương lai.

- Bên cạnh bệnh do thai gây ra, một số phụ nữ đã bị bệnh đái tháo đường trước khi mang thai mà không biết, do đó nên xét nghiệm phát hiện bệnh bằng xét nghiệm thường qui và thử nghiệm dung nạp đường ở nhóm có nguy cơ.

- Xét nghiệm đường huyết bất kỳ (nhịn ăn trước 4 tiếng) có thể đưa vào thường qui.

- Xét nghiệm dung nạp đường bằng cách uống 50gam đường và xét nghiệm đường huyết sau 1 giờ hiện nay được nhiều đồng thuận nên làm cho hầu hết các thai kỳ ở thời điểm 24-28 tuần tuổi thai. Còn ở nhóm nguy cơ cao (béo phì, gia đình có người bị đái tháo đường, tiền sử sinh con to, thai chết lưu) thì nên làm thử nghiệm dung nạp đường sớm hơn, trong 3 tháng đầu thai kỳ hay ngay lần khám đầu tiên.

Các bệnh viêm âm đạo do streptococcus nhóm B (GBS), nhiễm khuẩn âm đạo do vi trùng (Bacterial Vaginosis – BV) do Gardnerella phát triển mạnh gây tình trạng nhiễm khuẩn. BV có thể làm tăng nguy cơ sinh non, vỡ ối non, nhiễm trùng sơ sinh, nhiễm trùng hậu sản... vì vậy cũng nên làm xét nghiệm soi tươi phát hiện BV trong 3 tháng giữa (3 tháng đầu còn bàn cãi về điều trị) cấy dịch âm đạo tìm GBS

Vấn đề dinh dưỡng cho thai phụ

- Phụ nữ có thai cần ăn uống đủ lượng và đủ chất để đảm bảo sự phát triển tốt nhất cho thai nhi và sức khỏe cho bản thân.
- Năng lượng trung bình cần cho một người bình thường không có thai là 2.000 kilocalo, khi có thai cần thêm #300-500 kilocalo, khi cho con bú cần thêm 500 kilocalo.
- Như vậy cần ăn uống thêm một lượng vừa phải, tránh tăng cân quá mức; đối với những người thiếu cân thì cần tăng cân nhiều hơn. Theo kết quả của những nghiên cứu tại Hoa Kỳ được công bố từ những năm 1990, khuyến cáo tăng cân trong thai kỳ theo BMI trước khi có thai như sau: BMI<19,8 tăng từ 12,5-18kg, BMI≥19,8 tăng từ 11,5-16kg, BMI từ 26-29 tăng từ 7-11,5kg. Tối thiểu cũng cần tăng ít nhất 6kg, ngay cả với người có BMI>29. Tăng cân ít thì có liên hệ với tăng nguy cơ trẻ nhẹ cân, nhất là ở nhóm có cân nặng thấp trước có thai. Đáng chú ý là ở nhóm béo phì nếu tăng cân không đạt yêu cầu (6kg) thì vẫn có nguy cơ trẻ nhẹ cân. Tăng cân quá mức có liên hệ với đái tháo đường thai kỳ, thai to, sinh khó do thai to, tăng mỡ lấy thai; nhất là tăng cân quá mức sau khi có thai còn làm tăng nguy cơ bị tăng huyết áp trong thai kỳ, sinh non, chậm tăng trưởng trong tử cung, thai chết lưu.

Dinh dưỡng có chất lượng

Hướng dẫn chung về cách ăn uống trong thai kỳ của IOM dùng đơn vị “serving”: 1 serving trái cây tương đương với một trái táo hay một trái chuối cỡ trung bình; 1 serving rau tương ứng với một tách rau sống, một nửa tách rau đã nấu; 1 serving chất tinh bột tương ứng với một lát bánh mì, một nửa tách (cup) hạt ngũ cốc, gạo, mì... đã nấu. 1 serving chất đạm tương ứng với 2-3oz thịt sạch, cá... đã nấu (1oz=28gram), một quả trứng, nửa tách đậu hũ đặc, hay hai muỗng cà phê bơ đậu phộng. Thành phần chất dinh dưỡng trong ngày cho các thai phụ được hướng dẫn như sau: tinh bột cung cấp từ 40%-60% calories, tương ứng từ 6-9 serving; 7 hay nhiều hơn serving rau, trái cây để cung cấp các vitamin C, vitamin A, folic acid và nhất là chất xơ. Chất đạm cần cho người không có thai # 10gram/ngày, cho người có thai cần # 60 gram/ngày, tương ứng khoảng 1 serving. Chất béo cung cấp #20%-35% calories, chủ yếu nên dùng chất béo từ cá, đậu, dầu thực vật; hạn chế dùng chất béo đã bão hòa và tránh dùng chất quá béo (trans fats). Những chế phẩm từ sữa: nên dùng ít nhất 4 serving sữa ít béo hoặc không béo hay các sản phẩm từ sữa cung cấp calcium, vitamin A, D, B, protein. Phụ nữ không uống được sữa do không dung nạp lactose, có thể chọn các chế phẩm từ sữa như phô mai, sữa chua, sữa ít lactose, hay không có lactose. Nếu không dùng được tất cả các sữa, chế phẩm từ sữa thì ăn nhiều thức ăn giàu calcium: đậu nành, cá ăn xương như cá hồi, cá mòi, cá mực... Phụ nữ có thai không cần cử muối, nhưng cũng không nên ăn quá mặn, dù chưa có bằng chứng rõ ràng về ăn nhiều muối sẽ có hại như thế nào, trong khi thiếu muối là có hại.

Việc **bổ sung sắt** cần thiết cho người thiếu máu do thiếu sắt. Phụ nữ có thai cần thêm 30-60mg Fe mỗi ngày. Hàm lượng sắt bổ sung trong viên đa sinh tố, trong thực phẩm như các loại thịt đỏ, trứng, đậu hũ, sữa, chế phẩm từ sữa đã có thể đủ cho người có thai. Chất sắt được hấp thu tốt khi uống với các thức uống giàu vitamin C; không hấp thu tốt khi uống với cà phê, trà, sữa.

Calcium: phụ nữ có thai cần thêm khoảng 1.000mg/ngày, 1.300mg/ngày đối với thai phụ nhỏ hơn 18 tuổi. Nếu khẩu phần ăn đủ chất calci, thì chỉ cần uống thêm viên đa sinh tố là đủ.

Viên đa sinh tố dành riêng cho phụ nữ mang thai: những loại thuốc này được kiểm soát hàm lượng các chất vitamin C, các vitamin nhóm B, khoáng chất (yếu tố vi lượng) cần thiết vừa đủ, folic acid, sắt, calcium, kẽm... Hiện nay người ta không đưa vitamin A vào nữa vì có bằng chứng cho rằng dư vitamin A có thể gây dị tật thai. Mặt khác vitamin A có nhiều trong rau, trái cây, mỡ cá... nên đủ cho nhu cầu nếu ăn uống đúng cách.

Những dưỡng chất giúp nuôi dưỡng, hoàn thiện và bảo vệ tế bào não

Nuôi dưỡng: carbohydrates, vitamin B1, B2, B3, và B6

- Hoàn thiện: folic acid, vitamin D, đồng, kẽm, choline, mangan, i-ốt, sắt, vitamin B6, B12.
- Bảo vệ: vitamin C và vitamin E.

Các vấn đề khác

Một số thói quen ăn uống có thể có hại cho thai nhi, ví dụ: cá sống, thịt sống có thể chứa một số mầm bệnh như toxoplasmosis và listeriosis (CDC). Từ những nghiên cứu của Faroe Islands và New Zealand, chính phủ Hoa Kỳ đề nghị cần cho các thai phụ biết một số loại cá biển có nhiễm thủy ngân cao (Shark, Tilefish, Swordfish, King mackerel); và nhiễm thấp (cá hồi, tôm biển, Canned light tuna, Pollock, Catfish) cũng nên hạn chế ăn khi mang thai. Tuy nhiên lợi ích của chất omega-3 trong mỡ cá đối với dự phát triển hệ thần kinh của trẻ và cho sức khỏe của mẹ cũng có nhiều bằng chứng rõ ràng, nên cần biết các loại cá giàu chất béo nào không nhiễm độc.

Rượu bia: uống rượu bia nhiều có thể dẫn đến sảy thai, dị tật ở thai, ảnh hưởng đến hệ thần kinh của trẻ sơ sinh... được gọi là hội chứng thai rượu. Lượng rượu nguyên chất được uống mỗi ngày từ #30ml trở lên là có thể gây độc trên thai nhi. Không có mức an toàn nào cho việc uống rượu khi có thai, do đó tốt nhất là không uống.

Thuốc lá: chất nicotin trong thuốc lá, khói thuốc đều ảnh hưởng lên thai nhi. Thuốc là làm tăng nguy cơ sảy thai, sinh non, rau tiền đạo, rau bong non, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thai dị tật; ảnh hưởng trên hệ hô hấp của trẻ sơ sinh và khi lớn dễ bị hen suyễn.

Cà phê: có thể uống một lượng vừa phải. chừng 1-2 tách cà phê một ngày trong khi có thai. Nếu có tiền sử sảy thai, hư thai nhiều lần nên giảm bớt uống cà phê vì có ý kiến uống nhiều cà phê (>300ml, # 2-3 tách) có liên quan với việc sảy thai tự nhiên và thai chậm tăng trưởng trong tử cung.

Trà có thể làm giảm hấp thu sắt trong thức ăn hoặc trong thuốc.

Các vấn đề gây khó chịu thường gặp

Buồn nôn, nôn: thường xuất hiện khoảng từ tuần thứ 4 đến tuần thứ 7 tuổi thai. Sau đó giảm dần và tự mất đi. Nguyên nhân có thể do lượng hCG, Progesterone... cao trong máu mẹ. Tăng nhu động dạ dày, căng thẳng tâm lý cũng gây mệt, buồn nôn, nôn. Xử trí bằng cách khuyến khích thai phụ ăn nhiều lần lượng ít với thức ăn khô, tránh đồ dạ dày trống, thư giãn. Điều trị với vitamin B6 nếu cần thiết. Thuốc chống ói là giải pháp cuối cùng. Nghén nặng là tình trạng nôn ói rất nhiều dẫn đến rối loạn nước, điện giải, xuất hiện ketone trong nước tiểu... Tình trạng này cần phải điều trị bù nước, điện giải để tránh toan máu.

Ăn gổ: một số rất ít người có thai thích ăn những thứ không phải là thức ăn như đất sét, bột hồ, vôi... những thứ không có chất dinh dưỡng mà có thể gây độc. Tại sao có hiện tượng này? Người ta chưa tìm ra nguyên nhân, nhưng có ý kiến cho rằng có thể họ bị thiếu chất sắt. Do đó bên cạnh việc giải thích cho bệnh nhân để họ đừng tiếp tục ăn như vậy nên kiểm tra thiếu máu thiếu sắt. Chất trích tinh belladon (belladonna extract) 8-15mg uống 4 lần một ngày có thể dùng điều trị.

Nám mặt, tăng sắc tố da là các thay đổi thường gặp do thay đổi nội tiết trong thai kỳ. Nổi mụn ngứa ở da có thể do dị ứng với các yếu tố thức ăn, thời tiết, mồ hôi...

Đau khớp, trằn nặng vùng chậu: thường do tăng chất nội tiết relaxin từ rau thai làm giãn khớp vệ, khớp chậu hông. Có thể dùng đai vùng hông, nằm nghỉ để giảm đau. Khi có thai cột sống thắt lưng và cổ bị tăng độ cong để giữ thẳng bằng khi bụng lớn lên. Thay đổi này có thể gây đau lưng. Dùng đai nâng bụng, thuốc giảm đau tại chỗ, xoa bóp cơ lưng có thể làm cho thai phụ dễ chịu.

Vọp bẻ: có thể do giảm lượng calcium huyết thanh hay tăng lượng phosphorus huyết thanh. Điều trị triệu chứng bằng xoa bóp, duỗi nhẹ chân, tránh căng cơ đột ngột như duỗi chân khi ngủ dậy. Có thể dùng thuốc uống, hay sữa tăng calcium không chứa calcium phosphate. Aluminum hydroxide gel, 8ml uống 3 lần một ngày trước bữa ăn giúp giảm hấp thu phosphorus, tăng hấp thu calcium.

Tê bì ngón tay, mất cảm giác ở tay làm cho khó cầm giữ đồ vật, xuất hiện vào khoảng 5% các thai phụ. Dị cảm này thường xuất hiện vào ban đêm, sáng sớm trong khi có thai và thỉnh thoảng còn tồn tại một thời gian sau sanh. Hiện tượng này là do khớp vai bị lỏng (drooping), ép vào từng thần kinh cánh tay.

Dẫn tĩnh mạch: thường gặp ở chân, âm hộ do tử cung lớn chèn ép lên tĩnh mạch chi dưới. Khi đau đột ngột, khu trú ở chân nên tìm xem có bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu không. Mang vớ thun (clastic stockings), kê cao chân để giảm dẫn tĩnh mạch chân.

Thể dục: thai phụ có thể tập thể dục, chơi các môn thể thao nhẹ, không phải gắng sức như yoga, aerobic cho người có thai, đi bộ, bơi...

Nằm ngủ: khi thai lớn, tư thế nằm ngửa có thể gây ra hội chứng hạ huyết áp tư thế. Phòng ngừa bằng cách tránh nằm ngửa, nếu bị khó chịu khi đang nằm ngửa thì nằm nghiêng trái.

Giao hợp: tuyệt đối không giao hợp khi có tiền sử sanh non, chảy máu trong khi mang thai, rau tiền đạo. Cần cho thai phụ biết việc giao hợp có thể gây sảy thai, nên ở những người từng bị sảy thai, đau bụng, hay chảy máu sau giao hợp thì nên tránh.

Phòng ngừa té trong nhà tắm, cầu thang do thai phụ khó giữ thăng bằng vào cuối thai kỳ.

Câu 1. Một thai phụ đi khám thai được đo chiều cao tử cung và vòng bụng có số đo như sau: Chiều cao tử cung là 32cm, vòng bụng là 85cm, trọng lượng thai ước tính là bao nhiêu:

A 2500 gr

B 2900 gr

C 3000 gr

D 3500 gr

Câu 2. Tính chất các cơ, nhất là cơ bụng và cơ vùng đáy chậu khi có thai:

A Mật độ cứng

B Mật độ mềm

C Cơ không thay đổi

D Các cơ mềm và giãn ra

Câu 3. Những hormone sau đây loại nào có giá trị chẩn đoán có thai:

A Estrogen

B Progesteron

C hCG

D LH

Đánh dấu vào đầu câu trả lời đúng nhất trong những câu sau đây:

Câu 4. Khám toàn thân phải kiểm tra:

A- Cân nặng

B- Tình trạng da và niêm mạc

C- Huyết áp, tim phổi

D- Tất cả các câu trên đều đúng

Câu 5. Khám thai 3 tháng cuối phải:

A. Đo chiều cao tử cung.

B. Đo vòng bụng.

C. Nghe tim thai

D. Tất cả các câu trên đều đúng.

Câu 5. Những nội dung chủ yếu tư vấn và giáo dục cho thai phụ là:

A. Chế độ dinh dưỡng, Vệ sinh thân thể, sinh hoạt tình dục.

B. Chế độ lao động, nghỉ ngơi

C. Nuôi con bằng sữa mẹ

D. Tất cả các câu trên đều đúng.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2007), Đại học Y Hà Nội, Sản phụ khoa
2. Bộ Y tế (2016) “ Hướng dẫn chuẩn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản”
3. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh(2012) Y học gia đình
4. Đại học Y Hà Nội(2012) Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, 2012

BÀI 24

MỘT SỐ BỆNH PHỤ KHOA VÀ CẤP CỨU SẢN KHOA

Mục tiêu

1. Trình bày được các hình thái thường gặp của các rối loạn kinh nguyệt để chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và phòng bệnh tại tuyến y tế cơ sở
2. Trình bày được các triệu chứng thường gặp của các viêm nhiễm phụ khoa thông thường để chẩn đoán, điều trị, chăm sóc và phòng bệnh tại tuyến y tế cơ sở
3. Trình bày được các triệu chứng thường gặp của các bệnh lây truyền qua đường tình dục để chẩn đoán, theo dõi và phòng bệnh tại tuyến y tế cơ sở
4. Nhận biết được một số dấu hiệu sớm của các khối u tại đường sinh dục để chẩn đoán, theo dõi, dự phòng tại tuyến y tế cơ sở.
5. Nhận biết được các dấu hiệu sớm, cách xử trí và dự phòng một số cấp cứu sản phụ khoa thường gặp tại tuyến y tế cơ sở
6. Thực hành bài tập mô phỏng khám, điều trị bệnh phụ khoa

Nội dung

Rối loạn kinh nguyệt

1. Các loại rối loạn kinh nguyệt

1.1. Vòng kinh không phóng noãn

Những vòng kinh không phóng noãn hay xảy ra trong kỳ đầu của tuổi dậy thì và trong thời kỳ tiền mãn kinh. Những vòng kinh không phóng noãn thường không có thống kinh.

Phát hiện vòng kinh không phóng noãn dựa vào:

- + Giải phẫu bệnh lý của nạo sinh thiết niêm mạc tử cung.
- + Lấy nhiệt độ buổi sáng trong suốt thời kỳ kinh nguyệt.

Trên thực tế người ta thấy có tới 1/10 các vòng kinh không phóng noãn.

1.2. Vô kinh

Vô kinh là hiện tượng không hành kinh trong độ tuổi hoạt động sinh dục.

+ Vô kinh nguyên phát là quá tuổi dậy thì (16-18 tuổi) mà vẫn chưa có kinh gọi là kinh muộn.

+ Vô kinh thứ phát là mất kinh trên 3 tháng ở người đã có tiền sử kinh nguyệt đều hoặc mất kinh trên 6 tháng ở người đã có tiền sử kinh nguyệt không đều. Thường phân biệt vô kinh sinh lý, vô kinh giả và vô kinh bệnh lý:

Vô kinh sinh lý:

- Khi có thai, đang cho con bú.
- Vô kinh giả (bể kinh):

Niêm mạc tử cung vẫn hoạt động, thay đổi theo chu kỳ có bong và rụng, có ra huyết nhưng không chảy ra ngoài được do bị tắc nghẽn: cổ tử cung bị chít hẹp, không có âm đạo, không có lỗ màng trinh.

Vô kinh bệnh lý:

-Có nhiều nguyên nhân khác nhau có thể là bệnh lý đường sinh dục hay ngoài đường sinh dục:

-Vô kinh do nguyên nhân tử cung.

-Vô kinh do nguyên nhân buồng trứng.

-Vô kinh do nguyên nhân ở tuyến yên (Simmonds).

-Vô kinh do nguyên nhân tuyến giáp.

Vô kinh do nguyên nhân tuyến thượng thận,

Ngoài ra còn có những nguyên nhân do thần kinh, dinh dưỡng, chuyển hóa và bệnh toàn thân.

1.3. Thống kinh

Là hiện tượng đau bụng khi hành kinh, đau bụng dưới lan lên ức, lan xuống đùi và khắp bụng. Có thể ở các cơ quan khác cũng có hiện tượng bất thường như đau đầu, tâm thần bất an, cương vú,...

Thống kinh có thể chỉ là một triệu chứng bệnh lý tổn thương giải phẫu như: xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung,... Nhưng thống kinh cũng có thể không rõ nguyên nhân, ngày nay người ta cho rằng các tổ chức hủy hoại trong khi hành kinh là phát sinh ra Menotoxin gây co thắt tử cung.

Những nguyên nhân làm ứ huyết trong tử cung gây thống kinh được chú ý là do tư thế tử cung bất thường gấp trước hoặc gấp sau quá nhiều.

1.4. Rong kinh

Là hiện tượng kinh ra kéo dài trên 7 ngày, lượng huyết có thể nhiều, trung bình hoặc ít hơn bình thường.

Trong khi chẩn đoán rong kinh cần phân biệt với hiện tượng ra huyết không liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, dễ nhầm với kinh nguyệt không đều.

1.5. Cường kinh

Là hình thái huyết kinh ra nhiều, trong khi đó chu kỳ vẫn bình thường. Trên thực tế khó xác định cụ thể lượng huyết kinh, người ta thường dựa vào dấu hiệu suy sụp vì mất máu cả người bệnh.

Cường kinh có khi chỉ là một trong những triệu chứng của bệnh khác như: viêm nội mạc tử cung, u xơ tử cung,...

1.6. Các rối loạn kinh nguyệt khác

Kinh ít (thiểu kinh) là lượng máu kinh trong mỗi kỳ kinh ít. Nguyên nhân do niêm mạc tử cung kém xung huyết do hoạt động nội tiết của buồng trứng kém hoặc do niêm mạc tử cung bị dính bán phần.

Nếu kinh ít do những nguyên nhân thực thể thì cần các định thật rõ nguyên nhân để điều trị vì có thể ảnh hưởng tới khả năng sinh sản và sức khỏe của bệnh nhân.

Kinh thưa: là chu kỳ kinh kéo dài trên 35 ngày thường do giai đoạn phát triển của nang noãn kéo dài, không cần điều trị.

Kinh mau (đa kinh): là trường hợp chu kỳ kinh ngắn dưới 20 ngày, thường do noãn sớm trưởng thành nên giai đoạn phát triển ngắn lại, nhưng cũng có thể do hoàng thể chóng tàn nên hành kinh sớm.

Lạc nội mạc tử cung (kinh nguyệt nơi khác): trong thời gian có kinh có tình trạng chảy máu gây tụ máu ở nơi khác: xung quan vùng tử cung, buồng trứng, đường hô hấp, kết mạc mắt, dạ dày ruột, những vùng này thường có tăng mẫn cảm với estrogen.

Cương tụ trước kinh: là tình trạng mất ổn định trước khi có kinh vài ngày như tinh thần căng thẳng, cương vú, nhức đầu, những triệu chứng này sẽ hết sau khi bị hành kinh. Một số tác giả cho rằng do tăng nồng độ estrogen trong máu.

2. Những rối loạn kinh nguyệt thường gặp và cách xử trí

2.1. Khó chịu trước hành kinh

- Các triệu chứng thường xuất hiện vài ngày trước khi có kinh, có thể bao gồm: nhức đầu, đau lưng, buồn nôn, cương vú, mặt phù, căng thẳng, trầm uất. Các triệu chứng này có liên quan đến vấn đề nội tiết và có thể là vấn đề đối với người phụ nữ.

- Một số trường hợp người phụ nữ lại thấy ưa thích những ngày trước hành kinh: mức hoạt động cao, đầu óc minh mẫn, cảm thấy vui vẻ hạnh phúc và tăng thích ứng về tình dục. Khó chịu trước hành kinh thường gặp ở những phụ nữ trong giai đoạn tiền mãn kinh.

- Xử trí:

+ Giải thích cho người phụ nữ an tâm, có thể hỗ trợ bằng thuốc giảm đau nhẹ như paracetamol hoặc aspirin. Cho vitamin B6 cũng có ích hoặc có thể uống thuốc tránh thai nếu người phụ nữ muốn thực hiện kế hoạch hoá gia đình.

+ Nếu cần thì có thể chuyển tới bác sỹ chuyên khoa.

2.2. Kinh không đều

- Phụ nữ tuổi 40 - 45 có thể thấy chu kỳ kinh nguyệt thay đổi, mau lên, thưa ra hoặc xen kẽ những vòng kinh dài là những vòng kinh ngắn.

- Phụ nữ có cân nặng < 45kg có thể gặp kinh không đều. Kinh không đều có thể do tổn thương đường sinh dục như: nhiễm khuẩn hoặc khối u.

- Xử trí thông thường cho vấn đề này là giải thích cho người phụ nữ an tâm. Nếu có các triệu chứng khác phối hợp với kinh không đều thì có thể chuyển tuyến chuyên khoa.

2.3. Vô kinh: gồm hai loại vô kinh nguyên phát và vô kinh thứ phát

- Nếu người phụ nữ >18 tuổi mà chưa thấy hành kinh gọi là vô kinh nguyên phát. Trường hợp này có thể do rối loạn nội tiết hoặc bất thường về cấu trúc bộ phận sinh dục. Trường hợp này cần khám và điều trị ở tuyến chuyên khoa.

- Vô kinh thứ phát là từ dùng để mô tả sự mất kinh ở người phụ nữ đã từng có hành kinh. Điều này có thể hoàn toàn bình thường nếu người phụ nữ có thai, đang cho con bú, tuổi mãn kinh hoặc đang dùng một số phương tiện tránh thai có thể gây vô kinh.

+ Vô kinh thứ phát cũng có thể xảy ra do giảm cân, ốm đau, sức khỏe kém, ma túy, rối loạn nội tiết, stress, viêm dính buồng tử cung do nạo hút thai nhiều lần hoặc viêm nhiễm buồng tử cung.

- Xử trí:

+ Trước tiên phải loại trừ có thai. Nếu người phụ nữ rất gầy, đó có thể là nguyên nhân.

+ Cách xử trí thông thường đối với một vô kinh thứ phát là giải thích cho người phụ nữ và nhấn mạnh vô kinh không gây tác hại, tạo tư tưởng an tâm, hỗ trợ, hẹn khám lại sau một thời gian ngắn. Khuyến người phụ nữ cách ăn uống sinh hoạt nếu nghi ngờ đó là nguyên nhân gây vô kinh. Nếu người phụ nữ vẫn lo lắng, chuyển tới các bác sỹ chuyên khoa nếu có yêu cầu.

2.4. Ra máu nhiều và kéo dài khi hành kinh

- Trong một lần hành kinh, thường mất khoảng 50 - 80 ml máu. Nếu mất trên 150ml trong một chu kỳ kinh nguyệt hoặc ra máu kéo dài sẽ gây thiếu máu và thiếu sắt. Các nguyên nhân có thể gây máu kinh nhiều và kéo dài gồm:

+ Đặt dụng cụ tử cung.

+ Rối loạn nội tiết.

+ U xơ tử cung.

+ Ung thư niêm mạc tử cung.

+ Tiền mãn kinh.

+ Bệnh lạc nội mạc tử cung.

+ Bệnh viêm tiểu khung.

+ Các yếu tố tâm lý.

+ 50% không rõ nguyên nhân.

- Xử trí:

+ Cần phải được thăm khám cẩn thận, đánh giá tình trạng thiếu máu.

+ Cung cấp viên sắt hoặc chuyển tuyến nếu cần.

+ Nếu người phụ nữ muốn thực hiện kế hoạch hoá gia đình có thể dùng thuốc viên tránh thai thường kết quả tốt.

+ Dụng cụ tử cung không được dùng cho các phụ nữ rong kinh.

2.5. Ra máu ngoài kỳ kinh

Ra máu ngoài kỳ kinh không phải hiếm gặp đối với phụ nữ đang sử dụng thuốc tránh thai uống hoặc tiêm. Các nguyên nhân khác có thể gồm: u xơ tử cung, ung thư tử cung, chấn thương âm đạo, nhiễm khuẩn đường sinh dục, sảy thai hoàn toàn hoặc sót rau, phá thai.

Xử trí:

- + Nếu ra máu nhẹ chỉ cần giải thích cho bệnh nhân an tâm.
- + Nếu ra máu nhiều và người phụ nữ đang dùng biện pháp tránh thai cần khuyến sử dụng biện pháp tránh thai khác.
- + Xem xét tình trạng dinh dưỡng.
- + Nếu triệu chứng vẫn tiếp diễn cần chuyển tuyến chuyên khoa điều trị.

2.6. Hội chứng giữa vòng kinh

Nguyên nhân do chảy máu và dịch vào phúc mạc khi phóng noãn, gây nên các dấu hiệu như: đau bụng, nhức đầu, đau lưng, buồn nôn.

Xử trí:

- + Giải thích cho người phụ nữ an tâm, có thể hỗ trợ bằng thuốc giảm đau nhẹ như paracetamol hoặc aspirin.
- + Hướng dẫn một bài luyện tập nhẹ.
- + Nếu người phụ nữ yêu cầu xử trí đặc biệt hơn thì có thể chuyển tới bác sỹ chuyên khoa.

Các viêm nhiễm đường sinh dục thông thường

1. Đại cương

Viêm nhiễm đường sinh dục thông thường ở phụ nữ là một bệnh phụ khoa là bệnh phụ khoa thường gặp, với một triệu chứng chung trong hầu hết các trường hợp là khí hư. Tùy theo nguyên nhân gây bệnh và các cơ quan mang bệnh mà viêm sinh dục nữ có thể biểu hiện dưới nhiều bệnh cảnh khác nhau. Bệnh không gây tử vong nhưng lại ảnh hưởng tới sinh hoạt và khả năng lao động của phụ nữ, đôi khi ảnh hưởng đến khả năng sinh đẻ. Nếu người phụ nữ bị viêm nhiễm đường sinh dục được chăm sóc tốt có thể phòng tránh và giảm tỷ lệ mắc bệnh.

2. Các hình thái nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới

2.1. Viêm âm hộ

Là nhiễm trùng khu trú từ màng trinh tới 2 môi lớn

2.1.1. Nguyên nhân

- Do vi trùng: Thường là do E.coli, liên cầu, tụ cầu, proteus...
- Điều kiện thuận lợi: Do vệ sinh kém, giao hợp thô bạo gây trầy xước niêm mạc tiền đình.

2.1.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Viêm âm hộ cấp tính:

Thường gặp ở người trẻ, không giữ vệ sinh trong sinh hoạt tình dục, vệ sinh cá nhân.

- Lâm sàng: Thường xuất hiện đau, khó chịu sau giao hợp trong một hai ngày đầu và ra nhiều khí hư. Khí hư màu vàng, lẫn mủ, đôi khi có mùi hôi. Đi tiểu nóng, rất và đau
- Khám: Vùng tiền đình có màu đỏ, có nhiều khí hư màu vàng, lẫn mủ
- Cây hoặc soi tươi hoặc nhuộm gram có thể tìm thấy vi trùng gây bệnh

Viêm âm hộ mạn tính

Xuất hiện sau viêm âm hộ cấp tính điều trị không tích cực hoặc không điều trị trở thành viêm âm hộ mạn tính.

- Lâm sàng: Triệu chứng đau giảm, nhưng khí hư không giảm. Khí hư vẫn ra nhiều nên xuất hiện triệu chứng ngứa.
- Xét nghiệm: Nhuộm gram hay cấy có thể tìm thấy vi trùng gây bệnh

2.1.3. Xử trí

- Hạn chế hoạt động tình dục
- Vệ sinh cá nhân
- Vệ sinh giao hợp
- Vệ sinh kinh nguyệt
- Vệ sinh vùng sinh dục ngoài bằng các dung dịch sát trùng nhẹ như dung dịch như Lactacyd
- Dùng kháng sinh đồ

2.2. Viêm hay áp xe tuyến Bartholin

Tuyến Bartholin nằm ở vùng tiền đình, thường bị viêm hay bị áp xe do cửa tuyến rộng lại nằm ngay đầu dưới âm đạo, ngoài màng trinh.

2.2.1. Nguyên nhân: Là hậu quả của viêm âm hộ.

2.2.2. Triệu chứng lâm sàng

Cấp tính

- Viêm tuyến Bartholin cấp tính có biểu hiện lâm sàng giống như bị viêm âm hộ: Đau, ra khí hư và ngứa.
- Thực thể : Vùng âm hộ viêm đỏ, vùng cửa tuyến Bartholin viêm đỏ nắn vào vùng đó bệnh nhân kêu đau, đôi khi thấy mủ từ trong cửa tuyến chảy ra.

Mạn tính

Biểu hiện bằng áp xe tuyến Bartholin. Sau một thời gian viêm tuyến Bartholin cấp tính điều trị không tích cực hoặc không điều trị thì viêm nhiễm này sẽ trở thành áp xe tuyến Bartholin.

- Biểu hiện lâm sàng : Tình trạng viêm âm hộ giảm dần, nhưng vẫn còn ra khí hư và đau. Một bên âm hộ(môi lớn và môi bé) gần phía sau ngày càng nổi to lên. Khi đi lại hoặc giao hợp bệnh nhân cảm thấy đau.
- Khám : Âm hộ viêm đỏ, đặc biệt vùng cửa tuyến, nắn khối áp xe có thể thấy mủ chảy ra qua cửa tuyến và bệnh nhân đau.

2.2.3. Xử trí

Viêm cấp tính

- Dùng dung dịch thuốc sát trùng âm hộ như Lactacyd hay Mercryl lauryl nhiều lần trong ngày.
- Dùng kháng sinh liều cao kết hợp.

Viêm mạn tính

- Điều trị nội khoa :
 - + Dùng dung dịch sát trùng như viêm cấp tính.
 - + Kháng sinh toàn thân như viêm cấp tính
- Điều trị ngoại khoa: Sau khi điều trị nội khoa một vài ngày tình trạng viêm ổn định tiến hành phẫu thuật bóc bỏ khối áp xe ở tuyến Bartholin.

2.3. Viêm âm đạo, cổ tử cung

2.3.1. Nguyên nhân

- Do vệ sinh kém
- Do nấm Candida albican.
- Do Gardnerella vaginalis, Trichomonas vaginalis
- Do các loại vi khuẩn: Staphylococcus, Enterococci, Hemophilus vaginalis.
- Giảm estrogen ở người nhiều tuổi đã mãn kinh.

2.3.2. Các hình thái viêm âm đạo và cổ tử cung

Viêm âm đạo do tạp khuẩn

- Triệu chứng cơ năng: Ra khí hư màu trắng đục hay màu vàng như lẫn mủ. Khí hư ra nhiều hơn vào những ngày sắp hành kinh, đôi khi kèm theo ngứa và hôi.
- Đặt mỏ vịt:
 - + Nếu viêm âm đạo cấp tính bệnh nhân kêu đau, toàn bộ niêm mạc âm đạo và cổ tử cung có màu đỏ. Trong âm đạo có nhiều khí hư màu trắng đục hay màu vàng loãng lẫn mủ.
 - + Nếu viêm âm đạo- cổ tử cung mạn tính thì khi đặt mỏ vịt, bệnh nhân đau ít hơn. Niêm mạc âm đạo và cổ tử cung có chỗ hồng và đỏ không đều, trong đó ít có khí hư màu trắng đục hoặc vàng lẫn mủ, mùi ít hôi hơn.
- Xét nghiệm khí hư: Có thể nhuộm hoặc cấy tìm vi khuẩn gây bệnh làm kháng sinh đồ để có phương pháp điều trị thích hợp.
- Xử trí:
 - + Vệ sinh vùng sinh dục ngoài bằng dung dịch sát khuẩn
 - + Đặt thuốc kháng sinh tốt nhất là theo kháng sinh đồ

Viêm âm đạo, cổ tử cung ở người đã mãn kinh

- Triệu chứng cơ năng: Ngoài triệu chứng mãn kinh, bệnh nhân thấy ngứa ở âm đạo, âm hộ do ra khí hư màu vàng, số lượng ít, mùi hôi

- Đặt mỏ vịt: Bệnh nhân kêu đau, niêm mạc âm đạo màu hơi đỏ hoặc có vùng đỏ, cổ tử cung nhỏ hơn bình thường, có chỗ xước màu đỏ. Trong âm đạo có chỗ xước màu đỏ, có ít khí hư màu hơi vàng, loãng.
- Xét nghiệm khí hư: Có thể nhuộm gram hay cấy để tìm vi khuẩn hoặc những tế bào bất thường để phát hiện sớm ung thư sinh dục.
- Hướng xử trí:
 - + Vệ sinh vùng sinh dục ngoài bằng dung dịch sát khuẩn
 - + Bôi hay đặt viên thuốc estrogen
 - + Bôi hay đặt kháng sinh

Viêm âm đạo do nấm *Candida albican*

- Triệu chứng cơ năng: Ra khí hư màu trắng, sánh đặc, màu trắng lợn cợn đóng thành mảng, gây ngứa, rất nhiều, giao hợp đau. Khí hư thường tăng nhiều trong những ngày hành kinh. Trong trường hợp viêm mạn tính thì khí hư hơi loãng, màu vàng, mức độ ngứa giảm.
- Đặt mỏ vịt: Niêm mạc âm đạo và cổ tử cung bám nhiều khí hư màu trắng đặc, thường không có mùi. Trường hợp viêm mạn tính có thể thấy khí hư ít hơn, màu trắng đôi khi có mùi hơi hôi khi bội nhiễm
- Xét nghiệm: Nhuộm gram hay soi tươi có hòa tan giọt dịch âm đạo(khí hư) bằng một giọt hydroxyd natri sẽ nhận biết được loại nấm *Candida albican*
- Xử trí:
 - + Vệ sinh vùng sinh dục ngoài bằng dung dịch sát trùng
 - + Làm thuốc âm đạo bằng dung dịch kiềm Natri Bicarbonat 1% để làm thay đổi môi trường âm đạo.
 - + Dùng thuốc diệt nấm nấm theo một trong các phác đồ sau:
 - Nystatin viên đặt âm đạo 100 000 đơn vị, 1 viên/ ngày trong 14 ngày.
 - Clotrimazol viên đặt âm đạo 200mg, 1 viên/ ngày trong 3 ngày.
 - Clopromazol 500mg, viên đặt âm đạo, đặt 1 liều duy nhất.
 - Fluconazol 150mg uống 1 viên duy nhất.

Viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*

- Sau khi quan hệ tình dục người bị nhiễm *Trichomonas* thấy ra khí hư nhiều, khí hư màu trắng hoặc màu hơi xanh, có nhiều bọt, ngứa, mùi hôi
- Có thể kèm theo ngứa, đi tiểu khó và đau khi giao hợp
- Khám: Đặt mỏ vịt bóc lộ tử cung thấy niêm mạc âm niêm mạc âm đạo và cổ tử cung đỏ, phù nề, khí hư nhiều, loãng lẫn bọt màu vàng xanh, bôi Lugol % cổ tử cung bắt màu không đều, chỗ nâu, chỗ đỏ
- Xét nghiệm: Soi tươi khí hư trong giọt nước muối sinh lý thấy có trùng roi hình hạt chanh di động
- Xử trí:

- Vệ sinh đường sinh dục ngoài bằng dung dịch sát trùng.
- Dùng thuốc đặc trị là Metronidazol:
 - . Metronidazol 2g uống liều duy nhất hoặc
 - . Metronidazol 500mg uống 2 lần/ ngày x 7 ngày.
 - . Nếu dùng Metronidazol đặt âm đạo thì dùng 1 viên/ ngày, đặt liên tiếp trong 15 ngày
 - . Nên điều trị thêm 1 đợt thứ hai sau 2- 3 tuần.
 - . Trong khi điều trị bằng Metronidazol không được quan hệ tình dục, không uống rượu cho đến 24h sau khi ngừng thuốc
- Cần điều trị cho bạn tình liều tương tự.

2.4. Viêm tử cung: Thường là viêm niêm mạc tử cung.

2.4.1. Nguyên nhân

- Thường xảy ra sau đẻ, sau sảy, sau nạo hút, sau đặt hay tháo dụng cụ tử cung.
- Sau những thủ thuật thăm dò đường dưới như bơm hơi vòi tử cung, chụp buồng tử cung, thăm dò buồng tử cung(nạo sinh thiết, đo buồng tử cung, bơm thụ tinh nhân tạo).
- Viêm niêm mạc tử cung sau viêm âm đạo, cổ tử cung.
- Viêm niêm mạc tử cung, viêm dính do lao.

2.4.2. Triệu chứng

Viêm niêm mạc tử cung cấp tính

Thường xảy ra sau một biến cố sản khoa: Sau đẻ vài ngày sản phụ mệt mỏi, da xanh, thiếu máu, sốt cao 39- 40°C, mạch nhanh, sản dịch hôi, tử cung co hồi chậm.

Viêm niêm mạc tử cung mạn tính

- Triệu chứng: Ra nhiều khí hư, đôi khi lẫn mủ màu vàng hoặc lẫn máu. Khám âm đạo thể tích tử cung bình thường, nắn tử cung không thấy gì đặc biệt.
- Xét nghiệm: Nạo sinh thiết buồng tử cung có thể thấy hình ảnh viêm: Tế bào viêm(bạch cầu). Chụp buồng tử cung có thể thấy tổn thương viêm dính tử cung. Siêu âm có thể thấy âm vang bất thường trong tử cung.

2.4.3. Hướng xử trí

- Nghỉ ngơi
- Dùng thuốc chống viêm, kháng sinh toàn thân
- Điều trị theo nguyên nhân nếu tìm thấy nguyên nhân.

2.5. Viêm phần phụ mạn tính

2.5.1. Viêm phần phụ cấp tính

Thường do lậu cầu, Chlamydia trachomatis

*** Do lậu cầu:**

- Triệu chứng sớm nhất ở người phụ nữ sau khi quan hệ tình dục với người bị mắc bệnh lậu là ra nhiều khí hư, khí hư có lẫn mủ, âm đạo đau rát.
- Đi tiểu nóng rát, tiểu khó, nước tiểu có lẫn vẩn trắng như mủ
- Nếu quan hệ tình dục qua miệng cũng có triệu chứng như viêm họng hầu, khàn giọng, sưng đau họng, hoặc qua hậu môn cũng có dấu hiệu đau rát hậu môn và có dịch trắng đục từ hậu môn chảy ra.
- Khám: Đôi khi âm hộ sưng đỏ do viêm tuyến Bartholin, đặt mỏ vịt thấy cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu. Mủ chảy ra từ lỗ cổ tử cung, có thể thấy lỗ niệu đạo đỏ, có mủ từ trong chảy ra hoặc có khi chỉ có dịch đục
- Xét nghiệm: Lấy dịch âm đạo, dịch hậu môn hoặc bệnh phẩm từ vùng hầu họng soi tươi có thể thấy lậu cầu, nhuộm gram thấy song cầu hình hạt cà phê.
- Điều trị:

Dùng Penicillin với liều cao, điều trị sớm càng có hiệu quả, thường dùng một liều duy nhất Bipenicillin 4, 8 triệu đơn vị (gồm 2, 4 triệu đơn vị Procain Penicillin G và 2, 4 triệu đơn vị Benzathine Penicillin G)

*** Do Chlamydia trachomatis**

- Sau khi nhiễm có thể ra hay không ra khí hư, đôi khi bệnh nhân thấy khó chịu hoặc vẫn bình thường.
- Làm phản ứng ELISA hay cấy dịch âm đạo tìm tác nhân gây bệnh có thể dương tính.
- Điều trị:

Thuốc được lựa chọn điều trị là Tetracyclin 500mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày. Chống chỉ định khi có thai, khi có thai có thể dùng Erythromycin 500 mg, uống 4 lần / ngày, trong 7 ngày.

2.5.2. Viêm phần phụ mạn tính

Nguyên nhân

- Viêm do lậu cầu, Chlamydia trachomatis điều trị không tích cực dễ trở thành mạn tính.
- Viêm do lao, thường lao do mắc phải.
- Viêm do các vi trùng khác, nguyên nhân và điều kiện gây viêm mạn tính giống viêm niêm mạc tử cung.

Triệu chứng

- Cơ năng: Bệnh nhân thường thấy mệt mỏi, sốt. Một bên hố chậu hay hai bên đau tự nhiên hoặc nắn đau. Khi đau hố chậu bệnh nhân thường thấy ra khí hư màu vàng.
- Khám âm đạo kết hợp với nắn tay ngoài thấy âm đạo bình thường. Cổ tử cung và tử cung bình thường, một hay cả 2 bên cạnh tử cung nắn thấy có khối nhỏ, bờ không rõ, mật độ không chắc, nắn đau. Di động tử cung sang bên trái bệnh nhân thấy bên phải đau và ngược lại.

Hướng xử trí

- Nghỉ ngơi
- Chườm lạnh hoặc chườm nóng
- Lý liệu pháp, sóng ngắn hay hồng ngoại để chống viêm
- Kháng sinh toàn thân, phối hợp hay đặc hiệu theo kháng sinh đồ nếu có kết quả cấy dịch âm đạo.

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục

1. Đại cương

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (BLTQĐTD) là một trong những nguyên nhân gây bệnh tật nhiều nhất trên thế giới. Hiện nay, trên 20 loại vi sinh vật được xác định, có khả năng lây truyền theo đường tình dục gây ra các vấn đề về sức khỏe sinh sản.

2. Nguyên nhân và điều kiện thuận lợi

2.1. Nguyên nhân

- Do nhiễm chlamydia, lậu, Trichomonas, giang mai, mụn dộp sinh dục, mụn cóc sinh dục và nhiễm HIV
- Các nhiễm khuẩn nội sinh : Khi có sự thay đổi PH ở đường sinh dục trong một số trường hợp như : Có thai, đau yếu, dùng thuốc tránh thai...các vi sinh vật này sinh trưởng quá mức gây ra nhiễm khuẩn đường sinh dục như : Viêm âm đạo do vi khuẩn, nấm âm hộ, âm đạo...

2.2. Điều kiện thuận lợi

- Do người phụ nữ vệ sinh bộ phận sinh dục chưa tốt (vệ sinh hàng ngày, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh giao hợp)
- Do điều làm việc của một số phụ nữ không thuận lợi như : Hay phải ngâm mình dưới nước, lao động ở những nơi thiếu nước...
- Do thầy thuốc : Trong quá trình thăm khám và làm các thủ thuật không đảm bảo vô khuẩn như: Đỡ đẻ không an toàn, đặt dụng cụ tử cung...
- Do quan hệ tình dục với người mắc bệnh mà không có bảo vệ.

Tất cả những nhiễm khuẩn này đều có thể gây ra vô sinh, chửa ngoài tử cung, sảy thai, ung thư cổ tử cung... Tuy nhiên, các nhiễm khuẩn này đều có thể dự phòng hoặc điều trị được, nếu như người phụ nữ được tư vấn đầy đủ về cách phòng bệnh và được khám phụ khoa định kỳ, phát hiện và điều trị sớm các tổn thương ở đường sinh dục.

3. Triệu chứng

3.1. Nhiễm trùng đường sinh dục do Trichomonas vaginalis

3.1.1. Đặc điểm

Là một bệnh thường gặp ở phụ nữ, bệnh lây truyền qua đường tình dục là chủ yếu, ngoài ra bệnh có thể lây qua bồn tắm, khăn tắm ẩm ướt. Thời gian ủ bệnh từ 1- 4 tuần lễ, khoảng 1/4 người không có biểu hiện bệnh lý.

3.1.2. Triệu chứng

- Sau khi quan hệ tình dục người bị nhiễm *Trichomonas* thấy ra khí hư nhiều, khí hư màu trắng hoặc màu hơi xanh, có nhiều bọt, ngứa, mùi hôi
- Có thể kèm theo ngứa, đi tiểu khó và đau khi giao hợp
- Khám: Đặt mở vệt bọc lộ tử cung thấy niêm mạc âm niêm mạc âm đạo và cổ tử cung đỏ, phù nề, khí hư nhiều, loãng lẫn bọt màu vàng xanh, bôi Lugol % cổ tử cung bắt màu không đều, chỗ nâu, chỗ đỏ
- Xét nghiệm: Soi tươi khí hư trong giọt nước muối sinh lý thấy có trùng roi hình hạt chanh di động.

3.1.3. Điều trị

- Vệ sinh đường sinh dục ngoài bằng dung dịch sát trùng.
- Dùng thuốc đặc trị là Metronidazol:
 - + Metronidazol 2g uống liều duy nhất hoặc
 - + Metronidazol 500mg uống 2 lần/ ngày x 7 ngày.
 - + Nếu dùng Metronidazol đặt âm đạo thì dùng 1 viên/ ngày, đặt liên tiếp trong 15 ngày
 - + Nên điều trị thêm 1 đợt thứ hai sau 2- 3 tuần.
 - + Trong khi điều trị bằng Metronidazol không được quan hệ tình dục, không uống rượu cho đến 24h sau khi ngừng thuốc
- Cần điều trị cho bạn tình liều tương tự.

3.2. Bệnh giang mai

3.2.1. Đặc điểm

Là bệnh do xoắn khuẩn *Treponema Pallidum* gây nên

- Xoắn khuẩn có nhiều trong ở trong các nốt loét giang mai, dịch đường sinh dục, trong máu và trong các tạng trong cơ thể.
- Xoắn khuẩn có thể qua rau thai gây nên giang mai bẩm sinh, giang mai di truyền qua bố mẹ.
- Nếu phát hiện sớm bệnh giang mai điều trị tích cực sớm bệnh có thể khỏi.

3.2.2. Triệu chứng

Có 3 giai đoạn:

- Giang mai giai đoạn I:
 - + Tổn thương biểu hiện bằng dấu hiệu nổi ban đỏ(sẩn), xuất hiện khoảng 3 tuần sau lần giao hợp bị nhiễm bệnh.
 - + Sẩn là một vết loét tròn, bờ cứng, hơi gờ cao trên một nền đỏ, không đau, kèm hạch bẹn nổi. Xoắn trùng xâm nhập vào máu, vào các tạng. Nốt sẩn có thể xuất hiện ở vùng sinh dục, cổ, miệng, vùng hầu họng gây triệu chứng giống viêm họng.
 - + Nốt sẩn này diễn biến khoảng 2 đến 6 tuần rồi lành để lại những sẹo nhỏ, nhưng vẫn còn bệnh nếu không được điều trị.
- Giang mai giai đoạn II:

- + Giai đoạn này diễn biến từ 3 tuần đến 6 tháng sau tổn thương ban đầu
- + Lâm sàng biểu hiện những tổn thương chồi, sùi, tròn dính lại thành đám, bờ cứng, bề mặt ẩm, xuất tiết dịch màu xám, hoại tử. Bệnh nhân cảm thấy trong người có thể có sốt nhẹ, đồng thời nổi nhiều hạch bẹn, có hạch to bằng quả trứng và có thể có dấu hiệu rụng tóc.

- Giang mai giai đoạn muộn:

Bệnh biểu hiện từ 3 đến 10 năm sau tổn thương ban đầu mà không được chẩn đoán, điều trị không đúng mức. Bệnh thường biểu hiện ở các tạng trong cơ thể, lúc này rất khó chữa.

- Cận lâm sàng:

- + Lấy dịch ở nốt săng(ở âm đạo, âm hộ, cổ tử cung...) nhuộm gram tìm xoắn trùng hay soi tươi trên kính hiển vi nền đen có thể thấy xoắn trùng đang hoạt động.

- + Lấy máu tìm kháng thể giang mai: Phản ứng BW

3.2.3. Điều trị

Dùng một trong các thuốc sau đây:

- Benzathine Penicillin G 2, 4 triệu đơn vị tiêm bắp một lần duy nhất.
- Procain Penicillin G 1, 2 triệu đơn vị tiêm bắp 1 lần/ ngày trong 101 ngày liên tiếp.
- Doxycyclin 100mg uống 2 lần/ ngày trong 15 ngày.

Chú ý: Không dùng Doxycyclin cho phụ nữ có thai và cho con bú, trẻ dưới 7 tuổi.

3.3. Bệnh lậu

3.3.1. Đặc điểm

Bệnh do song cầu gram âm hình hạt cà phê gây ra. Đây là một bệnh da liễu tương đối phổ biến và cũng khó chữa vì vi khuẩn đề kháng thuốc do lậu cầu tiết ra men penicillinase. Bệnh lậu có 2 loại: Cấp tính và mạn tính, mạn tính điều trị khó.

3.3.2. Triệu chứng

- Triệu chứng sớm nhất ở người phụ nữ sau khi quan hệ tình dục với người bị mắc bệnh lậu là ra nhiều khí hư, khí hư có lẫn mủ, âm đạo đau rát.
- Đi tiểu nóng rát, tiểu khó, nước tiểu có lẫn vẩn trắng như mủ
- Nếu quan hệ tình dục qua miệng cũng có triệu chứng như viêm họng hầu, loét vòm họng, hoặc qua hậu môn cũng có dấu hiệu đau rát hậu môn và có dịch trắng đục từ hậu môn chảy ra.
- Khám: Đôi khi âm hộ sưng đỏ do viêm tuyến Bartholin, đặt mỏ vịt thấy cổ tử cung đỏ, phù nề, chạm vào dễ chảy máu. Mủ chảy ra từ lỗ cổ tử cung, có thể thấy lỗ niệu đạo đỏ, có mủ từ trong chảy ra hoặc có khi chỉ có dịch đục
- Xét nghiệm: Lấy dịch âm đạo, dịch hậu môn hoặc bệnh phẩm từ vùng hầu họng soi tươi có thể thấy lậu cầu, nhuộm gram thấy song cầu hình hạt cà phê

3.3.3. Điều trị

Dùng Penicillin với liều cao, điều trị sớm càng có hiệu quả, thường dùng một liều duy nhất Bimpenicillin 4, 8 triệu đơn vị(gồm 2, 4 triệu đơn vị Procain Penicillin G và 2, 4 triệu đơn vị Benzathine Penicillin G)

3.4. Nhiễm Herpes đường sinh dục

3.4.1. Đặc điểm

Bệnh do virus Herpes gây ra, có 2 loại virus: loại do Herpes simplex virus I(HSV I) gây nhiễm ở nửa người trên, loại do HSV II gây nhiễm và lây truyền virus qua đường tình dục, cách lây truyền có thể qua miệng, hậu môn, hoặc vệ sinh cá nhân kém.

3.4.2. Triệu chứng

- Sau quan hệ tình dục, người bị nhiễm có cảm giác khó chịu và sốt, xuất hiện những mụn nước ở vùng sinh dục, mụn mọc thành từng đám, rất đau, có thể kèm theo hạch bẹn, tiểu khó và rát. Ban đầu mụn có nước ở trong sau vỡ ra trở thành các vết loét nhỏ, rất dễ bội nhiễm. Các mụn nước sẽ tự lành sau 2 tuần và không để lại sẹo chỗ có mụn nước.

- Cận lâm sàng:

+ Soi tươi dịch lấy từ tổn thương thấy có nhiều tế bào khổng lồ đa nhân với những tế bào mang nhiều thể ẩn trong nhân.

- Cây tế bào tìm virus Herpes sinh dục nhưng ít làm do khó và tốn kém

- Làm phản ứng ELISA

3.4.3. Điều trị

Các thuốc điều trị Herpes hiện nay không có khả năng diệt virus mà chỉ có hiệu quả làm giảm triệu chứng bệnh và giảm thời gian bị bệnh. Cần điều trị ngay càng sớm càng tốt cho trường hợp mắc Herpes sơ phát, có thể dùng một trong các thuốc sau:

- Acyclovir 400mg x 3 lần / ngày x 7 ngày(nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

- Acyclovir 200mg x 3 lần / ngày x 7 ngày(nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày (với trường hợp tái phát).

- Famcyclovir 250mg x 3 lần / ngày x 7 ngày(nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày(với trường hợp tái phát)

- Valacyclovir 1g x 2 lần / ngày x 7 ngày(nếu mắc lần đầu), trong 5 ngày(với trường hợp tái phát)

Chú ý: ở thai phụ thời kỳ chuyển dạ, nếu chưa nhiễm vào ối chỉ nhiễm ở âm đạo thì nên mổ lấy thì nên mổ lấy thai và không nên bấm ối trước khi mổ.

3.5. Nhiễm Chlamydia trachomatis

3.5.1. Đặc điểm

- Là mầm bệnh virus lây truyền qua đường tình dục

- Có thể gây nhiễm trùng ở mắt, gây tổn thương hệ lympho bào và thường cùng gay bệnh với nhiễm trùng khác ở đường sinh dục(lậu, giang mai, herpes...)

3.5.2. Triệu chứng

- Sau khi nhiễm có thể ra hay không ra khí hư, đôi khi bệnh nhân thấy khó chịu hoặc vẫn bình thường.
- Làm phản ứng ELISA hay cấy dịch âm đạo tìm tác nhân gây bệnh có thể dương tính.

3.5.3. Điều trị

Thuốc được lựa chọn điều trị là Tetracyclin 500mg uống ngày 4 lần, mỗi lần 1 viên trong 7 ngày. Chống chỉ định khi có thai, khi có thai có thể dùng Erythromycin 500 mg, uống 4 lần / ngày, trong 7 ngày.

3.6. Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải(HIV/ AIDS)

3.6.1. Đặc điểm

- HIV(Human- Immuno- Deficiency- Virus) là virus gây suy giảm miễn dịch ở người, người bị nhiễm HIV thì hệ thống miễn dịch trong cơ thể họ bị suy giảm, rối loạn và bị phá vỡ. Những tác nhân gây bệnh này có thể và có khả năng gây bệnh ở tất cả các phủ tạng trong cơ thể người bị nhiễm, rồi dễ dàng dẫn đến tử vong.

- Đường lây: qua 3 đường

+ Quan hệ tình dục

+ Đường máu

+ Truyền từ mẹ sang con

3.6.2. Triệu chứng

Khoảng 80% các đối tượng nhiễm HIV không có triệu chứng mà chỉ mang mầm bệnh. Khoảng 10- 20% người mang mầm bệnh phát triển thành AIDS mỗi năm. Trong số bệnh nhân AIDS đó có khoảng 80- 90% chết trong vòng 2 năm.

- Các dấu hiệu chính:

+ Sút cân 10% trọng lượng cơ thể

+ Iả chảy kéo dài trên 1 tháng

+ Sốt kéo dài trên 1 tháng không rõ nguyên nhân.

- Các dấu hiệu phụ:

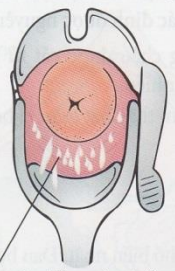
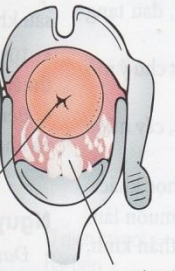
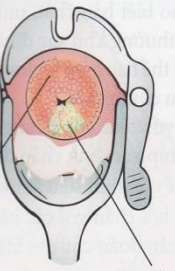
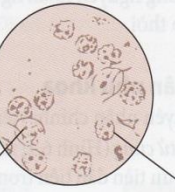
+ Ho khan kéo dài

+ Viêm da toàn thân

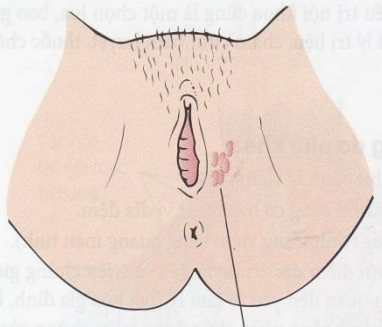
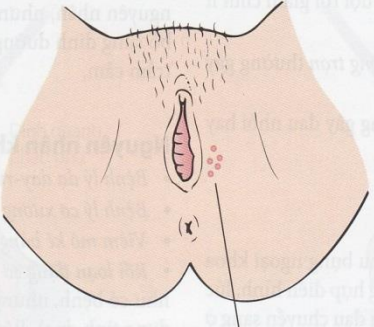
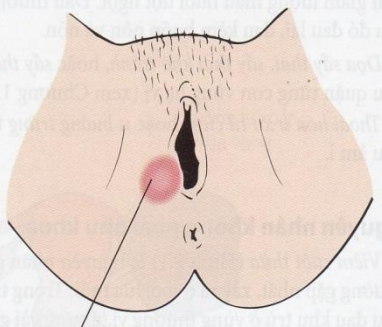
+ Zona kéo dài

+ Nhiễm nấm kéo dài

+ Bệnh có hạch toàn thân.

Nhiễm khuẩn âm đạo	Viêm âm đạo do nấm Candida	Viêm âm đạo do Trichomonas
 Huyết trắng màu trắng xám, loãng đồng nhất, có mùi hôi (mùi cá tanh)	 Âm đạo thường bị sung huyết và phù nề Huyết trắng đặc, lợn cợn, màu trắng, không hôi, giống như "váng sữa"	 Hình ảnh "trái dâu tây" do cổ tử cung bị viêm đỏ và có nhiều chấm xuất huyết Huyết trắng nhiều, vàng xanh, có bọt
 Soi tươi với nước muối sinh lý "Clue cells" với nhiều cầu trùng bám dính lên tế bào, không có bạch cầu, rất ít lactobacilli pH âm đạo >4.5 (bình thường 3.8-4.2)	 Soi tươi huyết trắng với KOH Các sợi tơ nấm và bào tử nấm pH âm đạo thường ≤4.5	 Soi tươi với nước muối sinh lý Trichomonads (nguyên sinh vật di động, nhân ở trung tâm và có 4 lông roi giúp di chuyển) Tế bào lympho >10/HPF pH âm đạo >4.5

ình 7.2 NHIỄM TRÙNG Ở ÂM HỘ

Mụn cóc sinh dục	Herpes sinh dục	Abscess tuyến Bartholin
 Tổn thương là nhiều mụn lồi ở da và không đau, xuất hiện quanh các môi và đáy chậu. Khi xuất hiện nhiều, các tổn thương có thể dính chùm với nhau tạo nên một khối giống như bông cải	 Các mụn nước tập trung thành đám, dễ vỡ và có khuynh hướng khi vỡ tạo thành các vết loét nhỏ Triệu chứng chính bao gồm: đau, nóng rát và ngứa tại chỗ	 Khối căng đau, đỏ, có đầu bập bênh: - Xuất hiện ở môi nhỏ/ môi lớn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ - Triệu chứng chính là sốt và đau một bên âm hộ cấp tính

U sinh dục

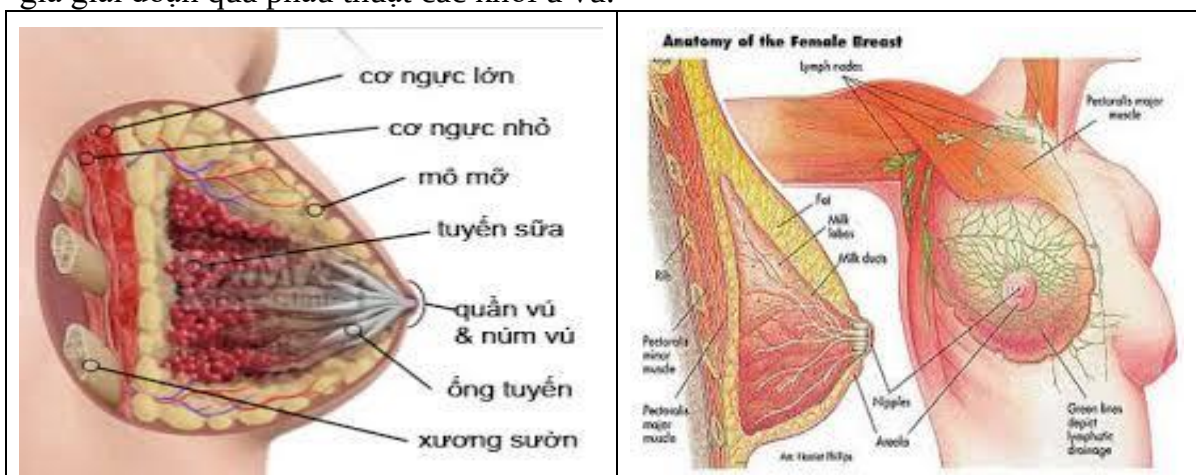
1. Các bệnh lành tính của vú

1.1. Giải phẫu học tuyến vú

Vú được cấu tạo bởi hai thành phần là mô tuyến vú và mô mỡ liên kết. Tuyến vú là một tuyến lớn nằm trên thành ngực, phía trên các cơ ngực lớn và bé. Tuyến vú được cố định bằng một hệ thống cân mạc và dây chằng lỏng lẻo đi từ da đến thành ngực.

Tuyến vú có dạng hình bán cầu, với chóp bán cầu là núm vú và quầng vú. Núm vú là nơi đổ ra ngoài của hệ thống các ống tuyến sữa. Quầng vú là một quầng sắc tố quanh núm vú. Bên dưới của quầng vú là vị trí mà các ống dẫn sữa giãn rộng ra gọi là các xoang sữa. Bầu vú được cấu tạo bởi mô tuyến vú và mô mỡ liên kết. Tỷ lệ mô tuyến/ mô liên kết thay đổi theo tuổi, thai và cho con bú.

Khảo sát di căn hạch là một việc làm quan trọng khi đánh giá các khối u vú. Trong đánh giá di căn hạch, xương đòn là một mốc quan trọng để đánh giá di căn hạch của các ung thư vú. Tuyến vú được cấp máu bởi các mạch máu từ thành ngực. Hệ bạch dịch của tuyến vú đổ vào nách và hạch vú (cạnh ức), sau đó nối tiếp với hệ thống bạch dịch trên xương đòn. Khảo sát các hạch thượng đòn và nách là một nội dung quan trọng khi hướng dẫn người phụ nữ tự khám vú cũng như khi thực hiện đánh giá giai đoạn qua phẫu thuật các khối u vú.



1.2. Mô học tuyến vú

Thành của hệ thống ống dẫn sữa và nang sữa được cấu tạo bởi hai lớp: lớp biểu mô trụ thấp hay trụ lót trong lòng ống, bên ngoài là lớp cơ biểu mô. Biểu mô là vị trí xuất phát thường gặp nhất của các u vú. Carcinoma ống tuyến vú thường gặp hơn là từ nang sữa.

Về mặt mô học, tuyến vú được cấu tạo bởi khoảng từ 15 đến 20 đơn vị gọi là các tiểu thùy vú. Các tiểu thùy được phân cách với nhau bằng tổ chức mô liên kết và mô mỡ. Chúng đổ vào các lỗ tận cùng ở núm vú.

Nếu xuất phát từ lỗ đổ vào núm vú, mỗi đơn vị bắt đầu bằng một ống rộng gọi là ống dẫn sữa. Khẩu kính của ống dẫn sữa gần nơi xuất phát vào khoảng 0,5mm. Ở gần núm vú khẩu kính của ống rộng hơn, tạo một xoang để chứa sữa. Từ đó các ống đi sâu vào bên trong và bắt đầu chia nhỏ dần. Cuối cùng, mỗi nhánh nhỏ của hệ thống ống dẫn sữa kết thúc bằng cách nối với các nang sữa bằng đơn vị ống tuyến tận. Tại núm vú, cấu trúc cơ được tăng cường bằng nhiều bó cơ trơn và mô collagen dày, có nhiệm vụ tổng xuất sữa từ các xoang sữa khi cho con bú. Cấu trúc các nang sữa cũng tương tự như cấu trúc ống dẫn sữa. Lòng nang cũng được lót bởi một lớp biểu mô trụ thấp, tựa trên một màng đáy. Bên ngoài các nang là các cơ biểu mô.

Biểu mô là vị trí xuất phát thường gặp nhất của các u vú. Carcinoma ống tuyến vú thường gặp hơn là từ nang sữa.

Tế bào của tuyến vú là tế bào lệ thuộc steroid sinh dục. Phát triển tuyến vú được đảm bảo bởi estrogen, trong khi đó phân tiết của các tế bào nang sữa được đảm bảo bởi progesterone. Thay đổi có tính chu kỳ trên vú gây ra các triệu chứng mà người phụ nữ có thể nhận ra được như đau căng vú trong nửa sau chu kỳ kinh nguyệt. Các biến đổi đôi khi thái quá và gây ra khó chịu thật sự cho người phụ nữ

Ảnh hưởng của steroid sinh dục trên tuyến vú	
Estrogen	Progesterone
Phát triển tuyến vú	Hỗ trợ phát triển các tiểu thùy
Phát triển mô mỡ ở vú	Phân chia các nang sữa
	Phát triển nang sữa

Khảo sát các thụ thể với estrogen (estrogen receptor) và progesteron (progesteron receptor) là bắt buộc cho mọi bệnh phẩm lấy ra từ tuyến vú. Đánh giá receptor cho phép quyết định điều trị và tiên lượng sau phẫu thuật các u ở vú. Các tế bào ung thư có thể có ER dương hoặc ER âm. Tương tự, các tế bào ung thư có thể có PR dương hay PR âm. Các tế bào ung thư có ER hay PR dương sẽ đáp ứng với hormone liệu pháp và có tiên triển chậm hơn là các ung thư với receptor âm tính.

1.3. Chiến lược tầm soát ung thư

Mục tiêu của tầm soát ung thư vú là tìm ra ung thư vú trước khi ung thư vú thể hiện ra ngoài bằng các triệu chứng như sờ thấy khối u.

Tầm soát thể hiện bằng các thăm dò nhằm vào tìm ra bệnh lý ung thư vú ở các phụ nữ hoàn toàn không có biểu hiện trên lâm sàng. Phát hiện sớm đồng nghĩa với tìm thấy và chẩn đoán ung thư vú sớm hơn là việc bạn chờ có các triệu chứng lâm sàng rồi mới đi tìm cách chẩn đoán.

Khả năng sống còn sau 5 năm của ung thư vú tùy thuộc vào giai đoạn ung thư lúc phẫu thuật. Vì thế, tầm soát ung thư vú đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và điều trị sớm ung thư vú. Khả năng này là 98% nếu ung thư vú được phát hiện ở giai đoạn sớm, còn khu trú ở vú và điều trị bằng phẫu thuật kamf nạo hạch. 89% trường hợp $u \leq 1\text{cm}$, điều trị bằng đoạn nhũ và nạo hạch không phát hiện di căn sau 18 năm.

Tự khám vú

Tự khám vú là một biện pháp phải được tiến hành thường xuyên và cần được duy trì như một thói quen.

Nếu như nhũ ảnh cho phép phát hiện được các khối u trước khi nó được cảm nhận, thì tự khám vú thường xuyên giúp người phụ nữ làm quen với tình trạng vú của mình và báo động cho nhân viên y tế khi người phụ nữ cảm nhận bất cứ điều gì đó không bình thường ở vú. Dù tự khám vú không được Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ xem như biện pháp tầm soát ung thư, nhưng hội vẫn khuyến cáo mọi phụ nữ ≥ 20 tuổi nên thực hiện tự khám vú. Khoảng $\frac{1}{2}$ số ung thư vú được phát hiện qua tự khám vú.

Tự khám vú được thực hiện ít nhất là một lần mỗi tháng. Tự khám vú gồm có tự quan sát và tự sờ nắn. Thời điểm tự khám vú tốt nhất là ngày thứ 8 của chu kỳ. Lúc

này mô vú ít bị ảnh hưởng bởi estrogen, kích thước vú là nhỏ nhất, mật độ vú không dày nên dễ phân biệt.

Tự quan sát tốt nhất là đứng trước gương, ở nhiều tư thế nhằm bộc lộ các bất thường:

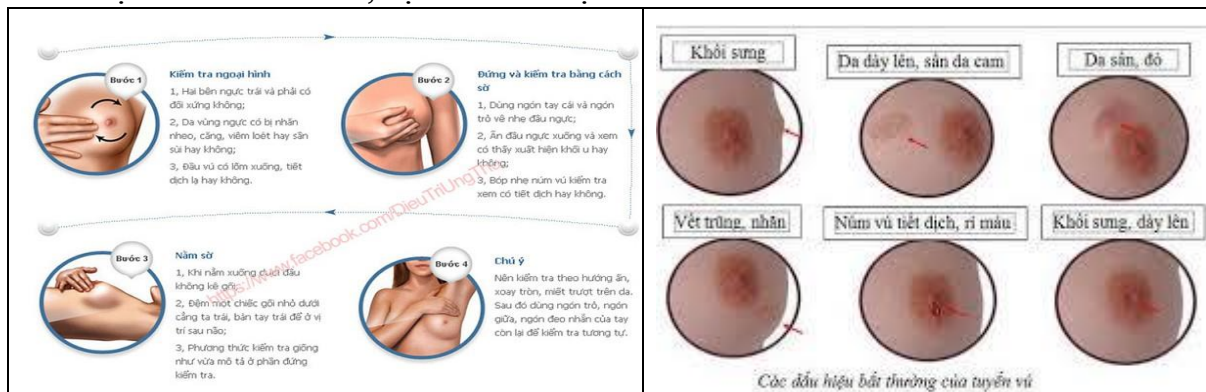
- Hai tay để sau gáy
- Hai tay chống trên hông
- Hai tay buông xuôi theo thân

Mục đích của quan sát là cảm nhận hình dạng, kích thước, sự cân đối của vú, cũng như các thay đổi trên da vú (ửng đỏ, co kéo, loét, thụt núm vú...)



Tự sờ nắn: được thực hiện lúc tắm, khi nằm thư giãn

Lần lượt khám mỗi ¼ vú, hạch đòn và hạch nách.



Các dấu hiệu bất thường có thể nhận thấy khi tự khám vú buộc người phụ nữ phải gặp bác sĩ gồm:

- Khối u
- Phì đại hạch nách hay hạch đòn
- Đau
- Tiết dịch núm vú

Khối u ở vú phát hiện được có thể là khối u mới, đơn độc hoặc khối u mới xuất hiện ở vùng mô lớn hơn trước đó. Đôi khi, không hẳn là cảm nhận khối u mới xuất hiện ở vùng mô lớn hơn trước đó. Đôi khi, không hẳn là cảm nhận khối u mà là cảm nhận một vùng mô lớn hơn, không đối xứng ở phụ nữ tiền mãn kinh hay đã mãn kinh. Một tình trạng viêm hay áp xe vú không đáp ứng với điều trị cũng là một

triệu chứng buộc người phụ nữ phải đi khám để không bỏ sót một ác tính ẩn mình phía sau biểu hiện bên ngoài là áp xe hay viêm.

Khi có biểu hiện đau vú cần quan tâm đến tính chất đau, vị trí, mức độ đau, tính chu kỳ. Đau vú có hay không kèm theo khối u, các trường hợp đau vú nhiều ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, đau vú có tính chất chu kỳ hay không? Đau vú có đáp ứng giảm đau hay các progesteron điều trị đau căng vú hay không? Đau chỉ khu trú ở một bên vú? Đau vú ở phụ nữ đã mãn kinh? Tất cả đều là triệu chứng cần lưu ý.

Tiết dịch bất thường ở núm vú là một triệu chứng báo động. Nên ấn quầng vú và núm vú để tìm tiết dịch bất thường. Cần nhận định tiết dịch là 1 hay 2 bên, màu dịch, độ quánh của dịch. Các tiết dịch là nghiêm trọng khi tiết dịch ở phụ nữ ≥ 50 tuổi, tiết dịch một bên ở phụ nữ < 50 tuổi, tiết dịch lẫn máu, tiết dịch kèm co rút hay biến dạng núm vú.

Bệnh lý lành tính của tuyến vú

Bệnh lý lành tính của tuyến vú có thể được phân loại theo:

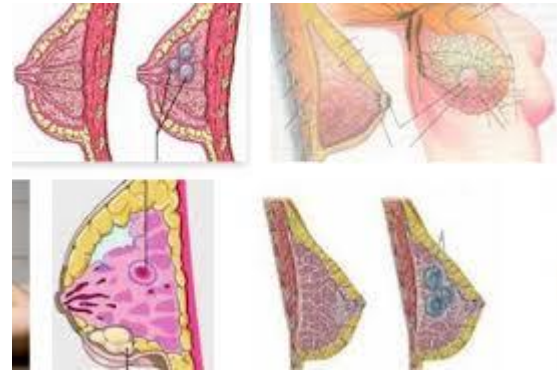
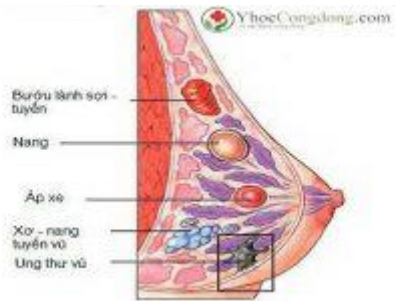
- Đặc điểm lâm sàng
- Mô học

Dựa vào lâm sàng có thể phân các bệnh lý lành tính tuyến vú ra:

Đau vú	Đau vú
Các mảng và khối u	Khối u hoặc nốt sần
	Nang
	Nang bọc sữa
	Bướu sợi tuyến
	Xơ nang tuyến vú
	Bướu mỡ
	Bệnh lý tuyến vú do tiểu đường
Tiết dịch núm vú	Tiết dịch núm vú
Nhiễm trùng vú và viêm vú	Viêm vú nội sinh
	Căng sữa sau sinh
	Viêm vú khi cho con bú
	Áp xe vú khi cho con bú
	Áp xe dưới quầng vú tái phát mạn tính
	Viêm vú cấp tính liên quan đến các nang vú
	Nhiễm trùng vú ngoại sinh
Những tổn thương có nguy cơ phát triển	Bướu diệp thể
	Tăng sinh trong ống dẫn sữa

thành ung thư vú	
	Bệnh lý xơ nang tuyến vú
	Bệnh sợi tuyến phức tạp
	Tăng sản không điển hình
	Sẹo hình sao

Các bất thường lành tính thường gặp



1. Đau vú

Đau vú là triệu chứng thường gặp nhất của bệnh lý tuyến vú. Đau vú gặp ở bệnh nhân tiền mãn kinh nhiều hơn là ở bệnh nhân mãn kinh.

Đau vú có thể theo chu kỳ hoặc không theo chu kỳ.

Đau vú xảy ra theo chu kỳ xảy ra trên khoảng 60% phụ nữ tiền mãn kinh. Nguyên nhân của đau vú theo chu kỳ vẫn chưa được xác định rõ. Có thể liên quan đến nội tiết hay thay đổi sợi bọc tuyến vú. Thường xảy ra hai bên và không xác định rõ vị trí. Người phụ nữ thường than phiền cảm giác nặng, sưng, đau lan ra nách hoặc cánh tay. Đau liên quan đến chu kỳ kinh nhiều nhất trước khi có kinh. Thời gian kéo dài và hồi phục tự nhiên sau kinh nguyệt.

Đau vú không theo chu kỳ thường gặp nhất 40 đến 50 tuổi. Tình trạng này có thể liên quan kinh nguyệt không đều, stress tâm lý, chấn thương, sẹo mổ cũ, Đôi khi đau vú không theo chu kỳ là thứ phát sau bướu sợi tuyến hay nang vú. Đau vú không theo chu kỳ thường là một bên, thường được mô tả như cảm giác đau nóng bỏng trong vú.

Chỉ thực hiện điều trị đau vú khi đau vú ảnh hưởng đến chất lượng sống của người phụ nữ.

2. Bướu sợi tuyến

Bướu sợi tuyến là loại bướu có sự tăng sản của biểu mô và mô đệm, xuất phát từ những ống và mô đệm của phần cuối của hệ thống ống của tuyến vú và có thể được xem như một tiểu thùy phát triển to lên.

Bướu sợi tuyến thường gặp nhất ở phụ nữ 20 đến 30 tuổi.

Bướu thường được phát hiện tình cờ do bệnh nhân tự sờ thấy, không đau.

Bướu có vị trí thường gặp nhất là ở $\frac{1}{4}$ trên ngoài của vú, có dạng hình cầu, mật độ chắc, giới hạn rõ, rất di động, không dính mô xung quanh, kích thước bướu thay đổi từ 1- 5cm. Bướu thường đơn độc, ít khi có nhiều khối.

Chẩn đoán dựa vào hình ảnh siêu âm: bờ đều đặn hay có múi, thành trước dày, tăng âm phía sau vừa phải.

Trên nhũ ảnh: bướu hình tròn hay bầu dục, bờ đều, có thùy, không xâm lấn, thường có kèm một lớp mỏng mỡ thấu quang xung quanh bướu, và hiếm khi kèm theo những thay đổi thứ phát của vú. Có khi trong mô bướu có mật độ đồng nhất có một vùng thấu quang, đó là mô mỡ nằm trong bướu.

Phẫu thuật là phương pháp hiệu quả duy nhất.

Nên mổ lấy bướu để biết bản chất mô học, vì một số bướu được cho là bướu sợi tuyến điển hình nhưng lại có kết quả giải phẫu bệnh là loại bệnh lý lành tính khác hay đôi khi là ung thư.

3. Bướu diệp thể

Bướu diệp thể gồm 3 loại: lành (60%), giáp biên 20%, và ác 20%.

Bướu thường thấy ở bệnh nhân trên 40 tuổi, bướu thường thấy có kích thước to, phát triển nhanh.

Da trên bướu căng, bóng, mỏng. Có thể thấy giãn tĩnh mạch do bướu đè sát vào da. Loét da có thể xảy ra do căng và đè ép vào nhau gây thiếu máu. Nút vú có thể bị ảnh hưởng nhưng rất ít khi xảy ra xâm lấn hay co kéo. Hạch vùng nách có thể to hoặc sờ thấy trong 20% trường hợp.

Bướu diệp thể hiếm khi có di căn. Chỉ thấy có di căn trong khoảng 5%.

Trên hình ảnh siêu âm, bướu diệp thể là một khối giảm âm, giới hạn rõ, có thể có rải rác vài vùng hoá nang.

Trên nhũ ảnh, bướu diệp thể thường là một khối lớn, giới hạn rõ, hình tròn, bầu dục hay chia thành nhiều thùy có thể có vôi hoá.

Phẫu thuật cắt rộng là phương pháp điều trị chủ yếu của bướu diệp thể lành tính.

Tái phát có thể liên quan đến bờ phẫu thuật

Phẫu thuật đoạn nhũ nên thực hiện khi bướu quá lớn so với kích thước của vú, bất kể loại giải phẫu bệnh.

4. Bướu nhú trong ống dẫn sữa

Bướu nhú(còn gọi là bướu gai) trong ống dẫn sữa là tổn thương thường gặp khi có tiết dịch nút vú dạng máu hoặc huyết thanh máu. Đây là tổn thương lành tính, đơn độc, thường chỉ thấy ở một bên vú, ở trong vòng 1 cm quanh quầng vú. U xuất phát từ tế bào biểu mô của ống tuyến và tạo nên những tăng sinh dạng nhú làm căng phòng ống.

Bướu nhú trong ống tuyến sẽ được phân biệt với tổn thương dạng nhú khác của vú như bệnh nhú, đa bướu nhú và đặc biệt là carcinom dạng nhú.

Trên siêu âm có 3 dạng hình ảnh được nhìn thấy: dạng trong ống tuyến, dạng trong nang và dạng đặc. Nếu bướu nhú quá nhỏ, chỉ nhìn thấy được ống tuyến giãn.

Hầu hết các trường hợp đều không thấy bất thường trên nhũ ảnh, trừ khi có kết hợp với một u có thể nhìn thấy.

Chụp ống dẫn sữa cản quang rất có giá trị chẩn đoán với bướu nhỏ trong ống dẫn sữa.

Khi có bướu nhũ cần sinh thiết trọn tổn thương. Sau đó điều trị theo kết quả mô học có được. Có thể dùng sinh thiết định vị dưới siêu âm. Siêu âm hướng dẫn việc định vị tổn thương trong ống tuyến bằng kim định vị quy ước nhằm phẫu thuật lấy chính xác tổn thương và tránh lấy nhiều mô vú không cần thiết.

5. Nang vú

Các nang vú là do các tiểu thụ vú bị thoái triển và căng dẫn. Nang vú có thể xảy ra ở bất cứ tuổi nào nhưng tình trạng này không thường gặp sau mãn kinh. Nang có thể thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt.

Nang vú thường phân biệt rõ với các mô xung quanh, với các đặc trưng là chắc và di động. Nang có thể đau, khó phân biệt với mô đặc.

Trên siêu âm nang vú có thể là các nang điển hình hoặc không điển hình.

Trên nhũ ảnh, nang vú là các nang có bờ rõ, tròn hoặc bầu dục, không canxi hoá và không tăng đậm độ. Khi có các hình ảnh nang, có thể thực hiện chọc hút bằng kim nhỏ. Thường chọc không có máu, nang xẹp sau khi hút dịch. Cần tái khám lại 4 – 6 tuần sau khi hút dịch.

Nếu chọc hút có máu, cần phải phẫu thuật để sinh thiết.

6. U mỡ

U mỡ là tổn thương lành tính khá phổ biến, thường gặp ở giai đoạn sau tuổi sinh sản.

Tổn thương thường là khối u đơn độc, mềm và di động. Trên vi thể u mỡ bao gồm tế bào mỡ trưởng thành hình tròn. Vì vú chứa nhiều mô mỡ nên những trường hợp u mỡ nghi ngờ cần phẫu thuật thận trọng lấy trọn tổn thương cùng vỏ bao. Cần phân biệt với u giả mỡ là khối mềm nằm xung quanh ung thư vú.

7. Bệnh vú thay đổi sợi bọc

Thường gặp nhất thay đổi sợi bọc 20 – 50 tuổi

Nguyên nhân của thay đổi sợi bọc là do liên quan đến tình trạng mất cân bằng giữa progesteron và estrogen.

53% có thay đổi về mặt mô học. Thường thấy nhất là một biến thể của sự thoái triển của nhu mô vú theo hướng phát triển quá mức mô sợi hoặc xơ hoá khu trú, tạo ra hai nhóm bệnh học: bệnh lý xơ hoá tuyến vú, tổn thương xơ phức tạp hay sẹo hình sao...

Khoảng 50% bệnh nhân có thay đổi sợi bọc ở vú có biểu hiện lâm sàng, với biểu hiện đau vú hai bên, nặng căng vú theo chu kỳ, sờ thấy khối u. Khám thấy mô vú đậm đặc hơn, cảm giác có nhiều mô nốt hoặc hạt, có thể có tiết dịch núm vú tự nhiên.

8. Tiết dịch núm vú

Phần lớn nguyên nhân gây tiết dịch núm vú là lành tính

Dịch thường thấy nhất là tiết sữa

Trong trường hợp này chúng ta cần khai thác tiền sử dùng thuốc như hướng thần kinh, thuốc chống trầm cảm hay ức chế bơm proton, có thể cho biết nguyên nhân do dùng thuốc tăng tiết sữa gây tăng prolactin.

Khảo sát nội tiết để tìm nguyên nhân xa hơn như microadenoma tuyến yên hay nhược giáp là cần thiết.

Kích thích núm vú quá mức cũng thường gặp.

Cần thận trọng khi có tiết dịch tự phát, một bên và có máu.

Trong trường hợp tiết dịch tự phát, một bên, có máu, cần lưu ý khả năng có bướu nhũ hay các carcinom khác và trong ống tuyến vú.

2. Ung thư vú

2.1. Đại cương

Ung thư vú là loại ung thư gây tử vong nhiều nhất ở phụ nữ. Hội ung thư Mỹ ước tính ung thư vú chiếm 32% toàn bộ ung thư mới và 18% số tử vong do ung thư ở phụ nữ. Tỷ lệ bị ung thư vú hàng năm ở Hoa Kỳ tăng lên rất mạnh theo tuổi (5/100 000 ở tuổi 25 tăng lên 150/100 000 ở tuổi 50 và hơn 200/100 000 ở tuổi 75).

Tại Việt nam hiện vẫn chưa có số liệu thống kê đầy đủ, nhưng ung thư vú đang trở thành loại ung thư đứng hàng đầu trong các loại ung thư ở phụ nữ.

2.2. Nguyên nhân, bệnh sinh

Nguyên nhân

+ Đột biến Gen:

Thường thấy đột biến ở Gen BRCA1 và Gen p53 nằm trên nhiễm sắc thể 17, Gen BRCA2 nằm trên nhiễm sắc thể 13. Yếu tố gây đột biến gen có thể là các tia phóng xạ hay virus.

+ Di truyền

Khoảng 18% ung thư vú có yếu tố di truyền nhưng chỉ khoảng 5% là thực sự có yếu tố gia đình. Trong những gia đình này, nguy cơ bị ung thư vú cả đời ở nữ ít nhất là 50%.

+ Chế độ ăn và hormon

- Chế độ ăn nhiều mỡ và đường có tỉ lệ bị ung thư vú cao hơn chế độ ăn ít đường và mỡ, đặc biệt là đối với lứa tuổi trẻ.

- Một số loại hormon như : Prolactin, Estrogen, Progestin (thường có trong các thuốc chống thai) khi dùng lâu dài có thể làm tăng nguy cơ ung thư vú ở những phụ nữ trẻ.

Các yếu tố nguy cơ của ung thư vú

+ Các yếu tố có nguy cơ cao (làm tăng khả năng bị bệnh hơn 3 lần)

Tuổi trên 40, đã bị ung thư trước đây ở một bên vú, ung thư vú gia đình, tăng sản tuyến vú không điển hình, không có con, có thai lần đầu muộn (sau tuổi 31), hội chứng Klinefelter, bệnh phì đại tuyến vú ở nam giới, tiền sử gia đình đã có nam giới bị ung thư vú.

+ Các yếu tố nguy cơ trung bình (tăng khả năng bị bệnh 1,2-1,5 lần)
Bắt đầu có kinh nguyệt sớm, mất kinh muộn, uống nhiều Estrogens, có tiền sử bị ung thư buồng trứng, đái tháo đường, dùng nhiều chất uống có cồn.

2.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh lý một số ung thư tuyến vú

+ Cacxinom ống tuyến:

Chiếm khoảng 78% số ung thư vú. Thường chỉ bị một vú. Có thể gặp Cacxinom ống tuyến xâm nhập hoặc Cacxinom ống tuyến không xâm nhập.

+ Cacxinom thùy tuyến:

Chiếm khoảng 9% số ung thư vú. Thường bị ở cả hai vú. Thường được phát hiện thấy ở mức tiền ung thư.

+ Cacxinom thể tuỷ:

Chiếm khoảng 4% số ung thư vú. Gồm các tế bào không biệt hoá và xâm nhiễm Lympho rất mạnh.

+ Các thể đặc biệt có tiên lượng tốt:

Chiếm khoảng 10% số ung thư vú. Gồm các Cacxinom thể nhú đơn thuần, Cacxinom thể trụ, Cacxinom thể nhầy...

+ Bệnh vú Paget:

Biểu hiện dưới dạng tổn thương Eczema của đầu núm vú một bên, thường đi kèm với Cacxinom ống tuyến ở phụ nữ.

2.4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của ung thư tuyến vú rất đa dạng, khi có các triệu chứng điển hình thì thường đã ở giai đoạn muộn của bệnh.

2.4.1. Các triệu chứng tại tuyến vú

Khối to lên ở vú

Là triệu chứng có ở 90% số bệnh nhân ung thư vú. Có thể xác định được các tính chất sau :

+ Vị trí : thường bị ở một vú nhưng có khi bị cả hai vú.

+ Các biến đổi ở da vùng có khối u:

- Dấu hiệu da trên khối u bị lõm xuống vì dính vào khối u: nhìn rõ khi cho bệnh nhân đang thẳng cánh tay bên có u ra và nhìn dưới ánh sáng tốt.

- Dấu hiệu da kiểu “vỏ cam”: nhìn rõ một mảng da bị phù nề, đổi màu đỏ sẫm và có những điểm bị lõm sâu xuống ở chỗ chân lông.

- Những trường hợp đến muộn có thể thấy da trên khối u đã bị loét ra, chảy máu, bội nhiễm...

+ Mật độ : thường chắc hoặc cứng.

+ Bề mặt : thường lồi lõm không đều.

+ Ranh giới : thường không rõ ràng vì tình trạng xâm nhiễm của u vào các tổ chức xung quanh.

+ Kích thước : to nhỏ tùy từng trường hợp.

+ Di động kém : do dính nhiều vào tổ chức xung quanh, nhất là da và cơ ngực lớn.

+ Thường không đau.

+ Cần chú ý là có loại Cacxinom tuyến vú biểu hiện giống như một viêm tuyến vú: da trên tuyến vú phù nề, đỏ, nhiễm cứng, đau...

Những biến đổi ở núm vú

+ Chảy dịch đầu núm vú

Chảy dịch đầu núm vú tự phát có thể gặp ở khoảng 20% số phụ nữ ung thư vú.

Trong các trường hợp này dịch núm vú có thể là : dịch nước trong, máu, dịch thanh tơ lẫn máu, dịch thanh tơ...

+ Đầu núm vú co vẹo hoặc tụt sâu vào trong: do khối u xâm nhiễm và kéo rút các ống tuyến sữa về phía u.

2.4.2. Hạch nách

Hạch nách cùng bên to ra chứng tỏ đã có di căn ung thư tới phạm vi khu vực. Cần xác định các tính chất của hạch nách về: số lượng, độ lớn, mật độ, tình trạng dính của hạch vào nhau và vào tổ chức xung quanh...

Chú ý khám cả hạch nách bên đối diện để xác định di căn xa.

2.5. Triệu chứng cận lâm sàng

2.5.1. Sinh thiết chẩn đoán

Với các khối u có thể sờ thấy rõ ràng

+ Sinh thiết hút tế bào bằng kim nhỏ

Là một xét nghiệm có thể thực hiện nhanh chóng và an toàn, có độ nhạy đạt tới 90-98% (phụ thuộc chủ yếu vào kỹ năng và kinh nghiệm của xét nghiệm viên).

Bệnh phẩm được đưa đi xét nghiệm tế bào học và có thể được dùng để xác định các thụ cảm thể Estrogen và Progesterone bằng kỹ thuật hoá tế bào miễn dịch.

+ Sinh thiết lõi

Dùng kim Tru-Cut (Baxter) để lấy ra một phần tổ chức khối u. Bệnh phẩm đưa đi xét nghiệm mô bệnh học và xác định các thụ cảm thể Estrogen và Progesterone.

+ Mổ sinh thiết một phần khối U (Incisional biopsy):

Thường rạch da theo đường Langer (đường rạch cong, đi sát và song song với quầng núm vú). Bóc tách và cắt lấy một phần khối u đưa đi làm xét nghiệm.

Chỉ định khi muốn đánh giá một khối u vú lớn nghi ngờ là ác tính mà sinh thiết hút kim nhỏ hoặc sinh thiết lõi không xác định được chẩn đoán

+ Mổ cắt khối u sinh thiết (Excisional biopsy)

Mổ bóc tách lấy khối u để đưa đi xét nghiệm.

Với các u không sờ thấy được rõ ràng:

+ Sinh thiết có định vị bằng kim (Needle localized biopsy):

Dưới hướng dẫn của chụp vú, chọc kim kèm dụng cụ có dây móc đặc biệt vào tuyến vú nơi tiếp giáp với chỗ bệnh lý để định vị chỗ cần sinh thiết. Sau đó tiến hành mổ sinh thiết khối bệnh lý đúng chỗ đã được định vị.

+ Sinh thiết lõi bằng kim có định vị ba chiều (Stereotactic core needle biopsy):

Sử dụng bộ định vị ba chiều bằng máy tính điện tử để định vị tổn thương, tiếp đó dùng dụng cụ bắn tự động xuyên một lúc nhiều kim sinh thiết lõi vào vùng tổn thương để lấy bệnh phẩm.

2.5.2. Chụp vú (Mammography) - Nhũ ảnh

Có thể phát hiện được 85% Ung thư vú, kể cả các U chưa sờ thấy trên lâm sàng.

Những dấu hiệu có thể gặp trên phim chụp vú trong Ung thư vú là:

+ Các vết lắng đọng Canxi.

+ Hình các ống tuyến vú bị xoắn vặn hoặc không cân đối.

+ Da vùng tuyến vú và núm vú dày lên

+ Hình khối đặc tuyến vú.

2.5.3. Chụp siêu âm tuyến vú

Có thể dùng phối hợp với chụp vú để chẩn đoán phân biệt u vú là một khối u đặc hay u nang.

2.5.4. Chụp CT tuyến vú

Thường để theo dõi tình trạng các hạch vú trong, lồng ngực và vùng nách sau khi mổ cắt tuyến vú.

2.5.5. Chụp MRI tuyến vú

Có thể dùng khi các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác không cho kết quả rõ nét.

2.7. Chẩn đoán phân biệt

2.7.1. Các bệnh lý dưới dạng một khối to lên ở vú

- + Khối cục tổ chức biểu mô tuyến vú do nội tiết (Lump)
- + Các u lành tính của tổ chức biểu mô hoặc tổ chức liên kết của tuyến vú: u nhú nội ống tuyến, u tuyến của núm vú, u tuyến thể trụ, u tuyến tiết sữa, u xơ tuyến, u tổ chức phần mềm tuyến vú, u tổ chức da tuyến vú, u mạch máu, u bạch mạch...
- + Các bệnh vú xơ nang và loạn sản.
- + Các tổn thương dạng u ở tuyến vú: giãn ống tuyến sữa, khối viêm giả u tuyến vú, hoại tử mỡ sau chấn thương, viêm hạch bạch huyết, phì đại tuyến vú nam giới...

2.7.2. Các bệnh lý có chảy dịch núm vú

- + U nhú nội ống tuyến
- + U nang tuyến sữa; Giãn ống tuyến sữa...

2.7.3. Các bệnh lý có biến đổi da và núm vú

- + Viêm tuyến vú; Áp xe tuyến vú...
- + Bệnh Mondor: viêm nghẽn tĩnh mạch nông vùng tuyến vú

2.8. Dự phòng và phát hiện sớm

2.8.1. Tự kiểm tra tuyến vú

- + Hàng tháng đối với tất cả phụ nữ trên 20 tuổi.
- + Những phụ nữ tiền mãn kinh nên thực hiện kiểm tra 5 ngày sau ngày kết thúc của một chu kỳ kinh.
- + Những phụ nữ sau mãn kinh nên tự kiểm tra mình cũng vào những ngày như vậy mỗi tháng.

2.8.2. Đến khám lâm sàng tại cơ sở có bác sĩ

- + Ba năm một lần cho các phụ nữ lứa tuổi 20-40.
- + Mỗi năm một lần cho các phụ nữ trên 40 tuổi.

2.8.3. Chụp vú

- + Các phụ nữ 35-39 tuổi cần phải được chụp vú kiểm tra để làm số liệu cơ sở theo dõi sau này.
- + Các phụ nữ 40-49 tuổi cần được chụp vú 1-2 năm một lần.
- + Các phụ nữ trên 50 tuổi cần được chụp vú mỗi năm một lần.

2.8.4. Cắt tuyến vú dự phòng

Có thể chỉ định cho các trường hợp sau :

- + Các bệnh nhân có bệnh vú lành tính và có tiền sử gia đình bị Ung thư vú hai bên tuổi tiền mãn kinh.
- + Bệnh nhân đã có tiền sử bị Ung thư vú và hiện nay đang có bệnh xơ nang trong tuyến vú còn lại.
- + Các bệnh nhân bị Caxinom thể thùy in situ.

2.9. Điều trị

2.9.1. Ung thư vú giai đoạn I và II (giai đoạn bệnh còn khu trú tại chỗ)

Trong giai đoạn này, biện pháp điều trị quan trọng hàng đầu là phẫu thuật, các biện pháp điều trị khác đóng vai trò bổ sung và củng cố.

a) Các phương pháp phẫu thuật

- + Cắt tuyến vú triệt để:
 - Tiến hành cắt bỏ toàn bộ tuyến vú kèm các cơ ngực lớn và nhỏ, lấy bỏ toàn bộ hạch bạch huyết dọc theo tĩnh mạch nách lên đến dây chằng sườn đòn (dây chằng Halsted)

+ Cắt tuyến vú triệt để cải biên:

- Tiến hành cắt bỏ toàn bộ tuyến vú kèm lấy bỏ hạch nách thành một khối, không cắt bỏ cơ ngực lớn. Các phương pháp hay dùng là:

* Phẫu thuật Patey: cắt bỏ toàn bộ tuyến vú, cắt bỏ cả cơ ngực bé để có thể lấy bỏ được các hạch nách ở cao trên đỉnh hố nách.

* Phẫu thuật Patey cải biên (Scanlon): cũng làm như phương pháp Patey nhưng không cắt bỏ cơ ngực bé mà chỉ bóc tách nó để có thể lấy bỏ các hạch nách ở cao và bảo tồn được dây thần kinh ngực bên (chi phối cơ ngực lớn).

* Phẫu thuật Auchincloss: thực hiện giống phương pháp Patey nhưng không cắt bỏ hay bóc tách cơ ngực bé để cố lấy bỏ các hạch nách ở cao.

b) Điều trị bổ xung sau phẫu thuật:

+ Chiếu xạ

+ Hoá chất

- Thường dùng các phác đồ phối hợp nhiều loại thuốc để có hiệu quả điều trị tốt hơn. Các phác đồ phối hợp thuốc hay dùng là:

* CMF: Cyclophosphamide, Methotrexate, 5-fluorouracil

* FAC: 5-fluorouracil, Adriamycin, Cyclophosphamide

* CA: Cyclophosphamide, Adriamycin

- Thường dùng hoá chất điều trị bổ xung bắt đầu sau mổ 4 tuần và một đợt kéo dài khoảng 6 tháng.

+ Nội tiết:

- Các thuốc nội tiết thường được dùng là: Tamoxifen citrate (Nolvadex), Megestrol acetate (Megace), Aminoglutethimide (có tác dụng phá huỷ chức năng tuyến thượng thận), Estrogen (diethylstilbestrol), Androgen (fluoxymesterone)...

- Việc chỉ định dùng thuốc hormon cần dựa vào xét nghiệm xác định thụ cảm thể Estrogen và Progestogene của tế bào ung thư vú. Nói chung nếu các thụ cảm thể này dương tính thì điều trị bằng hormon sẽ có hiệu quả cao.

+ Trong thực tế điều trị các biện pháp điều trị bổ xung nói trên luôn được sử dụng phối hợp với nhau, kết quả thu được cho thấy:

- Kết hợp điều trị Hoá chất và Nội tiết cho hiệu quả cao hơn dùng chúng đơn thuần.

- Điều trị hoá chất bằng các phác đồ kết hợp thuốc có hiệu quả cao hơn nhiều so với điều trị một loại thuốc đơn thuần.

2.9.2. Ung thư vú giai đoạn IIIA (còn có thể phẫu thuật được):

Đường hướng chung là phải điều trị kết hợp:

+ Điều trị chiếu xạ tại chỗ và khu vực để hạn chế bớt sự phát triển của khối u.

Đồng thời dùng hoá chất để điều trị các di căn có thể có ở toàn thân. Sau đó tiến hành phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú kèm bóc tách lấy bỏ hạch nách.

+ Sau mổ tiếp tục điều trị bổ xung bằng chiếu xạ, hoá chất, nội tiết...

2.9.3. Ung thư vú giai đoạn IIIB (không còn khả năng phẫu thuật):

Đường hướng điều trị chung là:

+ Điều trị ngay từ đầu bằng hoá chất. Dùng phác đồ kết hợp thuốc CMF, CA hay FAC trong 3 hoặc 4 tháng.

+ Tiếp đó điều trị chiếu xạ tại chỗ và khu vực, rồi tiến hành mổ cắt bỏ toàn bộ tuyến vú.

+ Cuối cùng lại tiếp tục điều trị toàn thân bằng hoá chất (phác đồ phối hợp thuốc CMF hoặc FAC), nội tiết (Tamoxifen...)...

2.9.4. Ung thư vú giai đoạn IV (giai đoạn di căn toàn thân):

Thường điều trị ngay bằng hoá chất hay nội tiết .

a) Điều trị nội tiết

+ Phải dựa vào xét nghiệm xác định thụ cảm thể Estrogen (ER) và Progesterone (PgR) trong tiêu bản bệnh phẩm u để chỉ định dùng các thuốc nội tiết. Khi các thụ cảm thể này dương tính thì điều trị bằng nội tiết mới có thể có hiệu quả cao.

+ Các thuốc nội tiết hay dùng là:

- Tamoxifen citrate (Nolvadex), 20 mg/ một ngày: được dùng liên tục cho đến khi bệnh nhân bị tái phát trở lại.

- Megestrol acetate (Megace), 40 mg dùng 4 lần/ngày.

- Aminoglutethimide, 250 mg uống 4 lần/ngày: được dùng cho các bệnh nhân có đáp ứng nhưng sau đó lại kém đáp ứng với điều trị nội tiết. Thuốc tạo nên tình trạng cắt bỏ tuyến thượng thận bằng thuốc. Phải dùng Hydrocortisone để dự phòng rối loạn trục Tyến yên-Thượng thận. Thường dùng Hydrocortisone uống sáng, chiều và tối, mỗi lần uống 10 mg.

- Các thuốc khác: Estrogen (diethylstilbestrol, 5 mg dùng 3 lần/ngày) hoặc Androgen (fluoxymesterone, 10 mg dùng 4 lần/ngày). Thường dùng cho các bệnh nhân có đáp ứng nhưng sau đó lại không đáp ứng với điều trị bằng Tamoxifen, Megestrol acetate, hay Aminoglutethimide.

+ Cắt bỏ buồng trứng:

- Chỉ định dùng cho các bệnh nhân nữ dưới 50 tuổi, bị ung thư vú tái phát với thụ cảm thể Estrogen dương tính. Có tác dụng cải thiện rõ rệt thời gian sống thêm và giảm tỉ lệ tái phát trên những bệnh nhân này.

- Có thể cắt bỏ buồng trứng trực tiếp bằng phẫu thuật, bằng chiếu xạ hoặc dùng thuốc (Leuprolide, Zolodex).

+ Mổ cắt bỏ Tuyến thượng thận hay cắt bỏ Tuyến yên: có thể gây ra những vấn đề khó khăn trong theo dõi và điều trị do đó chỉ định áp dụng rất hạn chế.

b) Điều trị hoá chất

+ Phác đồ CMF có hiệu quả tốt cho điều trị khởi đầu, nhất là khi kết hợp với Prednisone. Tỉ lệ đáp ứng là khoảng 60% với thời gian điều trị trung bình một năm hoặc hơn.

+ Các phác đồ kết hợp của CA và FAC cũng có hiệu quả rõ rệt.

+ Sau khi bệnh không đáp ứng với các phác đồ kết hợp thuốc nói trên nữa thì phải dùng đến các thuốc khác. Các thuốc có thể dùng cho bệnh nhân ở giai đoạn cuối là Taxol, Fluorouracil, Methotrexate, Vinblastine, Vincristine, Mitomycin C và Prednisone.

c) Điều trị phẫu thuật

Trong giai đoạn này, phẫu thuật không đóng vai trò quan trọng. Trong một số trường hợp do khối Ung thư tại tuyến vú phát triển gây loét da, bội nhiễm... ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt của bệnh nhân thì có thể chỉ định mổ để cắt bỏ và dọn sạch tạm thời các tổn thương tại chỗ đó.

3. Ung thư cổ tử cung

3.1. Đại cương

Là bệnh hay gặp chiếm tỉ lệ cao trong tổng số các loại ung thư (chiếm 11% trong toàn bộ các loại ung thư của cả 2 giới, chiếm 22,35% trong ung thư sinh dục nữ)

Tuổi thường gặp trong khoảng 30-59, đỉnh cao 45-55, tuy nhiên vẫn có thể gặp ở tuổi 20.

Các yếu tố thuận lợi:

- Giao hợp sớm trước 17 tuổi
 - Giao hợp với nhiều người
 - Sinh đẻ nhiều lần
 - Nhiễm khuẩn sinh dục, đặc biệt là virus herpes type II (HSVII) và Papiloma vius 16-18, 31-33 (HPV 16-18, 31-33 gây condyloma ở cổ tử cung) bệnh này lây qua đường tình dục lứa tuổi 18-30, đặc biệt là trong lúc có thai, hầu hết condyloma tự khỏi sau 6th - 1 năm hoặc sau điều trị, 10% biến thành nghịch sản)
- Khởi đầu của ung thư cổ tử cung không có triệu chứng lâm sàng nhưng cổ tử cung có thể dễ dàng sờ được, nhìn được nên có thể phát hiện được ung thư cổ tử cung
- Phát hiện sớm ung thư cổ tử cung có ý nghĩa quan trọng vì ở giai đoạn ung thư trong biểu mô có thể điều trị khỏi 100% với phương pháp: Laser, khoét chóp, cắt tử cung

Giai đoạn I-IIa: khỏi 80-85% trong 5 năm

Giai đoạn IIb: Khỏi chỉ còn 55% trong 5 năm

Giai đoạn III: Khỏi chỉ còn 25% trong 5 năm

3.2. Giải phẫu bệnh lý

3.2.1. Đại thể

- Hình thái sùi: Các nụ sùi dễ rụng, dễ chảy máu, dễ nhiễm khuẩn, hình thái này thâm nhiễm ít, lan tràn chậm
- Hình thái loét: Có bờ lõm sâu xuống, bờ rắn, nền có nhiều nụ nhỏ, nhiều mủ, ung thư tiến triển đưa đến hoại tử cổ tử cung gây thành 1 hố lõm, hình thái này thâm nhiễm và lan tràn sâu, phần phụ và các hạch bạch huyết di căn nhanh
- Hình thái thâm nhiễm: ít gặp hơn, tổn thương là một vùng thâm nhiễm cứng, ung thư ăn sâu vào lớp đệm trong khi mặt ngoài cổ tử cung tưởng như bình thường nhưng cổ tử cung đã thay đổi thể tích, loại này lan tràn và di căn nhanh
- Hình thái ở ống cổ tử cung: Tổn thương ung thư trong CTC giai đoạn đầu chẩn đoán khó vì mặt ngoài CTC không thay đổi trong khi ung thư đã khoét sâu vào lớp đệm

3.2.2. Vi thể

- Ung thư biểu mô kép dẹp gai 90-95%
- Ung thư biểu mô tuyến 5-10%, tiên lượng xấu hơn ung thư tế bào gai

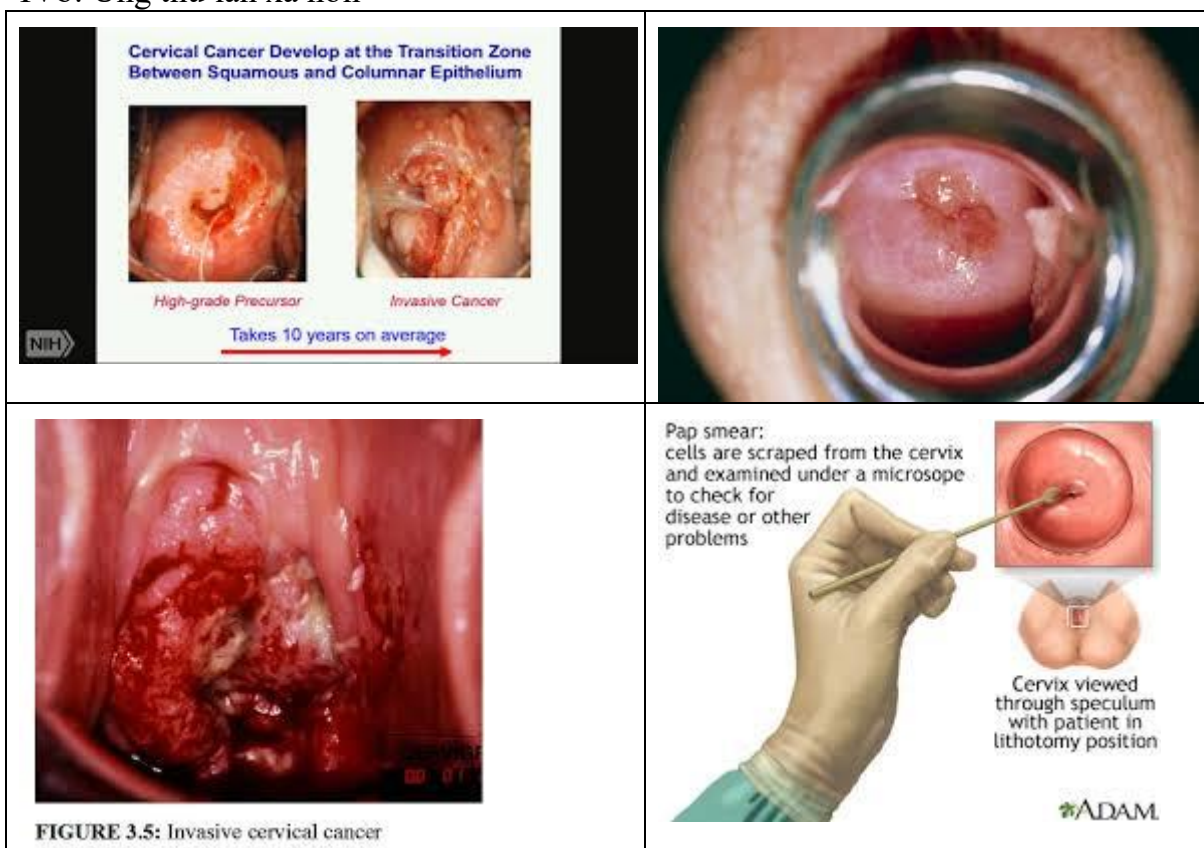
3.2.3. Sự phát triển lan rộng và di căn của ung thư cổ tử cung

- Lan theo bề mặt: lan đến eo tử cung, xuống âm đạo, lan lên mặt trước âm đạo, sang bàng quang, có thể thủng gây rò bàng quang âm đạo, lan sang trực tràng gây rò trực tràng âm đạo, lan đến dây chằng rộng 2 bên, dây chằng tử cung cùng, chèn ép niệu quản.
- Di căn theo đường bạch huyết: đến các hạch nằm dọc các mạch chậu đến cạnh động mạch chủ
- Lan rộng theo đường máu: gây di căn các tạng trong ổ bụng, phổi, màng phổi

Đánh giá lan rộng: Thăm âm đạo, thăm trực tràng và nền dây chằng rộng. Soi bàng quang đánh giá tổn thương bàng quang, chụp bạch mạch, UIV, soi trực tràng, Scanner...

Phân chia giai đoạn

- Giai đoạn 0: Ung thư bên trong biểu mô
- Giai đoạn I: Tổ chức ung thư khu trú ở cổ tử cung
 - Ia: Tổn thương đường kính <2cm, chẩn đoán dựa vào vi thể
 - Ib: Tổn thương đường kính >2cm, có thể phát hiện bằng mắt thường
- Giai đoạn II: Ung thư lan tới âm đạo
 - IIa: Ung thư chưa lan quá 1/3 trên âm đạo 1 hoặc 2 bên dây chằng rộng phần sát tử cung
 - IIb: Ung thư lan ra 2/3 trên âm đạo vào nền 2 dây chằng rộng
- Giai đoạn III: Ung thư lan tới 1/3 dưới âm đạo
 - IIIa: 1/3 dưới âm đạo bị xâm nhiễm nhưng vách chậu chưa bị xâm nhiễm
 - IIIb: Xâm nhiễm tới vách chậu
- Giai đoạn IV: Ung thư lan tới cơ quan vùng chậu và xa hơn
 - IVa: Ung thư lan tới các cơ vùng chậu
 - IVb: Ung thư lan xa hơn



3.3. Chẩn đoán

3.3.1. Cơ năng

- Ra máu khi có va chạm: máu đỏ, số lượng ít khi có giao hợp, làm vệ sinh. Ra máu lặp lại nhiều hơn
- Khí hư hôi, thối do tổ chức ung thư hoại tử, nhiễm khuẩn gây nên.
- Đau: là triệu chứng muộn khi cơ chèn ép rễ thần kinh
- Triệu chứng tiết niệu: nhiễm khuẩn đường niệu, đái rắt, buốt, đái khó khi ung thư cổ tử cung xâm lấn tới bàng quang
- Thiếu máu: do chảy máu

3.3.2. Thực thể

Khám: có thể thấy các dạng sùi loét dễ chảy máu, cổ tử cung to, cứng

CLS:

- Phiên đồ tế bào âm đạo, cổ tử cung.
- Sinh thiết có hướng dẫn bởi soi cổ tử cung: cho phép nhìn rõ ranh giới khu trú tổn thương để sinh thiết đúng chỗ (giữa biểu mô lát và trụ, các tổn thương lát đá, chấm đáy...)
- Khoét chóp CTC để chẩn đoán

3.4. Thái độ xử trí:

3.4.1. Giai đoạn ung thư trong biểu mô (in vitro):

Ở phụ nữ trẻ còn mong muốn có thai => khoét chóp, hoặc cắt cụt cổ tử cung, sau đó theo dõi bằng phiên đồ âm đạo và soi cổ tử cung 6 tháng/lần.

3.4.2. Giai đoạn 1:

Liệu pháp Curie trước phẫu thuật 6 đến 8 tuần, PT cắt tử cung hoàn toàn + cắt 2 phần phụ, cắt bỏ phần trên âm đạo (PT Wertheim-Meigs) triệt để hơn có thể cắt bỏ tổ chức tế bào cạnh tử cung, trên đường niệu quản, vết hạch hố chậu sau đó dùng liệu pháp Cobalt sau PT

3.4.3. Giai đoạn 2: Phác đồ

Liệu pháp Curie- liệu pháp Cobalt - PT

Hoặc liệu pháp Curie- PT- liệu pháp Cobalt

3.4.4. Giai đoạn III;IV :

Chỉ dùng các liệu pháp chiếu xạ Cobalt đơn thuần hoặc kết hợp Curie PT chỉ dẫn lưu tạm thời.

3.5. Phòng bệnh

Giảm nguy cơ ung thư cổ tử cung bằng cách dùng các biện pháp phòng lây nhiễm HPV. HPV lây lan qua da tiếp xúc với bất kỳ phần nào của cơ thể bị nhiễm bệnh, không chỉ trong quá trình giao hợp. Sử dụng bao cao su mỗi khi quan hệ tình dục để giảm nguy cơ mắc HPV.

Ngoài việc sử dụng bao cao su, cách tốt nhất để ngăn ngừa ung thư cổ tử cung là:

Sự chậm trễ giao hợp đầu tiên.

Có ít đối tác tình dục.

Tránh hút thuốc.

Tiêm phòng vắc xin HPV.

Một vắc-xin được gọi là Gardasil bảo vệ từ các loại nguy hiểm nhất của HPV - virus gây ra bệnh ung thư cổ tử cung. Các tư vấn quốc gia Ủy ban về các chủng khuyến cáo thực hành tiêm chủng thường xuyên cho các bé gái lứa tuổi 11 và 12, cũng như em gái và phụ nữ tuổi từ 13 - 26 nếu họ chưa nhận được chủng ngừa. Thuốc chủng ngừa này có hiệu quả nhất nếu được trao cho các cô gái trước khi sinh hoạt tình dục.

Mặc dù chủng ngừa có thể ngăn chặn lên đến 70 phần trăm các trường hợp ung thư cổ tử cung, nhưng nó không thể ngăn chặn nhiễm với tất cả các vi rút gây ra bệnh ung thư cổ tử cung. Xét nghiệm Pap thường xuyên để tầm soát ung thư cổ tử cung vẫn còn quan trọng.

Thường xuyên xét nghiệm Pap là cách hiệu quả nhất để phát hiện ung thư cổ tử cung ở giai đoạn sớm nhất. Làm việc với bác sĩ để xác định lộ trình tốt nhất cho các xét nghiệm Pap. Hướng dẫn hiện tại cho thấy:

Một thử nghiệm Pap ban đầu ở tuổi 21, hoặc trong vòng ba năm khi bạn bắt đầu quan hệ tình dục.

Từ độ tuổi từ 21 - 29, một thử nghiệm Pap thường xuyên mỗi 2-3 năm.

Từ độ tuổi từ 30 - 69, thường xuyên một Pap kiểm tra mỗi hai hoặc ba năm.

Từ độ tuổi từ 65 - 70, có thể ngưng xét nghiệm Pap nếu đã có ba hoặc nhiều hơn xét nghiệm bình thường liên nhau và không có kết quả bất thường trong 10 năm qua.

Nếu đang có nguy cơ cao của bệnh ung thư cổ tử cung, sẽ cần thường xuyên hơn các xét nghiệm Pap. Nếu đã có một phẫu thuật, nói chuyện với bác sĩ về việc tiếp tục nhận được các xét nghiệm Pap. Nếu phẫu thuật được thực hiện cho một bệnh chẳng hạn như u xơ, có thể đình chỉ xét nghiệm Pap thường xuyên. Nếu phẫu thuật được thực hiện cho một tình trạng tiền ung thư hoặc ung thư, âm đạo vẫn cần phải kiểm tra các thay đổi bất thường

Cấp cứu sản phụ khoa

Đoạ vỡ và vỡ tử cung

Đoạ vỡ tử cung.

1 - Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

- Con co dồn dập làm cho sản phụ đau đớn vật vã.
- Nhìn bụng:
 - + Tử cung co thắt hình quả bầu nậm.
 - + Đoạn dưới dẫn căng, phồng lên.
 - + Vòng Bandl mỗi lúc một cao lên phía rốn.
 - + Cũng có thể thấy hai dây chằng tròn căng ra.
- Thăm khám bằng nắn ngoài và thăm âm đạo thường phát hiện nguyên nhân gây đoạ vỡ: thai to, ngôi bất thường, khung chậu hẹp...
- Nghe tim thai: thường có tình trạng suy thai

Chú ý: riêng trường hợp tiền sử có mổ ở tử cung nhất là mổ ở thân tử cung thì có thể không có giai đoạn đoạ vỡ.

2 - Xử trí.

2.1 - Tại trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực và tương đương:

- Giải thích cho gia đình người bệnh tình trạng nguy kịch có thể xảy ra.
- Tiêm chậm Papaverine 0,04g x 2 ống vào tĩnh mạch.
- Khẩn cấp chuyển người bệnh ở tư thế nằm đến cơ sở có khả năng phẫu thuật gần nhất và với phương tiện nào đó nhanh nhất và êm nhất. Hoặc mời kíp phẫu thuật của tuyến trên xuống hỗ trợ nếu có điều kiện.

2.2 - Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Trong trường hợp cổ tử cung mở hết và đầu lọt thấp thì:

- + Làm focxep ngay nếu thai còn sống
- + Chọc sọ, lấy thai ra nếu thai đã chết (nếu có điều kiện)
- + Sau thủ thuật phải kiểm soát tử cung để đánh giá tình trạng toàn vẹn của tử cung và bảo đảm không sót rau
- Nếu không đủ điều kiện làm thủ thuật, thì dù con còn sống hay đã chết cũng phải mổ lấy thai cấp cứu để tránh vỡ tử cung.

Vỡ tử cung.

1 - Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

- Có các triệu chứng của dọa vỡ tử cung.
- Người bệnh có biểu hiện sốc: mặt tái nhợt, vã mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt và lịm đi... Có thể ra máu âm đạo nhiều hoặc ít.
- Có thể không có cơn co tử cung.
- Tim thai thường mất.
- Nắn bụng có thể thấy các phần thai nhi lồi nhô dưới da bụng.
- Khám trong: ngôi thai bị đẩy lên cao trong tiểu khung.

2 - Xử trí.

2.1 - Tại trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực và tương đương:

- Thông báo tình trạng nguy kịch của người bệnh cho gia đình và bàn bạc với họ tìm cách vận chuyển người bệnh đến bệnh viện điều trị càng nhanh càng tốt.
- Tiêm ngay dưới da một ống Mocphine chlorhydrate 0,01g để giảm đau hạn chế sốc.
- Truyền dịch giữ tĩnh mạch trên đường vận chuyển và tiêm thuốc trợ tim mạch (Isolanit 0,4mg x 1 ống, tiêm tĩnh mạch).
- Khẩn cấp chuyển người bệnh ở tư thế nằm đến cơ sở có khả năng phẫu thuật gần nhất và với phương tiện nào đó nhanh nhất và êm nhất. Hoặc mời kíp phẫu thuật của tuyến trên xuống hỗ trợ nếu có điều kiện.

2.2 - Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

Khẩn trương thực hiện song song hồi sức chống sốc và phẫu thuật

- Hồi sức chống sốc.

- + Truyền dịch và truyền máu khẩn cấp theo một hay nhiều đường tĩnh mạch để nâng và duy trì huyết áp (không nên dùng dịch ưu trương)
- + Thuốc trợ tim mạch: Uabain 0,25 mg x 1 ống, tiêm tĩnh mạch.
- + Đảm bảo thông khí hô hấp: thở oxy (qua ống nội khí quản nếu có điều kiện).

- Phẫu thuật:

- + Cắt tử cung bán phần, chỉ bảo tồn tử cung khi điều kiện cho phép.

+ Cần kiểm tra kỹ các tạng liên quan nhất là bàng quang để xử trí thương tổn, không bỏ sót.

+ Dẫn lưu sau mổ.

(Riêng với tuyến huyết trong trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn thì phải mời tuyến trên xuống hỗ trợ).

3. Phòng chống vỡ tử cung.

- Phát hiện sớm các trường hợp thai nghén nguy cơ cao để chuyển tuyến trên kịp thời.

- Trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực không được đỡ đẻ những trường hợp thai nghén có nguy cơ cao.

- Không để chuyển dạ kéo dài quá 12 giờ tại nhà hộ sinh xã, phường.

Băng huyết sau sổ rau

1 - Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

-Người bệnh có biểu hiện sốc: mặt, tím tái, da xanh xao, khát nước, mạch nhanh nhỏ, huyết áp có thể tụt thấp (chảy máu càng nặng thì huyết áp càng giảm nhiều)

- Ra máu âm đạo với các mức độ và hình thái khác nhau:

+ Chảy máu ồ ạt từ tử cung qua âm đạo ra ngoài.

+ Chảy máu rỉ rỉ ít một.

+ Máu chảy không qua âm đạo nhiều nhưng đọng lại trong buồng tử cung hoặc tạo thành các khối huyết tụ.

-Thăm khám:

+ Tử cung thường mềm nhão, co không tốt, sờ không thấy cầu an toàn.

+ Có thể có các vết rách ở đường sinh dục: tầng sinh môn, âm đạo, túi cùng, cổ tử cung hoặc đoạn dưới tử cung (khám qua âm đạo).

2 - Xử trí.

2.1 Tại trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực và tương đương:

Cầm máu tạm thời ngay lập tức bằng cách:

+ Thông đài làm xẹp bàng quang.

+ Chẹn động mạch chủ bụng bằng nắm tay.

+ Xoa bóp, kích thích cho tử cung co lại.

+ Bóc rau nhân tạo nếu rau chưa bong, kiểm soát tử cung lấy máu cục và rau sót khi rau đã sổ nếu có y sỹ, bác sỹ hoặc nữ hộ sinh trung học đã được huấn luyện. Trước khi làm thủ thuật phải tiêm thuốc giảm đau chống choáng (atropine sulfate 0,25mg x 1 ống, tiêm bắp). Nếu không bóc được rau thì khẩn trương chuyển người bệnh lên tuyến trên hay mời tuyến trên xuống hỗ trợ.

+ Tiêm thuốc co bóp cơ tử cung: oxytocin tiêm bắp 10 đơn vị hoặc Ergotamin tartrate khi đã lấy hết rau và máu cục trong tử cung (0,5 mg/1 ml x 1 ống, chỉ tiêm

bắp) hoặc dùng kết hợp cả oxytocin và ergotamin với liều như trên (tổng liều oxytocin không quá 50 đơn vị).

Nếu máu vẫn tiếp tục chảy thì chuyển tuyến trên hoặc mời kíp phẫu thuật tuyến trên hỗ trợ.

Khi chuyển người bệnh ở tư thế nằm, có cán bộ y tế đi hộ tống và chẹn động mạch chủ bụng bằng nắm tay hay ép tử cung bằng hai tay.

(Nếu không có cán bộ y tế có đủ khả năng thực hiện bóc rau nhân tạo hay kiểm soát tử cung thì chỉ tiêm thuốc oxytocin và chuyển tuyến trên hay mời kíp phẫu thuật tuyến trên xuống hỗ trợ).

2.2 - Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- + Hồi sức: truyền dịch, truyền máu để bồi phụ lượng máu đã mất, trợ tim...
- + Tìm nguyên nhân chảy máu và xử trí: bóc rau nhân tạo, kiểm soát tử cung để tìm rau sót, kiểm tra đường sinh dục tìm vết rách để khâu.
- + Sau khi đã dùng mọi biện pháp, nếu còn chảy máu do đờ tử cung thì mổ cắt tử cung bán phần.
- + Nếu thấy máu chảy không có cục máu đông, thì dùng thuốc chống tiêu sợi huyết (Transamine 1 - 3g, tiêm tĩnh mạch chậm).

Nhiễm khuẩn sau đẻ

1 - Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

- Sản dịch có mùi hôi
- Có thể sốt.
- Tử cung co chậm và đau.

Trong số các triệu chứng này, sản dịch hôi là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán xác định.

2 - Xử trí.

2.1 - Tại trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực và tương đương:

- Chỉ điều trị những trường hợp tử cung co chậm, không đau hoặc ít đau.
- Thuốc cần điều trị.

+ Kháng sinh: nên phối hợp 2 loại thông dụng:

Ampicillin 1 g x 2 lọ/ngày, tiêm bắp trong 5 ngày

Gentamicin 80mg x 1 ống/ngày, tiêm bắp trong 5 ngày

+ Thuốc co tử cung:

Tiêm bắp Oxytocin 10 đơn vị (UI)/lần x 2 lần/ngày trong 3 ngày, hoặc uống Ergometrine (hydrogen maleate) viên 0,2 mg x 2 viên/lần x 2 lần/ngày hoặc viên 0,4 mg x 1 viên/lần x 2 lần/ngày, trong 3 ngày.- Chuyển người bệnh lên tuyến trên nếu tình trạng lâm sàng không được cải thiện sau 48 giờ

2.2 - Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Điều trị nội khoa bằng các loại thuốc:

+ Kháng sinh phối hợp tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch (thuốc nhóm beta-lactam phối hợp với aminoglycoside, nên dùng thêm metronidazole).

+ Thuốc co bóp tử cung.

+ Truyền dịch hồi sức, truyền máu, chống sốc nhiễm trùng nếu cần.

- Điều trị nguyên nhân:

+ Sốt rau: nạo buồng tử cung sau khi đã dùng kháng sinh 12 đến 24 giờ.

+ Nhiễm khuẩn nội mạc tử cung, nhiễm khuẩn tiểu khung: điều trị nội khoa như trên.

+ Nhiễm khuẩn nặng như viêm phúc mạc, nhiễm khuẩn huyết: điều trị nội khoa tích cực và kết hợp ngoại khoa bằng cách cắt tử cung bán phần dẫn lưu, nếu cần thì rửa ổ bụng.

Sản giật

1- Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng sau:

- Nhiễm độc thai nghén nặng (phù, protein niệu, huyết áp cao)

- Hội chứng tiền sản giật: nhức đầu, hoa mắt chóng mặt, mờ mắt, có thể nôn, đau thương vị...

- Xuất hiện cơn sản giật với các đặc điểm đột ngột có 4 giai đoạn: xâm nhiễm, co cứng, co giật giãn cách, hôn mê.

2- Điều trị

2.1- Tại trạm y tế xã, nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực và tương đương:

- Ngáng mồm để khỏi cắn vào lưỡi, ủ ấm

- Seduxen (Diazepam) 10mg/ống x 1 đến 2 ống, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

- Chuyển tuyến trên, có định người bệnh tốt trong lúc di chuyển.

2.2 - Tại các cơ sở khám chữa bệnh (bệnh viện) từ tuyến huyện trở lên:

- Đặt nằm đầu nghiêng, ủ ấm, giường có thành cao tránh người bệnh ngã xuống đất

- Buồng bệnh phải yên tĩnh, thoáng ẩm tránh mọi kích thích .

- Ngáng miệng

- Thở oxy.

- Theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, lượng nước tiểu.

- Seduxen 10 - 20 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

- Magie sulfate 10% tiêm tĩnh mạch chậm từ 2 đến 4g với tốc độ dưới 1 g/phút. Sau đó cứ 4 giờ tiêm bắp sâu 2 g mỗi lần. Người bệnh to béo có thể tiêm bắp tới 4 g/lần.

Không dùng magie sulfate khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ phản xạ gân xương giảm

+ tần số nhịp thở dưới 16 lần/phút

+ nước tiểu dưới 30 ml/giờ

- Hydralazine 25 mg x 4 viên chia từ 2 đến 4 lần. Liều tối đa trong ngày là 200 mg (8 viên)

- Có thể dùng Hydralazine 25 mg pha trong 200ml dung dịch glucoza 5% truyền tĩnh mạch chậm, tốc độ khởi đầu là 4 - 6 giọt/phút, sau đó điều chỉnh tốc độ truyền theo tình trạng huyết áp của người bệnh.

- Nếu không có Hydralazine thì dùng Nifedipine (Adalat) 10mg ngậm dưới lưỡi 1 viên, sau đó phải theo dõi huyết áp để chỉ định dùng thuốc tiếp.

- Chỉ dùng Lasix khi nước tiểu dưới 700ml/24 giờ.

- Kháng sinh dùng thuốc nhóm beta-lactam (nếu cần).

Chú ý:

- Nếu sản phụ chưa đẻ, không nên điều trị để huyết áp hạ xuống mức bình thường ngay vì sẽ ảnh hưởng đến thai.

Đình chỉ thai nghén khi:

- Thai có dấu hiệu suy

- Điều trị nội khoa không kết quả:

+ Không cắt được cơn giật

+ Tình trạng nhiễm độc thai nghén không giảm đi

+ Xuất hiện các biến chứng : suy thận, phù phổi cấp, tai biến mạch não...

- Biện pháp đình chỉ thai nghén: tốt nhất là mổ lấy thai nếu thai trên 6 tháng.

Uốn ván rốn sơ sinh

1. Chẩn đoán: dựa vào các triệu chứng sau.

- Bỏ bú, tiếng khóc bé.

- Miệng chum chim, không há to được, dấu hiệu cứng hàm (+).

- Tăng trương lực cơ, trẻ uốn cong ra sau, hai tay nắm chặt, hai chân duỗi ra trước.

- Có giật toàn thân: cơn giật kéo dài vài giây hoặc vài phút, xảy ra tự nhiên hoặc khi kích thích (ánh sáng, tiếng động, thăm khám...)

- Rốn thường rụng sớm (3-4 ngày sau đẻ), có thể ướt, bẩn, mùi hôi.

- Trẻ thường sốt cao 38-39 độ C.

2. Xử trí

2.1. Tại trạm y tế , nhà hộ sinh, phòng khám đa khoa khu vực:

- Giải thích cho gia đình bệnh nhân về tình trạng bệnh.

- Khẩn cấp chuyển bệnh nhân đến bệnh viện gần nhất có khoa cấp cứu hồi sức. Trên đường đi cần ủ ấm nếu trẻ lạnh, sẵn sàng thổi ngạt nếu trẻ ngừng thở, cho thở ô xy (nếu có điều kiện) khi trẻ có biểu hiện tím tái.

- Trước khi chuyển:

+ Nếu nhiệt độ từ 38,5 độ C trở lên:

Paracetamol loại đặt hậu môn 10-15mg/kg cân nặng.

+ Nếu có co giật tiêm bắp Phenobarbital 0,2g x 1/8 ống.

2.2. Tại các cơ sở điều trị từ tuyến huyện trở lên thực hiện 5 nguyên tắc sau:

2.2.1. Chống độc tổ uốn ván:

- Huyết thanh kháng độc tố (SAT), liều 10.000 đơn vị tiêm dưới da (2 đùi, mỗi bên 5000 đơn vị).

- SAT không giải quyết được các độc tố đã gắn vào thần kinh mà chỉ có tác dụng trung hoà độc tố còn lưu hành trong máu.

2.2.2. Chống co giật: nếu giật nhiều.

- Seduxen 0,5-1mg/kg, tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch. Sau đó cho uống 0,5-1mg/kg/12giờ/lần. Nếu vẫn còn giật nhiều cho uống 6 giờ/lần với liều như trên.

- Gacdenal: uống 10-15mg/kg/24giờ chia 3 lần, hoặc Phenobarbital tiêm bắp 10-15mg/kg/24giờ xen kẽ với Seduxen.

Chú ý: Dùng liều cao có thể gây suy hô hấp và mềm cơ thứ phát.

2.2.3. Chống suy hô hấp

- Hút đờm dãi.

- Thở oxy nếu có tím tái.

- Bóp bóng qua masque nếu ngừng thở.

- Đặt nội khí quản bóp bóng hoặc thở máy nếu trẻ ngừng thở kéo dài.

2.2.4. Chống nhiễm trùng

- Penixilin 100.000 đơn vị chia 2 lần uống. Nếu bệnh nhân nặng thì cho tiêm bắp hoặc tiêm tĩnh mạch Ampixilin 100mg/kg/24giờ chia 2 lần.

- Nếu có nhiễm trùng thêm thì tìm vi khuẩn, thử kháng sinh đồ, cho kháng sinh đặc hiệu.

- Nếu không tìm được vi khuẩn thì chọn kháng sinh phổ rộng hoặc phối hợp kháng sinh.

2.2.5. Chăm sóc và nuôi dưỡng:

- Cho trẻ nằm buồng riêng, ít ánh sáng và yên tĩnh.

- Cho ăn qua sonde nhỏ giọt dạ dày.

- Thay đổi tư thế 3-4 lần/ngày.

- Điều chỉnh nước, điện giải, thăng bằng kiềm toan.

- Hạ sốt nếu có sốt cao từ 38,5 độ C trở lên.

2.3. Phòng bệnh:

- **Khi mẹ có thai:** tiêm phòng uốn ván 2 mũi, cách nhau 01 tháng. Mũi thứ hai tiêm trước lúc đẻ ít nhất 01 tháng. Nếu lần có thai trước đã thực hiện tiêm 02 mũi cách đây trong vòng 3 năm thì có thể tiêm một mũi.

- Đồ để sạch:

- + Tay người đỡ phải rửa bằng xà phòng và nước sạch.
- + Dụng cụ cắt rốn phải được hấp 120 độ C hoặc luộc sôi trong 30 phút.
- + Dùng “túi để sạch” nếu ở vùng sâu, vùng xa.

Bài tập tình huống

Nội dung 1

Chị Bích 35 tuổi, PARA 2002, hai lần sinh thường năm 2008 và năm 2016, hai con hiện sống khỏe mạnh. Chị có tiền sử kinh nguyệt đều, mỗi lần có kinh khoảng 2 đến 3 ngày, số lượng kinh vừa, không đau bụng kinh. Sau khi sinh xong đứa thứ 2 chị dùng dụng cụ tử cung để tránh thai. Khoảng 2 tháng nay chị thấy kinh nguyệt kéo dài hơn trước, có khi 3 ngày có khi tới 5 ngày, số lượng kinh nguyệt nhiều hơn, tức nặng hạ vị. Kèm theo đó khí hư cũng nhiều hơn, có khi màu trắng có khi màu vàng, có mùi hôi.

1. Sau khi thăm khám lâm sàng, anh/ chị hãy đưa ra các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán?

2. Kết quả xét nghiệm nhuộm soi, kết quả : Tế bào niêm mạc (+), Trực khuẩn (++) , Cầu khuẩn (-), Tế bào clue cell (+), song cầu Gram âm(-), nấm candida(-), Bạch cầu (+++)

Soi cổ tử cung: Cổ tử cung không có hình ảnh lộ tuyến, lugol bắt màu đều

Siêu âm: Tử cung ngả trước, đường kính trước sau 49mm, niêm mạc tử cung 7mm, mật độ cơ tử cung đều, không có hình ảnh nhân xơ tử cung, không có hình ảnh lạc nội mạc. Buồng trứng phải có nang KT 27x26mm, buồng trứng trái có nang nhỏ. Cùng đồ không có dịch

Anh/ chị hãy đưa ra chẩn đoán xác định cho bệnh nhân trên?

3. Anh/ chị hãy tư vấn những nội dung cần lưu ý khi điều trị cho bệnh nhân?

Nội dung 2

mạnh. Chị có kinh năm 15 tuổi chu kỳ kinh nguyệt đều không đau bụng kinh. Sau khi sinh xong chị tránh thai bằng viên uống tránh thai kết hợp. Khoảng 1 tháng nay chị thấy đau âm đạo đau rất đặc biệt sau khi quan hệ tình dục, khí hư ra nhiều, trắng đục loãng như sữa.

1. Sau khi thăm khám lâm sàng, anh/ chị hãy đưa ra các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán?

Chị đi khám, được làm xét nghiệm nhuộm soi, kết quả : Tế bào niêm mạc (+), Trực khuẩn (++) , Cầu khuẩn (-), Tế bào clue cell (-), song cầu Gram âm(+), nấm candida(-), Bạch cầu (+++)

Soi cổ tử cung: Âm đạo viêm nề, đỏ, có nhiều khí hư trắng loãng. Cổ tử cung có hình ảnh lộ tuyến quanh cổ, lugol bắt màu không đều.

Siêu âm: Tử cung ngả sau, đường kính trước sau 52mm, niêm mạc tử cung 7mm, mật độ cơ tử cung đều, không có hình ảnh nhân xơ tử cung, không có

hình ảnh lạc nội mạc. Buồng trứng hai bên có nhiều nang nhỏ. Cùng đồ không có dịch

Anh/ chị hãy đưa ra chẩn đoán xác định cho bệnh nhân trên?

3. Anh/ chị hãy tư vấn những nội dung cần lưu ý khi điều trị cho bệnh nhân?

Câu hỏi lượng giá:

Câu 1. Một phụ nữ đến khám vì ngứa nhiều ở âm hộ. Qua thăm khám âm đạo có nhiều khí hư trắng như bột. Có thể nghĩ tới viêm âm hộ, âm đạo do

- A. *Trichomonas vaginalis*
- B. Nấm
- C. Lậu
- D. Tụ cầu

Câu 2. Viêm âm đạo, cổ tử cung có thể dẫn đến

- A. Vô sinh
- B. Viêm niêm mạc tử cung
- C. Ung thư cổ tử cung
- D. Lộ tuyến cổ tử cung

Chọn ý sai

Câu 3. Đặc điểm viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*

- A. Ra khí hư nhiều
- B. Khí hư vàng loãng lẫn bọt
- C. Âm đạo có hạt lấm tấm đỏ
- D. Bệnh nhân đau khi khám âm đạo

Câu 4. Triệu chứng thường gặp của viêm cổ tử cung cấp

- A. Ngứa
- B. Đau hạ vị
- C. Nóng rát vùng tử cung
- D. Ra khí hư nhiều như mủ, có thể lẫn máu

Câu 5. Phương pháp thông thường điều trị viêm cổ tử cung mãn là

- A. Bôi âm đạo hàng ngày bằng mỡ Sufamid
- B. Bôi âm đạo, cổ tử cung bằng mỡ Estrogen
- C. Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ
- D. Mổ cắt tử cung hoàn toàn

Tài liệu tham khảo

1. Đại học Y Hà Nội(2007) Sản phụ khoa.
2. Bộ Y tế (2016) “ Hướng dẫn chuẩn quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản”
3. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh(2012) Y học gia đình
4. Đại học Y Hà Nội(2012), Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu

Bài 25

CHĂM SÓC GIẢM NHẸ, CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI

Mục tiêu:

1. Giải thích được mục đích chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời.
2. Trình bày được nguyên tắc chung chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời theo nguyên lý YHGD
3. Trình bày được các bước xử trí giảm đau

Nội dung:

1. Chăm sóc giảm nhẹ là gì?

- Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO): “Chăm sóc giảm nhẹ (CSGN) là làm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với những vấn đề liên quan tới sự ốm đau đe dọa tính mạng, thông qua sự ngăn ngừa và làm giảm gánh nặng họ chịu đựng bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện, điều trị đau và các vấn đề khác, thể lực, tâm lý xã hội và tâm linh mà bệnh nhân và gia đình đang phải chịu”

- Theo Bộ Y tế Việt Nam (2006): “Chăm sóc giảm nhẹ đối với người mắc bệnh ung thư và người bệnh AIDS là phối hợp các biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh bằng cách phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau và xử trí các triệu chứng thực thể, tư vấn và hỗ trợ giải quyết các vấn đề tâm lý – xã hội mà người bệnh và gia đình họ phải chịu đựng”

Cả hai định nghĩa đều nhấn mạnh về:

- Đáp ứng và làm giảm tất cả các loại đau khổ: thực thể, tâm lý, xã hội, tinh thần.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống.
- Hướng đến cả người bệnh và gia đình người bệnh.
- Áp dụng sớm từ lúc chẩn đoán và xuyên suốt quá trình bị bệnh, bổ sung cùng với các biện pháp điều trị đặc hiệu; có thể mang lợi ích đến quá trình điều trị.

2. Tại sao cần thiết phát triển CSGN?

- Nhiệm vụ cơ bản nhất của y học (điều trị bệnh và duy trì sự sống) là làm giảm sự chịu đựng của con người.

- Y học hiện đại ngày nay tập trung ngày càng nhiều vào bệnh tật, các cơ quan, phân tử, đôi khi quên sự đau khổ con người đang phải chịu đựng và cái chết, thân nhân họ cũng phải chịu đau khổ.

- CSGN khắc phục cho y học hiện đại đang cố gắng đạt được những thành tựu nhưng đôi khi bỏ qua sự đau khổ của con người.

- Đại hội y tế thế giới 2014: Nghị quyết về chăm sóc giảm nhẹ : “CSGN là một nhiệm vụ đạo đức của hệ thống y tế, và là nghĩa vụ đạo đức của các chuyên gia y tế trong việc làm giảm bớt, xoa dịu nỗi đau và sự chịu đựng về thể chất, tâm lý xã hội hoặc tinh thần, bất chấp tình trạng bệnh lý có thể chữa khỏi hay không... Chăm sóc cuối đời cho từng cá nhân là một trong những thành phần quan trọng của CSGN.”

3. Những nguyên tắc CSGN

3.1. Những đối tượng nên được đánh giá chăm sóc giảm nhẹ:

Tất cả bệnh nhân có:

- Bệnh ung thư
- Bệnh đe dọa tính mạng: suy tim sung huyết, bệnh phổi, bệnh gan, bệnh thận mạn, bệnh hệ thần kinh, AIDS, lao kháng thuốc.
- Đau mạn tính, những triệu chứng đau buồn khác, đau khổ về tâm lý – xã hội hoặc tinh thần bất kể giai đoạn nào của bệnh.
- Tiên lượng sống ngắn hơn 6 tháng

3.2. Khi nào cần cung cấp chăm sóc giảm nhẹ:

- Bất cứ khi nào đánh giá người bệnh có vấn đề cần CSGN
- Xuyên suốt quá trình bệnh:
 - + Bổ sung cùng với các biện pháp điều trị bệnh đặc hiệu.
 - + Khi cần xác định mục tiêu điều trị, lợi ích và nguy cơ của điều trị đặc hiệu hoặc kéo dài thời gian sống: hoá trị ung thư, phẫu thuật hoặc những thủ thuật xâm lấn, hồi sinh tim phổi, thở máy, lọc máu, truyền dịch, dinh dưỡng nhân tạo...
- Đặc biệt khi liệu pháp điều trị đặc hiệu không còn hiệu quả, không khả thi hoặc không còn phù hợp.
- Sau khi bệnh nhân qua đời: động viên, hỗ trợ gia quyến.

3.3. Nội dung chăm sóc giảm nhẹ

- Giảm đau và giảm các triệu chứng gây khó chịu:
- Đánh giá cẩn thận liên tục, bao gồm cả những chẩn đoán phân biệt
- Điều trị tích cực.
- Hỗ trợ về tâm lý - xã hội, tinh thần cho bệnh nhân và gia đình:
- Tìm hiểu các giá trị, niềm hi vọng và nỗi sợ của bệnh nhân.
- Giúp bệnh nhân và gia đình hiểu được chẩn đoán, tiên lượng bệnh một cách thích hợp.
- Hỗ trợ tinh thần để giúp bệnh nhân và gia đình đối mặt với bệnh tật.
- Giúp bệnh nhân hấp hối chuẩn bị trước cái chết nếu thích hợp.
- Hỗ trợ xã hội cho bệnh nhân nghèo.
- Tiên đoán và lập kế hoạch giải quyết những triệu chứng tiềm tàng và những vấn đề tâm lý xã hội có thể xảy ra trong tương lai.
- Bảo vệ người bệnh khỏi những can thiệp y tế không thích hợp hoặc không mong muốn như những điều trị duy trì sự sống một cách quá mức
- Điều trị duy trì sự sống như thở máy, hỗ trợ thông khí không xâm nhập và lọc máu đang trở nên phổ biến hơn ở Việt Nam. Những điều trị này có thể bảo tồn sự sống nhưng cũng gây đau và khó chịu. Khi những biện pháp điều trị này phổ biến

hơn, trước khi quyết định phải cân nhắc nhiều hơn về mối tương quan giữa lợi ích và gánh nặng của những biện pháp điều trị duy trì sự sống đặc biệt cho từng bệnh nhân.

- CSGN xem sự sống và cái chết như một tiến trình tự nhiên. Nó không bao giờ đẩy nhanh đến cái chết, nhưng cũng không cố kéo dài sự hấp hối một cách quá mức

4. Vai trò của các thành viên trong nhóm CSGN

- Nhóm CSGN làm việc bao gồm bác sỹ, nhân viên chăm sóc sức khỏe khác và bệnh nhân/gia đình

- Hiểu rõ về quá trình tiến triển của bệnh ở bệnh nhân mắc phải các bệnh ung thư, bệnh mạn tính hoặc các bệnh đe dọa tính mạng.

- Có hiểu biết tốt về các vấn đề thực thể, tâm lý, tâm linh và xã hội của bệnh nhân và gia đình khi phải đối mặt với các bệnh đe dọa tính mạng.

- Có khả năng xây dựng kế hoạch chăm sóc hiệu quả và năng động với sự hỗ trợ của bác sỹ nhằm đảm bảo cho các kết quả lâm sàng tốt ở bệnh nhân.

- Giao tiếp tốt với bệnh nhân và gia đình để đảm bảo rằng họ hiểu rõ về bệnh của mình và biết cách tiếp cận dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ ngay tại bệnh viện và cả cộng đồng.

- Đảm bảo việc đánh giá các nhu cầu của bệnh nhân và gia đình đồng thời các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ đáp ứng được các nhu cầu cơ bản của họ

- Cung cấp hoặc tạo điều kiện cho chăm sóc điều dưỡng tốt nhất tại tất cả các cơ sở bao gồm điều trị tại bệnh viện và tại cộng đồng.

5. Chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối

Chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối cũng rất quan trọng, giai đoạn này người bệnh và thân nhân phải trải qua nhiều diễn biến tâm thể phức tạp, đau đớn cả về thể xác lẫn tinh thần. Các biện pháp chăm sóc giảm nhẹ được áp dụng khi các biện pháp can thiệp về y học không còn hữu hiệu để giúp người bệnh tránh khỏi cái chết. Mục đích để giúp cho người bệnh chết một cách tự nhiên, thanh thản, giảm thiểu tối đa sự đau đớn. Vì vậy, người điều dưỡng cần tạo sự thoải mái cho người bệnh tới mức có thể, thường xuyên có mặt bên cạnh người bệnh để an ủi và giúp đỡ người bệnh và thân nhân họ ngay cả khi người bệnh tử vong.

Diễn biến tâm lý của người bệnh giai đoạn cuối:

1. Từ chối:

Giai đoạn này bệnh nhân không chấp nhận cái chết, đây là phản ứng đầu tiên của bệnh nhân.

2. Tức giận:

Bệnh nhân có thể biểu lộ sự giận dữ với nhân viên y tế hoặc người nhà vì một lý do bất kỳ. Họ phải đối mặt với sự mất mát mà họ có thể thấy trước, do đó đây cũng là một phản ứng bình thường.

3. Mặc cả:

Giai đoạn này người bệnh mong muốn và có thể tìm những phương pháp chữa trị ngoài y học mà họ hi vọng có được kết quả khác như yêu cầu gọi thầy cúng, mục sư...

4. Buồn rầu:

Bệnh nhân nhận biết được thời gian sống của họ không còn nhiều nữa, họ bắt đầu kể về những tâm tư, tình cảm từ đáy lòng và mong muốn được điều dưỡng và thân nhân lắng nghe những cảm nghĩ của mình.

5. Chấp nhận:

Đây là giai đoạn tuyệt vọng, bệnh nhân đã đi đến sự chấp nhận cái chết, lúc này giao tiếp với bệnh nhân thường khó khăn, một số bệnh nhân trở nên trầm lặng hoặc nói nhiều. Khi người bệnh hấp hối họ cần gặp người thân trong gia đình để nói lên nguyện vọng của mình trước khi chết như những lời trăng trối, di chúc, bố trí tang lễ...

Đây là diễn biến tâm lý chung của người bệnh ở giai đoạn cuối, người điều dưỡng cần cảm thông với những phản ứng và đáp ứng những nhu cầu cảm xúc của họ. Tuy nhiên diễn biến ở người già thường khó tiên lượng, đôi khi cái chết diễn ra đột ngột, hoặc người bệnh lúc này ở trạng thái mất khả năng thể hiện ngôn ngữ, hành vi, không tự quyết định được các vấn đề cá nhân mà phụ thuộc vào thân nhân của mình. Khi đó người điều dưỡng cần thể hiện sự cảm thông với cảm giác mất người thân của gia đình họ, theo dõi thường xuyên và cung cấp thông tin đầy đủ về diễn biến của người bệnh, tôn trọng những quyết định của gia đình người bệnh.

6. Nội dung chăm sóc bệnh nhân giai đoạn cuối.

6.1. Đối với bệnh nhân:

- Tối ưu nhất là chuyển bệnh nhân đến phòng riêng, hoặc tùy điều kiện có thể sắp xếp người bệnh nằm tại phòng có ít bệnh nhân hơn, tránh gây ồn ào, tiện cho việc chăm sóc, hạn chế tối đa ảnh hưởng tới những bệnh nhân khác.

- Duy trì những chăm sóc cơ bản như tắm, gội, vệ sinh răng miệng, vệ sinh đại tiểu tiện, thay ga, quần áo,... cho bệnh nhân. Người điều dưỡng cần phải giữ cho cơ thể bệnh nhân và giường bệnh được sạch sẽ.

- Nếu bệnh nhân tỉnh thì đặt bệnh nhân ở tư thế họ cảm thấy thoải mái nhất hoặc bệnh nhân thường thích tư thế nằm ngửa, kê gối dưới đầu, dưới khoeo chân.

- Phòng của bệnh nhân đảm bảo sạch sẽ, thoáng khí, đủ ánh sáng, tránh để phòng tối làm cho bệnh nhân sợ hãi.

- Bệnh nhân cần thiết ăn lỏng, mềm, số lượng ít, ăn làm nhiều bữa trong ngày, nếu bệnh nhân không ăn được cho bệnh nhân ăn bằng ống thông dạ dày hoặc truyền dịch tĩnh mạch.

- Đối với những bệnh nhân vẫn còn tỉnh táo, điều dưỡng thường xuyên ở bệnh cạnh an ủi, lắng nghe những cảm nghĩ của bệnh nhân. Không nói những điều liên quan đến bệnh tật của bệnh nhân để bệnh nhân nghe thấy.

- Cảm thông và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của bệnh nhân, tôn trọng về tôn giáo và những yêu cầu tại thời điểm bệnh nhân chết (nếu có thể được).

- Sử dụng phối hợp các biện pháp có thể để làm giảm thiểu đau đớn cho người bệnh.

- Dùng thuốc giảm đau cho người bệnh đảm bảo đúng giờ, đúng liều.

- Đưa thuốc bằng đường đơn giản nhất (như dùng miếng dán Fentanyl).

- Các thao tác chăm sóc phải nhẹ nhàng tránh gây thêm đau đớn.

- Tiến hành xoa bóp ở các vị trí thích hợp, chườm nóng,...

6.2. Đối với thân nhân.

Trong điều kiện cho phép, nên tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu về mặt tình cảm của thân nhân hoặc người đến thăm.

- Khi có người nhà bệnh nhân, điều dưỡng vẫn phải duy trì các công việc chăm sóc, tránh để người nhà nghĩ rằng điều dưỡng thờ ơ với bệnh nhân.

- Trong khi chăm sóc bệnh nhân có những việc điều dưỡng phải yêu cầu gia đình bệnh nhân ra ngoài, khi đó cần thông báo và giải thích cho thân nhân về việc mình cần làm.

- Gia đình bệnh nhân có thể hỏi rất nhiều điều về người bệnh và điều dưỡng có thể trả lời những vấn đề trong phạm vi được phép.

- Khi tiếp cận với gia đình bệnh nhân, điều dưỡng cần nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và cảm thông với họ.

6.3. Dấu hiệu bệnh nhân sắp tử vong.

Cái chết có thể xảy ra bất thành linh khi bệnh nhân tưởng chừng như đang hồi phục hoặc có thể xảy ra sau một thời gian dài mà trong giai đoạn đó những chức năng của cơ thể bị suy sụp. Người điều dưỡng thường xuyên có mặt bên cạnh bệnh nhân, phát hiện kịp thời các dấu hiệu và sự thay đổi về tình trạng của bệnh nhân.

Sau đây là những dấu hiệu nhận biết bệnh nhân sắp tử vong:

- Sự lưu thông máu giảm, cơ thể lạnh đặc biệt chân bệnh nhân rất lạnh, mặt nhợt nhạt.

- Bệnh nhân có thể vã mồ hôi đầm đìa.

- Bệnh nhân giảm trương lực cơ, cơ thể trở nên ủ rũ, thiếu sinh lực, quai hàm trề ra, miệng bệnh nhân lệch, mũi vẹo, nói khó, nuốt khó dần dần mất phản xạ.

- Mất đờ dai không phản xạ (đồng tử giãn).

- Bệnh nhân thở chậm đi và khó thở hơn. Họng bị ứ đọng đờm, chất nhầy. Khi thở có thể tạo ra "tiếng nấc hấp hối".

- Mạch bệnh nhân nhanh, nhỏ, rối loạn, khó bắt, trước lúc bệnh nhân ngừng thở, mạch sẽ mờ dần đi, lúc này không sờ thấy mạch nữa.

6.4. Chăm sóc khi bệnh nhân tử vong.

Chuẩn bị phương tiện.

- Bình phong

- Kìm Kocher, kéo

- Khay quả đậu, bông thấm nước, bông gạc.
- Băng dính, băng cuộn.
- Quần áo sạch, khăn bông.
- Vải phủ, túi đựng đồ bẩn
- Phiếu bệnh nhân, hồ sơ bệnh án.
- Cáng hoặc xe đẩy.

Các bước tiến hành.

- Yêu cầu thân nhân rời khỏi phòng, che bình phong.
- Rút các ống thông, ống dẫn lưu, tháo băng cũ, thay băng mới, các đồ trang sức trên người bệnh nhân (nếu có).
- Đặt bệnh nhân nhẹ nhàng ở tư thế nằm ngửa, ngay ngắn.
- Vuốt mắt, khép miệng bệnh nhân.
- Lấy bông không thấm nước nút các lỗ tự nhiên (2 lỗ tai, 2 lỗ mũi)
- Cởi bỏ quần áo cũ, lau rửa sạch sẽ thi thể, mặc quần áo mới cho bệnh nhân.
- Để cánh tay bệnh nhân dọc theo cạnh sườn, lòng bàn tay úp lên bụng, buộc 2 ngón tay cái lại với nhau, để 2 chân duỗi thẳng, buộc 2 ngón cái lại với nhau.
- Đặt nhẹ nhàng thi thể bệnh nhân lên cáng, hoặc xe đẩy phủ vải lên toàn thân, gài phiếu bệnh nhân lên ngực, bên ngoài vải phủ.
- Khiêng cáng hoặc xe đẩy ra khỏi phòng đóng cửa phòng lại, đưa thi thể bệnh nhân xuống nhà xác (lưu ý khi di chuyển phải nhẹ nhàng).
- Trở về phòng thu dọn đồ vải bẩn, báo nhân viên vệ sinh tẩy uế buồng bệnh.
- Ghi chép ngày giờ bệnh nhân chết, hồ sơ chăm sóc của điều dưỡng.

Cần lưu ý:

- Khi bệnh nhân tử vong, cần tôn trọng và đáp ứng những nhu cầu của gia đình người bệnh, nếu thân nhân có nhu cầu tham gia chăm sóc sau khi bệnh nhân tử vong thì người điều dưỡng cần phối hợp với họ.
- Trường hợp thân nhân không có mặt khi bệnh nhân chết, các tài sản của bệnh nhân phải được thu thập lại, lập biên bản và có sự chứng kiến của đại diện bệnh nhân trong khoa, khi thân nhân đến giao trả lại cho họ.

Câu hỏi lượng giá : Chọn đáp án đúng:

Câu 1. Những bệnh nhân được ưu tiên chăm sóc giảm nhẹ

- A. Bệnh nhân ung thư giai đoạn đầu
- B. Bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối
- C. Bệnh nhân COPD gold A
- D. Bệnh nhân HIV

Câu 2. Dấu hiệu nhận biết bệnh nhân sắp tử vong

- A. Mạch, HA ổn định
- B. Mắt đờ dai không phản xạ
- C. Thở đều
- D. Chân tay ấm

Câu 3. Sử dụng thuốc giảm đau theo bậc của tổ chức y tế thế giới

- A. Đau vừa dùng morphin
- B. Dùng các thuốc giảm đau opioid nhẹ như codein
- C. Dùng các thuốc giảm đau không opioid như aspirin
- D. Dùng các thuốc giảm đau opioid nhẹ như codein kết hợp morphin

Câu 4. Nguyên tắc dùng thuốc giảm đau

- A. Ưu tiên đường uống
- B. Ưu tiên đường tiêm tĩnh mạch
- C. Ưu tiên tiêm bắp
- D. Ưu tiên tiêm dưới da

Câu 5. Giai đoạn diễn biến tâm lý của bệnh nhân giai đoạn cuối

- A. 5 giai đoạn
- B. 4 giai đoạn
- C. 6 giai đoạn
- D. 3 giai đoạn

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội: *Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu* (2012). Nhà xuất bản Y học.
2. Trung tâm đào tạo bác sĩ gia đình. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh: *Y học gia đình* (2012). Nhà xuất bản Y học 2012

Bài 26

PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm và mục tiêu phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
2. Thực hiện được một số kỹ năng phục hồi chức năng chính tại cộng đồng (Phục hồi chức năng bệnh nhân liệt do tai biến mạch não; trẻ khuyết tật trí tuệ và bệnh phổi mạn tính)
3. Nhận thức được tầm quan trọng của phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe toàn diện ở cộng đồng.

Nội dung

1. Đại cương về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

1.1: Một số khái niệm:

- Theo định nghĩa của tổ chức Y tế thế giới, “Người khuyết tật: là người do khiếm khuyết hoặc tình trạng sức khỏe mà bị giảm chức năng và/ hoặc hạn chế sự tham gia sinh hoạt, lao động, học tập và đời sống xã hội”
- Cộng đồng: là những người sống và sinh hoạt với nhau tại một địa phương, đơn vị hành chính nhỏ nhất (cùng chia sẻ về phong tục, tập quán, dịch vụ ...)
- Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCN DVCD) là một biện pháp chiến lược nằm trong sự phát triển của cộng đồng nhằm đảm bảo cho tất cả những người khuyết tật được phục hồi chức năng, được bình đẳng về mọi cơ hội và hội nhập xã hội.

PHCN DVCD được triển khai với sự phối hợp chung của chính bản thân người khuyết tật, gia đình họ và cộng đồng bằng những dịch vụ y tế, giáo dục hướng nghiệp và xã hội thích hợp.

Thực chất của PHCN DVCD là chuyển giao kiến thức về khuyết tật và phòng ngừa khuyết tật, kỹ năng phục hồi và thái độ tích cực đến người khuyết tật, gia đình họ và cộng đồng; biến công tác PHCN thành công việc của cộng đồng, đồng thời thông qua các tổ chức ở cộng đồng để xã hội hóa và dân chủ hóa công tác phòng ngừa khuyết tật và PHCN.

1.2. Mục tiêu phát triển phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Việt Nam.

- Mục tiêu chung: là cải thiện chất lượng cuộc sống của người khuyết tật (NKT) về mọi mặt, để họ có thể hòa nhập và bình đẳng trong xã hội, qua đó phát huy được tối đa năng lực của mình và đóng góp vào sự phát triển chung của cộng đồng.
- Mục tiêu cụ thể: 5 mục tiêu:
 - + Mục tiêu 1: Tăng cường sự độc lập tự chủ của NKT và gia đình và tăng cường sự tham gia của họ trong quá trình ra quyết định.
 - + Mục tiêu 2: Tăng cường nhận thức của cộng đồng về khả năng của NKT và phòng ngừa khuyết tật đồng thời tăng cường sự tham gia của cộng đồng vào các hoạt động trên.

- + Mục tiêu 3: Tăng cường năng lực chuyên môn và quản lý hệ thống hỗ trợ toàn diện cho người khuyết tật về phòng ngừa, phát hiện và can thiệp sớm khuyết tật.
- + Mục tiêu 4: Kiện toàn cơ sở vật chất về PHCN cho các cấp.
- + Mục tiêu 5: Tăng cường tiếp cận các dịch vụ PHCN toàn diện cho NKT tại tất cả các xã theo cách tiếp cận lấy người khuyết tật làm trung tâm, tập trung và gia đình và dựa vào cộng đồng.

1.3. Mạng lưới nhân lực tham gia phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

Nhân lực của chương trình PHCN DVCD có thể phân thành nhóm người có cùng chức năng nhiệm vụ và theo từng tuyến, có thể tóm tắt đối tượng nhân lực và nhiệm vụ chính qua bảng sau:

Tuyến	Người thực hiện	Nhiệm vụ chính
Trung ương	Bộ Y tế, Cục Quản lý khám chữa bệnh, nhóm giảng viên cốt cán, chuyên gia, nhà hoạch định chính sách	Xây dựng chính sách và tài liệu, can thiệp, đào tạo và nghiên cứu dựa vào viện
Tỉnh	Ban điều hành, cán bộ quản lý/ chuyên trách chương trình, giảng viên, chuyên gia	Xây dựng chính sách, phân bổ nguồn lực, can thiệp dựa vào viện, điều phối và quản lý toàn bộ, theo dõi và đánh giá, hỗ trợ cho PHCN, chẩn đoán, đánh giá và huấn luyện tại nhà.
Huyện	Ban điều hành, quản lý chương trình, thư ký chương trình, giảng viên và chuyên gia PHCN	Quản lý, điều phối, theo dõi, báo cáo, hỗ trợ PHCN, chẩn đoán, đánh giá và huấn luyện tại nhà, phân bổ nguồn lực
Xã	Ban điều hành chương trình, cán bộ chuyên trách về PHCN DVCD	Quản lý, điều phối và hỗ trợ cho các hoạt động của cộng tác viên PHCN DVCD, báo cáo, huy động và phân bổ nguồn lực, thực hiện PHCN tại nhà, tạo thuận lợi cho sự hình thành các nhóm tự lực.
Thôn	Cộng tác viên PHCN NKT và gia đình	Phát hiện sớm, chuyển tuyến và theo dõi, thu nhập dữ liệu và báo cáo, tăng cường nhận thức cộng đồng về khuyết tật, khuyến khích vận động tuyên truyền lợi ích cho NKT và gia đình, tạo ra mối quan hệ giữa các ban ngành trong hoạt động chung hỗ trợ NKT. Thực hiện PHCN tại nhà, thích ứng môi trường gia đình phù hợp với NKT, hình thành các tổ chức tự lực, hoạt động giống như một cộng tác viên chương trình.

2. Một số kỹ thuật phục hồi chức năng tại cộng đồng

2.1. **Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng** bệnh nhân tai biến mạch não:

2.1.1: **Đại cương về tai biến mạch não:**

- Định nghĩa:

Theo tổ chức Y tế thế giới, “ Tai biến mạch máu não là những thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa. Các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân sang chấn”.

- Dịch tễ học:

+ Theo thông báo của Tổ chức Y tế thế giới năm 1979, cứ 100.000 dân mỗi năm có từ 127 đến 740 người bệnh bị tai biến mạch máu não.

+ Ở Mỹ mỗi năm có 500.000 người bị đột quỵ, tai biến mạch máu não là nguyên nhân thứ 3 gây tử vong và tàn tật, tổng chi phí cho bệnh nhân đột quỵ hàng năm từ 6 đến 9,5 tỉ đô la.

+ Ở Pháp chi phí cho người bệnh tai biến mạch máu não chiếm 2,5 đến 3% tổng chi phí y tế cả nước.

+ Ở các nước đang phát triển: Tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong thứ ba sau bệnh ung thư và tim mạch. Theo Coletta (1994) 250.000 trường hợp mới.

+ Ở Châu Á: Theo hiệp hội thần kinh học ở các nước Đông Nam Á, bệnh nhân tai biến mạch máu não vào điều trị nội trú ở Trung Quốc là 40%, Ấn Độ 11%, Philippin 10%, Triều Tiên 16%, Indonesia 8%, Thái Lan 6%, Malaixia 2%. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm ở Nhật Bản 340-523/100.000, Trung Quốc 129/100.000 dân.

+ Ở Việt Nam: Theo Nguyễn Văn Đăng (1995) tỷ lệ hiện mắc trung bình là 28,25/100.000 dân. Tại miền Nam theo kết quả điều tra của bộ môn thần kinh trường đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh năm 1994-1995, tỷ lệ hiện mắc là 415/100.000 dân, tỷ lệ mới mắc là 161/100.000 dân.

Yếu tố nguy cơ và cách phòng ngừa:

TT	Nguyên nhân/ Yếu tố nguy cơ	Cách phòng ngừa
1.	Bệnh tim	Phát hiện và điều trị bệnh tim: hẹp van 2 lá, điều trị rung nhĩ, huyết khối...
2.	Tăng huyết áp	Kiểm soát huyết áp
3.	Hút thuốc lá	Bỏ hoặc giảm hút
4.	Nghiện rượu	Bỏ hoặc giảm lượng rượu
5.	Đái tháo đường	Phát hiện sớm và điều trị bệnh, theo dõi các biến chứng của đái tháo đường
6.	Béo phì	Điều chỉnh chế độ ăn cho hợp lý: giảm mỡ, tăng thịt nạc, rau xanh. Không nhịn ăn và ăn điều độ.
7.	Căng thẳng và áp lực	Điều chỉnh công việc/ nghỉ ngơi hợp lý

8.	Thuốc tránh thai	Sử dụng thuốc theo tư vấn của thầy thuốc
9.	Thói quen ăn uống	Giảm muối, thịt mỡ và thức ăn giàu Cholesterol

Phân loại: Tai biến mạch máu não gồm hai loại chính:

+ Nhồi máu não hoặc thiếu máu não cục bộ (**ischemic stroke**)

Là tình trạng khi mạch máu nuôi một vùng não bị tắc hoặc nghẽn gây thiếu máu và hoại vùng não đó.

Có 3 mức độ:

. Con thiếu máu não thoáng qua (tai biến phục hồi trong 24 giờ)

. Thiếu máu não cục bộ hồi phục (phục hồi trên 24 giờ, không để lại di chứng)

. Thiếu máu não cục bộ hình thành (thời gian hồi phục kéo dài, để lại di chứng)

+ Chảy máu não (hemorrhagic stroke)

Là máu từ mạch máu vỡ chảy vào nhu mô não. Các vùng có thể chảy máu như: bao trong, nhân xám trung ương, thùy não, thân não, tiểu não. Căn cứ vào tiến triển trong hai đến ba tuần đầu có thể phân tai biến mạch máu não làm 2 mức độ:

. Hồi phục một phần với di chứng kéo dài . Không hồi phục và nặng lên liên tục; tử vong.

2.1.2: Dấu hiệu phát hiện tai biến mạch não:

Dấu hiệu báo động đột quy: Theo “Hướng dẫn phát hiện và xử lý cấp cứu độtquy” của Hoa Kỳ năm 2011 _act FAST:

+ **Face (Mặt)** (đột ngột thấy liệt nửa mặt): Hãy yêu cầu người đó cười xem mặt có bị lệch về một bên không?



+ **Arm (Tay)** (đột ngột thấy yếu hoặc liệt một bên tay hoặc chân): Hãy yêu cầu người đó giơ hai tay lên và giữ nguyên trong một phút, xem có bên tay nào bị yếu, liệt sẽ bị rơi hoặc hạ thấp xuống không?



+ **Speech (Nói)** (đột ngột thấy nói khó hoặc không hiểu lời nói của người khác):
Hầu yếu cầu người đó nói một câu đơn giản, chẳng hạn như “hôm nay trời đẹp”,
xem người đó có thể nói một cách rõ ràng và lưu loát không?

+ **Time (Nhanh)**: Hãy hành động ngay!

- Xử trí ban đầu khi chờ xe cấp cứu:

Bệnh nhân tỉnh:

- + Đặt nằm nghiêng về bên lành, đầu nâng nhẹ.
- + Không cho ăn hoặc uống bất kỳ loại gì
- + Lấy bỏ các vật hoặc lau đờm rãi trong miệng
- + Nếu liệt, khi vận chuyển cần trợ giúp và đặt nghiêng bên lành

Nếu bệnh nhân lơ mơ:

- + Tiến hành các bước ở trên + Kiểm tra mạch, nhịp thở
- + Đặt bệnh nhân nằm nghiêng về bên không liệt, đầu nâng nhẹ.
- + Gọi điện thoại cho cơ sở y tế gần nhất để hỗ trợ.

Nếu bệnh nhân hôn mê:

- + Tiến hành các bước trên
- + Nếu mạch không đập hoặc ngừng thở, tiến hành ép tim ngoài lồng ngực (80- 100 lần/ phút) cho đến khi tim đập lại.
- + Gọi điện cho cơ sở y tế gần nhất để được hỗ trợ.

2.1.3: Những khó khăn của người bị TBMMN:

-Di chuyển / cử động khó khăn do yếu hoặc bị liệt một bên nửa người, dẫn đến khó khăn khi lăn trở trên giường, khó ngồi dậy và ngồi vững, khó đứng

dậy và đi lại. Đồng thời, người bệnh còn gặp khó khăn trong việc tự thực hiện các hoạt động cá nhân trong sinh hoạt hàng ngày như ăn uống, vệ sinh cá nhân, thay quần áo ...

Co cứng/ co rút/ biến dạng khớp:

+ Co cứng là tình trạng các cơ bị cứng kê cả khi nghỉ ngơi, cản trở vận động bình thường. Tất cả bệnh nhân liệt do tai biến mạch não đều co cứng theo 1 kiểu giống nhau (gọi là mẫu co cứng), đó là chi trên gập, khép và xoay trong; chi dưới duỗi.

+ Co rút cơ: Tất cả những cơ bị co cứng một thời gian dài sau đó dễ chuyển thành co rút. Cơ và mô mềm co ngắn lại gây hạn chế vận động của khớp, đau khi cử động. Các cơ gập ở tay và cơ duỗi ở chân hay bị co rút. +Cứng khớp / biến dạng khớp: Cơ bị co cứng rồi co rút, làm hạn chế vận động của khớp. Tình trạng này kéo dài sẽ dẫn đến cứng khớp. Các khớp bị cứng đầu tiên là khớp vai, khớp háng và khớp cổ chân ở bên liệt. Cứng các khớp khác xuất hiện muộn hơn. Khớp vai và cánh tay bị khép chặt vào thân mình, rất đau khi cử động lên phía trên đầu. Cổ chân gập mặt long khiến người bệnh đứng và đi nhón gót. Cổ chân bị cứng và biến dạng.

Giao tiếp: Khoảng 25-30% người bị liệt nửa người có nguy cơ bị khó khăn về giao tiếp. Đó là nói khó, nói không rõ tiếng hoặc thất ngôn. Hiểu lời nói kém: phải nói đi nói lại nhiều lần. Diễn đạt bằng lời nói kém. Đọc và viết kém: người bị TBMMN tự viết mấy dòng hoặc đọc thành tiếng một đoạn khó.

Khó khăn trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày: như ăn uống, chải đầu, vệ sinh cá nhân, ... Người bị TBMN cần trợ giúp bằng dụng cụ hoặc sự giúp đỡ của người khác.

Công việc: Phần lớn người bị tai biến mạch máu não đều đang ở tuổi lao động hoặc mới nghỉ hưu. Sau khi hồi phục, cần quan tâm tới việc làm tạo thu nhập để người bệnh có thể sống một cách độc lập.

Cuộc sống gia đình và xã hội: Cứ 3 người bị tai biến mạch máu não thì có 2 người là đàn ông. Bị bệnh, vai trò gánh vác việc gia đình, chăm sóc con cái bị thay đổi. Do đó việc hỗ trợ tâm lý cho gia đình và cho người khuyết tật là cần thiết.

Tâm lý: Hầu hết những người sau khi bị TBMMN, đều trở nên trầm cảm, lo âu về bệnh tật, sợ bệnh tái phát. Số khác thì ỉn trệ, không tham gia vào tập luyện; còn những người khác lại ỉn lại, chờ đợi sự chăm sóc, phục vụ của gia đình và người thân... Bản thân gia đình họ cũng lo lắng, không biết phải hỗ trợ.

2.1.4. Can thiệp phục hồi chức năng:

Là các biện pháp kỹ thuật giúp hạn chế những khó khăn của bệnh nhân liệt do TBMN, giúp họ tái hòa nhập cộng đồng - xã hội

- Phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt do TBMN là một nhóm đa chuyên ngành, bao gồm: chuyên gia đột quỵ, điều dưỡng chuyên về đột quỵ, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, vận động trị liệu, hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu, nhân viên xã hội và các chuyên gia dinh dưỡng lâm sàng.

- Phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt do TBMN có 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn cấp

+ Giai đoạn hồi phục

+ Giai đoạn PHCN tại cộng đồng và hướng nghiệp sau xuất viện.

* Giai đoạn cấp:

- Người bệnh cần được nằm và theo dõi tại bệnh viện.

- Về thuốc, tăng cường tuần hoàn não (cerebrolysin, gliatilin, citicholin ...), thuốc làm thức tỉnh tế bào não (nootropyl, ginko biloba ...)
- Phòng ngừa loét do đè ép, nhiễm trùng ở phổi hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu.
- Phẫu thuật: trong 1 số trường hợp: xuất huyết não - màng não, máu tụ nội sọ... Chỉ định phẫu thuật do thầy thuốc phẫu thuật thần kinh đưa ra và thực hiện ở bệnh viện tuyến TW hoặc tỉnh.
- Thời gian sử dụng liệu pháp tiêu sợi huyết tĩnh mạch là trong khoảng thời gian 4,5 giờ từ khi có dấu hiệu đột quỵ não.
- Phục hồi chức năng sớm cho bệnh nhân liệt do TBMN là 48 giờ sau nhập viện.
- + Vận động sau 48 giờ sau nhập viện được gọi là giai đoạn phục hồi chức năng sớm nếu không có các chống chỉ định sau:
 - . Các bệnh nhân làm thủ thuật can thiệp có đâm kim vào động mạch
 - . Tình trạng nội khoa không ổn định
 - . Tình trạng phù não đang nhiều
 - . Độ bão hòa oxy thấp
 - . Gãy hoặc chấn thương chi dưới.
- + Vận động cho bệnh nhân liệt do TBMN được định nghĩa là “quá trình giúp bệnh nhân cử động trên giường, ngồi dậy, đứng và cuối cùng là đi lại” (Theo Canadian Best Practice Guide-line 2016)
- Những việc điều dưỡng viên cần lưu ý:
 - + Đặt tư thế tốt cho bệnh nhân: Ngăn ngừa các thương tật thứ phát như loét do đè ép, biến chứng tuần hoàn, hô hấp ..., kiểm soát trương lực cơ, ngăn ngừa mấu cơ cứng, kích thích vận động, hỗ trợ về giao tiếp, dễ dàng trong chăm sóc, tạo thuận cho ăn uống sinh hoạt ...
 - + Lăn trở 2 giờ/1 lần vì mọi tư thế tốt sẽ trở thành không tốt nếu duy trì quá 2 giờ.
- * Giai đoạn hồi phục:
 - Mục tiêu: PHCN toàn diện
 - + Duy trì tình trạng SK ổn định, tạo đk cho luyện tập, vận động.
 - + Tăng sức mạnh cơ bên liệt
 - + Tạo thuận và khuyến khích tối đa các hoạt động chức năng
 - + Kiểm soát các rối loạn tri giác, nhận thức, giác quan, ngôn ngữ
 - + Hạn chế và kiểm soát các thương tật thứ cấp
 - + Giáo dục, hướng dẫn gia đình cùng tham gia PHCN
 - Những việc điều dưỡng viên cần lưu ý:
 - + Tiếp tục hạn chế các thương tật thứ phát như loét, nhiễm trùng, ... bằng cách đặt tư thế đúng, lăn trở bệnh nhân.
 - + Vận động trị liệu cho chi trên, chi dưới, thân mình

+ Tạo thuận vận động tránh thương tật thứ phát, cải thiện tuần hoàn, kiểm soát TLC, khôi phục VĐ mẫu, tăng cường cảm thụ bản thể cho BN

* Giai đoạn cộng đồng và hướng nghiệp sau xuất viện:

Điều dưỡng viên trong công việc chăm sóc, PHCN bệnh nhân liệt do TBMN tại cộng đồng cần thực hiện những điều sau:

Chẩn đoán điều dưỡng	Can thiệp	Kết quả mong đợi
Các vấn đề sức khỏe: HA, bệnh tim mạch, ĐTĐ...	Theo dõi và tư vấn sức khỏe, dinh dưỡng. Kiểm tra sức khỏe định kỳ	Sức khỏe ổn định
Rối loạn tâm lý, cảm xúc kiểu trầm cảm, thiếu động cơ, hoặc cáu gắt, tình nộ...	Tư vấn hỗ trợ BN và gia đình họ về những thay đổi tâm lý sau TBMN Khuyến khích BN tham gia các hoạt động chung của gia đình và cộng đồng	Thái độ chấp nhận của gia đình Sự tham gia của người bệnh vào mọi hoạt động trong gia đình
Di chứng co cứng, co rút, cứng khớp bên liệt	Tư vấn bệnh nhân tiếp tục áp dụng các biện pháp đã nêu ở giai đoạn hồi phục	Hạn chế tiến triển của co rút và cứng khớp
Tự chăm sóc cá nhân và di chuyển còn hạn chế	Đề người bệnh tự thực hiện chăm sóc cá nhân và di chuyển, có giám sát và trợ giúp tối thiểu	Sinh hoạt cá nhân và di chuyển độc lập
Tham gia các hoạt động trong gia đình và cộng đồng	Dần dần làm các việc nội trợ Khuyến khích tham gia hoạt động chung của cộng đồng	Tham gia ngày càng nhiều các hoạt động của gia đình và cộng đồng
Hướng nghiệp: chọn công việc phù hợp với khiếm khuyết vận động, ngôn ngữ	Tư vấn cho người bệnh và gia đình họ	Có việc làm tạo thu nhập (nếu ở độ tuổi lao động)
Môi trường chưa phù hợp: lối đi cho xe lăn, vệ sinh, cửa ra vào...	Tư vấn, hướng dẫn để thay đổi kiến trúc, bố trí nội thất tại gia đình bệnh nhân	Thay đổi kiến trúc ở gia đình bệnh nhân
Sự hỗ trợ của người thân trong chương trình tập tại nhà	Tư vấn, hướng dẫn BN và gia đình họ	Gia đình động viên, hỗ trợ và cùng giúp đỡ BN tập luyện

2.2. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng trẻ khuyết tật trí tuệ

2.2.1. Khái niệm về khuyết tật trí tuệ

- Định nghĩa:

Chậm phát triển tinh thần (Mental retardation - MD) hay khuyết tật trí tuệ (Intellectual disability - ID) đều là thuật ngữ sử dụng để chỉ một người có những hạn chế nhất định về chức năng tinh thần và các kỹ năng như giao tiếp, tự chăm sóc bản thân và kỹ năng xã hội. Những hạn chế này là nguyên nhân dẫn đến khả năng

học và phát triển các kỹ năng khác của trẻ chậm hơn so với những trẻ khác cùng tuổi.

- Theo DSM IV (Sổ tay chẩn đoán và thống kê những rối nhiễu tâm thần IV), tiêu chí chẩn đoán khuyết tật trí tuệ bao gồm:

A. Chức năng trí tuệ dưới mức trung bình, tức là chỉ số trí tuệ đạt gần 70 hoặc thấp hơn 70 trên một lần thực hiện trắc nghiệm cá nhân (đối với trẻ nhỏ người ta dựa vào các đánh giá lâm sàng để xác định)

B. Bị thiếu hụt hoặc khiếm khuyết ít nhất là hai trong số những lĩnh vực hành vi thích ứng sau:

- Giao tiếp
- Tự chăm sóc
- Sống tại gia đình
- Các kỹ năng xã hội/ cá nhân
- Sử dụng các phương tiện trong cộng đồng
- Tự định hướng
- Kỹ năng học đường
- Làm việc
- Giải trí
- Sức khỏe và an toàn

C. Có những biểu hiện trước 18 tuổi

2.2.2. Phân loại

- Theo DSM IV: dựa vào chỉ số IQ:

KTTT nhẹ: chỉ số trí tuệ từ 50-55 đến xấp xỉ 70 KTTT trung bình: chỉ số trí tuệ từ 35-40 tới 50-55 KTTT nặng: chỉ số trí tuệ từ 20-25 tới 35-40 KTTT rất nặng: chỉ số trí tuệ dưới 20 hoặc 25 -Theo AAMR:

* Thể nhẹ: IQ: 50-69

- Không cần trợ giúp thường xuyên.
- Có khả năng giao tiếp bằng lời nói.
- Có khả năng tự chăm sóc và làm các công việc đơn giản.
- Có thể đi học.

* Thể vừa: IQ: 35- 49

- Cần trợ giúp thường xuyên ở các mức độ khác nhau.
- Có khả năng giao tiếp bằng lời nói nhưng nghèo nàn, không rõ nghĩa.
- Có khả năng tự chăm sóc, làm các công việc đơn giản nếu được huấn luyện từ nhỏ.
- Có thể đi học song gặp nhiều khó khăn hơn.

* Thể nặng: IQ: 20- 34

- Cần sự trợ giúp thường xuyên hàng ngày một cách tích cực.
- Không có khả năng giao tiếp bằng lời nói.
- Không có khả năng tự chăm sóc, làm các công việc đơn giản.
- Không thể đi học.

* Thể rất nặng: IQ <20

- Cần sự trợ giúp đặc biệt thường xuyên ở mức độ cao nhất.
- Không có khả năng giao tiếp bằng lời nói.
- Không có khả năng tự chăm sóc, làm các công việc đơn giản.
- Không thể đi học.

2.2.3. Một số hội chứng liên quan tới khuyết tật trí tuệ:

- Hội chứng Down
- Hội chứng gãy nhiễm sắc thể X
- U xơ dạng củ
- Hội chứng Rett
- Hội chứng Prader- Willi
- Hội chứng thai nhi nhiễm độc từ rượu
- Hội chứng Angelman

2.2.4. Những dấu hiệu chung để nhận biết trẻ chậm phát triển tinh thần:

- Đáp ứng chậm chạp hoặc không đáp ứng với điều người khác nói, với mọi việc diễn ra xung quanh.
- Khả năng diễn đạt bằng lời nói không rõ ràng về các suy nghĩ, tình cảm, nhu cầu của bản thân
- Khả năng học chậm về ngôn ngữ, lời nói và ngôn ngữ không lời.
- Khả năng ra quyết định chậm kể cả việc đơn giản.
- Khả năng tập trung kém trong mọi hoạt động và học hành
- Khả năng nhớ hạn chế: trí nhớ ngắn hạn bị ảnh hưởng nhiều, trí nhớ dài hạn ít bị ảnh hưởng hơn.
- Kém điều hợp vận động toàn thân hoặc các vận động khác(mút, nhai, ăn, sử dụng bàn tay)
- Chậm phát triển vận động thô (lấy, ngồi, bò, đứng, đi) vận động tinh (sử dụng bàn tay)
- Rối loạn hành vi: đập phá, đập đầu vào vật...

2.2.5. Các biện pháp phòng ngừa - phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

*** Các biện pháp phòng ngừa:**

- Bà mẹ khi mang thai cần ăn uống, tiêm phòng đầy đủ, không được uống thuốc khi không có chỉ định của bác sĩ.

- Khám thai thường quy có thể phát hiện sớm các bệnh lý của bà mẹ và tình trạng bất thường của thai gây tổn thương não của trẻ.

- Nâng cao chất lượng cấp cứu trẻ sơ sinh tại các cơ sở y tế xã, huyện, tỉnh là biện pháp tích cực nhất nhằm giảm thiểu tỷ lệ trẻ tổn thương não gây chậm phát triển tinh thần.

** Phục hồi chức năng - can thiệp sớm.*

- Nguyên tắc:

+ Can thiệp sớm ngay sau khi phát hiện trẻ có khuyết tật trí tuệ.

+ Lấy trẻ làm trung tâm, tôn trọng và kiên nhẫn với trẻ.

+ Can thiệp PHCN phối hợp với giáo dục thông qua hoạt động chơi tại nhà và tại trường học. Cần có sự phối hợp của gia đình, trường học và đội ngũ chuyên gia để tạo môi trường liên tục và thống nhất với trẻ.

+ Khám - đánh giá về sự phát triển của trẻ thường quy 6 tháng/lần tại các khoa PHCN hoặc các trung tâm PHCN tại địa phương. Bao gồm các kỹ năng: vận động thô, vận động tinh, ngôn ngữ, nhận thức, cá nhân - xã hội.

- Mục tiêu chung

+ Kích thích sự phát triển về vận động thô: theo mốc phát triển vận động thô.

+ Kích thích sự phát triển về vận động tinh của 2 bàn tay

+ Kích thích kỹ năng giao tiếp và ngôn ngữ: sử dụng sở thích của trẻ để đưa ra các hoạt động can thiệp- giáo dục.

+ Kích thích sự phát triển trí tuệ.

+ Kích thích sự độc lập trong các hoạt động dạy trẻ: trẻ sẽ có cơ hội thực hành các kỹ năng nhiều hơn. Do đó cần giảm dần sự hỗ trợ với trẻ.

2.3. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng các bệnh phổi mạn tính

2.3.1. Đại cương về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính:

** Định nghĩa:*

Phục hồi chức năng bệnh nhân bệnh phổi được định nghĩa như sau: Đây là một dịch vụ liên tục, đa chiều, hướng tới người bị bệnh phổi và gia đình họ bởi một nhóm chuyên gia, với mục tiêu thực hiện được và duy trì được mức độ độc lập tối đa cũng như thể hiện được vai trò với cộng đồng.

** Lợi ích của PHCN hô hấp:*

- Cải thiện khó thở, tình trạng sức khỏe và khả năng vận động ở bệnh nhân ổn định

- Giảm nhập viện trong số bệnh nhân vừa ra khỏi đợt cấp < 4 tuần

- Giáo dục sức khỏe đơn thuần không đem lại hiệu quả Bằng chứng loại C

- Tự quản lý bệnh kèm trao đổi với nhân viên y tế cải thiện tình trạng sức khỏe, giảm nhập viện và cấp cứu.

** Các bệnh phổi mạn tính thường gặp:*

- Hen phế quản

+ Định nghĩa: Hen phế quản là tình trạng các cơn khó thở do co thắt phế quản gây chít hẹp đường dẫn ôxy vào phổi gây khó thở.

+ Đây là bệnh khá thường gặp trên thế giới: Ở Anh có 3-4,1% trẻ em bị hen phế quản, ở Việt Nam, vùng nông thôn gặp ở 1% và ở thành thị gặp ở 2% dân số. Trong các bệnh phổi, hen phế quản chiếm 18,7%. Hơn nửa số người bị hen phế quản bị bệnh trước 10 tuổi. Nam giới bị bệnh nhiều hơn nữ giới.

+ Triệu chứng:

- . Ho, hắt hơi, ngứa mũi, chảy nước mắt
- . Cảm giác bó, chẹn, đau ở ngực và vai do khó thở
- . Khó thở khi thở ra, nghe thấy tiếng rít
- . Ho khan, khó khạc đờm
- . Co kéo hõm ức, khoang liên sườn
- . Mệt, vã mồ hôi, phải ngồi để thở
- . Cơn hen có thể kéo dài vài phút hoặc diễn ra liên tục trong 24 giờ

+ Biến chứng: Phụ thuộc nhiều yếu tố, các BC thường gặp: nhiễm khuẩn đường hô hấp; giãn phế quản; viêm phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính (COPD).

+ Nguyên tắc chăm sóc và điều trị phục hồi:

. Người bệnh hen bao giờ cũng mệt mỏi, lo lắng nên cần phải có người giúp đỡ, chăm sóc, an ủi để BN yên tâm, tránh bị nhiễm lạnh.

+ Điều trị hen phế quản:

. Cắt cơn hen nhẹ: thuốc giãn phế quản, thuốc kháng sinh, long đờm và chống dị ứng. Nếu bệnh nhân không đỡ, cần chuyển lên các cơ sở y tế tuyến trên.

. Chặn cơn hen: Điều trị giải mẫn cảm với chất gây dị ứng. Thuốc xịt chặn cơn (Intal). Mỗi ngày xịt 2 - 3 lần, liên tục trong 3 tháng. Nghỉ 6 tháng lại tiếp tục. Kéo dài trong 3 năm.

. Ngăn ngừa những nguyên nhân gây dị ứng nếu biết.

- Viêm phế quản mạn tính.

+ Định nghĩa: Theo định nghĩa của WHO:

Viêm phế quản mạn tính là tình trạng viêm mạn tính niêm mạc phế quản do tăng tiết dịch nhầy gây ho khạc đờm, tắc nghẽn phế quản và rối loạn hô hấp. Những đợt ho khạc đờm kéo dài ít nhất tới 3 tháng trong năm, và ít nhất là 2 năm. Đây là bệnh khá thường gặp ở các nước. Ở Pháp bệnh này chiếm 5% dân số, gặp riêng ở nam giới tới 18%. Ở Việt nam, tình trạng cũng tương tự, 12% bệnh nhân viêm phế quản mạn tính điều trị nội trú tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch mai.

+ Biểu hiện của viêm phế quản mạn tính:

. Ho và khạc đờm: tổng thời gian ho khạc đờm trên 3 tháng trong 1 năm. Bị ít nhất 2 năm, lúc đầu đờm ít, sau nhiều lên, đờm quánh và dính, về sau ho khan, không có đờm.

. Khó thở: khi gắng sức: như khi đi bộ, lên cầu thang, mang xách vật nặng...Khó thở khi hít thở sâu. Những đợt viêm cấp có thể kèm theo sốt.

+ Biểu chứng: Phụ thuộc nhiều yếu tố, các BC thường gặp: nhiễm khuẩn đường hô hấp, giãn phế quản, viêm phổi phế quản tắc nghẽn mãn tính (COPD).

+ Nguyên tắc chăm sóc và điều trị phục hồi:

. Người bệnh viêm PQ mãn bao giờ cũng mệt mỏi, lo lắng nên cần phải có người giúp đỡ, chăm sóc, an ủi để BN yên tâm, tránh bị nhiễm lạnh.

. Điều trị Viêm phế quản mạn tính: thuốc giãn phế quản, thuốc kháng sinh, long đờm và chống dị ứng. Nếu bệnh nhân không đỡ, cần chuyển lên các cơ sở y tế tuyến trên.

. Ngăn ngừa những nguyên nhân gây dị ứng nếu biết.

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: (***COPD_Chronic Obstructive Pulmonary Disease***)

+ Định nghĩa

COPD là bệnh phổ biến dự phòng và điều trị được, đặc trưng bởi sự hiện diện của triệu chứng hô hấp và giới hạn dòng khí do đường dẫn khí và/hoặc bất thường ở phế nang thường do bởi tiếp xúc với hạt và khí độc hại.

+ Chẩn đoán: Lâm sàng nên được nghĩ tới ở bất cứ bệnh nhân nào có khó thở, ho, khạc đờm mạn tính, và/hoặc tiền sử tiếp xúc yếu tố nguy cơ của bệnh.

. Đo chức năng thông khí: được yêu cầu để khẳng định chẩn đoán khi có FEV1/FVC sau test giãn phế quản < 70%

+ Điều trị:

. Cai thuốc lá: hút thuốc lá có khả năng rất lớn ảnh hưởng tới tiến triển tự nhiên của bệnh. Nhân viên y tế nên khuyến khích BN bỏ thuốc.

. Điều trị thuốc và nicotine thay thế làm gia tăng tỷ lệ bỏ thuốc thành công.

. Tất cả các BN COPD đều có lợi từ việc tập luyện và nên khuyến khích người bệnh duy trì hoạt động.

. Điều trị thuốc phù hợp giúp làm giảm triệu chứng COPD, giảm tần xuất và độ nặng các đợt cấp, cải thiện tình trạng sức khỏe chung và khả năng gắng sức

. Không có thuốc điều trị hiện tại nào có thể làm thay đổi tiến trình xấu đi của chức năng phổi

. Tiêm vắc xin phòng cúm và phế cầu

2.3.2. Phục hồi chức năng bệnh phổi mạn tính:

Phục hồi chức năng hô hấp trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được Hội Lồng ngực Mỹ và châu Âu đánh giá cao và đưa ra khuyến cáo như một phương pháp điều trị hiệu quả dựa trên các bằng chứng. Phương pháp này có thể áp dụng cho tất cả các bệnh nhân có bệnh mạn tính đường hô hấp gây giảm sút các hoạt động của bệnh nhân trong sinh hoạt hàng ngày.

Phục hồi chức năng hô hấp giúp làm giảm triệu chứng khó thở, cải thiện chất lượng cuộc sống, tăng khả năng gắng sức, giúp ổn định hoặc cải thiện bệnh, giảm số đợt kịch phát phải nhập viện điều trị, giảm số ngày nằm viện, tiết kiệm chi phí điều trị.

Phục hồi chức năng hô hấp bao gồm 3 nội dung chính:

- Giáo dục sức khỏe: Người bệnh được tư vấn cai thuốc lá, kiến thức về bệnh, hướng dẫn sử dụng thuốc, thở oxy đúng cách, kỹ năng dùng ống bơm xịt, bình hít hay máy khí dung, các phương pháp ho khạc đờm, tập thở. Bên cạnh đó, bệnh nhân cũng được tư vấn để có chế độ dinh dưỡng hợp lý nhằm cải thiện tình trạng gầy yếu, sút cân, suy dinh dưỡng thường đi kèm với COPD.
- Vật lý trị liệu hô hấp: Bệnh nhân được hướng dẫn và thực hành các kỹ thuật cải thiện thông khí, ho khạc đờm, học các bài tập thể dục và vận động để tăng cường thể chất và khắc phục hậu quả căn bệnh. Các bài tập cần được thiết kế phù hợp với mỗi bệnh nhân.
- Hỗ trợ tâm lý và tái hòa nhập xã hội: Rối loạn tâm thần kiểu trầm cảm thường đi kèm với COPD. Nếu bệnh nhân được tư vấn và hỗ trợ tâm lý sẽ cải thiện được tình trạng này.

3. Tầm quan trọng của phục hồi chức năng trong chăm sóc sức khỏe toàn diện ở cộng đồng

Việt Nam là một trong những Quốc gia có tỷ lệ khuyết tật cao. Theo ước tính của Bộ LĐ- TBXH năm 2005 thì trên cả nước hiện có khoảng 5,3 triệu người khuyết tật. Có nhiều yếu tố tác động tới tình hình khuyết tật của nước ta như hậu quả của chiến tranh; các tai nạn thương tích trong sinh hoạt, giao thông; sức khỏe tâm thần; hệ quả của quá trình bệnh lý kéo dài ... Các yếu tố tác động này bao gồm yếu tố chủ quan là tình trạng khuyết tật và yếu tố khách quan bao gồm các yếu tố môi trường- xã hội và con người xung quanh người khuyết tật. Trong thời đại ngày nay, nguy cơ khuyết tật ngày càng cao và có thể xảy đến với bất cứ ai, bất cứ độ tuổi nào và vào bất cứ hoàn cảnh nào. Khuyết tật không chỉ ảnh hưởng tới cá nhân người bệnh mà còn ảnh hưởng cả tới gia đình, xã hội về mọi mặt: chất lượng cuộc sống, kinh tế, thời gian, lao động, sản xuất. Trong khi đó nguồn lực về y tế còn mỏng, nhu cầu can thiệp- phục hồi chức năng đối với người khuyết tật luôn lớn và cần thời gian dài. Do đó, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng với phương châm lấy người khuyết tật là trung tâm, huy động mọi nguồn lực tại địa phương và gia đình người khuyết tật là chính là một chương trình vô cùng phù hợp và hiệu quả trong việc giúp người khuyết tật hòa nhập và tái hòa nhập cộng đồng.

Phần thực hành:

- Tiến hành thực tập phục hồi các động tác cho các mặt bệnh thường gặp: Phục hồi cơ, xương, khớp, chống loét, vận động, giao tiếp và các vấn đề thường gặp khác
- Giảng viên thao tác trực tiếp trên bệnh nhân là học viên đóng vai

Câu hỏi lượng giá: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Khái niệm về người khuyết tật là (Chọn câu trả lời đúng nhất):

- A. Người khiếm khuyết một phần cơ thể
- B. Người tàn tật không có khả năng hoạt động và lao động
- C. Là người hạn chế khả năng chăm sóc sức khỏe cho bản thân

D. Là người do khiếm khuyết hoặc tình trạng sức khỏe mà bị giảm chức năng và/hoặc hạn chế sự tham gia sinh hoạt, lao động, học tập và đời sống xã hội

Câu 2: Phát triển phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Việt Nam có bao nhiêu mục tiêu:

- A. 2 mục tiêu
- B. 4 mục tiêu
- C. 6 mục tiêu
- D. 5 mục tiêu

Câu 3: Mục tiêu đầu tiên của phát triển phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng tại Việt Nam là:

- A. Tăng cường sự độc lập tự chủ của NKT và gia đình
- B. Tăng cường nhận thức của cộng đồng về khả năng của NKT
- C. Tăng cường năng lực chuyên môn
- D. Tăng cường tiếp cận các dịch vụ PHCN toàn diện cho NKT

Câu 4: Giai đoạn nào là giai đoạn phục hồi chức năng cho bệnh nhân TBMMN:

- A. Giai đoạn chảy máu
- B. Giai đoạn hồi phục
- C. Giai đoạn tại viện
- D. Giai đoạn giảm nhẹ

Câu 5: Dấu hiệu nhận biết trẻ chậm phát triển tinh thần:

- A. Khả năng tập trung kém
- B. Ít nói
- C. Ít vận động
- D. Không nghe lời người lớn

Câu 6: Dấu hiệu nhận biết trẻ chậm phát triển tinh thần:

- A. Hay nhiễm khuẩn
- B. Chậm lớn
- C. Ăn kém
- D. Rối loạn hành vi

Câu 7: Các biện pháp phòng ngừa trẻ chậm phát triển tinh thần

- A. Kích thích sự phát triển về vận động thô
- B. Kích thích kỹ năng giao tiếp và ngôn ngữ
- C. Khám thai thường quy có thể phát hiện sớm
- D. Kích thích sự phát triển trí tuệ

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2015) - Bộ tài liệu phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
2. Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên (2012) - Bài giảng vật lý trị liệu - phục hồi chức năng..
3. Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh (2010), “Vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng”. NXB Y học Hà Nội
4. Dương Xuân Đạm (1999), “Vật lý trị liệu”. NXB Y học Hà Nội.
5. Trần Trọng Hải, Trần Thị Thu Hà, Nguyễn Việt, Trịnh Quang Dũng, Trần Tuyết Minh, Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Văn Chương, Cao Minh Châu (1992), “Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng”, NXB Y học Hà Nội – 1992, 155 - 398.
6. Huấn luyện người tàn tật tại cộng đồng. Tài liệu của WHO.

Bài 27

SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN HỢP LÝ

Mục tiêu:

1. Trình bày nguyên tắc sử dụng thuốc và một số vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc
2. Giải thích nội dung các biện pháp an toàn, hợp lý trong sử dụng thuốc
3. Đánh giá một số đơn đã thực hiện tại tuyến y tế cơ sở

Nội dung

Sử dụng thuốc hợp lý (SDTHL) là nhiệm vụ quan trọng của ngành y tế. Để đạt mục tiêu này trách nhiệm trực tiếp thuộc về ba đối tượng: Người kê đơn (bác sĩ điều trị), dược sĩ lâm sàng (DSL) và người sử dụng thuốc, trong đó DSL đóng vai trò là cầu nối giữa bác sĩ - người đưa ra y lệnh và người sử dụng - người phải thực hiện y lệnh

1. Nguyên tắc sử dụng thuốc:

Thứ nhất đúng người bệnh: Một trong những phần quan trọng trong việc dùng thuốc là phải đảm bảo rằng thuốc được đưa vào đúng người bệnh. Có nhiều người bệnh giống nhau về tên, họ, tuổi vì vậy để tránh nhầm lẫn trong trường hợp có 2 người bệnh giống nhau thì nên sắp xếp giường, phòng khác nhau hoặc nếu không có thể thì cho họ nằm ở 2 vị trí cách xa nhau, và điều quan trọng nhất là phải hỏi tên họ, số giường, số phòng, trước khi dùng thuốc.

Thứ hai dùng đúng thuốc: Khi dùng thuốc cho người bệnh, người cán bộ y tế phải đọc nhãn thuốc 3 lần vào 3 thời điểm sau:

- Khi lấy thuốc ra khỏi tủ hoặc nơi cất giữ.
- Khi lấy thuốc ra khỏi vật chứa: lọ, ống, chai thuốc.
- Trước khi trả chai, lọ thuốc về chỗ cũ hoặc bỏ vào thùng rác.

Thứ ba dùng đúng liều: Sự tính toán liều cần phải được chính xác do vậy để tránh nhầm lẫn người cán bộ y tế cần phải lấy thuốc trong môi trường hoàn toàn yên tĩnh, phải chú tâm cao độ, không làm việc gì khác, đôi khi cũng cần kiểm tra lại sự tính toán của mình bằng cách so với các cán bộ y tế khác. Sau khi tính toán liều thuốc chính xác, người cán bộ y tế phải biết dùng dụng cụ đo lường chính xác từng ml hay từng giọt một, việc bẻ đôi một viên thuốc nên dùng dụng cụ cắt thuốc cho cân xứng. Với số lượng thuốc quá nhỏ vài giọt ta có thể cho trực tiếp vào miệng người bệnh hoặc cho một ít nước vào ly trước khi cho thuốc vào để tránh thuốc dính vào ly.

Thứ tư đúng đường dùng thuốc: Khi sử dụng thuốc người cán bộ y tế cần phải kiểm tra chắc chắn thuốc dùng cho đường nào: uống, ngoài da, niêm mạc hay tiêm vì nếu nhầm lẫn thì sẽ gây hậu quả rất nghiêm trọng. Ví dụ: thuốc dùng ngoài da lại đem uống sẽ gây ngộ độc những chất không thể hấp thu qua niêm mạc tiêu hoá hoặc thuốc dùng tiêm bắp lại dùng tiêm tĩnh mạch có thể gây thuyên tắc mạch vì thuốc tiêm bắp có thể có tính chất không tan trong máu.

Thứ năm đúng thời gian: Cán bộ y tế phải biết vì sao một số thuốc được cho y lệnh vào một số giờ nhất định trong ngày, ví dụ: thuốc lợi tiểu không nên dùng sau 15

giờ vì người bệnh có thể đi tiểu ban đêm gây mất giấc ngủ, hoặc một số thuốc như kháng sinh cần duy trì nồng độ thuốc đều trong máu do phải cách mỗi 8 tiếng hoặc 12 tiếng dùng thuốc một lần. Nếu như ta không thực hiện đúng thì hiệu quả của việc điều trị sẽ giảm và đôi khi sẽ mất tác dụng và có thể gây nặng thêm cho người bệnh

2. Các vấn đề liên quan đến sử dụng thuốc

Để sử dụng thuốc an toàn hợp lý trước hết phải chọn được thuốc hợp lý. Hợp lý là phải cân nhắc sao cho chỉ số Hiệu quả/ Rủi ro và Hiệu quả/ Chi phí đạt cao nhất.

Tuy nhiên, một thuốc hợp lý phải nằm trong một đơn hợp lý, nghĩa là ngoài tiêu chuẩn hợp lý của từng thuốc riêng biệt còn phải tính đến nhiều mặt khác, trong đó ba vấn đề quan trọng nhất là:

- Phối hợp thuốc phải đúng (không có tương tác bất lợi).
- Khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh cao (số lần dùng trong ngày ít, khả năng chi trả phù hợp với người bệnh).
- Có chỉ dẫn dùng thuốc đúng.

Muốn sử dụng thuốc hợp lý không chỉ cần đến các kiến thức liên quan đến thuốc và bệnh mà còn phải đưa các kiến thức này lên người bệnh cụ thể, có nghĩa là phải hiểu rõ các đặc điểm của người bệnh như các bệnh mắc kèm (gan, thận, tim, phổi...), các bất thường về sinh lý (béo phì, có thai...), tuổi tác (trẻ em, người già...) đến các thói quen (nghiện rượu, thuốc lá, ăn kiêng...) và cả hoàn cảnh kinh tế. Như vậy trong điều trị phải tính đến người bệnh chứ không phải chỉ là bệnh đơn thuần.

Sau đây là một số nội dung cụ thể liên quan đến sử dụng thuốc an toàn - hợp lý.

2.1. Các tiêu chuẩn để lựa chọn thuốc an toàn - hợp lý

Bảng 1.1. Bốn tiêu chuẩn cần thiết trong lựa chọn thuốc an toàn - hợp lý

TT	Tiêu chuẩn lựa chọn	Ký hiệu
1	Hiệu quả điều trị tốt	H
2	An toàn cao	A
3	Tiện dụng (Dễ sử dụng)	T
4	Kinh tế (Rẻ nhất so với các thuốc đó đạt ba tiêu chuẩn trên)	K

- Hiệu quả là khả năng khỏi bệnh tốt, tỷ lệ bệnh nhân được chữa khỏi cao.
- An toàn là khả năng xuất hiện tác dụng không mong muốn thấp, nghĩa là tỷ lệ Hiệu quả/Nguy cơ rủi ro cao.
- Tiện dụng hay dễ sử dụng bao gồm cách đưa thuốc, số lần dùng thuốc trong ngày... phù hợp, càng đơn giản càng tốt.
- Kinh tế có thể tính theo chi phí tiền của loại thuốc đó cho 1 ngày điều trị (Liều DDD) hoặc cho cả liệu trình điều trị. Giá thuốc có thể chọn là thuốc sản xuất trong nước hoặc của ngoại nhập. Có những trường hợp người ta tính vào chi phí điều trị cả tiền của các xét nghiệm cận lâm sàng cần phải làm khi sử dụng thuốc.

Có nhiều tài liệu còn đưa vào thêm một tiêu chuẩn “Sẵn có” nghĩa là thuốc phải có ở cơ sở điều trị, như vậy là phải ưu tiên cho những thuốc nằm trong danh mục thuốc thiết yếu.

2.2. Các kỹ năng cần có của DSLS khi hướng dẫn điều trị

Hướng dẫn điều trị là nhiệm vụ của DSLS. Để hướng dẫn điều trị tốt, người DSLS cần có các kỹ năng sau:

- Kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân
- Kỹ năng thu thập thông tin
- Kỹ năng đánh giá thông tin.
- Kỹ năng truyền đạt thông tin.

Như đã nêu ở phần trên, muốn điều trị thành công thì ngoài yếu tố nắm vững thuốc và bệnh còn phải biết rõ về bệnh nhân và tạo được sự hợp tác của họ trong điều trị.

Với những trường hợp điều trị ngắn ngày, sự tuân thủ của người bệnh dễ dàng hơn. Tuy nhiên trong trường hợp bệnh mạn tính hoặc kéo dài nhiều ngày thì vấn đề trở nên khó khăn hơn nhiều. Kết quả điều trị các bệnh mạn tính không phải lúc nào cũng như ý muốn. Vậy khi gặp thất bại hoặc khi kết quả điều trị chưa đạt yêu cầu thì phải làm gì để đạt mục tiêu điều trị đó đặt ra.

2.2. Các chỉ tiêu qui định nhằm đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý

2.2.1. Chỉ tiêu về kê đơn

- Số thuốc trung bình cho 1 lần điều trị: khoảng 1,5
- Tỷ lệ phần trăm thuốc gốc (generic) trong một đơn so với tổng số thuốc có trong đơn 100%
- Tỷ lệ phần trăm số đơn có thuốc kháng sinh trong tổng số đơn khảo sát: 20-30%
- Tỷ lệ phần trăm thuốc dạng tiêm trong 1 đơn: khoảng 20 %
- Tỷ lệ phần trăm thuốc được kê nằm trong danh mục thuốc thiết yếu hoặc trong phác đồ chuẩn: 100%

2.2.2. Chỉ tiêu về chăm sóc bệnh nhân

- Thời gian trung bình khám cho bệnh nhân
- Thời gian phát thuốc trung bình cho bệnh nhân
- Tỷ lệ phần trăm thuốc được cấp thực tế so với tổng số thuốc được kê 100%
- Tỷ lệ phần trăm thuốc có ghi nhón và hướng dẫn sử dụng: 100%
- Kiến thức của bệnh nhân hiểu đúng về liều lượng: 100%

2.2.3. Chỉ tiêu đối với y tế cơ sở

Có danh mục thuốc thiết yếu: 100%

Tỷ lệ thuốc thiết yếu có sẵn tại cơ sở: 100%

3. Các biện pháp an toàn, hợp lý trong sử dụng thuốc

3.1. Nhận định người bệnh:

- Tiền sử của người bệnh: yêu cầu người bệnh cho biết các thuốc đã dùng hoặc theo dõi những hồ sơ trước đây của người bệnh (*nếu có*). Tìm hiểu những thông tin về dị ứng với một số thuốc hay bệnh mãn tính liên quan tới việc lựa chọn thuốc điều trị.
- Cân nặng: là thông số quan trọng để tính liều lượng thuốc cho người bệnh. Liều lượng thuốc dùng cho người lớn dựa vào trọng lượng chuẩn của cơ thể (68,1 kg), trường hợp chênh lệch cân nặng hơn mức chuẩn đều phải điều chỉnh liều lượng cho thích hợp.
- Tuổi: trẻ em và người già ở 2 đầu thang tuổi cần có sự điều chỉnh về liều lượng thuốc cho phù hợp với chức năng hoạt động và giải phẫu cơ thể.
- Các dấu hiệu sống (*nhật độ, mạch, huyết áp, nhịp thở*): là cơ sở đánh giá hiệu quả của thuốc điều trị.
- Trong chăm sóc sức khỏe tại nhà, nhiệm vụ của người điều dưỡng là phải xem xét điều kiện cụ thể của người bệnh mà họ đang dùng thuốc (*Bảo quản thuốc tại nhà, tránh xa tầm với trẻ em, dụng cụ sử dụng thuốc tại nhà, nơi hủy vật thải của thuốc: vỏ thuốc, ống thuốc, bơm kim tiêm...*) Phải quan tâm xác định thành viên nào trong gia đình người bệnh có khả năng hiểu biết để giúp người bệnh dùng thuốc tại nhà

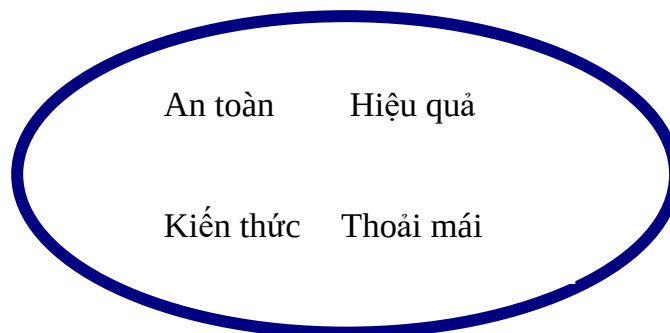
3.2. Có kế hoạch thực hiện chăm sóc bằng thuốc

Khi dùng thuốc, có 3 mục đích cơ bản cần phải đạt được là:

Thuốc phải đạt hiệu quả mong muốn trong điều trị

Không có những biến chứng xảy ra với những thuốc đã được kê trong đơn và không có biến chứng do cách dùng gây ra.

Người bệnh và gia đình hiểu được cách tự dùng thuốc an toàn nếu được bác sĩ chỉ định



Các bước thực hiện:

* Những công việc trước khi dùng thuốc

- Vào sổ (thuốc uống, thuốc tiêm) và kiểm tra số lượng, chủng loại thuốc của mỗi người bệnh
- Xem kỹ chỉ định về dùng thuốc của bác sĩ (đường dùng, thời gian, số lần dùng thuốc)
- Kiểm tra chất lượng thuốc, hạn dùng (với các loại thuốc tiêm nếu có đổi màu hoặc lắng cặn đáy lọ (trừ nhũ dịch) thì không được dùng)
- Đảm bảo kỹ thuật vô trùng khi cho người bệnh dùng thuốc

* Những công việc trong khi dùng thuốc

- Đảm bảo 5 đúng trong hướng dẫn của Tổ chức y tế thế giới (WHO)

- Tạo sự thoải mái cho người bệnh:

+ Hỗ trợ về tinh thần (lời nói dịu dàng, tiếp xúc tích cực)

+ Hạn chế đau đớn khi tiêm

+ Chăm sóc da vùng tiêm

+ Sắp xếp giường bệnh phù hợp với người bệnh khi dùng một số thuốc

Thông báo cho người bệnh tên các thuốc được chỉ định và mục đích của việc được sử dụng này

Hướng dẫn cho người bệnh cách tự theo dõi và thông báo những bất thường sau khi dùng thuốc

Chú ý:

Những thuốc người bệnh từ chối không dùng phải thông báo với bác sĩ và trả lại khoa dược

Không để những thuốc khác ngoài những thuốc được kê trong đơn bên cạnh giường người bệnh

* Những công việc sau khi dùng thuốc

Ghi hoặc đánh dấu vào sổ thực hiện y lệnh hoặc phiếu điều dưỡng những thuốc đã dùng cho bệnh nhân

Sau khi dùng thuốc cho người bệnh người điều dưỡng phải biết đánh giá tình trạng chung của người bệnh:

+ Sự đáp ứng của cơ thể người bệnh với thuốc vừa được dùng (dấu hiệu sinh tồn, lượng nước tiểu, triệu chứng khác...)

+ Những thay đổi về hành vi của người bệnh đối với thuốc vừa dùng (lo lắng, kích động, tỉnh táo...)

+ Quan sát vị trí tiêm: bầm tím, tấy đỏ, chảy máu...

3.3. Đánh giá

Đánh giá là bước cuối cùng của quá trình dùng thuốc, có thể tìm ra những điểm cần thiết để tạm dừng thuốc đã được bác sĩ kê đơn.

VD: Khả năng dung nạp thuốc và thức ăn bằng đường miệng ra sao? Những xét nghiệm cận lâm sàng về chức năng gan, thận? Huyết áp có biểu hiện gì trong chống chỉ định của thuốc?...

Tuy nhiên khi phát hiện những thuốc phải dừng lại người điều dưỡng cần báo cáo ngay với bác sĩ kê đơn thuốc đó.

Xem xét việc dùng thuốc đòi hỏi người điều dưỡng cần phải có phương pháp, sự hiểu biết về thuốc (tác dụng, liều dùng, đường dùng, tác dụng phụ, khoảng cách dùng...) giúp cho việc sử dụng thuốc vừa hiệu quả, vừa an toàn. Nếu có nghi ngờ chưa rõ về thuốc người điều dưỡng cần xem lại tài liệu hoặc hỏi lại bác sĩ, dược sĩ.

4. Dạng thuốc và cách dùng:

Dạng thuốc là hình thức trình bày đặc biệt của dược chất để đưa dược chất vào cơ thể. Sử dụng các dạng thuốc hợp lý là một yếu tố quan trọng quyết định đến sự thành công của việc điều trị bằng thuốc.

4.1. Dung dịch thuốc: Là những chế phẩm được tạo thành bằng cách hoà tan hoàn toàn một hay nhiều dược chất trong một hoặc một hỗn hợp dung môi, dùng trong (uống, tiêm) hay dùng ngoài. Thuốc ngấm nhanh, không gây kích ứng khi tiếp xúc với niêm mạc. Tiện dùng cho trẻ em và người cao tuổi. Thuốc khó bảo quản do dược chất kém bền vững. Chia liều kém chính xác. Vận chuyển khó khăn

Không dùng dung dịch thuốc để uống các loại thuốc viên, hoặc hoà tan các dạng thuốc bột (gây tương kỵ)

4.2. Xiro: là dạng thuốc lỏng, sánh, chứa tỷ lệ đường cao (khoảng 64%) có vị ngọt dễ uống. Tiện dùng cho trẻ em. Bảo quản được lâu, có giá trị dinh dưỡng. Có độ nhớt cao nên chậm hấp thu cần pha loãng hay uống kèm với nước. Phân liều theo thìa cà phê hoặc thìa canh.

4.3. Hỗn dịch: gồm các dạng thuốc lỏng để uống, tiêm, dùng ngoài có chứa các dược chất rắn không hoà tan ở dạng nhỏ được phân tán đồng nhất trong một dẫn chất thích hợp. Có tác dụng chậm nhưng bền vững, khi bảo quản các tiểu phân dược chất bị lắng tạo phân lớp nên trước khi dùng cần lắc kỹ hỗn dịch.

4.4. Thuốc viên:

+ Viên nang: là dạng thuốc rắn hay mềm, chứa dược chất đã được phân liều, được bào chế dưới dạng thích hợp (dung dịch, bột, hạt...) đựng trong vỏ nang (bằng gelatin, tinh bột) để bảo vệ dược chất.

Khi dùng viên nang cần nuốt mà không nhai, tránh làm hỏng vỏ nang, không tách bỏ vỏ nang lấy phần dược chất bên trong để uống.

VD: Hoạt chất Amoxicilin khi uống dễ bị phân huỷ làm giảm tác dụng ở pH dạ dày, vì vậy trong bào chế thường dùng dưới dạng viên nang để tránh tác dụng phân huỷ này.

+ Viên nén: có hình dạng, kích thước khác nhau, tác dụng chậm hơn so với thuốc tiêm, khó uống đối với người già, trẻ em và người hôn mê. Mỗi viên là một đơn vị liều nên thuận tiện trong sử dụng, vận chuyển, cấp phát, bảo quản.

+ Viên bao: là dạng viên nén hay viên hoàn được bao thêm bên ngoài một lớp màng thích hợp nhằm mục đích che giấu mùi vị khó chịu, bảo vệ dược chất, kiểm soát sự giải phóng.

VD: Aspirin dễ phân huỷ ở acid dịch vị, tác dụng phụ gây kích ứng dạ dày nên được bao ngoài bằng màng tan ở ruột (Aspirin pH8)

+ Viên ngậm, viên đặt dưới lưỡi: Không được nuốt viên ngậm, viên đặt dưới lưỡi ngay.

+ Viên sủi: cần pha thành dung dịch trước khi uống, thành phần có muối kiềm nên không dùng cho người cần kiêng muối.

+ Viên tác dụng kéo dài: chứa dược chất cao hơn bình thường, giải phóng từ từ trong đường tiêu hoá để kéo dài tác dụng của thuốc, giảm số lần dùng thuốc.

Cần tuân thủ đúng số lần dùng thuốc để tránh nguy cơ ngộ độc. Tuyệt đối không được cắt hay nhai viên thuốc để tránh giải phóng được chất một cách ồ ạt gây quá liều.

4.5. Thuốc tiêm: là dạng thuốc vô khuẩn đưa vào cơ thể bằng con đường tiêm qua da, qua bắp thịt hoặc qua tĩnh mạch. Hấp thu nhanh tác dụng ngay (*tiêm tĩnh mạch*) dùng trong trường hợp cấp cứu, cấp tính.

Thuốc tiêm liều lớn (*dịch truyền*): có dạng dung dịch và nhũ tương, dung tích lớn, được đưa qua đường tĩnh mạch để cung cấp nước, chất điện giải, chất dinh dưỡng, bổ sung thể tích huyết tương và lập lại cân bằng acid-kiềm trong có thể...

Một số kỹ thuật truyền:

- *Truyền liên tục:* sử dụng lượng dung dịch lớn 500-1000 ml hoặc lớn hơn nữa cho người lớn. Hơn 50 ml cho trẻ sơ sinh, hơn 100 ml cho trẻ em. Tốc độ 100-150 ml/giờ/người lớn và dung tích tương ứng với tuổi cho trẻ em.

Chú ý trong thực hành:

. Thời gian dùng một chai là 8 - 24 giờ

. Nếu dịch truyền được kết hợp nhiều thuốc:

+ Mỗi giờ phải xoay lại chai dịch

+ Dán nhãn lên chai, nêu rõ thêm thuốc và tốc độ truyền

+ Đề phòng tiếp xúc với ánh nắng và đèn tử ngoại với những thuốc nhạy cảm ánh sáng

+ Đảm bảo vô trùng

- *Truyền không liên tục:*

+ Truyền đẩy (IV.PUSH) dùng một dung dịch được pha với tốc độ không quá 1ml/phút, thường truyền qua ống truyền tĩnh mạch

+ Truyền đẩy nhanh (IV BOLUS) khi dung dịch pha chế được dùng như thuốc chẹn và tuần hoàn không quá một lần tuần hoàn (*30 giây hoặc ngắn hơn*)

+ Truyền theo tốc độ nhỏ giọt của bộ giây truyền

4.6. Thuốc dùng ngoài: dạng bột, lỏng, kem, mỡ, gel, lá dán...

4.7. Các dạng thuốc khác: thuốc đặt, thuốc phun mù, thuốc y học cổ truyền (*thuốc thang, thuốc tán, thuốc hoàn, cao thuốc, cồn thuốc, rượu thuốc, thuốc xông...*)

5. Tương tác và tương kỵ

5.1. Tương tác thuốc là hiện tượng thay đổi tác dụng (*giảm - tăng*) hoặc độc tính của thuốc khi sử dụng đồng thời hai hay nhiều thuốc.

- Tương tác dược động học (*tác dụng của cơ thể lên thuốc*) là sự thay đổi quá trình hấp thu, phân bố, chuyển hoá, thải trừ của hoạt chất.

- Tương tác dược lực học (*tác dụng của thuốc lên cơ thể*) là tương tác trực tiếp hoặc gián tiếp trên cùng một thụ thể gây cơ chế cạnh tranh hay ở các thụ thể (*hai thuốc tác dụng trên các thụ thể khác nhau gây ra những tác dụng sinh lý làm nhiễu loạn với nguy cơ ức chế, tăng cường, đối kháng*)

VD: tác dụng của các thuốc ngủ được tăng cường do Ethanol, các thuốc họ thuốc phiện, thuốc an thần, một số thuốc kháng histamin

Cộng tác dụng hay hiệp đồng giữa 2 kháng sinh diệt khuẩn: Peniciclin, Cephalosporin, Aminosit, Polymycin

** Ứng dụng tương tác thuốc khi cho người bệnh dùng thuốc:*

+ Dự phòng các nguy cơ do tương tác thuốc: theo dõi người bệnh để phát hiện kịp thời những dấu hiệu bất thường

+ Cho người bệnh dùng thuốc đúng cách: người điều dưỡng cần hiểu rõ mục đích phối hợp thuốc của bác sĩ, có phương tiện và tài liệu tra cứu tương tác

+ Chọn quyết định cho người bệnh dùng thuốc trước một nguy cơ đã biết

VD: Bệnh nhân 50 tuổi được chỉ định dùng thuốc Erythromycin 500 mg x 2 viên/ ngày/ 2 lần sáng-chiều và Theophylin 100 mg x 4 viên/ ngày để điều trị viêm phế quản thể hen.

Phân tích: Có tương tác giữa Erythromycin và Theophylin do Erythromycin ức chế chuyển hoá Theophylin làm tăng nồng độ Theophylin trong máu dẫn đến phản ứng có hại: nôn, buồn nôn, rối loạn nhĩ thất, nếu nặng có thể tử vong. Vì tương tác này điều dưỡng cần thông báo với bác sĩ để thay thuốc.

** Tương tác thuốc với thức ăn và đồ uống*

+ *Tác động của thức ăn đến thuốc:*

. Làm giảm hấp thu hoặc chậm hấp thu thuốc

. Ảnh hưởng đến chuyển hoá thuốc

. Thay đổi bài xuất, độc tính của thuốc

. Thời điểm uống thuốc hợp lý: thuốc dễ bị phá huỷ bởi acid dạ dày cần uống lúc đói (sau 1- 4 giờ nạp thức ăn). Các thuốc giải phóng chậm uống lúc đói để màng bao viên không bị môi trường acid phá huỷ (Aspirin pH8, Adalat LP 20mg, Adalat LA 30mg)

+ *Tương tác thuốc với đồ uống:*

Cho người bệnh uống thuốc với nước đun sôi để nguội là tốt nhất. Cần tránh:

Sữa, Nước chè, Nước khoáng, Rượu

5.2. Tương kỵ thuốc: Là những tương tác xảy ra ngoài cơ thể người bệnh trước khi người bệnh dùng thuốc. Tương kỵ xảy ra giữa 2 hay nhiều chất khi phối hợp với nhau, giữa chất chứa với dụng cụ chứa. Tương kỵ dẫn tới sự thay đổi của thuốc có thể nhìn thấy hoặc không nhìn thấy bằng mắt thường.

VD: Gentamycin có pH = 3-5,5 gây bất hoạt các beta-lactam: Peniciclin, Ampiciclin, Amociclin và các Cephalosporin. Vậy không pha lẫn Gentamycin với các thuốc nhóm beta-lactam trong cùng một bơm tiêm và tiêm 2 thuốc này tại 2 chỗ khác nhau

Sự hấp phụ Insulin trên PVC (Polyvinyl chlorid), polyethylen và EVA (ethylen vinyl acetat)

Khi sử dụng thuốc, pha thuốc hoặc bơm thuốc vào ống thông, dây truyền, ống đẩy của bơm tiêm... các ống hoặc chai này làm bằng polyethylen nên mắt thường không thấy được các kết tủa hay vẩn đục.

Tương kỵ có thể làm giảm hoặc mất hiệu lực, tăng độc tính hoặc gây tác hại của thuốc. Tương kỵ có thể xảy ra bất kỳ lúc nào trong quá trình truyền dịch và khả năng xuất hiện tương kỵ tăng lên khi pha thêm thuốc và dịch truyền.

- Không pha trộn kháng sinh nhóm beta-lactam với dịch truyền Protein vì có thể tạo ra các sản phẩm kết hợp gây miễn dịch, dị ứng.

- Không thêm thuốc vào máu gây ngăn cản sự nhận dạng tương kỵ của thuốc

Không thêm vào Dextran các thuốc: Ampicilin, Vitamin C, Barbiturat, Promethazin

*** Thực hành đúng khi tiêm, truyền để tránh tương kỵ**

- Chọn một dịch pha tương hợp

VD: Glucose pha với Adrenalin, dopamin, ephedrin

Không pha Ringer lactat với: Penicilin G, Ampicilin, Cephalospori, NaHCO_3

- Pha thuốc đúng nồng độ

- Chọn bao bì đựng thuốc đúng (*KCl đựng trong chai thủy tinh, không được dùng túi Plastic*)

- Chọn môi trường vật lý đúng: thuốc nhạy cảm với lạnh cần tránh (phenobarbital), nhạy cảm với ánh sáng cần bọc giấy carbon hoặc vỉ nhôm khi truyền (Adrenalin)

- Chọn cách tiêm đúng (*không tiêm bắp Cloramphenicol, không tiêm tĩnh mạch Procain, Penicilin*)

- Không kết hợp thuốc khác với dung dịch Aminoacid, lipid, máu.

- Đảm bảo vô trùng

6. Phản ứng có hại của thuốc (ADR)

Là phản ứng độc hại không được định trước và xuất hiện ở liều thường dùng.

Hậu quả của phản ứng có hại:

- Tạo ra những tác dụng không mong muốn

- Tạo ra những bệnh mới do thuốc

- Mức độ nghiêm trọng hơn tác dụng phụ

- Không phải thuốc nào cũng có

VD: *choáng phản vệ sau khi tiêm Penicilin hay Streptomycin*

6.1. Phản ứng có hại type A: ít gây nguy hiểm, điều trị bằng cách điều chỉnh liều lượng. Thường gặp ở 3 kiểu cá thể:

- Tiếp nhận liều thuốc cao hơn nhu cầu bình thường

- Dùng liều bình thường nhưng do cơ thể chuyển hoá không bình thường hoặc đào thải chậm, nồng độ cao trong một thời gian dài

- Nồng độ thuốc bình thường nhưng hiệu lực lâm sàng lại gia tăng

6.2. Phản ứng có hại type B:

- Tương đối không bình thường
- Không liên quan đến liều lượng
- Không dự đoán được bản chất
- Thường trầm trọng hơn phản ứng có hại type A
- Bản chất là phản ứng miễn dịch
- Đôi khi tính nhạy cảm mang tính di truyền

6.3. Nguyên nhân gây ra phản ứng có hại

- Tính dị thường của người dùng thuốc (*phản ứng quá mẫn, mang thêm một bệnh khác...*)
- Sinh khả dụng các dạng thuốc khác nhau, đường dùng không thích hợp
- Tương tác thuốc - Tuổi
- Các bệnh dẫn đến phản ứng có hại:
 - + Suy giáp sẽ giảm thanh thải Digoxin
 - + Rối loạn chuyển hoá porphyrin sẽ tăng nguy cơ ảnh hưởng tới gan
 - + Viêm phổi làm giảm chuyển hoá Theophyllin
 - + Suy tim gây giảm thanh thải thuốc
 - + Người bệnh gan, thận sẽ có nguy cơ nhiễm độc
 - + Sốt rét điển hình dẫn đến thiếu máu tan huyết, nếu dùng Vitamin C tiêm tĩnh mạch có thể xuất hiện ADR

6.4. Triệu chứng

* Phản ứng trên da: ban đỏ, mề đay, phù mạch, viêm da tróc, hoại tử biểu bì có độc...

* Phản ứng phản vệ quá mẫn:

Hệ cơ quan	Dấu hiệu	Triệu chứng
Da	Đỏ bừng (mặt, cổ) - phù mạch	Ngứa
Tim mạch	Đập nhanh, hạ huyết áp, sốc, ngất, loạn nhịp	Đánh trống ngực, yếu, xỉu
Tiêu hoá	Tiêu chảy, nôn, căng bụng	Co cơ, đau bụng, buồn nôn, bụng phồng lên
Hô hấp	Sổ mũi, có dịch, tiết phế quản, thở khô khè, ngạt thở	Xung huyết mũi, thở ngắn, khó thở, ho, nghẹt thở, khàn giọng

6.5. Các bước thực hành phòng chống phản vệ:

- Khai tiền sử của người bệnh về dị ứng thuốc, thức ăn, phấn hoa....
- Tránh những chất đã từng gây ADR

- Nếu bệnh chưa cần thiết dùng đường tiêm thì nên dùng đường uống
- Chuẩn bị sẵn sàng thuốc và phương tiện cấp cứu. Nếu người bệnh có biểu hiện bất thường cần báo ngay cho bác sĩ xử trí, trường hợp có triệu chứng choáng phản vệ thì việc làm đầu tiên để quyết định sự sống của người bệnh là **tiêm ngay Adrenalin** để chống ngừng tim, sau đó gọi bác sĩ.
- Giáo dục cho người bệnh và gia đình về việc tránh tiếp xúc với các chất gây dị ứng, dấu hiệu nhận biết...

7. Sử dụng thuốc cho người bệnh đặc biệt.

7.1. Người bệnh bị suy giảm chức năng gan:

- Giảm lượng thuốc cần dùng ở mức tối thiểu
- Tránh thuốc gây độc cho gan
- Điều chỉnh liều dùng để tránh ngộ độc gan
- Thận trọng khi dùng thuốc ở trẻ thiếu tháng do chức năng gan chưa phát triển đầy đủ

* Những thuốc cần tránh hoặc thận trọng:

- Thuốc chống hen: Theophylin, Aminophylin
- Thuốc chữa tiểu đường: Glibenclamid, metformin
- Thuốc chống nấm: Ketoconazol, griseofulvin
- Thuốc kháng histamin: Promethazin, Clopheniramin
- Thuốc chống ung thư: Methotrexat, cytarabin
- Thuốc chống lao: INH, Rifampicin
- Thuốc ngủ: Diazepam
- Thuốc lợi niệu: Hydrochlorothiazid, Furocemid
- Kháng sinh: Ceftriaxon, Cloxacilin....

7.2. Người bệnh bị suy giảm chức năng thận:

- Luôn dùng số thuốc cần thiết ở mức tối thiểu
- Tránh thuốc gây độc cho thận
- Điều chỉnh liều dùng để tránh nhiễm độc cho thận
- Đối với người cao tuổi chức năng của thận giảm vì vậy cần dùng liều như liều của bệnh nhân suy thận nhẹ
- Cách điều chỉnh liều cho người bệnh suy thận dựa vào mức lọc cầu thận (GFR) hoặc độ thanh thải Creatinin huyết thanh

Mức độ	GFR (ml/ phút)	Creatinin huyết thanh (Mmol/L)
Nhẹ	20 - 50	150 - 300
Vừa	10 - 20	300 - 700
Nặng	< 10	> 700

** Những thuốc cần tránh hoặc thận trọng:*

Streptomycin - Gentamycin - Penicyclin G-Lidocain - Cloramphenicol - Sulffamid
- Thuốc chống tiểu đường - Furocemid - Sulffamid kìm khuẩn - chế phẩm chứa
Bismut - Succinylcholin - Các Glycosid trợ tim (Digoxin)...

7.3. Người cao tuổi:

- Liều dùng thấp hơn so với liều trung bình, bắt đầu dùng bằng 1/2 liều người trưởng thành
- Thường xuyên theo dõi kê đơn để phòng trường hợp dùng dùng thuốc hay giảm liều
- Chế độ điều trị đơn giản. Không dùng trên 3 loại thuốc khác nhau và không đưa thuốc quá 2 lần trong ngày
- Giải thích phải rõ ràng, viết hướng dẫn đầy đủ đối với các đơn thuốc và ở mỗi đơn thuốc phải có chỉ dẫn đúng, dán nhãn chuẩn

** Những thuốc cần tránh hoặc thận trọng:*

Morphin - Pethidin (dolargan) - Lindocain - Paracetamol - Papaverin -Tetracyclin - Saccharin (đường hoá học) - Furocemid - Quinidin- Ethambutol - Aspirin - Các Salysilat - Diazepam - Phenylbutazol - Cimetidin- Rượu Ethylic - Các loại - Thuốc chống lao - Thuốc an thần, gây ngủ - Chế phẩm thuốc phiện - Thuốc giảm đau, chống viêm...

7.4. Phụ nữ có thai:

- Chỉ kê đơn thuốc dùng trong thai kỳ nếu lợi ích cho người mẹ lớn hơn nguy cơ cho thai nhi
- Tránh dùng tất cả các loại thuốc nếu có thể trong 3 tháng đầu
- Nên dùng các loại thuốc đã được sử dụng rộng rãi trong thai kỳ và có hiệu quả an toàn. Không nên dùng các loại thuốc mới và chưa qua dùng thử
- Nên dùng với liều thấp nhất mà thuốc có tác dụng

** Những thuốc cần tránh hoặc thận trọng:*

Thuốc cấm dùng: Bactrim (Co-trimoxazol, Biseptol) - Phenitoin - loramphenicol - Rượu Ethylic - Các Hormon - Kali Iodid - Dẫn xuất chứa Iod-Mebendazol (vermox) - Metronidazol - Quinin - Quinidin-Sulffamid -Tetracyclin - Thuốc lợi niệu thải Kali - Thuốc lá - thuốc Lào - Thuốc chống thụ thai - Streptomycin - Gentamycin - Thuốc chống sốt rét - Thuốc chống ung thư - thuốc ức chế miễn dịch - Thuốc chống nôn

Thuốc dùng thận trọng: Aldomet-Diazepam-Phenobarbital-Thuốc lợi tiểu-Dẫn chất thuốc phiện-Theophyllin-Thuốc nhuận tràng mạnh-Rifamycin

7.5. Phụ nữ đang cho con bú:

- Tránh dùng thuốc gây nồng độ đáng kể và gây ngộ độc cho trẻ
- Chỉ dùng những loại thuốc quan trọng cần thiết cho trẻ
- Nên dùng với liều nhỏ nhất mà có tác dụng

- Khuyến khích nuôi con bằng sữa mẹ bất cứ khi nào có thể

** Những thuốc cần tránh hoặc thận trọng:*

Thuốc cấm dùng: Metronidazol-Cimetidin- Tetracyclin-Cloramphenicol -Hormon sinh dục- Reserpin

Thuốc dùng thận trọng: -Diazepam-Phenobarbital-Aspirin-Thuốc lá- thuốc Lào-Theophylin-Thuốc phiện-Rượu Ethylic-Isoniazid-Dapson-Vitamin A - D liều cao-Cortisol-Dexamethazol-Cloranhydrat..

7.6. Trẻ em:

- Thực hiện biện pháp chăm sóc đặc biệt khi cho trẻ sơ sinh dùng thuốc
- Thận trọng khi tính liều dùng (*theo kilogam cân nặng*)
- Tránh dùng thuốc tiêm gây đau đớn cho trẻ
- Không dùng các loại dầu xoa, cao xoa cho trẻ để phòng suy hô hấp
- Khi cần bù nước và điện giải, nếu dùng ORS phải pha đúng theo hướng dẫn
- Không dùng dung dịch Naphazolin để nhỏ mũi cho trẻ sơ sinh và trẻ dưới 7 tuổi

** Những thuốc cần tránh hoặc thận trọng:*

Chế phẩm thuốc phiện (Morphin-Pethidin)- Tetracyclin (trẻ dưới 7 tuổi), rượu Ethylic- acid Salicylic-long não- Iod-Neomycin- thuốc đỏ- DDT- Lindan (666)- Wofatox- Aspirin - các tinh dầu- hơi Amoniac- Theophylin- Aminophylin- Phenylbutazol- Luminal (Gardenal)- Streptomycin-Gentamycin- Paracetamol-Sulfamid- thuốc tẩy-nhuận tràng-gây nôn- lợi tiểu...

8. Kê đơn thuốc:

Việc kê đơn thuốc phải tuân thủ theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/2/2016 của Bộ Y tế về “Quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú”. Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về “Quy định về kê đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú”

Tình huống thực hành:

Phân tích việc sử dụng thuốc trong một số trường hợp. Phân tích một số đơn thuốc trong thực tế sử dụng

- Giảng viên đưa ra một số trường hợp bệnh và người bệnh trong thực tế. Yêu cầu học viên phân tích quá trình sử dụng thuốc cho từng trường hợp
- Giảng viên hoặc học viên đưa ra một số đơn thuốc trong thực tế. Học viên phân tích đơn theo các yêu cầu có trong nội dung học.
- Báo cáo kết quả phân tích theo nhóm
- Giảng viên và các học viên thống nhất kết quả thảo luận

Lượng giá cuối bài: Chọn đáp án đúng nhất trong các câu sau:

Câu 1: Sử dụng thuốc có bao nhiêu nguyên tắc:

- A. 4
- B. 6
- C. 2
- D. 5

Câu 2: Nguyên tắc sử dụng thuốc là:

- A. Đúng tuổi
- B. Đúng đường dùng
- C. Đúng vị trí
- D. Đúng kích cỡ

Câu 3: Cán bộ y tế cần đọc nhãn thuốc vào các thời điểm:

- A. Khi nhận thuốc
- B. Khi trả vỏ cho vật tư
- C. Khi bỏ vỏ vào thùng rác
- D. Khi tư vấn cho bệnh nhân

Câu 4: Lựa chọn thuốc an toàn hợp lý có mấy tiêu chuẩn:

- A. 1
- B. 4
- C. 3
- D. 5

Câu 5: Tiêu chuẩn lựa chọn thuốc hợp lý là

- A. Phù hợp độ tuổi
- B. Phù hợp thời gian
- C. Phù hợp liều dùng
- D. Phù hợp kinh tế

Câu 6: Kỹ năng cần có khi sử dụng và hướng dẫn sử dụng thuốc

- A. Kỹ năng lâm sàng
- B. Kỹ năng điều hành
- C. Kỹ năng thu thập thông tin
- D. Kỹ năng thảo luận nhóm

Câu 7: Hậu quả của phản ứng có hại của thuốc

- A. Gây sự không thoải mái
- B. Gây buồn ngủ
- C. Tạo ra bệnh mới
- D. Gây khó chịu cho bệnh nhân

Câu 8: Nguyên nhân gây ra phản ứng có hại của thuốc

- A. Sử dụng sai thời điểm
- B. Sử dụng sai thuốc
- C. Do uống nhiều loại thuốc
- D. Do tính dị thường của người dùng thuốc

Câu 9: Để phòng chống phản vệ khi dùng thuốc cần:

- A. Khai thác tiền sử của người bệnh
- B. Chỉ dùng 1 thuốc trong 1 lần điều trị
- C. Không dùng thuốc tiêm lẫn thuốc uống
- D. Nên dùng thuốc với liều nhỏ nhất

Câu 10: Sử dụng thuốc cho người suy giảm chức năng gan cần:

- A. Không sử dụng các thuốc uống kéo dài
- B. Không sử dụng thuốc tiêm liều cao
- C. Thận trọng dùng thuốc ở trẻ thiếu tháng
- D. Nên dùng liều duy nhất trong 1 ngày

Câu 11: Sử dụng thuốc cho phụ nữ mang thai cần chú ý:

- A. Tránh dùng tất cả các loại thuốc nếu có thể trong 3 tháng đầu
- B. Dùng như bình thường nhưng ở liều nhỏ hơn
- C. Không dùng thuốc qua được sữa
- D. Nên dùng các loại thuốc mới được phát minh

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2012), Dược lý học lâm sàng, Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế (2006), Dược lâm sàng, Nhà xuất bản Y học.

3. Bộ Y tế (2009), Dược thư Quốc gia Việt Nam

- Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/2/2016 của Bộ Y tế về “Quy định về kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú”.
- Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 của Bộ Y tế về “Quy định về kê đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú”

BÀI 28

CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TẠI NHÀ

Mục tiêu

1. Trình bày lợi ích và hiệu quả của chăm sóc sức khỏe tại nhà
2. Mô tả được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà
3. Lập kế hoạch và quy trình cần thực hiện chăm sóc sức khỏe tại nhà phù hợp với trạm y tế địa phương

Nội dung:

1. Tính cấp thiết

Chăm sóc sức khỏe (CSSK) tại nhà là dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện và liên tục cho tất cả các cá nhân tìm kiếm dịch vụ y tế và hỗ trợ cho họ tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc y tế khi cần thiết.

Chăm sóc sức khỏe tại nhà là một trong những dịch vụ y tế gia đình đã có từ rất lâu trên thế giới nhưng tại Việt Nam loại hình này chỉ mới phát triển trong thời gian gần đây. Dịch vụ này đem lại rất nhiều lợi ích cho bệnh nhân và cả người nhà nhưng do thiếu thông tin và tâm lý nghi ngại nên nhiều người chưa thực sự quan tâm đến dịch vụ này.

Hiện nay tại Huế cũng đang triển khai các dịch vụ CSSK tại nhà cho người bệnh nhưng chỉ mới được thực hiện bởi các phòng khám tư nhân. Trong lúc đó, bệnh nhân lại có nhu cầu rất cao trong việc CSSK tại nhà được thực hiện bởi đội ngũ cán bộ y tế có trình độ chuyên môn cao từ các bệnh viện công lập.

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế được thành lập năm 2002, với quy mô ban đầu chỉ 200 giường, đến nay đã trở thành Bệnh viện công lập hạng I với gần 700 giường. Hằng năm bệnh viện tiếp nhận khám chữa bệnh cho trên 25.000 lượt bệnh nhân, trong đó phẫu thuật trên 10.000 người, điều trị gần 25.000 người.

Do nhu cầu của bệnh nhân đến khám chữa bệnh rất cao, dẫn đến tình trạng quá tải cũng như bệnh nhân phải chờ đợi lâu. Vì vậy dịch vụ tư vấn sức khỏe trực tuyến, khám bệnh và lấy mẫu xét nghiệm tại nhà đặc biệt phù hợp với những người bệnh không có điều kiện đến bệnh viện, người già và trẻ nhỏ; sẽ không mất thời gian chờ đợi mệt mỏi, áp lực từ Bệnh viện. Tìm đến các cơ sở y tế uy tín, được cấp phép là lựa chọn tối ưu hơn, chiếm được lòng tin của gia đình bệnh nhân bởi người chăm sóc có kiến thức chuyên môn về y học.

Dịch vụ này mang lại rất nhiều lợi ích cho người bệnh như:

- Người bệnh không phải mất nhiều thời gian chờ đợi chăm sóc sức khỏe.
- Không phải đi đến bệnh viện trong điều kiện khó khăn về giao thông, thời tiết,...
- Không phải chịu sự quá tải cũng như những lo lắng về vấn đề nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.
- Bệnh nhân không phải giai đoạn cấp tính được về nhà và chăm sóc tại gia đình.

- Đặc biệt những trường hợp người già không có khả năng đi lại được hoặc trẻ em còn nhỏ tuổi việc đi lại sẽ tốn nhiều nhân lực của gia đình.

- Bệnh nhân giai đoạn cuối cần nghỉ ngơi yên tĩnh tại nhà.

Dịch vụ này đem lại lợi ích cho cán bộ Y tế: Tăng thêm thu nhập cho cán bộ Y tế, hoạt động độc lập, nâng cao tay nghề trong hoạt động chăm sóc người bệnh.

Do nhu cầu và số lượng bệnh nhân đến khám và tư vấn điều trị ngày càng đông, số lượng bệnh nhân có nhu cầu chăm sóc tại nhà càng gia tăng nên việc thực hiện dịch vụ chăm sóc tại nhà là điều cấp thiết.

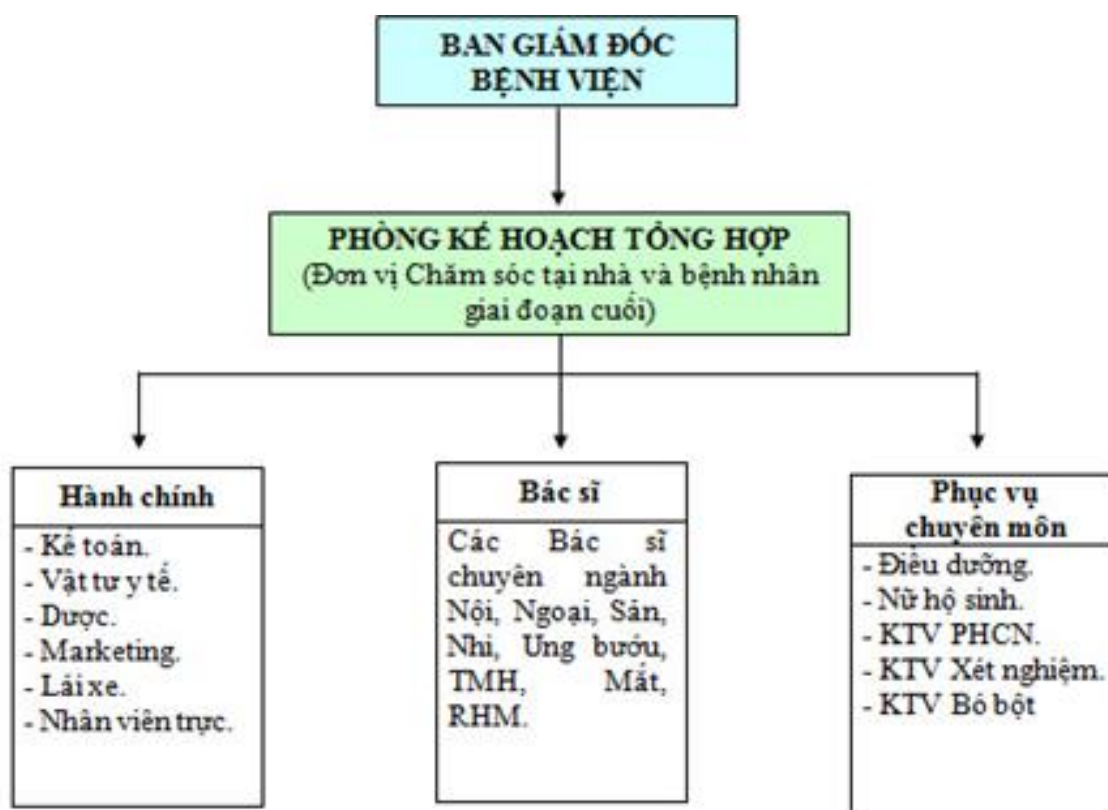
2. Mục tiêu

- Chăm sóc bệnh nhân mãn tính, giai đoạn cuối tại nhà, đối tượng có nhu cầu chăm sóc sức khỏe.

- Thực hiện các thủ thuật cơ bản tại gia đình bệnh nhân.

- Thực hiện tư vấn, dịch vụ y tế tại cộng đồng.

3. Mô hình tổ chức



4. Phương thức hoạt động

4.1. Quy trình hoạt động

Bước 1: Bệnh nhân thực hiện đăng ký cung cấp thông tin khám bệnh tại nhà theo số điện thoại **0234. 955995**.

Bước 2: Đơn vị chăm sóc tại nhà sẽ điều động đội ngũ cán bộ y tế có trình độ chuyên môn phù hợp với tình hình bệnh tật của bệnh nhân đăng ký.

Bước 3: Đơn vị chăm sóc tại nhà sẽ tính chi phí chăm sóc tại nhà và giao lại cho người thực hiện để thu viện phí tại nhà cho Bệnh nhân sau khi thực hiện thăm khám, chăm sóc.

Bước 4: Cán bộ y tế trực tiếp thực hiện có nhiệm vụ nộp lại tiền cho bộ phận hành chính của đơn vị- Thống kê sổ sách từng đợt, hàng tháng bàn giao cho kế toán Bệnh viện

4.2. Các dịch vụ chăm sóc

4.2.1. Các dịch vụ bác sĩ tại nhà

- Tư vấn sức khỏe
- Khám bệnh ban đầu cho bệnh nhân.
- Khám bệnh định kỳ theo yêu cầu và tình trạng của bệnh nhân.
- Kê đơn thuốc điều trị.

4.2.2. Các dịch vụ điều dưỡng, nữ hộ sinh, kỹ thuật viên tại nhà

a. Điều dưỡng

- Tư vấn sức khỏe
- Truyền dịch, dinh dưỡng tại nhà đường truyền tĩnh mạch
- Tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp/dưới da.
- Đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng cho ăn qua ống sonde
- Cắt chỉ, thay băng rửa vết thương, vết mổ
- Đặt ống sonde tiểu
- Thụt tháo phân
- Chăm sóc hậu môn nhân tạo.
- Chăm sóc người bệnh ung thư.
- Chăm sóc người cao tuổi.
- Chăm sóc người bệnh mãn tính (tiểu đường, tim mạch,...).
- Chăm sóc người bệnh tai biến, đột quỵ
- Chăm sóc giảm đau giai đoạn cuối.
- Tư vấn chế độ dinh dưỡng.
- Trục tại nhà bệnh nhân 24/24
- Vận chuyển bệnh nhân,...

b. Nữ hộ sinh

- Chăm sóc bệnh sản phụ khoa
- Chăm sóc cho mẹ sau sinh :Thay băng, cắt chỉ
- Chăm sóc cho trẻ sau sinh: Tắm bé, thay rón
- Tư vấn chăm sóc cho mẹ và bé sau sinh

- Chăm sóc sau mổ

c. Kỹ thuật viên xét nghiệm

- Lấy mẫu máu xét nghiệm và trả kết quả tại nhà

d. Kỹ thuật viên vật lý trị liệu, phục hồi chức năng

- Tập vật lý trị liệu, phục hồi chức năng theo chỉ định bác sĩ
- Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng các bệnh nhân mãn tính.
- Hướng dẫn tập luyện, vận động cho bệnh nhân

e. Kỹ thuật viên bó bột

- Thực hiện bó bột, tháo bột, nắn cơ xương khớp,... theo chỉ định.

4.2.3. Những bệnh nhân chăm sóc tại nhà

- Những bệnh nhân là người cao tuổi mắc bệnh mạn tính, viêm cơ xương khớp đi lại khó khăn, bệnh nhân sau đột quỵ, liệt, bệnh nhân giai đoạn cuối đời.

- Bệnh nhân ngoại khoa: bệnh nhân sau phẫu thuật như bệnh nhân thay khớp háng,...

- Bệnh nhân ung bướu, ung thư, chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối đời,...

- Bệnh nhân muốn thăm khám làm xét nghiệm kiểm tra tổng quát tại nhà bao gồm xét nghiệm cơ bản, xét nghiệm kiểm tra sức khỏe trọn gói,...

- Những bệnh nhân muốn tập vật lý trị liệu, phục hồi chức năng trong đi lại khó khăn, chấn thương, đột quỵ có chỉ định bác sĩ tập vật lý trị liệu, phục hồi chức năng.

- Chăm sóc bệnh nhân sản khoa sau mổ sản khoa, chăm sóc mẹ và bé sau sinh.

- Sử dụng xe cấp cứu ngoại viện: những bệnh cấp cứu, bệnh gãy xương di chuyển khó khăn, bệnh cần chuyển đến bệnh viện điều trị,.. khi có nhu cầu vận chuyển.

5. Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe tại nhà cho bệnh nhân

5.1. Phòng tránh lây nhiễm

Có một số bệnh nhân mắc các căn bệnh có khả năng lây nhiễm qua các trường hợp tiếp xúc bệnh nhân như không khí, chất thải, nước mủ... Chính vì vậy, để đảm bảo vệ sinh và an toàn sức khỏe thì người **chăm sóc người bệnh** phải thực hiện các biện pháp phòng tránh lây nhiễm theo những nguyên tắc sau:

- Luôn sử dụng khẩu trang, bao tay khi **chăm sóc người bệnh**. Rửa tay trước và sau khi chăm sóc.

- Sử dụng các dụng cụ y tế một lần rồi bỏ. Với các dụng cụ y tế tái sử dụng thì phải được rửa sạch với xà bông, ngâm trong dung dịch sát khuẩn và bỏ vào nồi nước đun sôi trong 30 phút.

- Nên giải thích cho người bệnh về mục đích mình đeo khẩu trang nhằm tránh bệnh nhân hiểu nhầm mình đang bị xa lánh.

- Kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn

- Khi **chăm sóc người bệnh tại nhà** thì việc kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân là vô cùng quan trọng nhằm kịp thời có các biện pháp xử lý chính xác. Đồng

thời những dấu hiệu này còn có tác dụng xác định tình trạng của bệnh nhân đang biến chuyển tốt, xấu hay bình thường.

Những hoạt động cần thiết để kiểm tra dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân gồm có:

- **Kiểm tra thân nhiệt:** nhiệt độ cơ thể bình thường nằm trong khoảng $37^{\circ} 0,6^{\circ}\text{C}$. Để kiểm tra thân nhiệt thì người chăm sóc sử dụng nhiệt kế và có thể đo nhiệt độ tại các vùng như nách, trán, hậu môn.

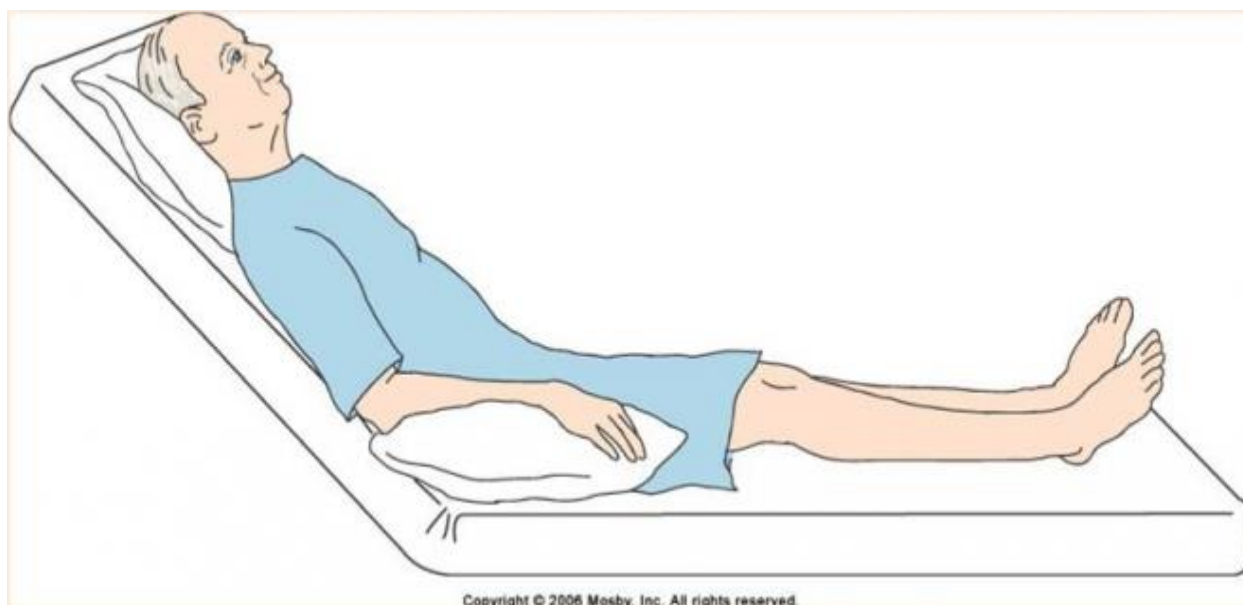
- **Đếm nhịp thở:** nhịp thở là biểu hiện rất rõ tình trạng cấp thời của bệnh nhân. Nhịp thở của một người bình thường là 16 – 20 lần/phút. Tùy từng trường hợp bệnh nhân mà có sự rối loạn nhịp thở, tần số

- **Đo huyết áp:** huyết áp của người bình thường là dưới 120 mmHg. Huyết áp cao là trên 140mmHg, huyết áp thấp là dưới 90mmHg.

5.2. Tư thế trị liệu thông thường

Các tư thế nằm và ngồi đúng cách cho bệnh nhân là một điều quan trọng trong việc cung cấp sự thoải mái cho bệnh nhân và tránh những biến chứng không đáng có. Từ đó giúp cho việc chăm sóc bệnh nhân đạt kết quả tốt hơn. Khi **chăm sóc người bệnh** tại nhà thì tư thế nằm là một trong những điều mà rất ít người thân bệnh nhân biết để có thể đưa ra những hỗ trợ phù hợp ngay lập tức.

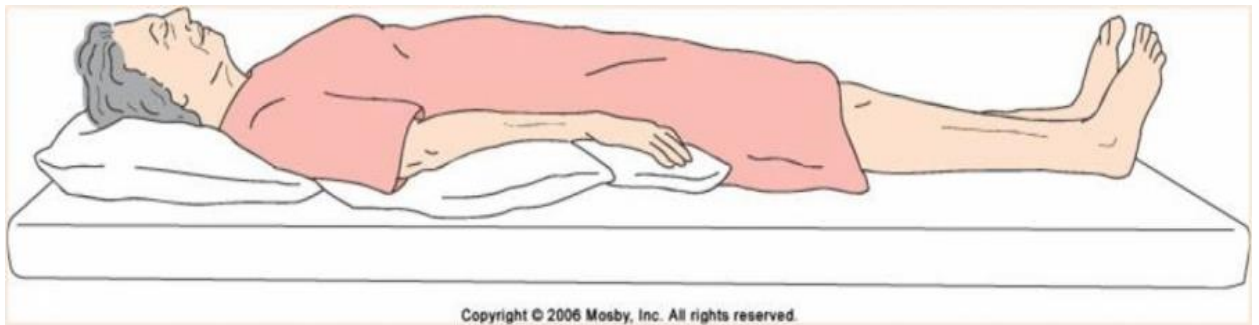
Mỗi tư thế nằm, ngồi đều có tác dụng và phù hợp với một số bệnh nhất định. **Tư thế nửa nằm, nửa ngồi:** Chỉ định dành cho các bệnh nhân bị khó thở trong các trường hợp bệnh hô hấp, suyễn, viêm phổi, khí phế thũng, bệnh tim và thời kỳ dưỡng bệnh đối với người lớn tuổi. Lúc này bệnh kê đầu, vai lưng của bệnh nhân sao thân người bệnh nhân tạo thành góc 45 độ so với phần chân.



Tư thế nửa nằm nửa ngồi

Tư thế nằm ngửa: tư thế này dành cho những bệnh nhân nằm sau khi bị ngất, choáng, sau khi xuất huyết hoặc bị bại liệt. Không sử dụng khi bệnh nhân hôn mê, nôn ói.

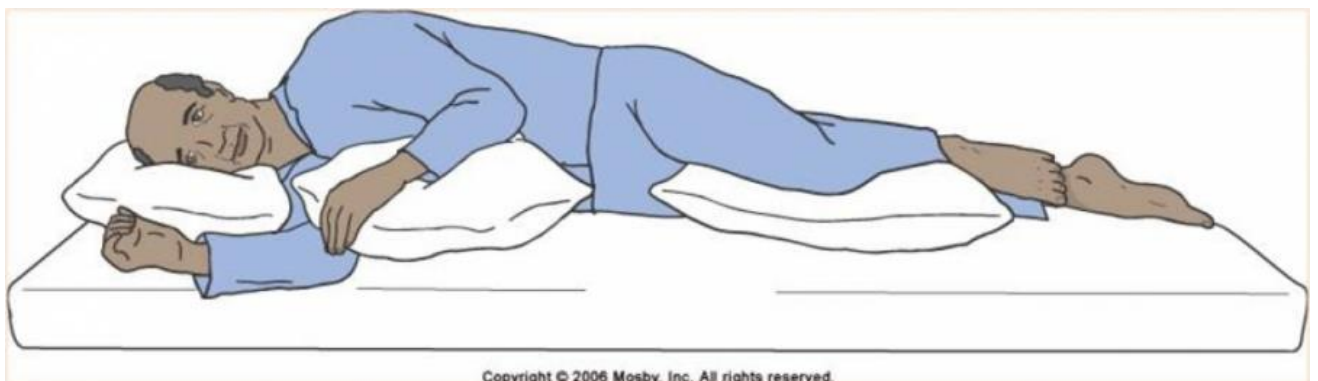
Khi nằm tư thế này cần lót gối mềm ở đầu, cổ, thắt lưng và dưới đầu gối để bệnh nhân cảm thấy thoải mái.



Tư thế nằm ngửa

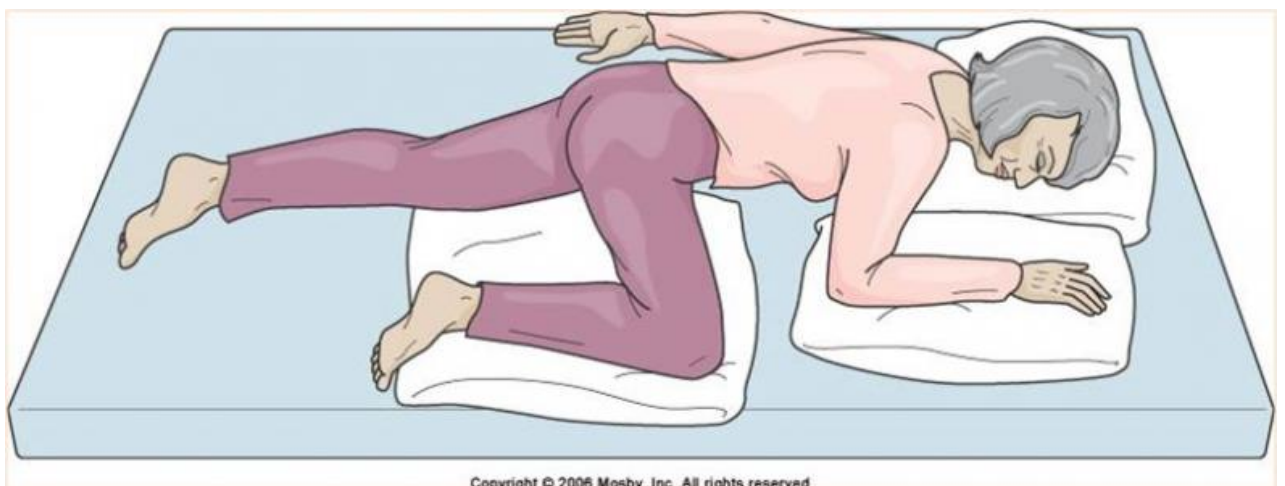
Tư thế nằm nghiêng: cho bệnh nhân nằm nghiêng trong các trường hợp thăm khám vùng hậu môn, lưng hoặc nghỉ ngơi.

Lúc này cho bệnh nhân nằm nghiêng sang phải hoặc trái, đầu có gối hoặc không, chân trên co nhiều, chân dưới hơi co hoặc duỗi thẳng. Lót gối dưới chân và tay của bệnh nhân.



Tư thế nằm sấp: dành cho những bệnh nhân bị chướng hơi ở bụng, khó ngủ, bị tổn thương ở vùng lưng.

Cần kê gối đỡ vùng mặt, ngực trên của người bệnh, bụng và chêm gối từ dưới đầu gối đến cổ chân.



5.3. Di chuyển

Di chuyển người bệnh không đúng cách sẽ gây ra những chấn thương cho người bệnh và cả người chăm sóc. Đặc biệt với những người bệnh là trẻ em hay người cao tuổi thì da và các khớp dễ bị tổn thương nên các chấn thương càng dễ xảy ra.

Các nguyên tắc khi nâng người bệnh để di chuyển

- Vị trí người được nâng và người chăm sóc cùng một mặt phẳng càng tốt.
- Tầm cao lý tưởng của người bệnh khi nâng lên là ngang tầm đầu ngón tay giữa của người chăm sóc để thả dọc xuôi theo thân người chăm sóc.
- Người chăm sóc phải đứng ở tư thế đứng có thể vận dụng tất cả các cơ của mình.
- Cân nặng của người bệnh không vượt quá 35% cân nặng của người chăm sóc.
- Càng giải thích cho người bệnh các bước tiến hành để người bệnh dễ hợp tác.
- Theo dõi sắc mặt, nhịp thở của người bệnh. Nếu người bệnh biến sắc hay kêu khó chịu thì phải ngừng ngay.

5.4. Vệ sinh cá nhân

Khi chăm sóc bệnh tại nhà thì việc giữ vệ sinh cá nhân là vô cùng quan trọng. Việc giữ cho cơ thể sạch sẽ làm cho người bệnh giảm bớt các nguy cơ lây nhiễm vi sinh vật.

Vệ sinh răng miệng: hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng chậm nhất là 30 phút sau khi ăn đồ ngọt. Không ăn đồ ngọt thường xuyên giữa các bữa ăn, làm sạch răng thường xuyên bằng nước, đánh răng, kéo chỉ răng.

Gội đầu tại giường:

Nguyên tắc:

- Gội đầu ít nhất 1 tuần/lần.
- Nếu người bệnh bị chấn thương vùng đầu thì cần cạo sạch tóc trước khi chăm sóc vết thương.
- Không gội đầu quá lâu, chỉ giới hạn trong khoảng 10 – 15 phút
- Không gội đầu khi người bệnh đang rét, lạnh, sốt hoặc mệt.

Các bước tiến hành:

- Bước 1: cho người bệnh nằm chéo trên giường, đầu bệnh nhân để nơi thành giường.
- Bước 2: lấy khăn bông xếp hình rẻ quạt và kê dưới đầu của bệnh nhân, vắt chéo khăn trước ngực.
- Bước 3: Lấy một miếng ni lông và cuộn các cạnh thành hình thang . Đáy nhỏ của hình thang sẽ đặt dưới gáy của người bệnh và lấy dây buộc lại. Đặt đáy lớn vào một cái xô hay chậu.
- Bước 4: Lấy khăn che trên trán bệnh nhân và lấy bông cho vào lỗ tai để tránh cho việc nước tràn vào tai và mắt của người bệnh.

- Bước 5: Gội đầu cho người bệnh nhẹ nhàng và làm khô bằng khăn, máy sấy tóc.

Tắm cho người bệnh: Các nguyên tắc khi tắm bệnh nhân cũng giống như với khi gội đầu. Việc tắm cho bệnh nhân được thực hiện bằng cách lau người là chủ yếu và phải làm trong phòng kín gió.

Trình tự các bước thực hiện như sau:

Bước 1: Rửa mặt

Lấy khăn ướt lau từ khóe mắt trong ra ngoài đuôi mắt. Lau mặt, cổ, tai của bệnh nhân.

Bước 2: Rửa tay phía xa của bệnh nhân trước. Lau cánh tay từ nách đến cổ tay theo hình xoắn ốc để kích thích các mạch máu lưu thông. Rửa lần lượt từng ngón tay, bàn tay, kẽ tay, các móng tay

Bước 3: Tắm ngực – bụng

Dùng khăn ướt lau theo vòng xoắn ốc từ cổ đến ngực bệnh nhân. Vùng bụng cũng thao tác tương tự. Sau cùng là lau khô.

Bước 4: Rửa chân:

Thao tác giống như rửa tay và cánh tay.

Bước 5: Tắm lưng

Cho người bệnh nằm nghiêng và lấy khăn ướt tiếp tục lau theo hình xoắn ốc từ cổ cho đến hết vùng lưng. Lấy cồn lau sạch vùng lưng để tránh lở loét do nằm nhiều. Làm sạch bằng khăn khô.



5.5. Các hoạt động chăm sóc khác

Cho bệnh nhân ăn: ăn uống là nhu cầu cần thiết của mọi người. Ngay cả khi cơ thể trong trạng thái nằm nghỉ thì vẫn tiêu hao năng lượng nhất định. Một người bệnh lại càng cần có chế độ ăn uống phù hợp để có thể nhanh chóng hồi phục sức khỏe và chống lại bệnh tật. Hay nói một cách khác, chế độ ăn uống phù hợp là một trong những yếu tố quyết định khả năng bình phục của bệnh nhân.

Có 4 phương án để đưa thức ăn vào cơ thể bệnh nhân gồm qua đường miệng, qua ống thông, qua thông vào thẳng dạ dày và qua đường tĩnh mạch. Với trường hợp bệnh nhân chăm sóc tại nhà đa phần là đã tương đối tỉnh táo, cho nên phương pháp cho ăn qua đường miệng hoặc ống thông được dùng nhiều nhất. Còn các phương án khác nên được thực hiện bởi những điều dưỡng chuyên nghiệp.

Trình tự thực hiện bằng phương pháp ăn qua đường miệng

Bước 1: chuẩn bị đồ ăn, thức uống sẵn sàng. Sắp xếp đồ ăn trong khay thật gọn gàng, đẹp mắt để kích thích yếu tố thèm ăn của bệnh nhân.

Bước 2: đặt bệnh nhân ở tư thế thoải mái. Thường là tư thế ngồi hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi như trong phần 1 đã hướng dẫn.

Bước 3: Cho bệnh nhân ăn hoặc bón cho bệnh nhân từng thì một cho đến khi ăn hết

Bước 4: cho bệnh nhân uống nước, vệ sinh răng miệng và nghỉ ngơi.

Bước 5: Ghi nhận các thông tin như ngày ăn, giờ ăn, loại thức ăn, lý do bệnh nhân ăn ít hay nhiều

Tập vận động: Thường xuyên giúp bệnh nhân vận động trong nhà hoặc ngoài trời càng tốt để những người bệnh cảm thấy thoải mái và thư thái hơn. Các hoạt

động vận động tùy từng bệnh nhân và loại bệnh mà sẽ có những chỉ dẫn khác nhau từ bác sĩ.

Dùng thuốc: Việc sử dụng thuốc cho bệnh nhân chăm sóc tại nhà phải được thực hiện theo đúng 5 nguyên tắc sau

Đúng thuốc: phải kiểm tra chính xác loại thuốc mà bệnh nhân sử dụng có đúng như trong tờ kê thuốc của bác sĩ. Không tự ý thay đổi loại thuốc khác nếu như không được chỉ định từ bác sĩ.

Đúng liều: thông thường các bệnh nhân sẽ uống nhiều loại thuốc cùng lúc cho nên phải xác định chính xác liều lượng của từng loại thuốc một cách kỹ càng. Nếu không sự nhầm lẫn sẽ gây ra những hậu quả không tốt nếu dùng thuốc quá liều.

Đúng giờ: việc uống thuốc đúng giờ là vô cùng quan trọng đối với việc phát huy tối đa tác dụng của thuốc hoặc nhằm tránh những tác dụng phụ không đáng có.

Đúng cách: không phải loại thuốc nào cũng sử dụng biện pháp là uống qua đường miệng. Có loại thuốc dùng để ngậm, có thuốc dùng để tiêm, bôi ngoài da, nhỏ.... Vì vậy cần đọc kỹ cách sử dụng của từng loại thuốc khác nhau.

CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ: Chọn một đáp án đúng trong các câu sau:

Câu 1: Đặc điểm của chăm sóc sức khỏe tại nhà ?

A. Đây là dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện và liên tục cho tất cả các cá nhân tìm kiếm dịch vụ y tế và hỗ trợ cho họ tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc y tế khi cần thiết.

B. Đây là dịch vụ chăm sóc mà bác sĩ sẽ đến nhà bệnh nhân để khám, chẩn đoán, điều trị.

C. Đây là dịch vụ chăm sóc mà bệnh nhân sẽ đến nhà bác sĩ để được thăm khám và điều trị.

D. Đây là dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện và liên tục cho các bệnh nhân tại bệnh viện tìm kiếm dịch vụ y tế và hỗ trợ cho họ tiếp cận với các dịch vụ chăm sóc y tế khi cần thiết.

Câu 2: Dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà có lợi ích gì đối với người bệnh?

A. Rẻ tiền.

B. Nhiều bệnh được chẩn đoán chính xác, chữa khỏi hoàn toàn.

C. Người bệnh được đội ngũ y bác sĩ có tay nghề cao thăm khám, chăm sóc .

D. Không phải chịu sự quá tải cũng như những lo lắng về vấn đề nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.

Câu 3: Việc sử dụng thuốc cho bệnh nhân chăm sóc tại nhà phải được thực hiện theo đúng 5 nguyên tắc, trong đó có nguyên tắc sau?

A. Đúng thuốc: phải kiểm tra chính xác loại thuốc mà bệnh nhân sử dụng có đúng như trong tờ kê thuốc của bác sĩ..

- B. Được phép thay đổi loại thuốc khác nếu thấy bệnh không.
- C. Dùng thuốc theo kinh nghiệm, chỉ định in trong tờ hướng dẫn dùng thuốc.
- D. Đúng thuốc: phải kiểm tra chính xác loại thuốc mà bệnh nhân sử dụng có đúng thuốc mà người chăm sóc mong muốn không?

Câu 4: Nguyên tắc đúng khi nâng người bệnh để di chuyển?

- A. Vị trí người được nâng và người chăm sóc cùng một mặt phẳng càng tốt.
- B. Tầm cao lý tưởng của người bệnh khi nâng lên là thấp hơn tầm đầu ngón tay giữa của người chăm sóc để thả dọc xuôi theo thân người chăm sóc.
- C. Người được vận chuyển phải đứng ở tư thế đứng có thể vận dụng tất cả các cơ của mình.
- D. Cân nặng của người bệnh không vượt quá 50% cân nặng của người chăm sóc.

Câu 5: Những bệnh nhân nào được chăm sóc tại nhà ?

- A. Bệnh nhân ung bướu, ung thư, chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối đời.
- B. Bệnh nhân sau mổ viêm ruột thừa, cắt túi mật.
- C. Phụ nữ sau sinh.
- D. Tất cả các đối tượng bệnh nhân.

Câu 6: Những bệnh nhân nào được chăm sóc tại nhà ?

- A. Những bệnh nhân là người cao tuổi mắc bệnh mạn tính, viêm cơ xương khớp đi lại khó khăn, bệnh nhân sau đột quỵ, liệt, bệnh nhân giai đoạn cuối đời.
- B. Tất cả các bệnh nhân có chỉ định làm xét nghiệm.
- C. Các bệnh nhân ung thư .
- D. Tất cả các đối tượng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Giáo trình Y học gia đình đại cương, Bộ môn Y học gia đình trường Đại học Y Hà Nội (2015), Nhà xuất bản Y học
2. “Chăm sóc sức khỏe ban đầu theo nguyên lý YHGD dành cho Y sỹ đang làm việc tại trạm y tế xã / phường” do Dự án HPET biên soạn, được Bộ Y tế thẩm định và ban hành.

Phụ lục 1.

HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE CÁ NHÂN

A. PHẦN THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Mã hộ

GD:.....

Họ và tên: Quan hệ với chủ hộ.....

Giới tính: Nam ☐ Nữ ☐ Nhóm máu: Hệ ABO: Hệ Rh:.....

Ngày sinh: Tỉnh/TP đăng ký khai sinh:.....

Dân tộc: Quốc tịch: Tôn giáo: Nghề nghiệp:.....

Số CMND/CCCD: ngày cấp: nơi cấp: ...

Mã định danh BHYT/ Số thẻ BHYT:.....

Nơi đăng ký HKTT: (Thôn/xóm; số nhà, đường phố):

Xã/Phường: Quận/Huyện: Tỉnh/TP.....

Nơi ở hiện tại: Thôn/xóm; số nhà, đường phố:.....

Xã/Phường: Quận/Huyện: Tỉnh/TP.....

Điện thoại: Cố định Di động:..... Email:.....

Họ tên mẹ: Họ tên bố:.....

Họ tên người chăm sóc chính (NCSC):.....Mối quan hệ:.....

Điện thoại (bố/ mẹ/ người NCSC): Cố định..... Di động:

B. NHÓM THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE

1. Tình trạng lúc sinh

Đẻ thường ☐ Đẻ mổ ☐ Đẻ thiếu tháng ☐ Bị ngạt lúc đẻ ☐

Cân nặng lúc đẻ.....gr Chiều dài lúc đẻ:.....cm

Dị tật bẩm sinh (ghi rõ nếu có):.....

Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):.....

2. Yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cá nhân

Hút thuốc lá, lò	Không ☐	Có ☐	Hút thuốc xuyên ☐	Đã bỏ	☐
Uống rượu bia thường xuyên	Không ☐	Có ☐	Số ly cốc uống/ngày.....	Đã bỏ	☐
Sử dụng ma túy	Không ☐	Có ☐	Sử dụng thuốc xuyên ☐	Đã bỏ	☐
Hoạt động thể lực	Không ☐	Có ☐	Thường xuyên (tập thể dục, thể thao...)		☐
Yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp/ Môi trường sống (Hóa chất, bụi, ồn, virus,...) ghi rõ					

yếu tố tiếp xúc: thời gian tiếp xúc Loại hồ xí của gia đình (xả nước/ hai ngăn/hồ xí thùng/ không có hồ xí):
Nguy cơ khác (ghi rõ):

3. Tiền sử bệnh tật, dị ứng

Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ
Thuốc	
Hóa chất/mỹ phẩm	
Thực phẩm	
Khác	

Bệnh tật:

Bệnh tim mạch ☐	Tăng huyết áp ☐	Đái tháo đường ☐	Bệnh dạ dày ☐
Bệnh phổi mạn tính ☐	Hen suyễn ☐	Bệnh bướu cổ ☐	Viêm gan ☐
Tim bẩm sinh ☐	Tâm thần ☐	Tự kỷ ☐	Động kinh ☐
Ung thư (ghi rõ loại ung thư):			
Lao (ghi rõ loại lao):			
Khác (nêu rõ):			

4. Khuyết tật

Bộ phận/ cơ quan	Mô tả
Thính lực	
Thị lực	
Tay	
Chân	
Cong vẹo cột sống	
Khe hở môi, vòm miệng	
Khác	

5. Tiền sử phẫu thuật (ghi rõ bộ phận cơ thể đã phẫu thuật và năm phẫu thuật)

.....

.....

6. Tiền sử gia đình

Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị, em...)
Thuốc		
Hóa chất/ mỹ phẩm		
Thực phẩm		
Khác		

Bệnh tật:

Tên bệnh	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)	Tên bệnh	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)
Bệnh tim mạch	☐	Hen suyễn	☐
Tăng huyết áp	☐	Đái tháo đường	☐
Tâm thần	☐	Động kinh	☐
Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ)			
Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ)			
Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ)			

7. Sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình

Biện pháp tránh thai đang dùng:.....

Kỳ có thai cuối cùng:.....

Số lần có thai: Số lần sảy thai:..... Số lần phá thai:.....

Số lần sinh đẻ: Đẻ thường: Đẻ mổ Đẻ khó:....

Số lần đẻ đủ tháng:..... Số lần đẻ non:..... Số con hiện sống:.....

Bệnh phụ khoa:.....

8. Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):

.....

.....

.....

.....

.....

C. TIÊM CHỦNG

1. Tiêm chủng cơ bản cho trẻ em

Loại vắc xin	Chưa chủng ngừa	Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày	Phản ứng sau tiêm	Ngày hẹn tiêm
BCG	☐	.../.../...		.../.../...
VGB sơ sinh	☐	.../.../...		.../.../...
DPT -VGB-Hib 1	☐	.../.../...		.../.../...
DPT -VGB-Hib 2	☐	.../.../...		.../.../...
DPT -VGB-Hib 3	☐	.../.../...		.../.../...
Bại liệt 1	☐	.../.../...		.../.../...
Bại liệt 2	☐	.../.../...		.../.../...
Bại liệt 3	☐	.../.../...		.../.../...
Sởi 1	☐	.../.../...		.../.../...
Sởi 2	☐	.../.../...		.../.../...
DPT4	☐	.../.../...		.../.../...
VNNB B1	☐	.../.../...		.../.../...
VNNB B2	☐	.../.../...		.../.../...
VNNB B3	☐	.../.../...		.../.../...

Số mũi vắc xin uốn ván mẹ đã tiêm: mũi

2. Tiêm chủng ngoài chương trình TCMR

Loại vắc xin	Chưa chủng ngừa	Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày	Phản ứng sau tiêm	Ngày hẹn tiêm
Tả 1	☐	.../.../...		.../.../...
Tả 2	☐	.../.../...		.../.../...
Quai bị 1	☐	.../.../...		.../.../...
Quai bị 2	☐	.../.../...		.../.../...
Quai bị 3	☐	.../.../...		.../.../...
Cúm 1	☐	.../.../...		.../.../...
Cúm 2	☐	.../.../...		.../.../...
Cúm 3	☐	.../.../...		.../.../...
Thương hàn	☐	.../.../...		.../.../...

HPV 1	☐	.../.../...		.../.../...
HPV 2	☐	.../.../...		.../.../...
HPV 3	☐	.../.../...		.../.../...
Vắc xin phế cầu khuẩn	☐	.../.../...		.../.../...
...	☐	.../.../...		.../.../...
...	☐	.../.../...		.../.../...
...	☐	.../.../...		.../.../...

3. Tiêm chủng VX uốn ván (phụ nữ có thai)

Nội dung	UV1	UV2	UV3	UV4	UV5
Chưa tiêm	☐	☐	☐	☐	☐
Đã tiêm, ghi rõ ngày	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
Tháng thai					
Phản ứng sau tiêm					
Ngày hẹn tiêm	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...

D. KHÁM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Ngày khám/ /

1. Bệnh sử

.....

2. Thăm khám lâm sàng

2.1. Dấu hiệu sinh tồn, chỉ số nhân trắc học

Mạch	Nhiệt độ	HA	Nhịp thở	Cân nặng	Cao	BMI	Vòng bụng

2.2. Thị lực:

Không kính: Mắt phải: Mắt trái:

Có kính: Mắt phải: Mắt trái:

2.3. Khám lâm sàng

2.3.1. Toàn thân

- Da, niêm mạc:

.....

- Khác:

.....

2.3.2. Cơ quan

- Tim mạch:

.....
.....

- Hô hấp:

.....
.....

- Tiêu hóa:

.....
.....

- Tiết niệu:

.....

- Cơ xương khớp:

.....
.....

- Nội tiết:

.....
.....

- Thần kinh:

.....
.....

- Tâm thần:

.....
.....

- Ngoại khoa:

.....
.....

- Sản phụ khoa:

.....
.....

- Tai mũi họng:

.....
.....

- Răng hàm mặt:

.....
.....

- Mắt:

.....
.....

- Da liễu:.....

- Dinh dưỡng:

.....

- Vận động:

.....

- Khác:

.....

- Đánh giá phát triển thể chất, tinh thần, vận động:

.....

3. Kết quả cận lâm sàng

STT	Xét nghiệm	Kết quả
1	Huyết học	
2	Sinh hóa máu	
3	Sinh hóa nước tiểu	
4	Siêu âm ổ bụng	

4. Chẩn đoán/ Kết luận (ghi tên, mã bệnh theo ICD 10):

.....

5. Tư vấn:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Bác sĩ khám:

.....

TRẠM TRƯỞNG TRẠM Y TẾ
XÃ.....
(Ký tên, đóng dấu)

Một số quy trình kỹ thuật cấp cứu ngoại khoa

Quy trình kỹ thuật cố định xương cẳng chân

TT	Các bước thực hiện
Chuẩn bị	
1	Dụng cụ: 2 nẹp gỗ có kích thước phù hợp với nạn nhân; Băng cuộn to bản; Kéo Bông lót Dây buộc Thuốc giảm đau, thuốc cấp cứu.
2	NVYT mang trang phục y tế (áo, mũ, khẩu trang), rửa tay và chuẩn bị 2 người phụ.
Thực hiện	
3	Giải thích công việc sắp làm, động viên, trấn an và hướng dẫn Bệnh nhân và người nhà để hợp tác.
4	Đánh giá tình trạng bệnh nhân - Bắt mạch chày trước - Bắt mạch chày sau - Khám vận động ngón chi - Khám cảm giác ngón chi - Khám nhiệt độ ngón chi - Sờ bóp chân
5	Dùng thuốc giảm đau Cho bệnh nhân uống Paracetamol hoặc tiêm Dolargan
6	Hướng dẫn người phụ 1 và người phụ 2 - Người phụ thứ nhất: đứng phía dưới chân bệnh nhân. Một tay đỡ gót, một tay giữ bàn chân ở tư thế vuông góc, vừa kéo theo trục chi vừa nâng chân nhẹ nhàng - Người phụ thứ 2: Đứng đối diện với chi tổn thương. Một tay đỡ khoeo, một tay đỡ phía sau cẳng chân ngang vị trí ổ gãy, phối hợp với người phụ thứ nhất cùng nâng cân người bệnh. Chú ý phải dùng cả lòng bàn tay đỡ chi của bệnh nhân

TT	Các bước thực hiện
7	Người làm chính Đặt hai nẹp: Nẹp ngoài: từ khớp háng đến quá gót chân; Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân.
8	Độn bông lót/vải mềm hoặc giấy mềm vào các vị trí: đầu nẹp, bẹn, đầu gối, mắt cá chân.
9	Buộc dây cố định nẹp gồm 5 dây: 1 dây trên ổ gầy; 1 dây dưới ổ gầy; 1 dây trên khớp gối; 1 dây sát bẹn; -1 dây băng số 8 ở cổ chân để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
10	Cố định 2 chi với nhau bằng 3 dây: 1 dây ngang cổ chân; 1 dây ngang gối; - 1 dây sát bẹn.
11	Kiểm tra tình trạng nạn nhân và tuần hoàn của chi gãy: hỏi nạn nhân, quan sát màu sắc da , vận động ngón chi phía dưới ổ gãy.
12	Ghi hồ sơ, viết phiếu chuyển thương và chuyển tuyến an toàn sau khi sơ cứu.

Quy trình kỹ thuật cố định xương đùi.

TT	Các bước thực hiện
Chuẩn bị	
1	Dụng cụ: 3 nẹp gỗ có kích thước phù hợp với nạn nhân; Băng cuộn to bản; Kéo Bông lót Dây buộc Thuốc giảm đau, thuốc cấp cứu.

TT	Các bước thực hiện
2	NVYT mang trang phục y tế (áo, mũ, khẩu trang), rửa tay và chuẩn bị 2 người phụ.
Thực hiện	
3	Giải thích công việc sắp làm, động viên, trấn an và hướng dẫn Bệnh nhân và người nhà để họ hợp tác.
4	Đánh giá tình trạng bệnh nhân, vận động cảm giá ngọn chi, bắt mạch mu chân
5	Dùng thuốc giảm đau : uống paracetamol hoặc tiêm Dolargan
6	Hướng dẫn người phụ: - Người phụ 1: đứng phía dưới chân bệnh nhân. Một tay đỡ gót chân, một tay giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân và nâng chân, kéo liên tục nhẹ nhàng theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định. Người phụ 2: đứng bên đối diện với chân tổn thương, vòng tay qua chi đỡ trên và dưới ổ gãy bằng cả lòng bàn tay .
7	Người chính : đặt 3 nẹp - 1 nẹp dài hình L mặt sau chi gãy: từ mào chậu đến quá gót chân (phối hợp với 2 người phụ - 1 nẹp phía trong đùi: từ dưới nếp lằn bẹn đến quá gót chân -1 nẹp phía ngoài đùi: từ nách đến quá gót chân.
8	Độn bông hợp lý: gối, cổ chân, đầu nẹp, vùng xương lồi.
9	Buộc cố định nẹp bằng 7 dây to bản theo thứ tự: 1 dây trên ổ gãy; 1 dây dưới ổ gãy; 1 dây ngang hông; 1 dây dưới đầu gối; 1 dây ngang ngực; 1 dây trên cổ chân; Băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
10	Cố định 2 chân vào nhau bằng 3 dây (1 dây ngang 2 đùi, 1 dây ngang 2 đầu gối, 1 dây ngang 2 cổ chân).

TT	Các bước thực hiện
11	Kiểm tra tình trạng nạn nhân và tuần hoàn của chi gãy: hỏi nạn nhân, quan sát màu sắc da , vận động ngón chi phía dưới ổ gãy.
12	Ghi hồ sơ, viết phiếu chuyển thương và chuyển tuyến an toàn sau khi sơ cứu.

Quy trình kỹ thuật cố định gãy xương cánh tay

TT	Các bước thực hiện
Chuẩn bị	
1	Dụng cụ: 2 nẹp gỗ có kích thước phù hợp với nạn nhân; Băng cuộn to bản; Kéo Bông lót Dây buộc Thuốc giảm đau, thuốc cấp cứu.
2	NVYT mang trang phục y tế (áo, mũ, khẩu trang), rửa tay và chuẩn bị 2 người phụ.
Thực hiện	
3	Giải thích công việc sắp làm, động viên, trấn an và hướng dẫn Bệnh nhân và người nhà để họ hợp tác.
4	Đánh giá tình trạng bệnh nhân - Bắt mạch quay - Khám vận động ngón chi - Khám cảm giác ngón chi - Khám nhiệt độ ngón chi
5	Dùng thuốc giảm đau Cho bệnh nhân uống Paracetamol
6	Bệnh nhân ngồi trên ghế Hướng dẫn người phụ: Người phụ đứng đối diện với người bệnh. Giữ cẳng tay của bệnh nhân gấp 90 độ, cánh tay thẳng trục, tay hơi dạng
7	Người làm chính Đặt hai nẹp: 1 nẹp phía ngoài cánh tay: từ vai đến quá khuỷu

TT	Các bước thực hiện
	1 nẹp phía trong cánh tay: từ hố nách đến quá khuỷu
8	Độn bông lót/vải mềm hoặc giấy mềm vào các vị trí: hố nách, đầu nẹp, vùng xương lồi
9	Buộc 2 dây cố định nẹp - 1 dây trên ổ gầy - 1 dây dưới ổ gầy.
10	Treo tay người bệnh trước ngực bằng khăn tam giác (hoặc dây treo).
11	Kiểm tra tình trạng nạn nhân và tuần hoàn của chi gãy: hỏi nạn nhân, quan sát màu sắc da, vận động ngón chi phía dưới ổ gãy.
12	Ghi hồ sơ, viết phiếu chuyển thương và chuyển tuyến an toàn sau khi sơ cứu.

Quy trình kỹ thuật cố định gãy xương cẳng tay

TT	Các bước thực hiện
Chuẩn bị	
1	Dụng cụ: 2 nẹp gỗ có kích thước phù hợp với nạn nhân; Băng cuộn to bản; Kéo Bông lót Dây buộc Thuốc giảm đau, thuốc cấp cứu.
2	NVYT mang trang phục y tế (áo, mũ, khẩu trang), rửa tay và chuẩn bị 2 người phụ.
Thực hiện	
3	Giải thích công việc sắp làm, động viên, trấn an và hướng dẫn Bệnh nhân và người nhà để họ hợp tác.
4	Đánh giá tình trạng bệnh nhân - Bắt mạch quay - Khám vận động ngón chi - Khám cảm giác ngón chi - Khám nhiệt độ ngón chi

TT	Các bước thực hiện
5	Dùng thuốc giảm đau Cho bệnh nhân uống Paracetamol
6	Hướng dẫn người phụ: đứng đối diện với bệnh nhân, 1 tay đỡ khuỷu, 1 tay đỡ cổ tay, cẳng tay ngửa, vừa kéo vừa quan sát nạn nhân.
7	Người làm chính:Đặt hai nẹp: - 1 nẹp phía trong: từ nếp gấp khuỷu đến hết lòng bàn tay - 1 nẹp phía ngoài :từ quá khuỷu tay đến hết mu bàn tay.
8	Độn bông hợp lý: cổ tay, khuỷu tay, đầu nẹp, vùng xương lồi.
9	Buộc dây cố định nẹp bằng 3 dây: - 1 dây trên ổ gầy - 1 dây dưới ổ gầy - 1 dây ngang bàn tay.
10	Treo tay bệnh nhân trước ngực bằng khăn tam giác (hoặc dây treo) ở tư thế cơ năng lòng bàn tay hướng vào thân mình.
11	Kiểm tra tình trạng nạn nhân và tuần hoàn của chi gãy: hỏi nạn nhân, quan sát màu sắc da , vận động ngón chi phía dưới ổ gãy.
12	Ghi hồ sơ, viết phiếu chuyển thương và chuyển tuyến an toàn sau khi sơ cứu.

BẢNG QUY TRÌNH KỸ THUẬT GARÔ CÀM MÁU

TT	NỘI DUNG
1	Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân
1.1	Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn, đặt nạn nhân ở tư thế thuận lợi.
1.2	Quan sát và nhận định tình trạng vết thương.
1.3	Hướng dẫn người phụ ấn tay phía trên đường đi của động mạch (đặt kết quả).
2	Chuẩn bị dụng cụ
2.1	Hộp dụng cụ garo cầm máu: băng Esmarch, gạc lót, khăn tam giác, băng cuộn (hoặc băng 4 dải).
2.2	Hộp đựng bông gạc vô khuẩn, kim băng.
2.3	Trụ cắm 1 kẹp kose.
2.4	Phiếu garô, bút đỏ.
3	Thực hiện kỹ thuật

3.1	Quấn mảnh gạc lót vòng quanh nơi đặt garo trên vết thương từ 3 - 5 cm.
3.2	Đặt băng Esmarch lên mảnh gạc lót.
3.3	Đặt garô cao su 4 vòng: ☐ Vòng 1 chặt vừa phải. ☐ Vòng 2 chặt hơn vòng 1. ☐ Vòng 3 chặt hơn vòng 2. ☐ Đặt một ngón tay vào vòng cao su phía trên động mạch bị đứt quấn vòng thứ 4.
3.4	Nâng ngón tay lên dặt phần còn lại của cuộn băng vào đường đi của động mạch.
3.5	Quan sát vết thương nếu thấy ngừng chảy máu là được.
3.6	Xử trí vết thương, thực hiện kỹ thuật rửa vết thương Đặt gạc lên vết thương rồi dùng băng băng lại.
3.7	Dùng khăn tam giác treo tay nạn nhân lên cổ.
3.8	Viết phiếu garô bằng mực đỏ cài trước ngực.
3.9	Chuyển ngay nạn nhân đến bệnh viện (ưu tiên cấp cứu số 1).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BĂNG ĐẦU

TT	NỘI DUNG
1	Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân
1.1	Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương. Hướng dẫn nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy theo tình trạng vết thương.
1.2	Động viên giải thích để nạn nhân yên tâm.
2	Chuẩn bị dụng cụ
2.1	Gạc miếng.
2.2	Băng cuộn đúng kích cỡ.
2.3	Kim băng hoặc móc sắt để cố định băng.
3	Thực hiện kỹ thuật
3.1	<i>Băng đầu 2 cuộn</i>

3.1.1	Điều dưỡng đứng phía trước nạn nhân. Rửa vết thương giả định.
3.1.2	Đặt gạc lên vết thương. Băng 2 vòng khoá ở trán bằng cuộn thứ nhất.
3.1.3	Đặt cuộn thứ 2 giữa trán. Cú lật ngửa, lật sắp cuộn băng từ trước ra sau và ngược lại toả dần sang 2 bên.
3.1.4	Cuộn thứ nhất băng vòng xung quanh đầu đè lên cuộn băng thứ 2.
3.1.5	Băng kín vết thương và cố định lại trước trán.
3.1.6	Kiểm tra và theo dõi tình trạng nạn nhân.
3.2	<i>Băng đầu 1 cuộn</i>
3.2.1	Kéo dài cuộn băng và đặt chính giữa đỉnh đầu, 1 bên đặt phía trước tai, 1 bên đặt phía sau tai.
3.2.2	Gấp cuộn băng ngược lại đến mang tai, bắt chéo và băng vòng khoá quanh đầu.
3.2.3	Bắt chéo đến khi đến ngang tai và băng qua đỉnh đầu sang bên đối diện.
3.2.4	Lật ngửa lật sắp cuộn băng từ phải qua trái và ngược lại toả dần sang 2 bên.
3.2.5	Băng kín vết thương và buộc cố định hai dải băng dưới cằm.
3.2.6	Kiểm tra và theo dõi tình trạng nạn nhân.

Phụ lục 3.

Một số quy trình kỹ thuật cấp cứu nội khoa

1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI

(Phương pháp 1 người)

STT	NỘI DUNG
1	Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân
1.1	Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
1.2	Quan sát đánh giá tình trạng nạn nhân về hô hấp, tuần hoàn.
2	Chuẩn bị dụng cụ
2.1	Khay chữ nhật to, khay chữ nhật nhỏ, hộp thuốc cấp cứu.
2.2	Hộp dụng cụ mở miệng: Kim mở miệng, con chèn, thanh đè lưỡi, kẹp kéo lưỡi, gạc.
3	Thực hiện kỹ thuật

3.1	Đặt nạn nhân nằm trên nền cứng, đầu nạn nhân ngửa tối đa, nghiêng sang một bên.
3.2	Nới rộng quần áo.
3.3	Người cứu quý bên phải ngang với vai nạn nhân.
3.4	Dùng kim mở miệng, đặt con chèn vào giữa 2 hàm răng phía góc hàm đối diện.
3.5	Dùng gạc quấn vào ngón tay, móc hết đờm rãi, dị vật, răng giả (nếu có) trong miệng nạn nhân.
3.6	Đặt 1 tay lên trán ngón trỏ và ngón cái bịt mũi khi thổi vào, một tay đặt dưới cằm đẩy ra phía trước, lên trên.
3.7	Người cứu ngửa cổ tối đa, ngậm miệng, hít sâu rồi áp miệng mình vào miệng nạn nhân, bịt mũi nạn nhân, thổi mạnh đồng thời quan sát lồng ngực nạn nhân, sau đó bỏ tay bịt mũi ra - Tiến hành thổi ngạt 2 lần.
3.8	Đặt 2 gót bàn tay chồng lên nhau ở 1/3 dưới xương ức. Dùng sức ấn nhịp nhàng lên ngực nạn nhân với tần số 100 lần/phút (đối với người lớn) - Tiến hành ép tim 30 lần.
3.9	Theo dõi sắc mặt, mạch, đồng tử của nạn nhân.
3.10	Kiên trì cấp cứu cho đến khi nạn nhân tỉnh.

2. KỸ THUẬT HÚT ĐỜM DẪI ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

TT	NỘI DUNG
1	Chuẩn bị người bệnh
1.1	Đối chiếu với người bệnh.
1.2	Giải thích động viên người bệnh yên tâm, vỗ rung lồng ngực, hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho có hiệu quả.
1.3	Nếu tình trạng người bệnh cho phép thì đặt người bệnh ở tư thế dẫn lưu.
2	Chuẩn bị nhân viên y tế
2.1	Nhân viên y tế có đủ áo, mũ, khẩu trang, card.
2.2	Rửa tay thường quy.
3	Chuẩn bị dụng cụ
3.1	Dụng cụ vô khuẩn
	Khay chữ nhật trái sáng vô khuẩn có: gạc vuông, găng tay, đũa lược, bơm tiêm 5ml.
	Sonde hút đờm dãi đúng kích cỡ.
3.2	Dụng cụ sạch
	Khay chữ nhật to, trụ cắm 2 kim kose (1 có máu, 1 không có máu).

	Cốc nước chín, dung dịch nước muối sinh lí 9 ‰.
	Máy hút và dây nối (đã kiểm tra).
	Ống nghiệm, giá đựng ống nghiệm (nếu làm xét nghiệm).
	Khay quả đậu, xô đựng dung dịch khử khuẩn.
	Hồ sơ bệnh án, giấy xét nghiệm.
4.	Thực hiện kỹ thuật
4.1	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.
4.2	Đem dụng cụ đến bên người bệnh. Bật máy hút điều chỉnh áp lực: + Người lớn: 100 - 120 mmHg + Trẻ lớn: 80 - 100 mmHg. Trẻ nhỏ, sơ sinh: 60 - 80 mmHg.
4.3	Đeo găng vô khuẩn.
4.4	Cuộn gọn sonde lắp vào hệ thống máy hút. Bật máy hút, hút 1 ít nước chín vào sonde.
4.5	Hút mũi họng: nhẹ nhàng đưa sonde vào dọc theo khoang mũi khoảng 7 - 8 cm để hút ngất quãng ở mũi.
4.6	Hút họng miệng: Mở miệng người bệnh luồn sonde vào vị trí nhiều đờm dãi hút ngất quãng.
4.7	Thời gian mỗi lần đưa sonde hút không quá 15 giây, tổng thời gian hút không quá 2 phút.
4.8	Khi hút phải quan sát theo dõi: Sắc mặt, ý thức, nhịp tim, huyết áp trên máy monitor, quan sát số lượng đờm, màu sắc trong và sau khi hút.
4.9	Lau sạch miệng mũi, cho người bệnh nằm lại thoải mái.
4.10	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.
5	Ghi hồ sơ bệnh án
	Ghi phiếu chăm sóc.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

TT	NỘI DUNG
1	Chuẩn bị người bệnh
1.1	Xem hồ sơ bệnh án, đối chiếu với người bệnh.
1.2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm.
2	Chuẩn bị người điều dưỡng
2.1	Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang, card.
2.2	Rửa tay thường quy.
3	Chuẩn bị dụng cụ

3.1	Dụng cụ vô khuẩn
	Khay chữ nhật trải sẵn vô khuẩn có: ống Faucher hoặc ống Levin (đối với trẻ nhỏ), bông, gạc, găng tay, bơm tiêm 20 - 50 ml, kim mở miệng, đèn lưỡi (nếu cần).
3.2	Dụng cụ sạch
	Khay chữ nhật to, trụ cắm 2 kẹp kose, 1 kéo.
	Cốc nước sạch, cốc đựng bông cầu, dầu nhòn parafin.
	Băng dính, khăn bông to, khăn bông nhỏ, nilon, tạp dề.
	2 khay quả đậu, ống nghe, giá ống nghiệm.
	Xô nước rửa (37 – 40 ⁰ C), nhiệt kế bách phân, chậu đựng nước thải, ca múc nước.
	Hồ sơ bệnh án, phiếu xét nghiệm.
4	Thực hiện kỹ thuật
4.1	Đặt người bệnh ngồi hoặc nằm tư thế thích hợp. Choàng nilon trước ngực, phủ khăn bông to phía ngoài. Tháo răng giả (nếu có).
4.2	Hướng dẫn người phụ khi người bệnh nôn, đặt khay quả đậu dưới cằm hoặc má.
4.3	Đặt xô nước rửa, chậu chứa nước thải nơi thuận tiện.
4.4	Cắt băng dính. Điều dưỡng đi găng tay.
4.5	Cuộn gọn ống Faucher trong tay, đo và đánh dấu (đo từ cung răng cửa tới rốn). Bôi trơn đầu ống sonde khoảng 10 cm.
4.6	Đưa ống vào mũi (miệng) đến vạch đánh dấu, kiểm tra xem đầu ống sonde đã vào dạ dày chưa.
4.7	Cố định ống sonde, cho người bệnh nằm nghiêng trái.
4.8	Hút dịch vị bơm vào ống nghiệm (nếu có chỉ định).
4.9	Để phễu rửa dạ dày ngang miệng, đổ 300 - 500 ml nước. Khi nước trong phễu còn 1/3, úp nhanh phễu xuống, thấp hơn mức dạ dày để nước chảy ra.
4.10	Rửa nhiều lần đến khi nước sạch, quan sát theo dõi người bệnh.
4.11	Dùng gạc rút ống sonde còn khoảng 20 cm thì kẹp ống rút hết.
4.12	Lót gạc rút ống sonde từ từ, khi còn khoảng 20 cm gấp ống sonde lại rút nhanh ra hết.
4.13	Lau miệng, mũi cho người bệnh, giúp người bệnh về tư thế thoải mái.
4.14	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.
5	Ghi hồ sơ bệnh án

5.1	Ghi phiếu theo dõi
5.2	Đưa bệnh phẩm và phiếu xét nghiệm lên phòng xét nghiệm (nếu có).

Phụ lục 4

QUY TRÌNH KHÁM THAI

STT	Nội dung
1. Chuẩn bị	
1.1	Cán bộ y tế: Đầy đủ trang phục y tế, gọn gàng, rửa tay thường quy
1.2	Dụng cụ: Bút, phiếu khám thai, sổ khám thai, đồng hồ có kim dây, huyết áp kế, ống nghe tim phổi, mỏ vịt, găng tay, cân, thước đo chiều cao, thước dây, ống nghe tim thai
2. Tiến hành	
2.1	Hỏi: Thai có máy, thai đạp không, có tụt bụng không, tình trạng sức khỏe
2.2	Khám toàn thân: Đo chiều cao, cân nặng, mạch, huyết áp, da niêm mạc, có khó thở không, có phù không, khám vú, nghe tim phổi
2.3	Khám sản khoa: Đo chiều cao tử cung, vòng bụng, nắn xác định ngôi, thế, đánh giá độ xuống của ngôi, nghe tim thai, cử động của thai, số lượng thai, tình trạng ối
2.4	Xét nghiệm: Thử protein niệu, đường niệu, huyết sắc tố, HIV (nếu có điều kiện)
2.5	Tư vấn tiêm phòng uốn ván
2.6	Cung cấp viên sắt, acid folic
2.7	Giáo dục vệ sinh thai nghén và hướng dẫn chế độ ăn uống, làm việc, nghỉ ngơi
2.8	Ghi phiếu khám , điền sổ, hộp quản lý thai nghén
2.9	Thông báo kết quả khám, hẹn khám tiếp (nếu có yêu cầu). Dự kiến ngày sinh, nơi sinh, cách chuẩn bị phương tiện cho bà mẹ và con khi đẻ, cách nằm, cách thở khi chuyển dạ và khi rặn đẻ, cho con bú ngay sau đẻ và chăm sóc sơ sinh

Phụ lục 5

QUY TRÌNH KHÁM PHỤ KHOA

STT	NỘI DUNG
CHUẨN BỊ	
1	Cán bộ y tế: Mặc quần áo blouse, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo card, đi dép trắng , rửa tay thường quy
2	Phòng khám:

	- Bàn khám - Đèn gù - Ghế xoay - Dụng cụ: + Dụng cụ vô khuẩn: 2 sàng vô khuẩn, 1 mỏ vịt, 2 đôi găng tay vô khuẩn, 1 panh dài, bông cầu vô khuẩn + Dụng cụ sạch: 1 hộp đựng dung dịch paragin, 1 hộp đựng dung dịch povidine, que tăm bông, que gỗ Spatula, lam kính, trụ cắm 2 kẹp dài, 1 xô đựng dung dịch khử nhiễm.
3	Người bệnh : - Hướng dẫn người bệnh đi tiểu trước khi khám. - Giải thích mục đích việc thăm khám, hướng dẫn tư thế cho bệnh nhân - Điều chỉnh đèn tập trung vào vùng âm hộ.
TIẾN HÀNH	
Bước 1: Khám vùng âm hộ và tầng sinh môn	
1.1	Sát khuẩn tay nhanh
1.2	Trải sàng vô khuẩn dưới mông sản phụ
1.3	Đeo găng tay vô khuẩn
1.4	Quan sát vùng âm hộ và tầng sinh môn
1.5	Dùng 2 ngón tay tách 2 môi lớn ra khám 2 môi nhỏ, âm vật, lỗ niệu, lỗ âm đạo
1.6	Sát khuẩn âm hộ bằng dung dịch povidone 10%
Bước 2: Khám âm đạo bằng mỏ vịt	
2.1	Tay thuận cầm mỏ vịt, tay không thuận dùng ngón 2 và 3 bộc lộ âm đạo, đặt mỏ vịt nghiêng 45° so với mặt phẳng ngang.
2.2	Đưa mỏ vịt vào âm đạo, khi qua cơ vòng âm đạo xoay ngang mỏ vịt và đưa sâu mỏ vịt vào theo hướng ra sau, xuống dưới
2.3	Mở mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung(CTC), vặn ốc cố định
2.4	Quan sát âm đạo, cổ tử cung
2.5	Dùng tăm bông lấy dịch âm đạo ở cùng đồ bên làm nhuộm soi hoặc soi tươi
2.6	Dùng bông lau khô vùng CTC, âm đạo để quan sát rõ mức độ tổn thương
2.7	Dùng đầu ngắn của que spatula xoay 360 quanh lỗ CTC để lấy tế bào lỗ ngoài CTC rồi phết lên lam kính.