



BỘ Y TẾ
CỤC QUẢN LÝ KHÁM, CHỮA BỆNH

TÀI LIỆU CHUYÊN MÔN HƯỚNG DẪN
KHÁM, CHỮA BỆNH
TẠI TRẠM Y TẾ XÃ, PHƯỜNG



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ

**TÀI LIỆU CHUYÊN MÔN HƯỚNG DẪN
KHÁM, CHỮA BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ
Xã, Phường**

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI 2014**

LỜI GIỚI THIỆU

Mạng lưới y tế cơ sở là nền tảng của hệ thống y tế, là tuyến y tế gần dân nhất, cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu. Đảm bảo chất lượng khám, chữa bệnh ở tuyến y tế cơ sở là việc quan trọng góp phần bảo vệ, nâng cao sức khỏe cho người dân và khuyến khích người dân sử dụng dịch vụ y tế tuyến cơ sở, giảm áp lực khám, chữa bệnh cho các tuyến trên.

Nhằm mục đích chuẩn hóa các hướng dẫn chuyên môn trong khám, chữa bệnh, Bộ Y tế đã ban hành rất nhiều hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các lĩnh vực chuyên khoa, chuyên ngành. Trong đó, hầu hết là những tài liệu hướng dẫn sử dụng chung cho tất cả các tuyến. Để nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh ở tuyến xã – nơi có cán bộ y tế không được đào tạo lại, cập nhật chuyên môn, nhu cầu đặt ra là cần có những tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và xử trí một số bệnh, triệu chứng thường gặp trên nguyên tắc: ngắn gọn, mang tính hướng dẫn thực hành lâm sàng và phù hợp với nguồn lực của tuyến xã.

Xuất phát từ nhu cầu trên của ngành y tế, Liên minh Châu Âu và Chính phủ Luxembourg thông qua Dự án Hỗ trợ nâng cao năng lực ngành y tế đã hỗ trợ Bộ Y tế xây dựng “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường”. Tài liệu được biên tập và tổng hợp từ các hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, các quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh đã được xây dựng bởi các chuyên gia, các Chương trình, Dự án y tế hoặc được ban hành bởi Bộ Y tế. “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường” đã chính thức được ban hành tại Quyết định số 2919/QĐ-BYT ngày 6/8/2014. Tài liệu bao gồm 59 bài hướng dẫn chuyên môn về thực hành về xử trí cấp cứu ban đầu, chẩn đoán và điều trị các tình trạng, hội chứng, bệnh thường gặp, quản lý sức khỏe sinh sản và quản lý một số bệnh mạn tính. Chính vì vậy, “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường” sẽ rất hữu ích cho cán bộ y tế ở trạm y tế xã, phường trong thực hành khám, chữa bệnh hàng ngày.

Chúng tôi trân trọng cảm ơn sự chỉ đạo sát sao của PGS.TS Nguyễn Thị Kim Tiến, Bộ trưởng Bộ Y tế, các thành viên Ban biên tập đã dành nhiều thời gian và công sức để biên tập “Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường”. Trân trọng cảm ơn Liên minh Châu Âu và Chính phủ Luxembourg đã hỗ trợ xây dựng và in tài liệu này để các trạm y tế xã, phường sử dụng theo Quyết định do Bộ Y tế ban hành số 2919/QĐ-BYT ngày 6/8/2014.

Tài liệu này được xuất bản lần đầu, chắc chắn sẽ còn nhiều thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp từ Quý độc giả đồng nghiệp để tài liệu ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến đóng góp xin gửi về Bộ Y tế (Cục Quản lý khám chữa bệnh).

**NHÓM TÁC GIẢ
TRƯỞNG BAN BIÊN TẬP**

**PGS.TS. Nguyễn Viết Tiến
Thứ trưởng Bộ Y tế**



BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 2919/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 06 tháng 8 năm 2014

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành "Tài liệu chuyên môn
hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

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

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này "Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường".

Điều 2. "Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường" được áp dụng tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn trong cả nước.

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

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Noi nhận:

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB, PC.

KT. BỘ TRƯỞNG
THÚ TRƯỞNG



Nguyễn Việt Tiến

DANH SÁCH BAN BIÊN TẬP
TÀI LIỆU CHUYÊN MÔN HƯỚNG DẪN KHÁM, CHỮA
BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ XÃ, PHƯỜNG

Chủ biên

PGS.TS. Nguyễn Viết Tiến, Thứ trưởng Bộ Y tế

Đồng chủ biên

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.
ThS. Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

Tham gia biên tập

TS. Nguyễn Công Nghĩa, Trưởng phòng nghiên cứu đào tạo và Chỉ đạo tuyến, BV Phụ sản Hà Nội.

ThS. Vũ Đình Huy, Trưởng khoa Nội, Bệnh viện Bưu điện Hà Nội.

ThS. Nghiêm Xuân Hạnh, chuyên viên Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em.

BS. Đào Thanh Huyền, Cán bộ tư vấn Dự án HSCSP.

Thư ký biên tập

ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ y dược Bệnh viện, Cục Quản lý khám, chữa bệnh.

ThS. Trương Lê Văn Ngọc, chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

ThS. Nguyễn Thị Hiền, điều phối viên kỹ thuật dự án HSCSP.

ThS. Nguyễn Bích Thủy, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.



DANH SÁCH HỘI ĐỒNG CHUYÊN MÔN NGHIỆM THU, HOÀN THIỆN TÀI LIỆU CHUYÊN MÔN HƯỚNG DẪN KHÁM, CHỮA BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ XÃ, PHƯỜNG

I. Hội đồng chuyên môn nghiệm thu, hoàn thiện Hướng dẫn chuyên môn về cấp cứu ban đầu, chẩn đoán và xử trí một số bệnh thường gặp và chẩn đoán và xử trí một số triệu chứng thường gặp.

1. GS.TS. Trần Quy, Nguyên Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai, Chủ tịch Hội đồng.
2. PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Phó Chủ tịch Hội đồng.
3. GS. Vũ Văn Đính, Chủ tịch Hội Hồi sức cấp cứu và chống độc Việt Nam, Phó Chủ tịch Hội đồng.
4. ThS. Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Quản lý Khám, chữa bệnh, ủy viên.
5. GS.TS. Tạ Văn Bình, Viện trưởng Viện Nghiên cứu đái tháo đường và Rối loạn chuyển hóa, Đại học Y Hà Nội, ủy viên.
6. PGS.TS. Ngô Quý Châu, Phó Giám đốc Bệnh viện Bạch Mai, ủy viên.
7. PGS.TS. Nguyễn Văn Đoàn, Trưởng Bộ môn Dị ứng-Miễn dịch Lâm sàng, Trưởng khoa Dị ứng-Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, ủy viên.
8. TS. Nguyễn Văn Chi, Phó Trưởng khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai, ủy viên.
9. PGS.TS. Nguyễn Thị Bạch Yến, Phó Giám đốc Viện Tim mạch, BV Bạch Mai, ủy viên.
10. TS. Phạm Thanh Thủy, Phó trưởng khoa Truyền nhiễm, BV Bạch Mai, ủy viên.
11. TS. Nguyễn Tiến Lâm, Quyền trưởng khoa Vi rút-Ký sinh trùng, Bệnh viện Bệnh nhiệt đới trung ương, ủy viên.
12. TS. Phạm Thái Sơn, Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai, ủy viên.
13. ThS. Nguyễn Quốc Việt, Bệnh viện Nội tiết Trung ương, ủy viên.

Tổ thư ký

1. ThS. Vũ Đình Huy, Trưởng khoa Nội, Bệnh viện Bưu điện Hà Nội.
2. ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ y dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
3. ThS. Trương Lê Vân Ngọc, chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

II. Hội đồng chuyên môn nghiệm thu hướng dẫn chuyên môn về chăm sóc sức khỏe sinh sản

1. GS.TS. Trần Thị Phương Mai, nguyên Phó Vụ trưởng Vụ Sức khỏe bà mẹ và trẻ em, Chủ tịch Hội đồng.
2. PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Phó Chủ tịch Hội đồng.



3. PGS.TS. Lưu Thị Hồng, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em, ủy viên.
4. ThS. Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Quản lý khám, chữa bệnh, ủy viên.
5. TS.BSCKII. Vũ Bá Quyết, Giám đốc Bệnh viện Phụ sản trung ương, ủy viên.
6. TS. Nguyễn Duy Ánh, Phó Giám đốc Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội, ủy viên.
7. ThS. Đặng Thị Hồng Thiện, Phó trưởng phòng KHTH, BV Phụ sản trung ương, ủy viên.

Tổ thư ký:

1. ThS. Vũ Đình Huy, Bệnh viện Bưu điện Hà Nội
2. ThS. Nghiêm Xuân Hạnh, chuyên viên Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em
3. ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ y dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
4. ThS. Trương Lê Văn Ngọc, chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

III. Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn chuyên môn về chăm sóc sức khỏe trẻ em

1. GS.TS. Trần Quy, Nguyên Giám đốc BV Bạch Mai, Chủ tịch Hội đồng.
2. PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Phó Chủ tịch Hội đồng.
3. PGS.TS. Lưu Thị Hồng, Vụ trưởng Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em, ủy viên.
4. ThS. Nguyễn Trọng Khoa, Phó Cục trưởng Quản lý Khám, chữa bệnh, ủy viên.
5. TS. Trần Minh Điền, Phó Giám đốc Bệnh viện Nhi trung ương, ủy viên
6. PGS.TS. Phạm Văn Thắng, Trưởng khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Nhi trung ương, ủy viên
7. BSCKII. Lê Tố Như, Phó Trưởng khoa Sơ sinh, Bệnh viện Nhi TW, ủy viên
8. BS. Nguyễn Ngọc Lợi, Giám đốc Trung tâm Sơ sinh, Bệnh viện Phụ sản TW.
9. TS. Đào Minh Tuấn, Trưởng khoa Hô hấp, Bệnh viện Nhi trung ương, ủy viên
10. BS. Lê Xuân Ngọc, Phó Trưởng khoa Hồi sức tích cực, BV Nhi TW, ủy viên

Tổ thư ký:

1. ThS. Nguyễn Đức Tiến, Trưởng phòng Nghiệp vụ y dược bệnh viện, Cục Quản lý Khám, chữa bệnh
2. ThS. Nghiêm Xuân Hạnh, chuyên viên Vụ Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em
3. TS. Nguyễn Công Nghĩa, Trưởng phòng nghiên cứu đào tạo và Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.
4. ThS. Trương Lê Văn Ngọc, chuyên viên Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.



MỤC LỤC

Vấn đề chung: Vô khuẩn trong dịch vụ khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã	15
PHẦN 1: CẤP CỨU BAN ĐẦU	28
1. Cấp cứu ngừng tuần hoàn	29
2. Cấp cứu đuối nước	35
3. Cấp cứu điện giật	37
4. Sơ cứu b榜	38
5. Sơ cứu gãy xương	42
PHẦN 2: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH THƯỜNG GẶP	49
1. Chẩn đoán và điều trị cơn hen phế quản cấp ở người lớn	50
2. Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp	53
3. Quản lý bệnh tháo đường	59
PHẦN 3: CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP	65
1. Sốt	66
2. Đau bụng	69
3. Đau đầu	74
4. Tiêu chảy (ở người lớn)	76
5. Đau lưng	78
6. Đau khớp	80
7. Chóng mặt	82
8. Ho	84
PHẦN 4: CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN	87
Chăm sóc trước sinh	88
1. Truyền thông và tư vấn cho phụ nữ trước và trong khi mang thai	89
2. Quy trình khám thai 9 bước	101
3. Phát hiện thai nghén có nguy cơ cao	110
4. Quản lý thai nghén tại xã	118
Chăm sóc khi sinh	131
5. Chẩn đoán và tiên lượng một cuộc chuyển dạ tại tuyến xã	132
6. Theo dõi một cuộc chuyển dạ để thường. Sử dụng biểu đồ chuyển dạ. Đỡ để thường ngôi chom tại xã	143
7. Kỹ thuật bấm ối	164
8. Xử trí tích cực giai đoạn 3 của cuộc chuyển dạ	167
Chăm sóc sau đẻ	171
9. Làm rốn sơ sinh	172
10. Thăm khám và chăm sóc sơ sinh ngay sau đẻ	175
11. Kiểm tra bánh rau	177
12. Cắt và khâu tầng sinh môn	181
13. Tư vấn và hướng dẫn nuôi con bằng sữa mẹ	187
14. Chăm sóc bà mẹ và sơ sinh ngày đầu và tuần đầu sau đẻ	192
15. Theo dõi và chăm sóc bà mẹ và sơ sinh trong 6 tuần đầu sau đẻ – Chăm sóc da và tắm bé	198



CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CÁC BẤT THƯỜNG TRONG THAI NGHÉN, CHUYỂN DẠ VÀ SINH ĐẺ	206
16. Hồi sức sơ sinh ngay sau đẻ với mặt nạ và bóp bóng	207
17. Kỹ thuật kiểm soát tử cung	212
18. Kỹ thuật bóc rau nhân tạo	215
19. Xử trí chảy máu trong thai kỳ và trong chuyển dạ	219
20. Chẩn đoán và xử trí chảy máu sau đẻ	229
21. Chẩn đoán và xử trí tăng huyết áp, tiền sản giật và sản giật	235
22. Các bất thường hay gặp trong sản khoa: Chẩn đoán và xử trí choáng sản khoa , Chẩn đoán và xử trí ngôi bất thường, ngôi mông, Chẩn đoán và xử trí sa dây rau, Chẩn đoán và xử trí dọa đẻ non và đẻ non	240
23. Chẩn đoán và xử trí suy thai cấp	250
24. Chẩn đoán và xử trí nhiễm khuẩn hậu sản – Sốt sau đẻ	252
25. Phát hiện các dấu hiệu nguy hiểm, xử trí và chuyển tuyến các cấp cứu sản khoa.	261
26. Đỡ đẻ tại nhà và xử trí đẻ rơi.	267
CHĂM SÓC SƠ SINH	271
27. Chuyển tuyến an toàn cho trẻ sơ sinh	271
28. Chăm sóc trẻ sơ sinh đẻ non/nhỏ cân tại xã - Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng Gu Ru.	275
29. Xử trí ban đầu các triệu chứng bất thường ở trẻ sơ sinh: hạ thân nhiệt, rối loạn nước điện giải, vàng da, suy hô hấp, viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, co giật, sặc sữa.	283
30. Xử trí với các trẻ sinh từ mẹ viêm gan vi rút B, lao, lậu, giang mai, HIV	292
31. Phụ lục: Thuốc và trang thiết bị thiết yếu cho chăm sóc sơ sinh tại xã.	296
<i>Khám phụ khoa và viêm nhiễm phụ khoa thông thường</i>	297
32. Khám phụ khoa thông thường	298
33. Điều trị nhiễm trùng đường sinh sản thông thường.	302
Kế hoạch hóa gia đình và các dịch vụ tư vấn chuyên biệt	315
34. Tư vấn kế hoạch hóa gia đình	316
35. Tư vấn và cung cấp biện pháp tránh thai: dụng cụ tử cung	320
36. Tư vấn và cung cấp biện pháp tránh thai: bao cao su	334
37. Tư vấn và cung cấp biện pháp tránh thai nội tiết: viên tránh thai kết hợp, viên tránh thai chỉ có progestin, viên tránh thai khẩn cấp, thuốc tiêm tránh thai.	338
38. Tư vấn sức khỏe sinh sản vị thành niên và thanh niên	363
39. Tư vấn vị thành niên, thanh niên về tình dục an toàn, lành mạnh và bạo hành.	371
40. Bạo hành với phụ nữ: sàng lọc, tư vấn và xử trí	378
Phá thai	393
41. Tư vấn phá thai	394
42. Phá thai với bơm Karman 1 van cho thai dưới 7 tuần	399
TÀI LIỆU THAM KHẢO	406



VĂN ĐỀ CHUNG

VÔ KHUẨN TRONG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

A. NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN TRONG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

TÓM TẮT

Nguyên tắc vô khuẩn cơ bản trong dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế xã phải được tuân thủ ở tất cả mọi tuyến. Các nguyên tắc này để đảm bảo phòng chống nguy cơ nhiễm khuẩn và lây truyền của khách hàng, người cung cấp dịch vụ và môi trường. Các nguyên tắc được áp dụng cụ thể cho **khách hàng** (vệ sinh), cho **người cung cấp dịch vụ** (rửa tay, mang găng vô khuẩn), cho các **dụng cụ, phương tiện** khám chữa bệnh (quy trình vô khuẩn). Các bảng kiểm được trình bày cho các quy trình.

1. TÁC NHÂN GÂY NHIỄM KHUẨN:

- Tác nhân có thể là các loại vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm.
- Điều kiện thuận tiện cho nhiễm khuẩn:
 - + Cơ sở vật chất: phòng khám, thủ thuật không đảm bảo tiêu chuẩn.
 - + Thiếu dụng cụ, thiêu trang thiết bị thực hiện không chế nhiễm khuẩn.
 - + Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn không được thực hiện đúng.
 - + Người cung cấp dịch vụ: thiếu kiến thức, ý thức về kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Đường lây truyền:
 - + Từ môi trường.
 - + Từ khách hàng (người sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh).
 - + Từ người cung cấp dịch vụ (cán bộ y tế).
 - + Từ dụng cụ, phương tiện không đảm bảo vô khuẩn.

2. MÔI TRƯỜNG SẠCH TRONG CÁC PHÒNG THỰC HIỆN KỸ THUẬT

- Vị trí: các phòng kỹ thuật phải được đặt ở nơi cao ráo, sạch sẽ, xa nơi dễ lây nhiễm như nhà bếp, nhà vệ sinh, đường đi, khu vực tiếp xúc bệnh nhân lây nhiễm.
- Phòng kỹ thuật: nền, tường không thấm nước để có thể rửa bằng nước và xà phòng. Có hệ thống kín dẫn nước thải. Hệ thống thông khí có thể dùng quạt hoặc điều hòa nhiệt độ. Các cửa sổ phải có kính mờ cao hơn sàn nhà 1,5 m nếu không có kính phải có lưới che hoặc vải xô tránh ruồi, muỗi bay vào.
- Khi không làm kỹ thuật phòng phải đóng kín tuyệt đối, không làm việc khác trong phòng kỹ thuật.
- Sau mỗi thủ thuật phải thay tấm lót bàn thủ thuật, lau chùi sạch sẽ tấm trải bàn rồi mới tiếp tục sử dụng. Mọi đồ vật trong phòng phải luôn sạch sẽ, được vệ sinh thường xuyên.



3. KHÁCH HÀNG

3.1. Trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật

- Trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật khách hàng cần phải được tắm rửa, thay quần áo sạch.
- Đi tiểu hoặc thông tiểu làm rỗng bàng quang khi cần.
- Vùng sắp phẫu thuật hoặc làm thủ thuật phải được rửa sạch, bôi thuốc sát khuẩn da niêm mạc như dung dịch Betadine (Povidone-iodine 10%), là một loại dung dịch iod hữu cơ.

3.2. Sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật

- Sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật, khách hàng phải mặc quần áo sạch, giữ vùng thủ thuật khô, sạch.
- Không cần thiết thay băng hàng ngày nếu vùng thủ thuật khô sạch. Tới ngày cắt chỉ: vừa cắt chỉ, vừa thay băng.

4. NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ

- Giày, dép của cán bộ y tế phải để ngoài phòng kỹ thuật (đi guốc dép riêng của phòng kỹ thuật). Mũ phải kín không để lộ tóc ra ngoài, khẩu trang phải che kín mũi. Cán bộ y tế đang bị các bệnh nhiễm khuẩn không được phục vụ trong phòng kỹ thuật.
- Người làm thủ thuật, người phụ phải có bàn tay sạch, mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang vô khuẩn. Thay áo mồ hôi, găng, khẩu trang sau mỗi ca thủ thuật.

4.1. Rửa tay

Rửa tay là thao tác khống chế nhiễm khuẩn đơn giản nhất và quan trọng nhất. Nó loại bỏ nhiều vi sinh vật bám trên da, giúp ngăn ngừa lây nhiễm từ người này sang người khác.

4.2. Thời điểm rửa tay

- **Trước** khi bắt đầu một ngày làm việc, khám cho người bệnh hay lấy máu, chuyển dụng cụ sạch đã tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn để bảo quản, đi găng vô khuẩn, trước khi về nhà.
- **Sau** bất kỳ tình huống nào mà tay có thể bị nhiễm khuẩn, khi dùng dụng cụ đã để chạm vào dịch tiết hay chất bài tiết của cơ thể, khi tháo găng, khi đi vệ sinh.

4.3. Các phương tiện cần thiết để rửa tay

- Nước sạch và thùng nước có vòi.
- Xà phòng chín hoặc xà phòng diệt khuẩn.
- Bàn chải mềm, sạch đã được luộc hoặc ngâm trong dung dịch sát khuẩn.
- Khăn khô sạch.

4.4. Kỹ thuật rửa tay

Quy trình rửa tay thường quy

- Bước 1: tháo bỏ đồng hồ và đồ trang sức ở tay. Làm ướt và xoa xà phòng hoặc dung dịch rửa tay vào bàn tay, cẳng tay.



- Bước 2: sát 2 lòng bàn tay với nhau (10 lần).
- Bước 3: dùng lòng bàn tay này sát lên mu bàn tay kia (10 lần). Chú ý đến mặt ngoài của ngón tay cái và mõ ngón cái.
- Bước 4: dùng ngón và bàn của bàn tay này xoáy và cuốn quanh lần lượt từng ngón của bàn tay kia (10 lần).
- Bước 5: dùng các đầu ngón tay của bàn tay này xoáy miết vào lòng bàn tay đã khum lại của bàn tay kia (10 lần).
- Bước 6: rửa sạch tay dưới vòi nước chảy.
- Bước 7: lau tay khô bằng khăn sạch.



Hình: Quy trình rửa tay thường quy.

Quy trình rửa tay khi làm thủ thuật, phẫu thuật

- Bước 1: mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo bỏ trang sức, cắt ngắn móng tay, đeo khẩu trang. Tiến hành rửa tay thường quy, không lau tay.
- Bước 2: dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ vào các đầu, kẽ và cạnh của ngón tay theo chiều dọc hoặc xoắn ốc.
- Bước 3: đánh cọ lòng và mu bàn tay.
- Bước 4: đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5cm.
- Bước 5: rửa tay dưới vòi nước chảy (nước vô khuẩn).
- Bước 6: lau khô tay bằng khăn vô khuẩn. Ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn trong 5 phút.



4.5. Đeo găng tay

Mở rộng các ngón tay, cho bàn tay vào đúng vị trí các ngón tay (chú ý găng trái, phải). Để cổ găng trùm lên cổ tay áo, chú ý bàn tay chưa đi găng chỉ chạm vào mặt trong găng. Đi găng xong lau sạch phần bên ngoài găng. Sau khi đeo găng hai tay luôn để phía trước ngực.

4.6. Nguyên tắc sử dụng găng tay

- Ghi nhớ: hầu hết các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản và các dịch vụ khám chữa bệnh khác đều cần sử dụng găng tay.
- Găng vô khuẩn hiện nay hầu như chỉ dùng một lần. Việc sử dụng lại găng thường chỉ để lau rửa dụng cụ hoặc làm vệ sinh buồng bệnh hay người bệnh (các găng này cũng phải thực hiện các thao tác vô khuẩn như khử nhiễm, làm sạch, luộc hay hấp trước khi dùng lại).
- Trước khi mang găng, bàn tay phải được rửa sạch (thường quy hay thủ thuật) và được lau khô bằng khăn sạch.
- Khi mang găng vô khuẩn để làm thủ thuật, đỡ đe dù bàn tay đã được rửa sạch vẫn không được để các ngón tay chạm vào mặt ngoài (mặt sử dụng của găng), thực hiện nguyên tắc "Tay chạm tay, găng chạm găng"

5. CÁC DỤNG CỤ, PHƯƠNG TIỆN SỬ DỤNG TRONG THỦ THUẬT, PHẪU THUẬT

- Các thiết bị như bàn khám phụ khoa, bàn đẻ... phải được làm sạch sau mỗi lần làm phẫu thuật, thủ thuật bằng cách lau rửa sạch bằng khăn thấm dung dịch sát khuẩn như Chloramin B (pha bột Chloramin B 25% với nước để có dung dịch 0,5%) hoặc Presept (pha viên Presept 2,5g hay 5g với nước) hay nước Javel, cuối cùng lau lại bằng nước sạch. Hàng tuần theo lịch, các thiết bị trên phải được lau rửa bằng xà phòng với nước sạch. Bàn khám phụ khoa, bàn làm thuốc phải được làm sạch hàng ngày và thay khăn trải sau mỗi lần thủ thuật.
- Các dụng cụ bằng kim loại, cao su, nhựa, vải, thủy tinh... phải được tiệt khuẩn theo quy trình vô khuẩn đối với từng loại dụng cụ.
- Các phương tiện tránh thai như dụng cụ tử cung, thuốc, que cấy tránh thai được bảo quản trong bao bì vô khuẩn do nhà sản xuất thực hiện. Khi phát hiện bao bì rách, thủng thì không được sử dụng.

Bảng kiểm: Rửa tay thường quy

T.T	Nội dung	Có	Không
1	Tháo bỏ đồng hồ và đồ trang sức ở tay. Làm ướt và xoa xà phòng hoặc dung dịch rửa tay vào bàn tay, cẳng tay.		
2	Xát 2 lòng bàn tay với nhau 10 lần.		
3	Dùng lòng bàn tay này xát lên mu bàn tay kia, các khe ngón tay cũng cọ sát bằng cách lòng vào nhau 10 lần. Chú ý cọ sát thêm phần ngón tay cái và mõi ngón cái của mỗi bàn tay (vì các thao tác trên chưa làm sạch đến vùng này).		



4	Dùng ngón và lòng bàn tay này xoáy và cuốn quanh lần lượt từng ngón của bàn tay kia 10 lần.		
5	Dùng các đầu ngón tay của bàn tay này xoáy tròn, quay đi quay lại trong lòng bàn tay kia (đã uốn cho khum lại).		
6	Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy.		
7	Lau khô tay bằng khăn sạch		

Bảng kiểm: Rửa tay - đi găng trong thủ thuật, phẫu thuật

TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
1	Có sẵn xà phòng chín, bàn chải vô khuẩn, khăn khô vô khuẩn			
2	Nước chín có vòi, đóng mở không dùng bàn tay			
3	Tay không đeo đồ trang sức, móng tay cắt ngắn			
4	Làm ướt cẳng tay và bàn tay, dốc bàn tay, cổ tay để nước chảy xuống và thực hiện các thao tác rửa tay thường quy không cần lau khô.			
5	Dùng bàn chải, xà phòng chải kĩ đầu ngón tay, kẽ móng tay, bàn tay, cẳng tay, khuỷu tay. Bàn chải khi đã cọ lên cẳng tay, khuỷu tay thì không cọ trở lại bàn tay nữa.			
6	Cọ rửa như vậy 2 lần với hai bàn chải khác nhau, mỗi lần 2-3 phút.			
7	Không chạm tay vào bất kỳ vật gì khi đang rửa			
8	Tráng bàn tay, cẳng tay bằng nước sạch, để ngược ngón tay. Để 2 bàn tay cao hơn khuỷu tay			
9	Làm khô tay bằng khăn vô khuẩn rồi ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn			
10	Không sờ vào mặt ngoài găng, khi đeo chỉ cầm vào cổ găng đã lộn trái			



B. QUY TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ TRONG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

TÓM TẮT

4 bước cơ bản trong quy trình vô khuẩn cho mọi loại dụng cụ phải được tuân thủ chặt chẽ :

1) Khử nhiễm ; 2) Làm sạch ; 3) Khử khuẩn mức độ cao hoặc tiệt khuẩn ; 4) Bảo quản.

1. CÁC KHÁI NIỆM

- **Vô khuẩn** là các biện pháp phòng ngừa sự xâm nhập của vi khuẩn và các mầm bệnh khác bằng cách loại trừ chúng với mức độ khác nhau trên bề mặt cơ thể, các mô bị tổn thương và các vật dụng tiếp xúc với cơ thể người và các sinh vật khác.
- **Sát khuẩn** là quá trình tiêu diệt hoặc ngăn chặn sự phát triển của vi khuẩn và các mầm bệnh khác trên da, niêm mạc và các mô bị tổn thương của cơ thể.
- **Khử nhiễm** là quá trình tiêu diệt phần lớn các vi khuẩn và các mầm bệnh khác bám vào y dụng cụ vừa sử dụng xong trên cơ thể người bệnh.
- **Làm sạch** là quá trình vật lý (cọ, rửa bằng nước, lau khô) để loại bỏ các vật bẩn do bụi, đất hay máu và chất dịch cơ thể và các vi khuẩn hay các mầm bệnh khác còn bám ở y dụng cụ.
- **Khử khuẩn mức độ cao** là các quy trình tiêu diệt phần lớn các loại vi khuẩn và mầm bệnh khác nhưng chưa tiêu diệt hết tất cả, đặc biệt là nha bào. Trong hầu hết các thủ thuật, khử khuẩn mức độ cao là chấp nhận được.
- **Tiết khuẩn** là các quá trình diệt tất cả các loại vi khuẩn và mầm bệnh khác kể cả nha bào.

2. QUY TRÌNH VÔ KHUẨN DỤNG CỤ

2.1. Khử nhiễm

- Là bước đầu tiên trong xử lý dụng cụ và găng đã dùng.
- Các phương tiện khử nhiễm gồm: nước, chậu nhựa hoặc chậu men hoặc một xô nhựa có quai xách với chiều cao trên 35cm và một giỏ nhựa có lỗ thủng ở đáy, có quai nhỏ hơn để lọt vào xô. Găng dài (để riêng một số đôi để khử khuẩn).
- Dung dịch hoá chất để khử khuẩn đơn giản nhất là Chloramin B 0,5% (cách pha theo hướng dẫn của nồng độ sản phẩm). Có thể sử dụng dung dịch Presept với cách pha 1-2 viên 2,5 gam trong 10 lít nước hoặc dung dịch Cidex pha sẵn (Glutaraldehyd 2%). Các loại dung dịch này sẽ thay sau mỗi ngày làm việc.
- Dụng cụ, găng tay, đồ vải sau khi làm thủ thuật, phẫu thuật cho ngay vào xô, chậu ngập trong dung dịch khử nhiễm trên trong 10 phút. Với các ống nhựa hoặc cao su phải cho dung dịch sát khuẩn vào đầy trong lòng ống, với bơm hút thai cũng phải hút dung dịch sát khuẩn vào trong lòng bơm rồi mới ngâm trong 10 phút. Để đảm bảo đúng thời gian ngâm 10 phút (ngâm càng lâu càng dễ hư hại dụng cụ), nên có một xô



hay chậu nước lă sạch bên cạnh đέ cứ 10 phút thì dùng kẹp dài gấp dụng cụ đã khử nhiễm bỏ sang đó chờ đến khi nhiều (hoặc gần hết buổi) sẽ mang đi làm sạch một thê.

2.2. Làm sạch: Rửa dụng cụ.

Thiết bị: vòi nước sạch, chậu nhựa, xà phòng, bàn chải với nhiều kích thước khác nhau, găng bảo vệ.

Quy trình làm sạch:

- Đeo găng bảo vệ, đeo khẩu trang, đeo kính, đi ủng, mặc tạp dề để bảo vệ tránh bị phơi nhiễm.
- Rửa dụng cụ bằng nước lă và xà phòng.
- Dùng bàn chải cọ sạch chất bẩn, chú ý những bộ phận răng, khe, kẽ, khớp nối sau đó rửa sạch xà phòng, cọ rửa dưới vòi nước chảy hiệu quả hơn trong xô, chậu.
- Làm khô bằng hơi gió hoặc lau khô bằng khăn sạch.

Yêu cầu: máu, mủ, dịch, các mô tế bào... không còn bám trên dụng cụ.

2.3. Khử khuẩn mức độ cao hoặc tiệt khuẩn

2.3.1. Khử khuẩn mức độ cao

Phương pháp khử khuẩn mức độ cao có thể tiêu diệt phần lớn các vi khuẩn và mầm bệnh, và có thể chấp nhận được khi các phương tiện cho tiệt khuẩn không sẵn có.

Có hai cách:

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

Luộc dụng cụ: dễ thực hiện, tương đối an toàn và rẻ tiền. Có thể dùng bất kì chiếc nồi rộng có nắp nào cũng như bất kì nguồn nhiệt nào để nấu. Nhưng sử dụng nồi chuyên dụng là tốt nhất. Các thao tác luộc dụng cụ:

- Dụng cụ đã rửa sạch, được tháo rời.
- Cho dụng cụ vào nồi đổ ngập nước sạch.
- Đun sôi trong 20 phút, tính từ lúc nước bắt đầu sôi. Nếu cho thêm dụng cụ vào khi nước đang sôi thì bắt đầu tính lại thời gian.
- Dùng kẹp đã khử khuẩn để lấy dụng cụ ra khỏi nồi và để trong hộp vô khuẩn có nắp đậy hoặc dùng tay đeo găng vô khuẩn để lấy khi dụng cụ đã nguội.
- Dụng cụ đã luộc sử dụng trong vòng 24 giờ.

Ngâm trong hoá chất:

Hoá chất khử khuẩn ở dạng lỏng có thể được dùng trong một số tình huống: khi cần xử lý nhanh, dụng cụ cần được khử khuẩn không chịu được nhiệt độ cao hoặc không có nguồn nhiệt để luộc. Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn 20 phút, sau đó tráng sạch bằng nước đun sôi để nguội. Hóa chất hiện thường dùng cho khử khuẩn mức độ cao là Cidex (glutaraldehyd 2%) hoặc Chloramin 0,5%. Với ống hút thai bắt buộc phải dùng Cidex.



Các bước khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất:

- Dụng cụ đã được rửa sạch.
- Đổ ngập dụng cụ bằng dung dịch khử khuẩn thích hợp.
- Ngâm trong 20 phút.
- Tráng sạch bằng nước đun sôi để nguội và hong khô, để vào khay, hộp có nắp đậy.
- Cất giữ không quá 3 ngày trong hộp được khử khuẩn ở mức độ cao hoặc dùng ngay.

Để có hộp đựng dụng cụ đã được khử khuẩn ở mức độ cao, hãy luộc hoặc ngâm các hộp đó trong dung dịch Chloramin 0,5% trong 20 phút. Rửa sạch phía trong bằng nước đun sôi để nguội và làm khô trước khi dùng. Có thể dùng hộp đựng bằng kim loại đã được tiệt khuẩn bằng tủ sấy khô.

Chú ý: phương pháp này áp dụng với các dụng cụ làm bằng chất nhựa, cao su, không áp dụng với các loại dụng cụ bằng kim loại, vải.

2.3.2. Tiệt khuẩn

Có 2 cách tiệt khuẩn: tiệt khuẩn bằng nhiệt và hoá chất.

Tiết khuẩn bằng nhiệt: có 2 phương pháp

- **Hấp ướt áp lực cao:** phương pháp này áp dụng cho tất cả các loại dụng cụ y tế như quần áo, băng gạc, khăn mỏm, mũ, khẩu trang... và đồ cao su (ống thông, găng cao su...) trừ đồ nhựa. Đồ vải và đồ cao su phải hấp riêng, vì nhiệt độ, áp suất, thời gian hai loại khác nhau.
 - + Thiết bị: nồi hấp ướt áp lực các loại vận hành theo sự hướng dẫn của nơi sản xuất.
 - + Xếp đồ hấp vào hộp hấp hoặc gói trong một khăn vải. Các hộp đựng đồ vải phải được mở lỗ thông hơi để hơi nước dưới áp lực cao thẩm vào. Khi lấy ra khỏi nồi hấp, các lỗ thông này phải được đóng kín ngay lại.
 - + Yêu cầu: đưa nhiệt độ nồi hấp lên 121°C (áp suất 1,2kg/cm²).

Duy trì nhiệt độ như vậy trong 20 phút đối với dụng cụ không đóng gói, 30 phút đối với dụng cụ đóng gói.

- **Sấy khô:** phương pháp này chỉ dùng cho các dụng cụ y tế bằng kim loại.

- + Thiết bị: tủ sấy khô, vận hành theo sự hướng dẫn của nơi sản xuất.
- + Qui trình:
 - Dụng cụ kim loại sau khi rửa sạch lau khô cho vào hộp có nắp, để theo từng bộ.
 - Đặt các hộp vào tủ sấy, cách thành tủ ít nhất 3cm và các hộp ở mỗi tầng xếp lệch nhau để không khí nóng trong tủ sấy phân bố đều khắp.
 - Đóng kín cửa tủ sấy.
- + Yêu cầu:
 - Nhiệt độ 170°C phải duy trì trong 60 phút.
 - Nhiệt độ 160°C phải duy trì trong 120 phút.



Tiết khuẩn bằng hóa chất:

- Phương pháp này dùng dung dịch Cidex (glutaraldehyd 2%).
- Thời gian: ngâm ngập dụng cụ trong 10 giờ.

Lưu ý:

- Đeo găng và kính bảo hộ, mở các cửa sổ.
- Pha chế và sử dụng dung dịch ở nơi thoáng gió.
- Dùng hộp, chậu đù sâu có nắp đậy.
- Chuẩn bị 1 chậu vô khuẩn có nắp đậy đựng nước vô khuẩn để tráng.
- Lau khô dụng cụ, tháo rời các bộ phận.
- Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn ít nhất 10 giờ.
- Lấy dụng cụ bằng kẹp vô khuẩn.
- Tráng dụng cụ trong nước vô khuẩn.
- Đỗ nước đã dùng đi. Nếu dung dịch cần phải dùng lại thì đánh dấu ngày pha và ngày hết hạn dung dịch theo hướng dẫn của nơi sản xuất.

Kiểm tra vô khuẩn

- Kiểm tra dụng cụ:
 - + Kiểm tra đúng thời gian quy định: trước khi hấp, sấy, dán một giấy báo hiệu an toàn (trắng) vào hộp hay gói đồ .
 - + Sau khi đã hấp, sấy xong nếu giấy báo hiệu đổi màu là dụng cụ hấp sấy đạt yêu cầu.
- Sau khi kiểm tra phải ghi rõ ngày và tên người hấp sấy dụng cụ vào các hộp, gói đồ.

2.4. Bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn

- Nơi bảo quản dụng cụ đã vô khuẩn phải sạch sẽ, khô ráo, có cửa đóng kín.
- Có giá, kệ và tủ đựng dụng cụ, có sổ sách ghi chép tên dụng cụ, ngày xử lý vô khuẩn, ngày nhập, xuất dụng cụ.
- Không được để lỗn dụng cụ đã tiệt khuẩn với dụng cụ chưa tiệt khuẩn.
- Thời gian bảo quản:
 - + Không bảo quản những dụng cụ tiệt khuẩn không đóng gói, loại này phải dùng ngay.
 - + Dụng cụ được luộc chỉ sử dụng trong vòng 24 giờ.
 - + Dụng cụ đã khử khuẩn cao bằng hóa chất chỉ được sử dụng trong 3 ngày.
 - + Những dụng cụ tiệt khuẩn được đóng gói hoặc đựng trong hộp tiệt khuẩn được bảo quản 1 tuần. Sau 1 tuần nếu chưa được dùng phải hấp, sấy lại.
- Vận chuyển dụng cụ đã tiệt khuẩn từ nơi bảo quản đến phòng thủ thuật, phẫu thuật phải che đậy tránh nhiễm bẩn.



Bảng kiểm: Quy trình vô khuẩn dụng cụ

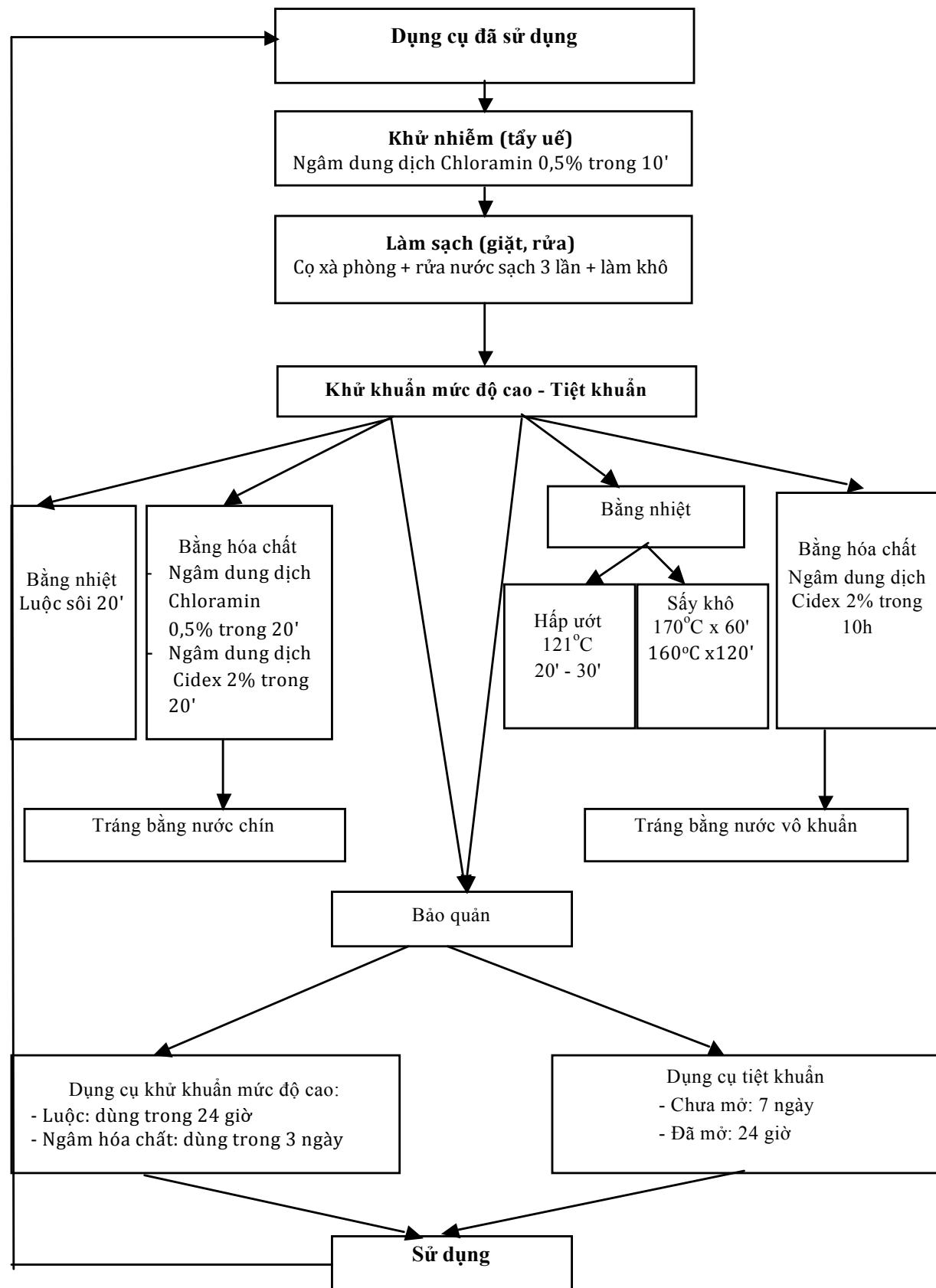
TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
1. Khử nhiễm				
	Có sẵn dung dịch Chloramin 0,5% hoặc Presept đựng trong xô có gio chúa dụng cụ và xô phải đặt ngay tại nơi làm thủ thuật.			
	Cho dụng cụ ngập hoàn toàn trong dung dịch ngay sau khi sử dụng.			
	Hút dung dịch chloramin vào bơm và các vật hình ống rồi mới ngâm			
	Thời gian ngâm trong 10 phút			
2. Làm sạch				
	Rửa các dụng cụ bằng xà phòng và nước sạch			
	Tháo rời các dụng cụ (nếu có thể). Làm sạch các khớp nối ở dụng cụ			
	Dùng bàn chải cọ rửa các dụng cụ			
	Súc các vật hình ống và bơm tiêm			
	Tráng bằng nước sạch, lau khô hoặc để khô tự nhiên			
3. Khử khuẩn mức độ cao bằng luộc				
	Cho dụng cụ ngập hoàn toàn trong nước			
	Bắt đầu tính giờ từ lúc nước sôi			
	Đun sôi trong 20 phút			
	Lấy các dụng cụ bằng kẹp vô khuẩn và cho vào hộp đựng đã được khử khuẩn cao hoặc tiệt khuẩn.			
	Để dụng cụ tự khô			
	Bảo quản trong hộp đựng đã được khử khuẩn và có nắp đậy có nhẫn ghi thời hạn sử dụng			
3. Khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất				
	Cho dụng cụ ngập hoàn toàn trong dung dịch khử khuẩn thích hợp, đậy nắp kín			
	Ngâm trong 20 phút			
	Tráng sạch bằng nước đun sôi để nguội và hong khô			



TT	Nội dung	Có	Không	Ghi chú
	Để vào hộp đã tiệt khuẩn có nắp đậy có nhãn ghi hạn dùng			
3. Hấp ướt				
	Gói dụng cụ bằng vải sạch			
	Xếp rời nhau trong nồi hấp			
	Các hộp đồ vải phải khóa kín, các cửa sổ để hở khi hấp			
	Vận hành theo sự hướng dẫn của nơi sản xuất			
	Duy trì ở 121°C trong 30 phút với gói dụng cụ có bọc và 20 phút với dụng cụ không bọc.			
	Cắt dụng cụ trong hộp vô khuẩn và có nắp đậy có nhãn ghi hạn dùng. Các hộp đồ vải phải đóng kín ngay các cửa sổ đã mở trước khi hấp.			
3. Sấy khô				
	Dụng cụ sau khi rửa sạch, lau khô cho vào hộp có nắp, từng bộ riêng			
	Bắt đầu tính giờ khi nhiệt độ lên đủ			
	Thời gian và nhiệt độ chuẩn: 170°C trong 1 giờ hoặc 160°C trong 2 giờ			
	Cắt dụng cụ trong hộp vô khuẩn có nắp đậy có dán nhãn ghi hạn dùng			
4. Thời hạn sử dụng				
	Dụng cụ khử khuẩn cao chỉ được sử dụng trong 3 ngày			
	Dụng cụ đã luộc chỉ sử dụng trong 24 giờ			
	Dụng cụ tiệt khuẩn được bảo quản 1 tuần			



Quy trình vô khuẩn dụng cụ



Phần 1. CẤP CỨU BAN ĐẦU

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

Ngừng tuần hoàn là tim ngừng hoạt động hoặc hoạt động không có hiệu quả (không đưa máu đi tới các cơ quan của cơ thể được). Nghĩ đến ngừng tuần hoàn khi bệnh nhân/ nạn nhân đột nhiên có rối loạn ý thức (hôn mê), ngừng thở hoặc thở ngáp.

Cần cấp cứu sớm, vì sau 4 phút ngừng tuần hoàn, não sẽ bị tổn thương không hồi phục.

Trong cấp cứu ngừng tuần hoàn, việc tuân theo thứ tự cấp cứu là rất quan trọng.

1. THỨ TỰ CÁC BƯỚC CẤP CỨU

- Trước hết phải đảm bảo an toàn cho nạn nhân cũng như bản thân người cấp cứu (đưa nạn nhân ra khỏi vùng nguy hiểm, ngắt nguồn điện nếu nạn nhân bị điện giật...)

1.1. Bước 1: Đánh giá tình trạng ý thức nạn nhân VÀ kiểm tra thở:

- Lay vai nạn nhân và gọi to, ĐỒNG THỜI kiểm tra xem nạn nhân có thở không. Nếu không tỉnh, không thở hoặc thở ngáp, gọi cấp cứu hỗ trợ.

1.2. Bước 2: Kiểm tra mạch:

- Người cấp cứu có nhiều nhất là 10 giây để kiểm tra mạch.
- Tìm vị trí khí quản bằng 2 hoặc 3 ngón tay (hình 1)
- Xác định động mạch cảnh bằng cách đặt 2 hoặc 3 ngón tay vào chỗ lõm cạnh khí quản (hình 2).



Hình 1: Tìm vị trí khí quản Hình 2: Sờ mạch cảnh

- Sờ mạch cảnh trong 10 giây, nếu không thấy mạch hoặc không chắc chắn là có mạch, bắt đầu ép tim.

1.3. Bước 3: Ép tim – thổi ngạt:

- Nếu có 2 người cấp cứu:
 - + Bắt đầu ép tim 30 nhát, rồi thổi ngạt 2 nhát
 - + Làm 5 chu kỳ (mỗi chu kỳ gồm 30 ép tim/2 thổi ngạt), rồi kiểm tra lại mạch cảnh.
 - + Tiếp tục bước này cho đến khi có cấp cứu đến hỗ trợ.
- Nếu có 1 người cứu, chỉ ép tim, không thổi ngạt cho đến khi có người đến hỗ trợ

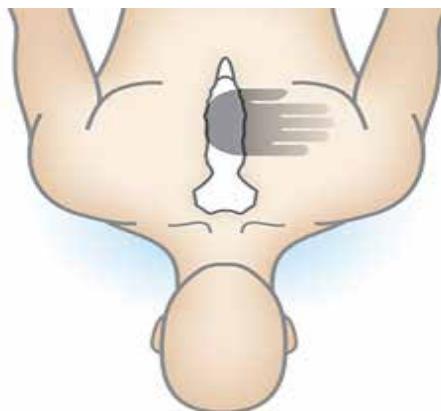


Chú ý: Không vận chuyển nạn nhân khi làm cấp cứu ngừng tuần hoàn.

2. KỸ THUẬT ÉP TIM VÀ THỒI NGẠT:

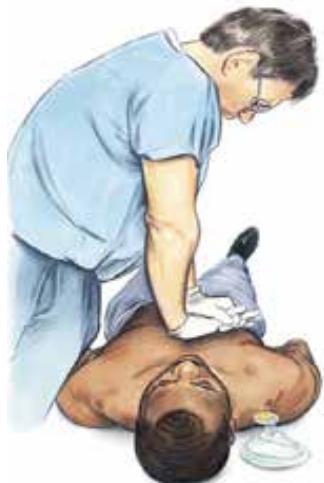
2.1. Kỹ thuật ép tim:

- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.
- Người cấp cứu quỳ bên cạnh nạn nhân.
- Đặt cùm tay của một tay vào giữa ngực nạn nhân, ở nửa dưới của xương ức (hình 3).

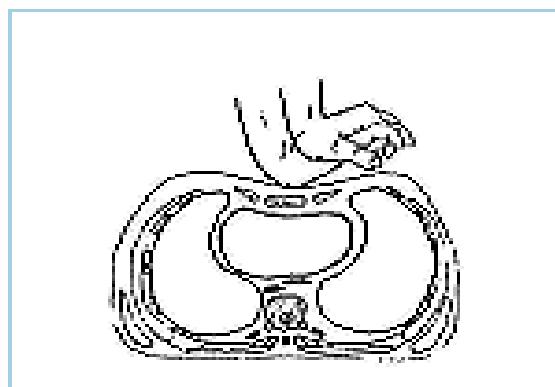


Hình 3: Vị trí đặt cùm tay để ép tim

- Đặt cùm tay còn lại lên trên cùm tay đã đặt trên ngực nạn nhân
- Duỗi thẳng cánh tay và đặt vai thẳng đứng so với bàn tay (hình 4)



Hình 4: Tư thế ép tim



Hình 5: Ép mạnh, đủ sâu 5cm

- Ép nhanh - ít nhất 100 lần/phút và mạnh - sâu 5 cm (hình 5)
- Sau mỗi nhát ép, nhả tay để ngực phồng trở lại hoàn toàn (thời gian ấn bằng thời gian nhả, chú ý không nhắc hẵn tay khỏi ngực nạn nhân)
- Ép liên tục, tránh ngắt quãng.



2.2. Kỹ thuật thổi ngạt:

- Kiểm tra xem có dị vật đường thở không. Nếu có móc ra hoặc làm thủ thuật Heimlich
- Đặt đầu nạn nhân ở tư thế đầu ngửa, cầm cao (hình 6)
- Bóp 2 lỗ mũi nạn nhân bằng ngón trỏ và ngón cái của bàn tay đặt trên trán nạn nhân
- Thổi miệng – miệng, đủ mạnh tới mức nhìn thấy ngực nạn nhân phồng lên rõ (hình 7)



Hình 6: Tư thế
đầu ngửa, cầm cao

Hình 7: Thổi ngạt
miệng – miệng

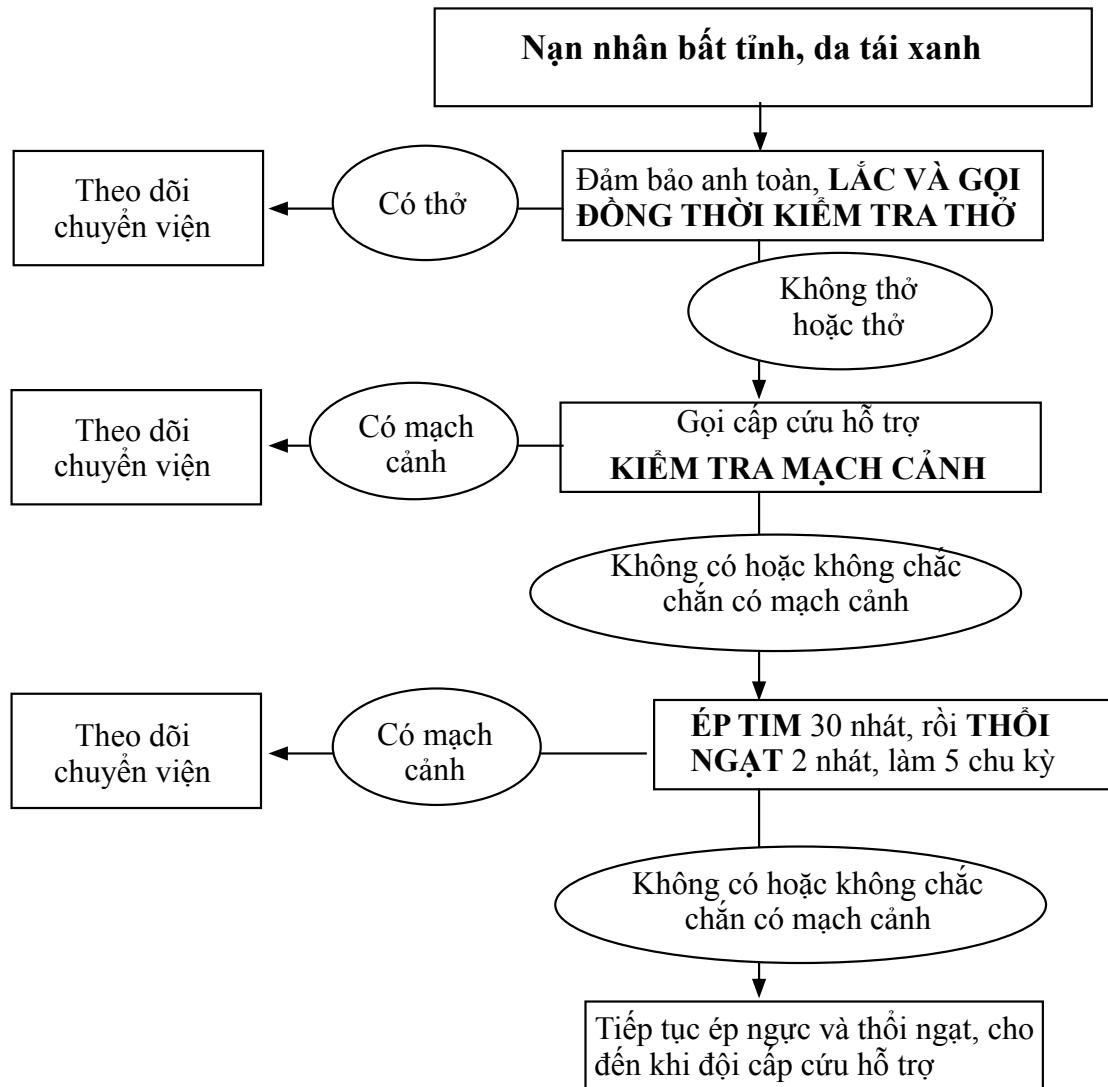
- Nếu không thấy ngực nạn nhân phồng lên, kiểm tra đường thở để đảm bảo thông đường thở, và thay đổi mức độ ngửa của cổ để luồng khí vào phổi được thuận lợi.

2.3. Chú ý khi thực hành cấp cứu:

- Nếu có 2 người cấp cứu, một người ép tim và một người thổi ngạt, làm một lúc rồi đổi vai (người ép tim chuyển sang thổi ngạt và người thổi ngạt chuyển sang ép tim). Nếu chỉ có 1 người cấp cứu, chỉ cần ép tim và gọi người đến hỗ trợ.
- Nếu có bóng ambu, dùng bóng ambu thay cho thổi ngạt.



3. SƠ ĐỒ ÁP DỤNG THỰC TẾ:



4. ĐỐI VỚI TRẺ EM TỪ 1 TUỔI ĐẾN 12 TUỔI

Thứ tự áp dụng giống như với người lớn

Chỉ khác ở những điểm sau:

- Tỷ lệ ép tim/thổi ngạt là 15/2
- Độ sâu của ép tim: 1/3 bề dày của ngực nạn nhân (khoảng 3-4 cm)
- Kỹ thuật ép tim: Có thể chỉ cần dùng 1 tay để ép tim với trẻ nhỏ, miễn là đảm bảo độ sâu của ép tim.

5. ĐỐI VỚI TRẺ SƠ SINH:

Thứ tự áp dụng giống như với người lớn và trẻ em trên 1 tuổi

Chỉ khác những điểm sau:



5.1. Kiểm tra mạch:

- Bằng sờ động mạch cánh tay: Đặt 2 ngón tay vào mặt trong cánh tay và áp nhẹ để sờ động mạch cánh tay như hình 8:



Hình 8: Sờ tìm động mạch cánh tay của trẻ sơ sinh

5.2. Kỹ thuật ép tim:

- Dùng 2 ngón tay (hình 9), hoặc dùng 2 ngón cái của cả hai tay (hình 10). Vị trí ép là giữa ngực trên xương ức và ngay dưới đường nối 2 núm vú



Hình 9: Ép ngực bằng 2 ngón tay



Hình 10: Ép ngực bằng hai ngón cái

- Độ sâu của ép tim là 1/3 bề dày của ngực (khoảng 4 cm)
- Tỷ lệ ép tim/thổi ngạt: như với trẻ em, là 15/2

5.3. Kỹ thuật thổi ngạt:

- Có thể dùng kỹ thuật thổi ngạt miệng – miệng như với trẻ em và người lớn, nhưng tốt hơn nên dùng kỹ thuật thổi ngạt miệng – miệng và mũi, dùng miệng áp vào cả miệng và mũi nạn nhân (hình 11):





Hình 11: Thổi ngạt miệng – miệng và mũi

- Chú ý thổi mạnh vừa phải nhưng phải đủ để ngực nặn nhả lên.

Tài liệu tham khảo:

The 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency.



CẤP CỨU ĐUỐI NƯỚC

Đuối nước là một dạng của ngạt, do hoặc 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.

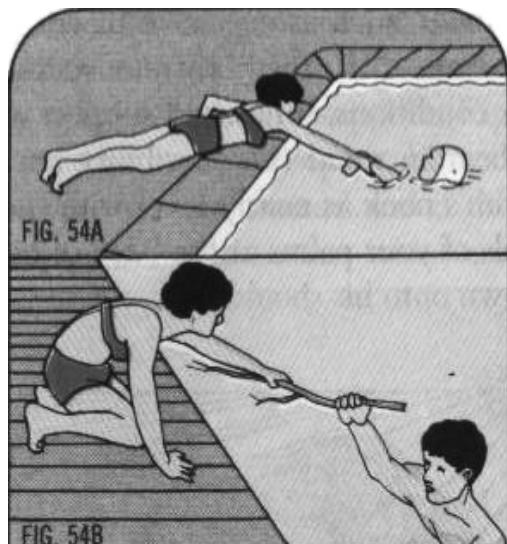
Nguyên tắc cấp cứu là tại chỗ, khẩn trương, đúng phương pháp.

Mục đích cấp cứu là giải phóng đường thở và cung cấp ô xy cho nạn nhân.

Xử trí ban đầu:

- Đưa nạn nhân ra khỏi nước:

- + Nếu nạn nhân còn tỉnh giãy giụa dưới nước, ném cho nạn nhân một cái phao, một khúc gỗ, hoặc một sợi dây để giúp họ lên bờ. Không nên nhảy xuống nước nếu không biết bơi và không được huấn luyện cách đưa người đuối nước còn tỉnh lên bờ.
- + Nếu nạn nhân bất tỉnh dưới nước, chỉ xuống cứu khi người cứu biết bơi. Nếu không thì gọi người hỗ trợ hoặc dùng thuyền nếu có để ra cứu.



- + Sau khi tiếp cận nạn nhân bất tỉnh ở dưới nước, nắm tóc nạn nhân để đầu nạn nhân nhô lên khỏi mặt nước. Tát mạnh 2-3 cái vào má nạn nhân để gây phản xạ hồi tinh và thở lại. Sau đó quàng tay qua nách nạn nhân và lôi vào bờ. Khi chân người đi cứu đã chạm đất, thổi ngạt miệng – miệng ngay.
- + Khi lên bờ, để nạn nhân nằm ưỡn cổ, lấy khăn lau sạch mũi, họng, miệng rồi tiến hành thổi ngạt miệng – miệng. Nếu sờ không thấy có mạch cảnh, tiến hành cấp cứu như trong cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- + Tiến hành hô hấp miệng – miệng và ép tim ngoài lòng ngực theo phác đồ cấp cứu ngừng tuần hoàn cho đến khi kíp cấp cứu đến hoặc khi tim đập trở lại và hoạt động hô hấp trở lại

Chú ý:

- Không nên dốc ngược nạn nhân trước khi cấp cứu.
 - Giữ ấm cho nạn nhân.
 - Chuyển nạn nhân 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.
-

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn điều trị tập 1. Bộ Y tế - Nhà xuất bản Y học 2005
2. American Red Cross – Advanced First Aid and Emergency Care.



CẤP CỨU ĐIỆN GIẬT

Điện giật gây tổn thương trực tiếp lên các cơ quan của cơ thể do tác động của dòng điện, có hoặc không kèm theo chấn thương do ngã.

Các tổn thương của cơ quan bao gồm:

- Tim: ngừng tim, rung thất,...
- Phổi: ngừng thở, phù phổi, tràn máu tràn khí màng phổi,...
- Thần kinh: hôn mê, co giật,...
- Thận: suy thận.
- Da: bỏng da tại chỗ
- Các tổn thương thứ phát do ngã: gãy xương, giập cơ, chấn thương ngực,...

Cấp cứu ban đầu:

Nguyên tắc là cấp cứu tại chỗ, khẩn trương, đúng phương pháp.

- 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.
- Truyền dịch nếu có tụt huyết áp.
- Cấp cứu ngừng tuần hoàn liên tục cho đến khi có hỗ trợ. Nếu nạn nhân có mạch huyết áp ổn định, tự thở thì có thể chuyển tuyến trên.
- Tiếp tục theo dõi mạch, nhịp thở vì bệnh nhân có thể ngừng tuần hoàn trở lại trong khi vận chuyển.

Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn điều trị tập 1. Bộ Y tế - Nhà xuất bản Y học 2005
2. American Red Cross – Advanced First Aid and Emergency Care.



SƠ CỨU BỎNG

Bỏng là một tổn thương gây ra do nhiệt độ cao, do hóa chất hoặc do tia xạ.

Tổn thương do bỏng khác nhau về kích thước, độ sâu. Ngoài tổn thương ngoài da, có thể có tổn thương bỏng tại phổi do hít phải khí nóng, tổn thương toàn thân do hít phải khí độc

1. NGUYÊN NHÂN:

- Do bất cẩn trong khi dùng lửa, lò sưởi, nước nóng, sử dụng các thiết bị điện. Do bất cẩn khi dùng các dung dịch có chứa acid hoặc kiềm mạnh.
- Khi bỏng trên diện tích lớn của cơ thể, gây mất huyết tương và mất thăng bằng dịch và các chất điện giải dẫn tới sốc.

2. PHÂN LOẠI:

2.1. Phân loại theo độ sâu của bỏng:

- Bỏng độ 1:

Là bỏng mức độ nhẹ, biểu hiện là đỏ da, phù nhẹ, và đau.

Nguyên nhân thường do tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, tiếp xúc nhanh với vật nóng hoặc do hơi nóng.

Thường tự lành nhanh chóng sau vài ngày.

- Bỏng độ 2:

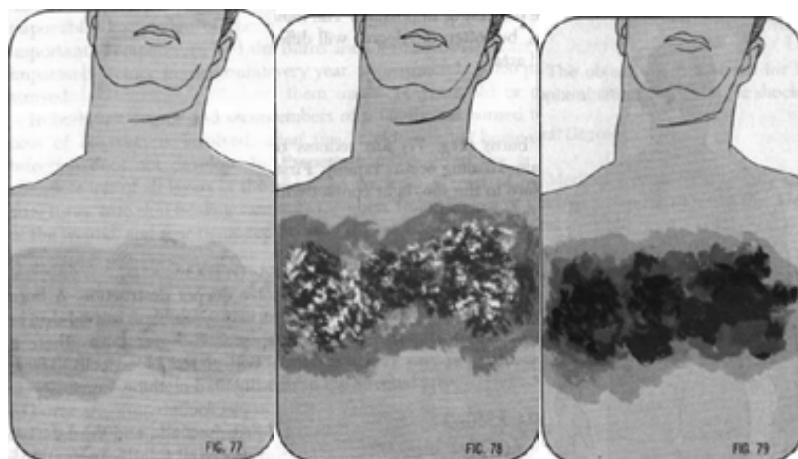
Là bỏng sâu hơn độ 1, biểu hiện bằng sự **phồng rộp** với các bọng nước ở trên mặt da. Thường mức độ đau nhiều hơn là bỏng độ 3.

Nguyên nhân là tiếp xúc quá mức với ánh nắng mặt trời, tiếp xúc với vật nóng,...

- Bỏng độ 3:

Là bỏng gây tổn thương sâu hơn. Vết bỏng thường **trắng hoặc cháy đen**.

Nguyên nhân thường là ngọn lửa trực tiếp hoặc cháy quần áo, nước nóng, hoặc điện giật.



Bỏng độ 1
(Đỏ da)

Bỏng độ 2
(Phồng nước)

BỎNG ĐỘ 3
(Trắng, cháy đen)



2.2. Phân loại theo diện tích bỏng:

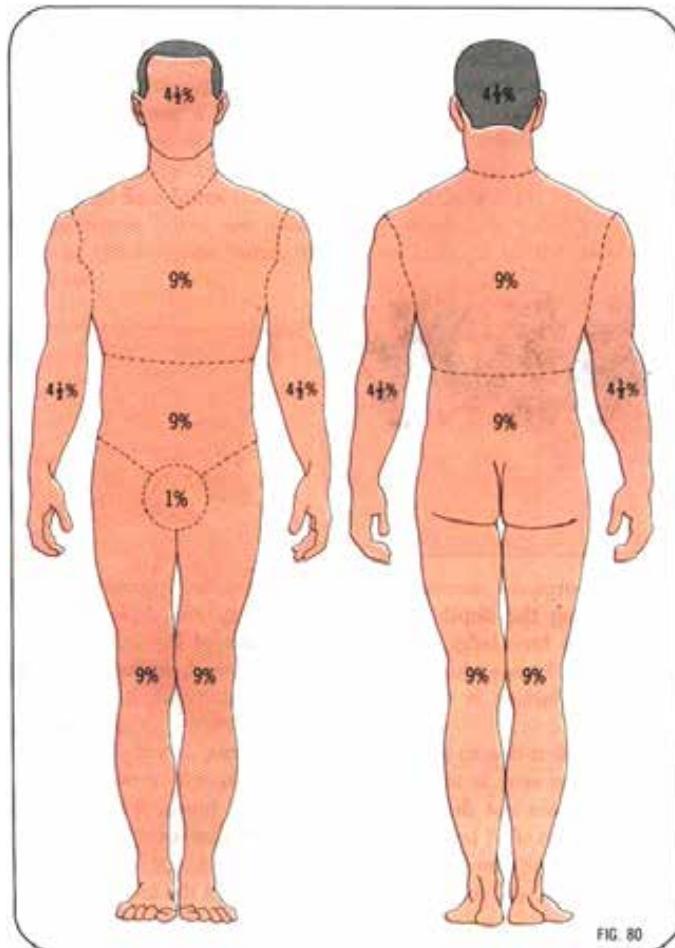
Thường dùng “quy tắc số 9” để ước lượng sơ bộ diện tích bỏng.

Quy tắc số 9 là cách ước lượng đơn giản diện tích da của cơ thể dựa vào bội số của 9% (xem thêm hình dưới)

- Đầu có bội số 1 (chiếm $1 \times 9\%$ diện tích cơ thể)
- Mỗi tay có bội số 1 (hai tay chiếm $2 \times 9\%$ diện tích cơ thể)
- Mỗi chân có bội số 2 (hai chân chiếm $4 \times 9\%$ diện tích cơ thể)
- Phía trước thân có bội số 2 (chiếm $2 \times 9\%$ diện tích cơ thể)
- Phần sau thân có bội số 2 (chiếm $2 \times 9\%$ diện tích cơ thể)

Tổng cộng là $(1 + 2 + 4 + 2 + 2) \times 9\% = 11 \times 9\% = 99\%$, và bộ phận sinh dục 1% nữa cho tổng cộng 100%.

Thường thì bỏng dưới 15% được coi là bỏng diện tích nhỏ, từ 15% đến 39% được coi là bỏng diện tích trung bình, từ 40 đến 69% được coi là bỏng diện tích rộng, và trên 70% là bỏng rất rộng.



Diện tích da của cơ thể dựa theo quy tắc số 9



3. SƠ CỨU BAN ĐẦU:

3.1. Bỏng độ 1:

- Thường không cần chăm sóc y tế, tổn thương thường tự lành sau vài ngày
- Để hạn chế các tổn thương phần mềm do nhiệt gây ra: chườm ngay nước lạnh hoặc nhúng vùng bị bỏng vào nước lạnh hoặc rửa dưới vòi nước lạnh.
- Có thể băng nhẹ chỗ bỏng để tránh cọ xát

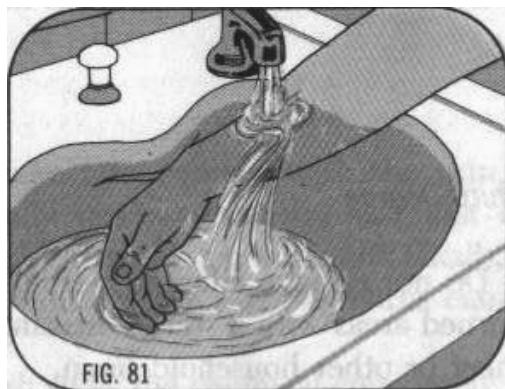


FIG. 81

Rửa vết bỏng dưới vòi nước lạnh

3.2. BỎNG ĐỘ 2 DIỆN TÍCH NHỎ:

- Nhúng phần bị bỏng vào nước lạnh (không dùng nước đá) hoặc áp khăn lạnh.
- Đắp nhẹ lên vết bỏng bằng gạc vô trùng, quần áo sạch
- Nếu chân hoặc tay bị bỏng, nên giữ ở tư thế cao. Phải nằm nghỉ nếu bị bỏng ở chân.
- Không áp bông thấm nước lên vết bỏng
- Không chọc vỡ các mụn bỏng hoặc bóc chỗ da phòng
- Không dùng thuốc sát trùng, mỡ, hoặc thuốc dân gian bôi lên vết bỏng
- Theo dõi sau 4-5 ngày: nếu vết bỏng vỡ ra và có dấu hiệu nhiễm trùng thì chuyển viện, nếu vết bỏng vỡ ra và sạch thì rửa vết bỏng bằng nước sạch rồi lại băng nhẹ, cho đến khi lành.

3.3. BỎNG ĐỘ 2 DIỆN TÍCH TRUNG BÌNH TRỞ LÊN

- Sơ cứu như với bỏng độ 2 diện tích nhỏ rồi chuyển viện.

3.3. BỎNG ĐỘ 3:

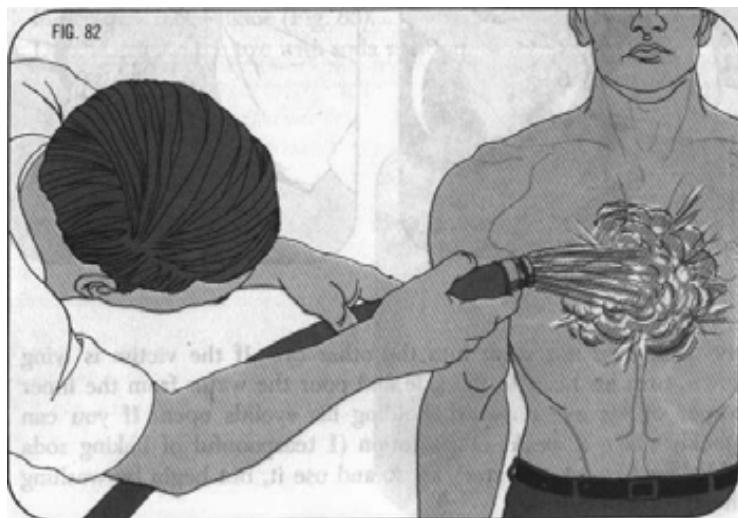
- Đắp nhẹ gạc vô trùng lên vết bỏng.
- Nếu bị ở tay, luôn giữ tay cao hơn tim của nạn nhân (giữ tay thẳng đứng nếu nạn nhân đứng hoặc đặt lên gối nếu nạn nhân nằm).
- Nếu bỏng ở chân, cũng luôn giữ ở tư thế cao, không cho nạn nhân đi lại.



- Nếu bỏng ở mặt, nên giữ nạn nhân ở tư thế ngồi và luôn theo dõi khó thở. Có thể dùng một cái cán thia hoặc vật tương tự đè lên lưỡi nạn nhân cùng với ngừa đầu ra sau để giữ thông đường thở (chú ý nhẹ nhàng tránh gây nôn).
- Nếu nạn nhân tỉnh và không nôn, có thể cho uống ít một dung dịch oresol pha theo công thức chung.
- Vận chuyển đến bệnh viện càng nhanh càng tốt.
- Không lấy các phần dính vào vết bỏng hoặc quần áo cháy ra khỏi vết bỏng.
- Không đắp nước đá lạnh lên các vết bỏng rộng, trừ khi bỏng ở mặt, tay hoặc chân thì có thể áp túi đựng nước đá lên chỗ bỏng.
- Không dùng thuốc sát trùng, mỡ, hoặc thuốc dân gian bôi lên vết bỏng.

3.4. Bỏng hóa chất

- Việc quan trọng nhất phải làm là rửa hóa chất ra khỏi vết bỏng càng nhanh càng tốt. Dùng thật nhiều nước và rửa bằng vòi xối liên tục trong ít nhất 5 phút. Cởi phần quần áo nạn nhân tại vết bỏng.
- Nếu có hướng dẫn xử trí của loại hóa chất liên quan (ví dụ trên nhãn mác của lọ hóa chất), xử trí theo hướng dẫn.
- Sau khi rửa sạch hóa chất gây bỏng, tiếp tục sơ cứu giống như bỏng gây ra bởi nhiệt đã nêu ở phần trên.



Rửa vết bỏng hóa chất bằng vòi xối.

Tài liệu tham khảo:

American Red Cross – Advanced First Aid and Emergency Care.



SƠ CỨU GÃY XƯƠNG

1. PHÂN LOẠI GÃY XƯƠNG:

Có hai loại chính

- Gãy xương kín: là gãy xương nhưng không có vết thương mở ra bên ngoài cơ thể.
- Gãy xương hở: là gãy xương có kèm theo vết thương hở ra ngoài da. Vết thương hở này có thể do ngoại lực tác động vào (ngoại lực gây gãy xương) hoặc do bản thân đầu xương gãy xuyên ra ngoài da. Gãy xương hở có nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

2. TRIỆU CHỨNG:

Nếu nạn nhân tỉnh, có thể hỏi nạn nhân về tư thế, hoàn cảnh xảy ra tai nạn, về tiếng xương gãy khi xảy ra tai nạn.

3. CHẨN ĐOÁN:

Dựa vào 3 triệu chứng và dấu hiệu: ĐAU, MẤT VẬN ĐỘNG VÀ BIẾN DẠNG

- Đau: Chỗ nghi ngờ gãy xương đau, nhất là khi khám chạm vào.
- Mất vận động: Phần cơ thể chỗ nghi ngờ gãy xương không vận động được.
- Biến dạng: So sánh hình dạng và chiều dài của bộ phận có xương nghi ngờ bị gãy với đối diện của cơ thể sẽ thấy có sự khác nhau. Các loại biến dạng có thể là gấp khúc, ngắn xương hoặc xoay quanh trục xương.
- Ngoài ra có thể thấy những thay đổi trên da tại chỗ nghi ngờ gãy xương như sưng tím (lúc đầu có thể chưa rõ, nhưng sau đó sưng lên nhanh chóng), vết thương hở (có thể nhìn thấy đầu xương lòi ra tại chỗ rách da).
- Để chẩn đoán chính xác gãy xương, cần chụp Xquang. Tuy nhiên nếu nghi ngờ gãy xương, thì cần tiến hành sơ cứu ban đầu.

4. NGUYÊN TẮC SƠ CỨU BAN ĐẦU:

4.1. Nguyên tắc chung: Cố định các đầu xương gãy và chống sốc.

4.2. Các bước tiến hành:

- Trước hết cấp cứu các chức năng sống cơ bản: làm thông đường thở, hồi phục hô hấp, cầm máu, giảm đau.
- Với các xương lớn bị gãy nhất là xương đùi, cần cho thuốc giảm đau mạnh để chống sốc: morphin 10mg, một ống tiêm bắp.
- Tránh cử động chỗ xương nghi ngờ bị gãy và các khớp liền kề.
- Đặt nẹp cố định chỗ xương nghi ngờ gãy xương. Sau đó nâng cao chi bị gãy lên để giảm tụ máu và chảy máu.
- Nếu gãy xương hở, cắt hoặc cởi bỏ quần áo chỗ vết thương, cầm máu bằng băng ép vết thương. Không rửa vết thương, không cho ngón tay vào vết thương.
- Vận chuyển người bệnh lên tuyến trên theo phương pháp vận chuyển an toàn sau khi sơ



cứu và cố định xương gãy.

5. SƠ CỨU MỘT SỐ LOẠI GÃY XƯƠNG:

5.1. Xương sọ:

- Nguyên nhân thường do vật cứng đập vào đầu hoặc do ngã cao. Thường kèm theo tổn thương da đầu gây chảy máu nhiều.
- Chẩn đoán: Chẩn đoán dựa vào Xquang, cho nên ở tuyến xã không chẩn đoán chính xác được.
- Sơ cứu: Khi có vết thương đầu:
 - + Cầm máu vết thương bằng gạc sạch áp vừa phải lên vết thương
 - + Tránh động tác làm gập cổ vì có thể có gãy cột sống cổ kèm theo
 - + Không cố làm sạch vết thương sọ vì có thể gây nhiễm trùng hoặc chảy máu nhiều
 - + Nếu có dịch chảy ra từ tai hoặc mũi nạn nhân, không nút tai hoặc mũi, không làm bất cứ gì để ngăn dịch chảy ra.

5.2. Xương vùng mặt:

- Nguyên nhân thường do vật tù đập vào mặt.
- Chẩn đoán: Dựa vào tình trạng biến dạng mặt, khó há miệng, đau nhiều, bầm tím phù nề nặng, chảy máu mũi mồm
- Sơ cứu:
 - + Quan trọng nhất là cầm máu và làm thông đường thở
 - + Nếu nạn nhân tỉnh và không có dấu hiệu của tổn thương cột sống cổ hoặc lưng, để nạn nhân ngồi cúi người về phía trước để máu và dịch có thể chảy ra. Nếu nạn nhân bất tỉnh, để nạn nhân nằm nghiêng hoặc nằm sấp để dẫn dịch hoặc máu chảy ra.

5.3. Cột sống cổ

- Nguyên nhân thường do ngã cao hoặc vật cứng đập vào cột sống
- Chẩn đoán: Tổn thương cột sống biểu hiện từ mức độ nhẹ là chỉ đau, hoặc tê tay chân, cho đến mức độ nặng là liệt tứ chi.
- Sơ cứu:
 - + Nếu nghi ngờ tổn thương cột sống cổ, luôn để đầu nạn nhân thẳng, không gập ra trước hoặc ngửa ra sau hoặc chuyển động sang hai bên.
 - + Không di chuyển nạn nhân cho đến khi cấp cứu hỗ trợ đến.
 - + Nếu buộc phải di chuyển nạn nhân, nên tìm một miếng ván và gọi thêm người hỗ trợ, tiến hành cố định cổ như sau:





Cuộn một khăn nhỏ đặt sau gáy



Cuộn một khăn lớn quanh đầu



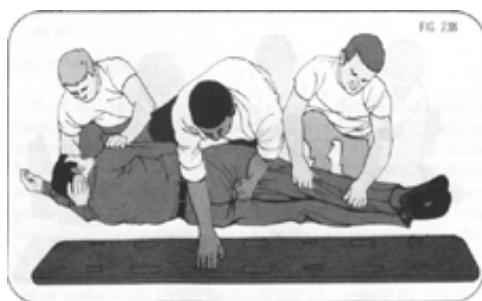
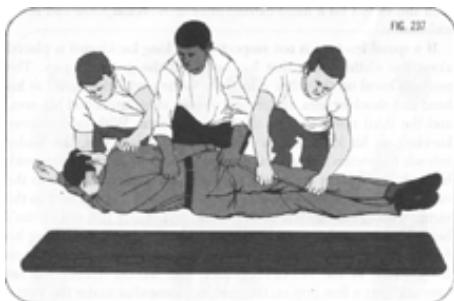
Buộc cố định đầu vào ván

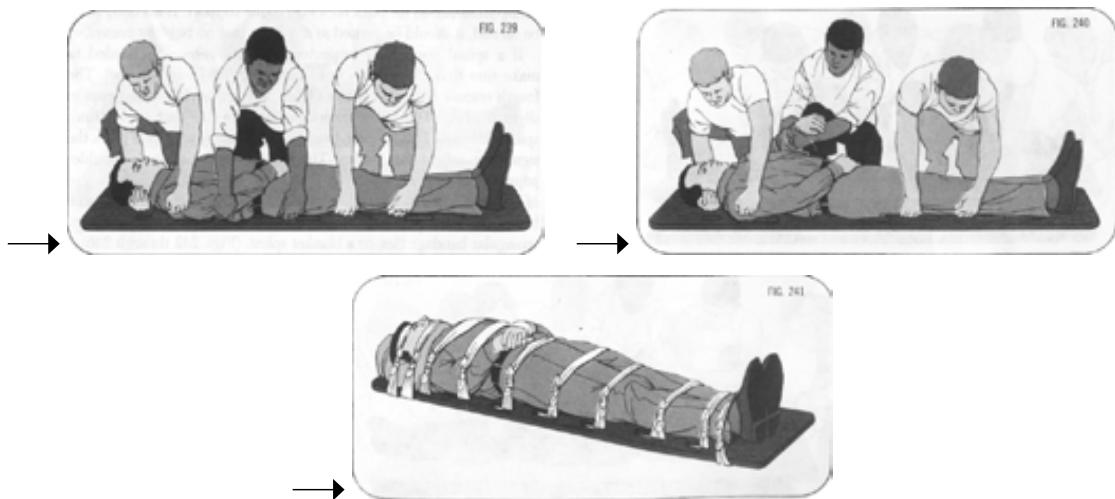


Cố định đầu và thân vào ván cứng

5.4. Cột sống lưng:

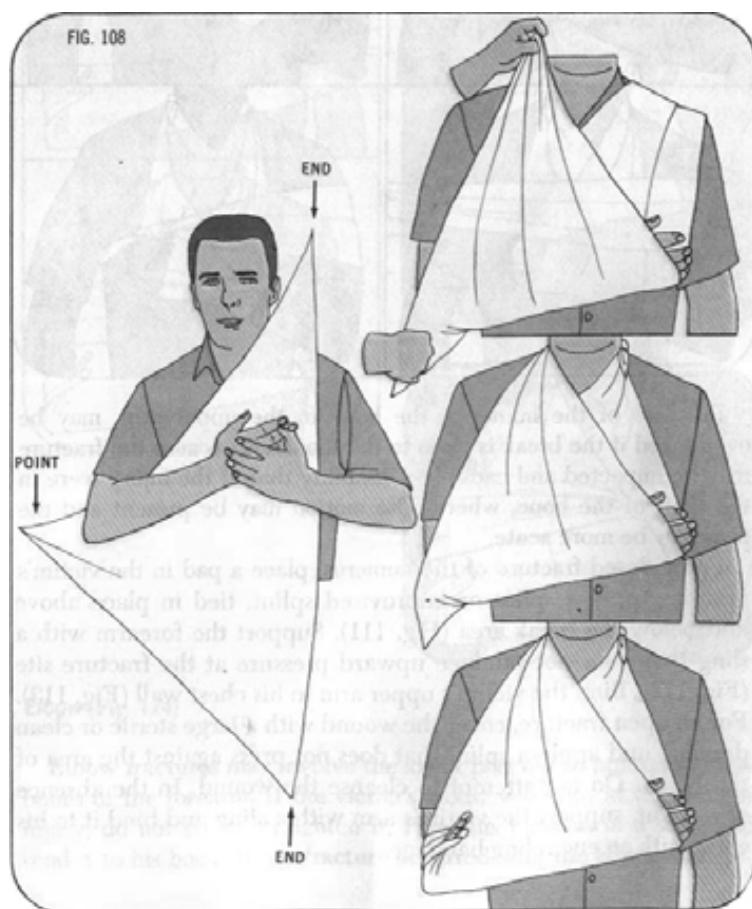
- Nguyên nhân thường do ngã cao hoặc chấn thương trực tiếp vào vùng lưng
- Chẩn đoán: Tổn thương từ nhẹ (đau) đến nặng (liệt 2 chân)
- Sơ cứu:
 - + Để nạn nhân nằm yên tại chỗ, hạn chế vận chuyển nạn nhân cho đến khi có người hỗ trợ.
 - + Nếu buộc phải vận chuyển, tìm một ván cứng (như cánh cửa) luôn vào lưng của nạn nhân và buộc nạn nhân vào để cố định lưng của nạn nhân. Phải có ít nhất 3 người để làm và theo thứ tự trong hình dưới đây:





5.5. Xương đòn:

- Nguyên nhân thường do ngã chống tay
- Chẩn đoán: xương đòn biến dạng, đau
- Sơ cứu: Dùng một khăn tam giác treo cẳng tay lên theo hình sau:

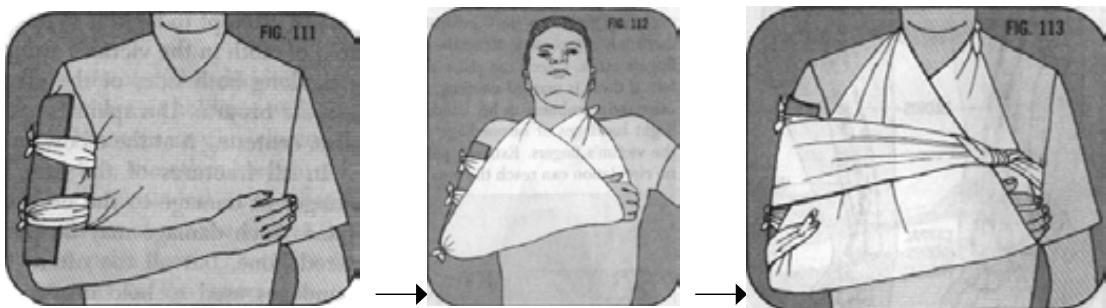


5.6. Xương cánh tay:

- Thường do vật cứng đập vào cánh tay

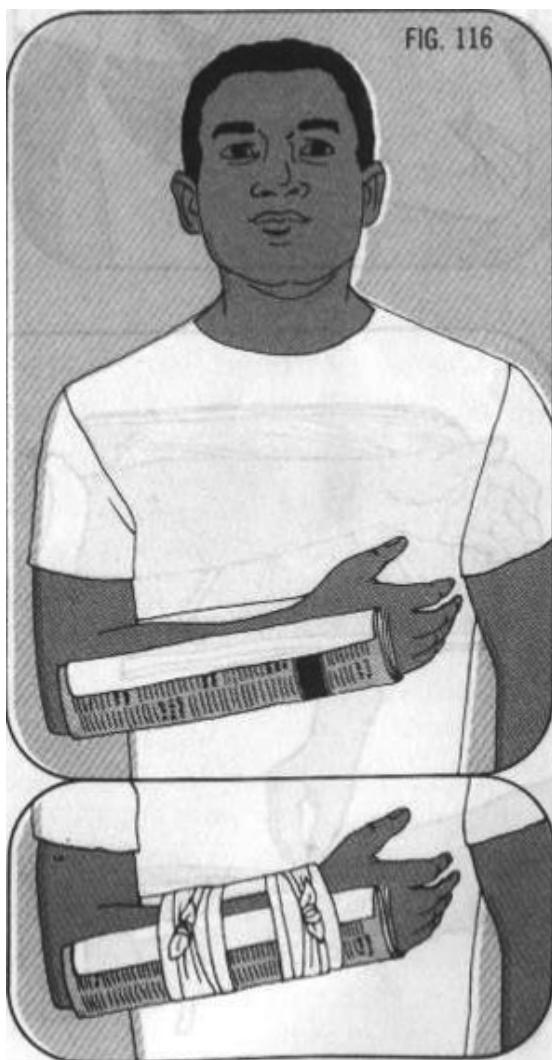


- Chẩn đoán: Sung, đau, biến dạng, mất vận động cánh tay.
- Sơ cứu: Cố định bằng nẹp rồi treo như hình sau:



5.7. Xương cẳng tay:

- Xương quay và xương trụ có thể gãy một hoặc cả hai xương
- Chẩn đoán dựa vào sung, đau, biến dạng và mất vận động cẳng tay
- Sơ cứu: Cố định như hình sau:



5.8. Xương đùi:

- Thường do bị đè ép bởi vật nặng (xe cán qua,...)
- Chẩn đoán: Đau nhiều, biến dạng, mất vận động
- Sơ cứu: Cố định như trong hình sau

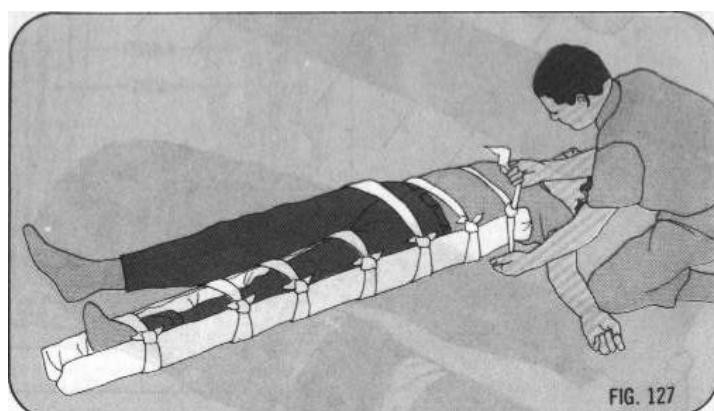


FIG. 127

5.9. Xương cẳng chân:

- Thường do bị đè bởi vật nặng (xe cán qua,...) hoặc bị vật cứng đập vào.
- Chẩn đoán: Sung, đau, biến dạng
- Sơ cứu: Cố định như hình sau

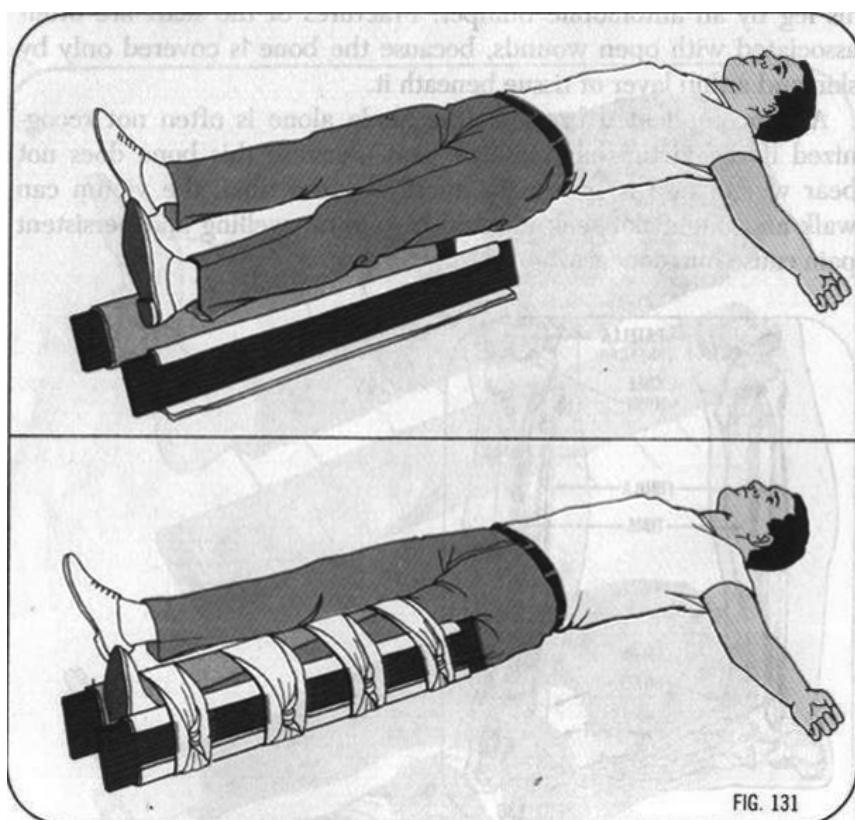
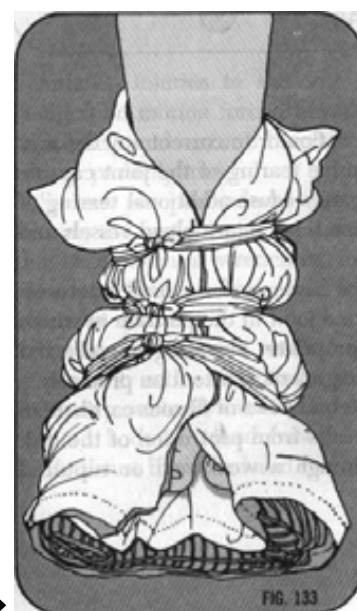
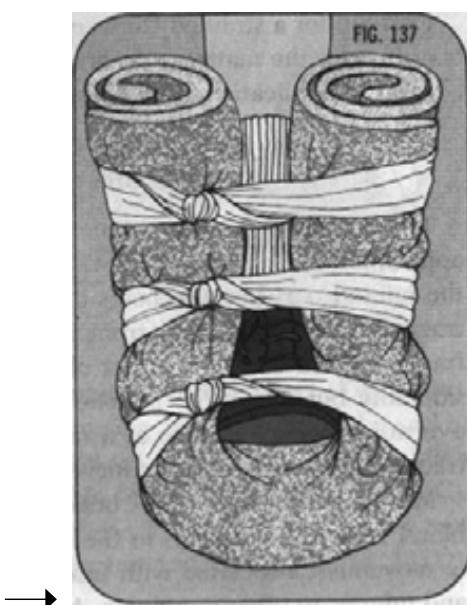
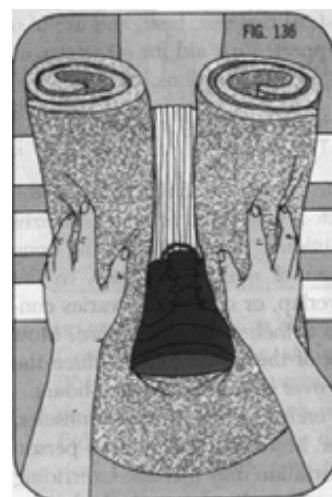
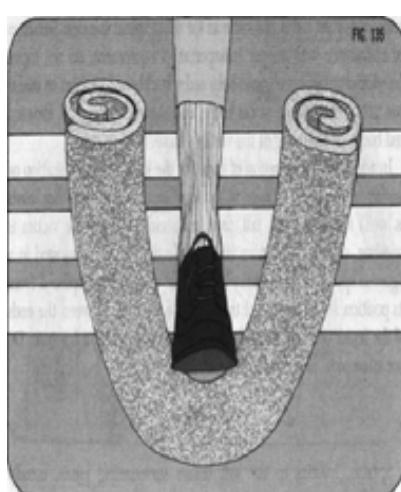


FIG. 131



5.10.Xương bàn chân:

- Thường do bị đè bởi vật nặng (xe cán qua,...) hoặc bị vật cứng đập vào.
- Chẩn đoán: Sưng đau biến dạng bàn chân
- Sơ cứu: Cố định theo hình sau



Tài liệu tham khảo:

American Red Cross – Advanced First Aid and Emergency Care.



PHẦN 2: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH THƯỜNG GẶP

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ CƠN HEN PHẾ QUẢN CẤP Ở NGƯỜI LỚN

1. BỆNH HEN PHẾ QUẢN:

Là tình trạng *viêm mạn tính đường thở*, làm *tăng tính đáp ứng đường thở* (co thắt, phù nề, tăng tiết đờm) *gây tắc nghẽn*, hạn chế luồng khí đường thở, làm xuất hiện các dấu hiệu *khò khè, khó thở, nặng ngực và ho tái diễn nhiều lần*, thường xảy ra ban đêm và sáng sớm, *có thể hồi phục tự nhiên* hoặc do dùng thuốc.

2. CHẨN ĐOÁN:

2.1. Chẩn đoán xác định: Dựa vào 4 yếu tố sau:

- Tiền sử bản thân, gia đình có bệnh dị ứng như chàm, mày đay, viêm mũi dị ứng, hoặc đã được chẩn đoán hen.
- Cơn ho khò khè, khó thở, nặng ngực thường xuất hiện về đêm, tái phát nhiều lần nhất là khi có tiếp xúc với dị nguyên hoặc khi thay đổi thời tiết. Khi dùng thuốc giãn phế quản thì cơn cải thiện hoặc hết cơn.
- Nghe phổi trong cơn khó thở có ran rít ran ngáy.
- Đo lưu lượng đỉnh (PEF) ở những nơi có điều kiện trang bị dụng cụ đo (peak flow meter): PEF tăng bằng hoặc trên 20% so với trước khi dùng thuốc hoặc PEF thay đổi sáng – chiều bằng hoặc trên 20%, gợi ý chẩn đoán hen.

Ngoài ra điều trị thử bằng thuốc kích thích bê ta 2 và corticoid dạng hít có kết quả (lâm sàng đỡ khó thở, phổi bớt hoắt hết ran, PEF cải thiện) cũng là một chứng cứ để chẩn đoán hen.

2.2. Chẩn đoán phân biệt:

- Con hen tim: Tiền sử có bệnh tim, tiền sử có khó thở khi gắng sức (khác với khó thở do hen phế quản thường liên quan tới thời tiết, các yếu tố dị ứng), nghe phổi có ran ẩm thêm vào ran rít ran ngáy, đo huyết áp thường cao nhiều. Nếu chưa phân biệt được chắc chắn, khi xử trí nên dùng thuốc kích thích bê ta đường xịt hoặc khí dung, tránh dùng đường uống.
- Tràn khí màng phổi: Không có tiền sử khó thở, nghe phổi không có ran rít ran ngáy, có hội chứng tràn khí ở một bên phổi.
- Đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính: Tiền sử khó thở liên tục chứ không thành cơn, khó thở thường không bắt đầu từ nhỏ và thường nam giới nghiện thuốc lá nặng.
- Viêm tiêu phế quản cấp: Thường kèm theo sốt, ho khạc đờm (hen phế quản ho thường là ho khan).
- Dị vật đường hô hấp: ho sắc sụa, tím tái, khó thở.

3. XỬ TRÍ CƠN HEN CẤP TẠI TUYẾN XÃ:

Có 3 bước cần làm:

- Đánh giá mức độ nặng của cơn hen;
- Xử trí ban đầu; và



- Đánh giá kết quả xử trí và hướng tiếp theo.

3.1. Đánh giá mức độ nặng của cơn hen: theo bảng sau

Dấu hiệu	Cơn nhẹ	Cơn trung bình	Cơn nặng
Khó thở	Nhẹ (nằm được)	Vừa (tăng khi nằm)	Nhiều (không nằm được)
Nói	Bình thường	Từng câu	Từng từ
Tần số thở	Chậm	Chậm	>30 lần/ph
Co kéo lõm ức	Ít	Ít	Nhiều
Ran rít	Ít (cuối kỳ thở ra)	Nhiều	Nhiều
Tần số tim	<100	100-120	>120
Xử trí ban đầu	Kích thích bê ta 2 dạng hít, có thể lặp lại 3 giờ/lần	Kích thích bê ta 2 dạng hít và cân nhắc corticoid	Kích thích bê ta 2 dạng hít và thêm corticoid

3.2. Xử trí ban đầu

3.2.1. Cơ sở thuốc cần có:

- Thuốc kích thích bê ta 2: Ở tuyến xã nên dùng salbutamol (Ventolin) dạng xịt hoặc dạng khí dung, salbutamol viên uống 4mg.
- Prednisolon viên 5mg, mazipredone (Depersolon) ống tiêm 30mg và methylprednisolone ống tiêm 40mg (Tất cả đều có trong Danh mục thuốc dành cho tuyến xã).

3.2.2. Phác đồ xử trí:

- Salbutamol: Là thuốc đầu tay
- + Salbutamol dạng xịt: xịt họng 2 nhát liên tiếp (xịt khi bệnh nhân hít vào). Sau 20 phút nếu chưa đỡ, xịt thêm 2 – 4 nhát nữa. Trong vòng 1 giờ đầu có thể xịt thêm 2-3 lần nữa (mỗi lần 2-4 nhát).
- + Ở nơi có máy khí dung, có thể làm khí dung Ventolin 5mg thay cho thuốc dạng xịt.
- + Nếu không có thuốc dạng xịt, dùng dạng uống: Salbutamol 4mg uống 1 viên, sau 2 giờ có thể uống viên thứ 2 (liều trung bình 4 viên/ngày chia 4 lần)
- Corticoid: Nếu dùng thuốc giãn phế quản tình trạng khó thở vẫn không đỡ, hoặc với cơn hen nặng, dùng thêm corticoid đường toàn thân:
 - + Mazipredone (Depersolon) 30 mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch, hoặc
 - + Methylprednisolone (Solu-Medrol) 40 mg x 1 -2 ống tiêm tĩnh mạch.
 - + Lưu ý: Khi dùng aminophylline (Diaphyllin) tiêm tĩnh mạch để điều trị cơn hen phế quản, cần chú ý:
 - Chỉ dùng khi không có thuốc kích thích bê ta 2.
 - Tiêm chậm trong ít nhất 5 phút



- Không dùng khi bệnh nhân đã dùng theophylline đường uống trước đó
- + Không cần dùng kháng sinh cho bệnh nhân hen, nếu không có nhiễm trùng phổi hợp (biểu hiện bằng sốt, ho có đờm đục...)

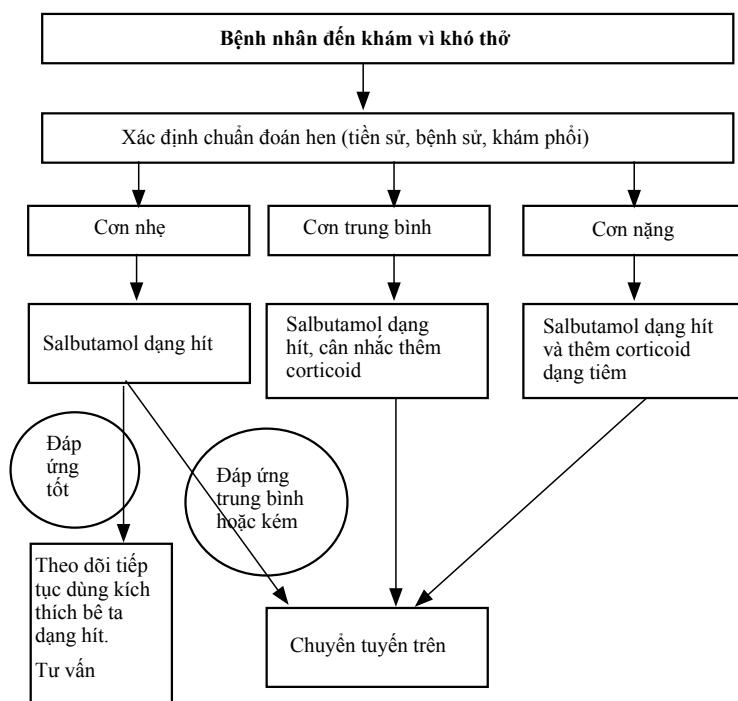
3.3. Hướng giải quyết tiếp:

Bảng đánh giá đáp ứng điều trị ban đầu cơn hen ở tuyến xã:

Tốt	Trung bình	Kém
Hết các triệu chứng sau khi dùng thuốc kích thích bê ta và hiệu quả kéo dài trong 4 giờ	Triệu chứng giảm nhưng xuất hiện trở lại <3 giờ sau khi dùng thuốc kích thích bê ta 2 ban đầu	Triệu chứng tồn tại dai dẳng hoặc nặng lên mặc dù đã dùng thuốc kích thích bê ta 2
Xử trí tiếp Dùng thuốc kích thích bê ta 2 cứ 3-4 giờ/lần trong 1-2 ngày Tư vấn bác sĩ chuyên khoa để được theo dõi.	Xử trí tiếp Thêm corticoid viên Tiếp tục dùng thuốc kích thích bê ta 2 Chuyển viện	Xử trí tiếp Thêm corticoid viên hoặc tiêm, truyền Khí dung thuốc kích thích bê ta 2 và gọi xe cấp cứu chuyển viện.

Lưu ý: Nếu là cơn hen nặng, nên chuyển viện ngay sau khi dùng thuốc xử trí ban đầu, không chờ đánh giá đáp ứng điều trị.

Lược đồ tóm tắt xử trí cơn hen cấp ở tuyến xã:



Tài liệu tham khảo:

1. Hướng dẫn điều trị tập 1 Bộ Y tế, Nhà xuất bản Y học 2005.
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen người lớn. Bộ Y tế - 2009.



CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

1. KHÁI NIỆM VÀ NGUYÊN NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP:

- Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu (huyết áp tối đa) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (huyết áp tối thiểu) ≥ 90 mmHg.
- Tăng huyết áp thường không xác định được nguyên nhân (chỉ 10% là tìm được nguyên nhân). Các nguyên nhân là do bệnh thận (viêm cầu thận, hẹp động mạch thận, sỏi thận,...), bệnh nội tiết (hội chứng Cushing, u tuyến thượng thận, hội chứng chuyển hóa,...), và một số nguyên nhân khác (nhiễm độc thai nghén, hẹp eo động mạch chủ, dùng dài ngày một số thuốc gây tăng huyết áp như corticoid, thuốc tránh thai, thuốc chống trầm cảm...).

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH, BIỂN CHỨNG:

Đối với tăng huyết áp, ngoài việc xác định con số huyết áp để chẩn đoán bệnh, cần tìm các yếu tố nguy cơ tim mạch và các biến chứng để xác định chiến lược điều trị toàn diện và lâu dài.

2.1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch:

- Tuổi cao (nam > 55 , nữ > 65 tuổi)
- Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (nam trước 55, nữ trước 65 tuổi)
- Thừa cân hoặc béo phì, béo bụng
- Hút thuốc lá, thuốc lào
- Uống nhiều rượu, bia
- Ít hoạt động thể lực
- Stress và căng thẳng tâm lý
- Chế độ ăn quá nhiều muối (yếu tố nguy cơ với tăng huyết áp)
- Đái tháo đường
- Rối loạn lipid máu
- Có microalbumin niệu hoặc mức lọc cầu thận ước tính < 60 ml/phút.

2.2. Các biến chứng hoặc tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp:

- Đột quy, tai biến mạch máu não (nhũn não, xuất huyết não), sa sút trí tuệ.
- Phì đại thất trái (trên điện tim hay siêu âm tim), suy tim.
- Nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực.
- Bệnh mạch máu ngoại vi, hẹp động mạch cảnh.
- Xuất huyết võng mạc, phù gai thị.
- Protein niệu, tăng creatinin huyết thanh, suy thận.



3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Chẩn đoán xác định:

3.1.1. Dựa vào con số huyết áp. Tuy nhiên việc đo huyết áp cần được thực hiện đúng theo quy trình sau:

- Bệnh nhân được nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5-10 phút trước khi đo.
- Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trước khi đo 2 giờ
- Tư thế đo chuẩn: bệnh nhân ngồi ghế tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang với mức tim. Ngoài ra có thể đo ở các tư thế nằm, đứng.
- Sử dụng huyết áp kế thủy ngân, huyết áp kế đồng hồ hoặc huyết áp kế điện tử (loại đo ở cánh tay). Chiều dài bao đo tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, chiều rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quần bao đo đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu tay 2 cm. Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc mức 0 của thang đo ngang với mức tim.
- Nếu không dùng máy đo tự động, trước khi đo phải xác định vị trí của động mạch cánh tay để đặt ống nghe. Bơm hơi thêm 30 mmHg sau khi không còn thấy mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2-3 mmHg/nhiệt đập. Huyết áp tâm thu tương ứng với lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên và huyết áp tâm trương tương ứng với khi mất hồn tiếng đập.
- Không nói chuyện khi đang đo huyết áp.
- Lần đo đầu tiên, cần đo huyết áp ở cả hai cánh tay, tay nào có con số huyết áp lớn hơn sẽ dùng để theo dõi huyết áp về sau.
- Nên đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa hai lần đo chênh nhau trên 10 mmHg, cần đo lại một vài lần sau khi đã nghỉ trên 5 phút. Giá trị huyết áp nhận là trung bình cộng của hai lần đo cuối cùng.
- Trường hợp nghỉ ngòi, có thể theo dõi huyết áp bằng máy đo tự động tại nhà hoặc bằng máy đo tự động 24 giờ (Holter huyết áp).

3.1.2. Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp thay đổi tùy từng cách đo huyết áp:

	Huyết áp tâm thu	Huyết áp tâm trương
1. Cán bộ y tế đo theo đúng quy trình	≥ 140 mmHg	≥ 90 mmHg
2. Đo bằng máy đo HA Holter 24 giờ	≥ 130 mmHg	≥ 80 mmHg
3. Tự đo tại nhà (<i>đo nhiều lần</i>)	≥ 135 mmHg	và/hoặc ≥ 85 mmHg

3.2. Phân độ tăng huyết áp:

Tăng huyết áp được phân độ như sau:

Phân độ Huyết áp	Huyết áp tâm thu (mmHg)	Huyết áp tâm trương (mmHg)
Huyết áp tối ưu	< 120	và < 80
Huyết áp bình thường	120 – 129	và/hoặc 80 – 84



Tiền Tăng Huyết áp	130 – 139	và/hoặc	85 – 89
Tăng Huyết áp độ 1	140 – 159	và/hoặc	90 – 99
Tăng Huyết áp độ 2	160 – 179	và/hoặc	100 – 109
Tăng Huyết áp độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
Tăng Huyết áp Tâm thu Đơn độc	≥ 140	và	< 90

Cả hai con số đều có giá trị để đánh giá mức độ nặng nhẹ của bệnh.
Nếu hai con số tâm thu và tâm trương ở hai độ khác nhau, thì lấy số ở độ cao hơn để phân loại. Thí dụ huyết áp 170/95 mmHg được xếp loại tăng huyết áp độ 2.

3.3. Phân tầng nguy cơ tim mạch:

Dựa vào phân độ tăng huyết áp, số lượng các yếu tố nguy cơ tim mạch và biến cố tim mạch, người ta phân tầng nguy cơ tim mạch như sau để có chiến lược quản lý, theo dõi và điều trị lâu dài:

PHÂN TẦNG NGUY CO Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

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 tồn thương cơ quan đích hoặc dài 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 bệnh thận mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Nguyên tắc chung:

- Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài, phối hợp giữa thay đổi lối sống và điều trị thuốc.



- Mục tiêu điều trị là đạt huyết áp mục tiêu và giảm tối đa nguy cơ tim mạch
- Huyết áp mục tiêu cần đạt là <140/90 mmHg và càng gần huyết áp tối ưu càng tốt nếu bệnh nhân vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch cao và rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt là <130/80 mmHg. Khi đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.
- Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích.

4.2. Thay đổi lối sống:

Gồm 5 điểm chính sau:

- Bỏ thuốc lá, thuốc láo.
- Chống thừa cân: ăn uống vừa phải, không ăn nhiều mỡ, tránh đồ ăn nhanh, theo dõi cân nặng thường xuyên để duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI) từ 18,5 đến 22,9 kg/m².
- Tăng vận động thể lực: Những môn thể dục thể thao phù hợp với người tăng huyết áp là đi bộ, đạp xe, chạy, bơi, bóng bàn, cầu lông (không thi đấu)... nên tập đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày. Các môn tập tạ, lặn dưới nước, leo núi không nên tập.
- Giảm uống rượu, bia: Bệnh nhân nên được khuyên uống rượu vừa phải: không quá 2 cốc chuẩn/ngày với nam và không quá 1 cốc chuẩn/ngày với nữ (1 cốc chuẩn chứa 10g ethanol tương đương 330 ml bia hoặc 120 ml rượu vang hoặc 30 ml rượu mạnh)
- Chế độ ăn giảm muối: chỉ nên ăn dưới 6g muối/ngày (tương đương dưới 1 thia cà phê muối/ngày). Nếu không tính chính xác được lượng muối ăn vào, nên giảm một nửa lượng muối thường dùng khi nấu và không chấm thêm muối mắm khi ăn. Tránh ăn các thức ăn chế biến sẵn, các thực phẩm chứa nhiều muối như cà muối, dưa muối...

4.3. Điều trị thuốc:

- Chọn thuốc khởi đầu:
 - Tăng huyết áp độ 1: Có thể lựa chọn một thuốc trong các nhóm: Lợi tiểu thiazide liều thấp, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, chẹn kênh can xi loại tác dụng chậm, chẹn bêta giao cảm (nếu không có chống chỉ định).
 - Tăng huyết áp độ 2 trở lên: Nên phối hợp hai thuốc trong các nhóm trên.
- Từng bước phối hợp các thuốc trong các nhóm cơ bản, bắt đầu từ liều thấp như lợi tiểu thiazide (hydrochlorothiazide 12,5mg/ngày), chẹn kênh calci dạng tác dụng chậm (nifedipine retard 10-20mg/ngày), ức chế men chuyển (enalapril 5mg/ngày, perindopril 2,5-5mg/ngày...). Không phối hợp 2 thuốc trong cùng một nhóm.
- Có thể dùng phác đồ lựa chọn thuốc dựa theo tuổi bệnh nhân:
 - Bệnh nhân trên 55 tuổi, bắt đầu bằng thuốc ức chế can xi
 - Bệnh nhân dưới 55 tuổi, bắt đầu bằng thuốc ức chế men chuyển
 - Khi phải dùng 2 thuốc: bệnh nhân đang dùng ức chế can xi thì thêm thuốc ức chế men chuyển, bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế men chuyển thì thêm thuốc ức chế can xi.
- Khuyên bệnh nhân uống thuốc đúng, đủ và đều, đồng thời theo dõi, khám lại và phát hiện sớm các biến chứng và phản ứng phụ của thuốc.
- Nếu chưa đạt huyết áp mục tiêu, chỉnh liều tối ưu hoặc bổ sung thêm một loại thuốc khác cho đến khi đạt huyết áp mục tiêu.
- Nếu vẫn không đạt huyết áp mục tiêu hoặc có biến chứng, chuyển tuyến trên.



4.4. Chiến lược điều trị tăng huyết áp theo độ tăng huyết áp và nguy cơ tim mạch:

ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP DỰA TRÊN PHÂN TẦNG NGUY CƠ

Bệnh cảnh	Huyết áp Bình thường	Huyết áp Bình thường cao	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 ≥ 110mmhg mmhg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào khác	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 YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNC TM) khác	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC	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 YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay
Có ≥ 3 YTNC TM khác hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tồn thương cơ quan đích.	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC * Cân nhắc điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC * Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống, Kiểm soát YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay
Có bệnh tiểu đường	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC * Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC * Điều trị thuốc	Dùng thuốc hạ áp ngay
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc bệnh thận mạn tính	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay	Tích cực thay đổi lối sống. Kiểm soát YTNC * Dùng thuốc hạ áp ngay

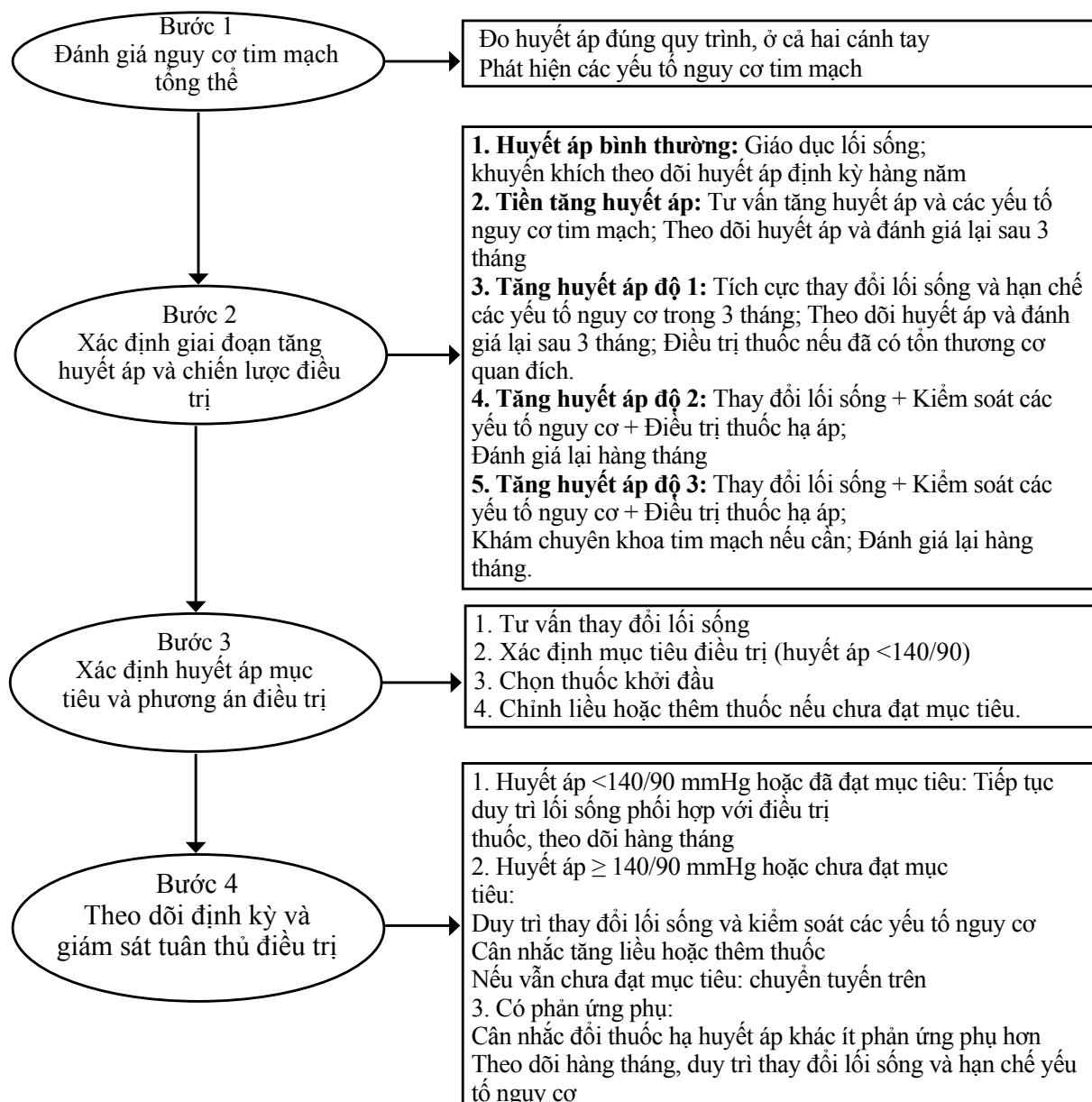
4.5.Các lý do chuyển tuyến trên:

- Tăng huyết áp tiến triển: Tăng huyết áp có biến chứng (như tai biến mạch máu não, suy tim) hoặc khi có các biến chứng tim mạch.
- Nghi ngờ tăng huyết áp thứ phát hoặc tăng huyết áp người trẻ hoặc khi cần đánh giá tồn thương cơ quan đích.
- Tăng huyết áp kháng trị (không đạt huyết áp mục tiêu mặc dù đã dùng phối hợp trên 3 loại thuốc trong đó có lợi tiểu) hoặc không dung nạp thuốc hoặc có bệnh phổi hợp.
- Tăng huyết áp ở phụ nữ có thai hoặc một số trường hợp đặc biệt khác.

5. XỬ TRÍ CẤP CỨU TĂNG HUYẾT ÁP:

Khi đo huyết áp cao ở độ 3 trở lên (trên 180/110), xử trí bằng thuốc captopril (capoten) 5-10mg hoặc nifedipine (adalat) 25mg ngậm 1 viên. Sau 1 giờ đo lại huyết áp nếu chưa xuống dưới 160/90 mmHg, có thể ngậm thêm 1 viên nữa. Vận chuyển bệnh nhân an toàn khi huyết áp dưới 160/90 và không có triệu chứng.





Tài liệu tham khảo:

- Hội tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học 2008.
- 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension
- (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension 2003, Vol 21 No 11; 1983-1992.
- Hướng dẫn điều trị - Bộ Y tế - Nhà xuất bản Y học - 2005. Tập 1.
- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp - Bộ Y tế 2010.
- Tài liệu hướng dẫn đào tạo cán bộ chăm sóc sức khỏe ban đầu về phòng chống một số bệnh không lây nhiễm. Bộ Y tế. Nhà xuất bản Y học 2006.



QUẢN LÝ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. ĐỊNH NGHĨA.

Đái tháo đường là một bệnh mạn tính, có những đặc điểm sau:

- Tăng glucose máu
- Kết hợp với những bất thường về chuyển hóa carbonhydrat, lipid và protein
- Bệnh luôn gắn liền với xu hướng phát triển các bệnh về thận, đáy mắt, thần kinh và tim mạch.

2. PHÂN LOẠI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

Đái tháo đường có thể phân ra thể bệnh theo cơ chế bệnh sinh là thiếu insulin tuyệt đối hoặc tương đối như sau:

- Đái tháo đường type 1: Tế bào bê ta của tuyến tụy bị phá hủy do nguyên nhân tự miễn hoặc không rõ nguyên nhân, gây nên thiếu insulin tuyệt đối.
- Đái tháo đường type 2: Do tế bào của cơ thể kháng với insulin, dẫn đến thiếu insulin tương đối (tức là insulin vẫn tiết ra với số lượng bình thường nhưng thiếu so với đòi hỏi của cơ thể).
- Đái tháo đường thai kỳ: Tình trạng rối loạn đường huyết ở bất kỳ mức độ nào được phát hiện lần đầu tiên trong thời kỳ mang thai.
- Các thể đặc biệt khác: do thuốc hoặc hóa chất, bệnh nội tiết, do bất thường về gen,...

Đái tháo đường type 2 là loại phổ biến nhất (chiếm 90-95%) trong các thể bệnh đái tháo đường. Tài liệu này chỉ dành cho đái tháo đường type 2.

3. VAI TRÒ CỦA Y TẾ TUYẾN XÃ ĐỐI VỚI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

Theo chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm của Bộ Y tế, thì nhân viên y tế tuyến cơ sở (tuyến xã) có 4 vai trò sau đây trong phòng chống bệnh đái tháo đường:

- Thực hiện phòng bệnh cho cộng đồng thông qua giáo dục thay đổi hành vi nguy cơ.
- Xác định những người có nguy cơ mắc bệnh và tác động để loại bỏ các yếu tố nguy cơ đó.
- Sàng lọc, chẩn đoán sớm đái tháo đường, tiền đái tháo đường chuyển tuyến trên để chẩn đoán và điều trị kịp thời.
- Quản lý, theo dõi người bệnh đã được điều trị ổn định ở tuyến trên.

3.1. Xác định yếu tố nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường để phòng bệnh.

- Xác định thừa cân, béo phì: Tính chỉ số BMI (Chỉ số khối cơ thể).

BMI = Cân nặng (tính bằng kilogam) chia cho bình phương của chiều cao (tính bằng mét).

Ví dụ: Một người cao 1m60 có cân nặng 65kg có $BMI = 65/1,6^2 = 65/2,56 = 25,4$

Xếp loại thể trạng cơ thể dựa theo BMI (Tiêu chuẩn người châu Á – IDF 2005)



Thể trạng	BMI
Gầy	< 18,5
Bình thường	18,5 – 22,9
Thừa cân	23 – 24,9
Béo độ 1	25 – 29,9
Béo độ 2	≥30

- Yếu tố nguy cơ mắc bệnh Đái tháo đường.
 - + BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$
 - + Tuổi ≥ 45
 - + Huyết áp trên 130/85 mmhg
 - + Trong gia đình có người đái tháo đường ở thế hệ cận kề (Bố, mẹ, anh, chị em ruột, con ruột bị mắc bệnh đái tháo đường typ 2).
 - + Phụ nữ mắc hội chứng buồng trứng đa nang hoặc có tiền sử thai sản đặc biệt (đái tháo đường thai kỳ, tiền đái tháo đường, sinh con to - nặng trên 3600 gam, sảy thai tự nhiên, thai chết lưu).
 - + Tiền sử được chẩn đoán mắc Hội chứng chuyển hóa, tiền đái tháo đường (Suy giảm đường huyết lúc đói, rối loạn dung nạp đường).
 - + Rối loạn Lipid máu.
 - + Ít hoạt động thể lực
 - + Uống nhiều rượu, hút thuốc lá

3.2. Phát hiện, chẩn đoán sớm người mắc đái tháo đường trong cộng đồng:

3.2.1. Phát hiện người có yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường.

- Sử dụng bảng tự đánh giá mức độ nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường typ 2.
- Phát hiện người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường typ 2 (Mục 3.1). Những người này thực hiện xét nghiệm đường huyết nhanh hoặc thực hiện nghiệm pháp tăng đường huyết bằng đường uống để phát hiện sớm đái tháo đường.
- Người có biểu hiện của bệnh, đó là “ĂN NHIỀU, UỐNG NHIỀU, ĐÁI NHIỀU VÀ GÂY NHANH”. Tuy nhiên cũng cần lưu ý có thể bệnh nhân chỉ có một trong các triệu chứng thôi, như gầy sút nhanh, hoặc hay khát nước, ...hoặc có người nhận thấy nước tiểu có ruồi bâu, kiến đậu.
- Người không có triệu chứng nêu trên nhưng có thể có biểu hiện của các biến chứng: hay có mụn nhọt, hay tê chân tay, viêm lợi, viêm âm đạo dai dẳng, mờ mắt sớm trước 50 tuổi,...

3.2.2. Chẩn đoán đái tháo đường

- Cách duy nhất chuẩn đoán đái tháo đường là làm xét nghiệm đường máu. Ở tuyến xã, có



thể đo đường máu bằng máy đo đường huyết nhanh.

- Bệnh nhân được đo đường huyết buổi sáng, lúc đói khi chưa ăn.
- Kết quả nếu đường huyết ≥ 7 mmol/L thì là đái tháo đường, nên chuyển tuyến trên khẩn định chẩn đoán và hướng điều trị.
- Nếu kết quả từ 6,1 – 6,9 mmol/L, có thể là tình trạng tiền đái tháo đường. Khi đó ta có thể làm nghiệm pháp tăng đường huyết đường uống (cho bệnh nhân uống 75 g đường glucose, sau 2 giờ đo đường huyết), nếu kết quả $\geq 7,8$ mmol/L thì bệnh nhân được coi là có tình trạng tiền đái tháo đường hoặc đường huyết $\geq 11,1$ mmol/L là đái tháo đường và cũng cần chuyển lên tuyến trên để xác định chẩn đoán và hướng điều trị.
- Nên làm 2 lần vào 2 ngày khác nhau để cho kết quả chắc chắn.

4. QUẢN LÝ, THEO DÕI NGƯỜI BỆNH ĐÃ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ỔN ĐỊNH Ở TUYẾN TRÊN:

4.1. Hướng dẫn chế độ ăn uống và sinh hoạt cho bệnh nhân:

- Nên ăn nhiều rau, quả và ngũ cốc nguyên hạt. Nên giảm bớt tinh bột, các thức ăn có nguồn gốc động vật và thay thế bằng các thức ăn có nguồn gốc thực vật như các loại đậu, lạc, ...
- Nên kiêng các thức ăn cung cấp đường nhanh (là các thức ăn có vị ngọt như bánh kẹo, trái cây ngọt như mít, xoài, dứa). Có thể dùng các chất ngọt (đường hóa học) thay thế đường thông thường như sacharin.
- Cần chú ý làm giảm cân nếu có béo phì hoặc thừa cân bằng chế độ ăn giảm calo. Ở người không thừa cân hoặc béo phì, không nên ăn kiêng thái quá.
- Bệnh nhân dù ăn kiêng để giảm cân nhưng vẫn phải đảm bảo các vitamin, nhất vitamin nhóm B.
- Nên tăng cường tập luyện thể lực (đi bộ, chạy, bơi). Tăng cường vận động trong sinh hoạt hàng ngày như đi bộ, tránh dùng xe máy khi không thật cần thiết,...
- Giữ vệ sinh sạch sẽ để phòng nhiễm trùng: vệ sinh cơ thể và điều trị ngay các xâm xát tay chân, vệ sinh răng miệng,...
- Sinh hoạt điều độ, tránh rượu, bỏ thuốc lá.

4.2. Dùng thuốc:

Thuốc được dùng ở tuyến xã theo danh mục thông tư 31 của bộ Y tế là metformin, gliclazide, glibenclamide. Insulin không được dùng ở tuyến xã, nên khi dùng thuốc uống không đạt yêu cầu thì chuyển tuyến trên.

Metformin:

- Là thuốc nền tăng điều trị đái tháo đường, nên dùng bắt đầu điều trị và luôn dùng phối hợp nếu cần thêm thuốc khác.
- Thuốc không gây hạ đường huyết
- Phản ứng phụ hay gặp là ỉa chảy



- Dùng bắt đầu bằng liều 500mg/ngày, tăng liều từ từ để tránh phản ứng phụ, và không tăng lên quá 2000mg/ngày.

Gliclazide và glibenclamide:

- Gliclazide viên 80mg, ngày uống 2 – 4 viên, tùy vào đường huyết
- Glibenclamide viên 5mg, ngày uống 2 – 4 viên, tùy vào đường huyết
- Nên bắt đầu bằng liều thấp rồi tăng dần để đạt đường huyết $< 7 \text{ mmol/L}$.
- Dùng phối hợp với metformin khi metformin đơn độc không đạt đường huyết mục tiêu hoặc có thể dùng đơn độc khi metformin không dung nạp hoặc bị chống chỉ định.
- Thuốc có thể gây hạ đường huyết
- Thuốc uống trước các bữa ăn để tránh hạ đường huyết

4.3. Phát hiện các biến chứng để chuyển lên tuyến trên kịp thời:

- Khát nước tăng lên, đái nhiều lần (đường huyết cao)
- Ý thức chậm chạp hoặc hôn mê (hôn mê tăng đường huyết)
- Vã mồ hôi, run chân tay (cơn hạ đường huyết): xử lý cơn hạ đường huyết rồi mới chuyển.
- Đau bụng, nôn, buồn nôn (tăng đường huyết)
- Tê chân tay (biến chứng thần kinh)
- Loét chân (biến chứng loét chân)
- Ho kéo dài (lao)
- Sốt kéo dài (nhiễm trùng)
- Đau chân khi đi lại (viêm tắc tĩnh mạch, viêm tắc động mạch chân)
- Phù (biến chứng thận)

4.4. Hướng dẫn bệnh nhân phát hiện và tự xử lý biến chứng hạ đường huyết:

- Biểu hiện hạ đường huyết là vã mồ hôi, đói lả, run tay, nếu nặng có thể hôn mê. Thường xảy ra khi bệnh nhân uống quá liều thuốc, hoặc bỏ bữa ăn trong khi vẫn uống thuốc.
- Khi có biểu hiện này, người bệnh nên uống ngay một cốc nước có đường (10 – 15 gam đường) hoặc ăn một thứ đồ ngọt (bánh, kẹo, quả chuối, ...) hoặc một cốc nước trái cây ngọt.
- Sau khi hết triệu chứng nên đi khám để điều chỉnh lại liều thuốc
- Để tránh biến chứng hạ đường huyết, bệnh nhân nên ăn đúng giờ (không bỏ bữa) và uống thuốc đai tháo đường trước bữa ăn.

4.5. Nhận định kết quả khi đo đường huyết cho bệnh nhân đái tháo đường và xử lý:

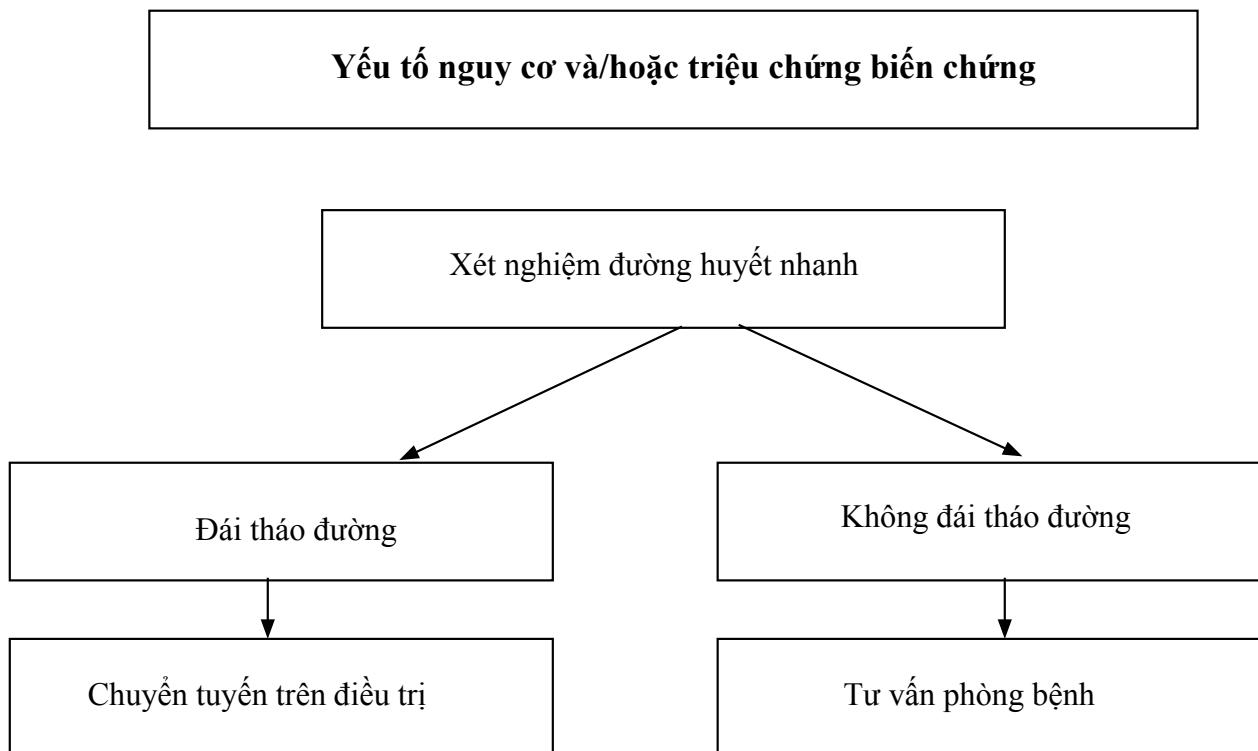
- Đường huyết từ 4 - 6,9 mmol/L: đạt yêu cầu, tiếp tục điều trị như hiện tại
- Đường huyết từ 7 – 12 mmol/L: Chưa đạt yêu cầu, tăng liều thuốc điều trị, phối hợp với chế độ ăn và tăng hoạt động thể lực.
- Đường huyết trên 13 mmol/L, chuyển tuyến trên.



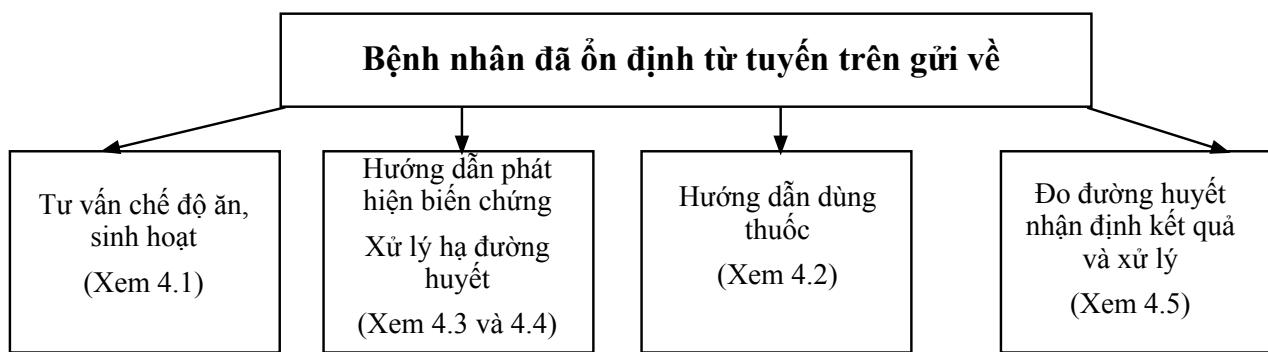
- Đường huyết dưới 3,9 mmol/L, xử lý hạ đường huyết bằng cách cho bệnh nhân uống một cốc nước có đường (10 – 15 gam đường), theo dõi các triệu chứng hạ đường huyết, đo lại sau 1 giờ. Nếu đường huyết vẫn chưa lên, tiếp tục uống nước có đường cho đến khi đường huyết lên trên 4 mmol/L rồi chuyển tuyến để theo dõi và chỉnh liều thuốc.
- Đường huyết dưới 3 mmol/L thì phải tiêm truyền tĩnh mạch ngay khoảng 50 – 100 ml dung dịch Glucose 30% sau đó duy trì bằng dung dịch Glucose 5% đo lại đường huyết trên 4 mmol/L rồi chuyển tuyến để theo dõi và chỉnh liều thuốc.

5. PHÁC ĐỒ THỰC HÀNH QUẢN LÝ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở TUYẾN XÃ

5.1. Phát hiện và chẩn đoán sớm:



5.2. Quản lý bệnh nhân từ tuyến trên gửi về



Tài liệu tham khảo:

1. Phòng chống một số bệnh không lây nhiễm. Bộ Y tế - Chương trình phòng chống một số bệnh không lây nhiễm. Tài liệu hướng dẫn đào tạo cán bộ chăm sóc sức khỏe ban đầu.
2. Bộ Y tế. Thông tư số 31/2011/TT-BYT ngày 11/7/2011 ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc chủ yếu sử dụng tại các cơ sở KBCB được quỹ BHYT thanh toán.
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2 – Bộ Y tế



PHẦN 3. CHẨN ĐOÁN MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LIÊN QUAN ĐẾN CÁC BỆNH LÂY NHIỄM, KHÔNG LÂY NHIỄM

SỐT

Sốt là khi thân nhiệt cơ thể tăng lên trên 37độ C khi cắp ở nách, trên 37độ 5 khi cắp ở miệng, hậu môn.

Phân biệt sốt do nhiễm khuẩn hay không do nhiễm khuẩn (do virus, do bệnh hệ thống, do ung thư,...) cần được đặt ra để chỉ định kháng sinh cho đúng. Nếu có nhiễm khuẩn, tại tuyến xã có thể điều trị được những nhiễm khuẩn thông thường.

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Không có triệu chứng khác Khám không có gì bất thường: - Xuất hiện dưới 5 ngày, thường có đau mỏi toàn thân. Có thể có ho khan sổ mũi, hắt hơi, nhức đầu. Ngoài cơn sốt bệnh nhân sinh hoạt tương đối bình thường.	Sốt virus	Paracetamol 10mg/kg cân nặng/lần x 4-6 lần/ngày. Chườm mát, uống nhiều nước, theo dõi nếu sốt kéo dài quá 5 ngày -> chuyển hoặc dùng kháng sinh (xem dưới)
- Kéo dài trên 7 ngày:	Có thể sốt do nhiễm khuẩn	Kháng sinh amoxicillin 0,5g, 3 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày, hoặc cefalexin 0,5g, 2 viên x 2 lần/ngày; có hoặc không kèm doxycycline 100mg, 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày Sau 3 ngày đánh giá lại, nếu không đỡ thì chuyển
Có rét, từng cơn hàng ngày kiểu sốt rét Ở vùng có sốt rét	Sốt rét	Theo phác đồ quốc gia về bệnh sốt rét
Có rét run phải đắp chăn	Nhiễm khuẩn	Chuyển tuyến
Đau đầu - Kèm nôn và gáy cứng:	Viêm màng não	Chuyển tuyến



- Không nôn, gáy mềm	Sốt virus (xem thêm dấu hiệu và triệu chứng của sốt virus)	Xử lý như sốt virus
- Có rối loạn ý thức	Viêm não	Chuyển tuyến
Có châm xuất huyết dưới da	Sốt xuất huyết	Chuyển tuyến
Sốt nhẹ kéo dài trên 3 tuần	Lao, bệnh hệ thống, hoặc bệnh lý ác tính	Chuyển tuyến
Kèm theo ho có đờm đục, khám phổi có thể có ran nổ hoặc ran rít ngay rải rác hai bên	Viêm phế quản cấp	Kháng sinh amoxicillin 500mg, 2 viên x 3 lần/ngày x 7 ngày; hoặc Augmentin (amoxicillin phối hợp clavulanate K) 625mg, 1 viên x 3 lần/ngày x 7 ngày; hoặc clarithromycin 500mg, 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.
Kèm các triệu chứng viêm tại chỗ: - Đau họng, khám có họng đỏ, và/hoặc amidan sưng có mủ.	Viêm họng, viêm amidan cấp mủ	Kháng sinh amoxicillin hoặc Augmentin, hoặc cefalexin, liều lượng như trong viêm phế quản cấp.
- Đau răng lợi	Viêm quanh răng, viêm lợi	Kháng sinh spiramycin 1,5 triệu đơn vị x 3 lần/ngày x 7 ngày; nếu không đỡ thì chuyển
- Đau bụng	Xem phần đau bụng	Xử lý theo phần đau bụng
- Đau ngực	Các tổn thương viêm ở phổi.	Chuyển tuyến



- Đái buốt, rắt	Nhiễm khuẩn tiết niệu	Kháng sinh sulfamethoxazole và trimethoprim (Biseptol) 480mg, 2 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày hoặc ciprofloxacin 500mg 1 viên x 2 lần/ngày x 7 ngày.
- Kèm tiêu chảy	Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa	Xem bài tiêu chảy

Lưu ý chung:

- Nếu chẩn đoán là sốt virus (sốt dưới 5 ngày, không có nhiễm trùng ở đâu), các yếu tố sau gợi ý chuyển viện sớm: sốt cao liên tục uống thuốc hạ sốt không đỡ, mạch nhanh trên 120 lần/phút ngoài cơn sốt, li bì, không ăn uống được.
- Sau khi dùng kháng sinh, theo dõi nếu không hết sốt sau 3 ngày thì chuyển. Liều lượng kháng sinh ở trên là liều thường dùng cho người lớn $\geq 50\text{kg}$ cân nặng.
- Nên cho bệnh nhân uống nhiều nước (có thể dùng dung dịch oresol). Truyền dịch để bù nước nếu bệnh nhân không uống được.

Tài liệu tham khảo:

1. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010
2. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project



ĐAU BỤNG

Đau bụng là một trong những triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất ở phòng khám bệnh. Nguyên nhân rất đa dạng, từ những nguyên nhân đơn giản lành tính tới những bệnh nặng đe dọa tính mạng.

Ở đây đưa ra hướng chẩn đoán sơ bộ một số nguyên nhân chính của đau bụng dựa trên các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng cơ bản, nhằm sàng lọc sơ bộ bệnh nhân tại tuyến xã.

1. ĐAU BỤNG TRÊN RƠN:

Nghĩ đến:

- Loét dạ dày – tá tràng
- Viêm tụy cấp
- Sỏi túi mật
- Áp xe gan
- Nhồi máu cơ tim.

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Đau dữ dội, liên tục Nôn Bí trung đại tiện Bụng chướng, không có dấu hiệu rắn bò	Viêm tụy cấp	Chuyển tuyến
Đau lèch sang dưới sườn phải, liên tục Có thể vàng da Có thể sốt	Sỏi mật	Chuyển tuyến
Đau âm ỉ, từng đợt vài ngày Có thể có ợ chua Ăn vào có thể bớt đau Bụng không chướng	Loét dạ dày – tá tràng	Omeprazol 20mg x 2 viên/ngày kèm theo amoxicillin 500mg x 4 viên/ngày và clarithromycin 500mg x 2 viên/ngày, trong 7-10 ngày.
Đau âm ỉ liên tục dưới sườn phải, kèm theo sốt. Khám gan to, đau, Đau nhiều	Áp xe gan	Chuyển tuyến



<p>Tim nhanh >100/phút hoặc chậm <60/phút</p> <p>Huyết áp cao hoặc có tiền sử huyết áp cao; hoặc huyết áp tụt</p> <p>Khó thở, hốt hoảng, da tái, vã mồ hôi.</p> <p>Phổi có thể có ran âm.</p>	<p>Nhồi máu cơ tim</p>	<p>Chuyển tuyến</p>
---	------------------------	---------------------

2. ĐAU BỤNG QUANH RỘN:

Nghĩ đến:

- Viêm ruột thừa cấp giai đoạn sớm
- Tắc ruột
- Rối loạn tiêu hóa
- Hội chứng ruột kích thích

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Đau quặn từng cơn, kèm ỉa lỏng nhiều lần, có thể nôn Liên quan đến ăn thức ăn lạ hoặc thức ăn không đảm bảo vệ sinh Người cùng ăn có thể cũng bị triệu chứng tương tự Bụng mềm, không chướng Có thể có sốt	Rối loạn tiêu hóa Nếu có sốt có thể ỉa chảy nhiễm khuẩn	Buscopan (hyoscin-N-butylbromide) 10mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch. Nếu có sốt: Biseptol 0,48g x 4 viên/ngày x 5 ngày hoặc ciprofloxacin 0,5g x 2 viên/ngày x 3 ngày
Đau từng cơn dữ dội Bí trung đại tiện, có thể nôn Có vết mổ cũ ở bụng Bụng chướng, có thể có dấu hiệu rắn bò	Tắc ruột	Chuyển tuyến
Kèm theo sốt Xuất hiện cấp tính (dưới 24 giờ) Theo dõi có xu hướng khu trú dần ở hố chậu phải	Viêm ruột thừa cấp giai đoạn sớm	Chuyển tuyến



Dau kéo dài từng đợt vài năm, kèm theo hoặc ỉa chảy và/hoặc táo bón Đau quặn và đi ngoài xong thì đỡ đau Không ảnh hưởng nhiều đến toàn trạng (không sụt cân, không có dấu hiệu của thiếu máu)	Hội chứng ruột kích thích, nhưng chưa loại trừ viêm loét đại tràng hoặc pô lít đại tràng.	Chuyển tuyến
--	---	--------------

3. ĐAU BỤNG DƯỚI RỘN:

Nghĩ đến

- Bí đái do phì đại tiền liệt tuyến
- Viêm bàng quang.
- Viêm phần phụ ở phụ nữ
- Rối loạn tiêu hóa (có hoặc không có nhiễm khuẩn)
- Táo bón
- Ung thư đại tràng

Sơ bộ chẩn đoán

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Bí đái Sờ thấy cầu bàng quang	Phì đại tiền liệt tuyến	Thông bàng quang rồi chuyên tuyến
Kèm đái buốt, đái dắt hoặc đái máu	Viêm bàng quang	Kháng sinh như điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu.
Tiền sử viêm phần phụ Đau hạ vị có thể cả hố chậu 1 hoặc 2 bên Có thể có sót Âm đạo có khí hư đục Thăm âm đạo chạm vào cổ tử cung đau.	Viêm phần phụ	Điều trị viêm phần phụ theo phác đồ phụ khoa.
Kèm theo táo bón	Táo bón	Sorbitol uống ngày 2 – 3 gói, nếu đi ngoài được và hết đau thì tư vấn chế độ ăn và sinh hoạt chống táo bón.
Kèm theo ỉa chảy	Rối loạn tiêu hóa	Xem phần rối loạn tiêu hóa (đau bụng quanh rốn)



Đau bụng kéo dài không rõ quy luật, kèm rối loạn phân (ia lồng và/hoặc táo bón), sụt cân	Ung thư đại tràng	Chuyển tuyến
--	-------------------	--------------

4. ĐAU BỤNG HỐ CHẬU:

Nghĩ đến:

- Viêm ruột thừa (nếu đau bên phải)
- Sỏi niệu quản
- Viêm phần phụ
- U nang buồng trứng
- Chửa ngoài tử cung vỡ

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Đau bên phải, liên tục, xuất hiện trong vòng 24 giờ Trước đó có thê đau quanh rốn rồi mới khu trú ở hố chậu phải Kèm theo sốt nhẹ, nôn Khám hố chậu phải ấn đau	Viêm ruột thừa cấp	Chuyển tuyến
Đau một hoặc cả 2 bên, có thê đau cả dưới rốn, kèm theo các triệu chứng và dấu hiệu của viêm phần phụ (xem phần đau dưới rốn)	Viêm phần phụ	Điều trị kháng sinh theo phác đồ phụ khoa
Đau 1 bên, kèm theo chậm kinh và/hoặc có ra máu âm đạo bất thường) Thử thai nhanh bằng test nước tiểu dương tính	Thai ngoài tử cung	Chuyển tuyến
Đau một bên âm i có lúc trội lên từng cơn ở phụ nữ Không sốt Khám có thê sờ thấy u	U nang buồng trứng	Chuyển tuyến



Đau 1 bên dữ dội từng cơn lan xuống bẹn, bộ phận sinh dục Kèm đái buốt, đái dắt, có thể đái máu	Sỏi niệu quản	Chuyển tuyến
--	---------------	--------------

Chú ý chung:

- Khi khám, ngoài khám bụng cần chú ý thêm đến các dấu hiệu toàn thân (sốt, mạch nhanh, mạch chậm, huyết áp bất thường, da xanh, niêm mạc nhợt, phù, khó thở, dấu hiệu mất nước, vàng da, gày sút trên 5 kg, ...). Những dấu hiệu này gợi ý nên chuyển viện vì thường là do những nguyên nhân phức tạp.
- Phụ nữ trong tuổi sinh đẻ, luôn chú ý khả năng thai ngoài tử cung và cho thử thai.
- Khi khám bụng, cần lưu ý xem có dấu hiệu của bụng ngoại khoa (bụng cứng, phản ứng thành bụng) là những dấu hiệu của viêm phúc mạc, nên chuyển.
- Khi khám bụng thấy khối u ở bất kỳ vị trí nào cũng chuyển viện để tìm nguyên nhân.
- Các trường hợp điều trị tại chỗ (kháng sinh, thuốc chống co thắt cơ trơn, nhuận tràng,...) đều cần được đánh giá kết quả và dặn bệnh nhân khám lại khi dùng thuốc không đỡ.

Tài liệu tham khảo

1. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project
2. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010



ĐAU ĐẦU

Đau đầu là một triệu chứng thường gặp ở phòng khám. Tuy nhiên chỉ có dưới 1% đau đầu là do các bệnh lý nguy hiểm.

Nguyên tắc chung là:

- Những đau đầu có các cơn giống nhau trong nhiều năm thường không có nguyên nhân thực thể.
- Cần chú ý những đau đầu mới xuất hiện hoặc các cơn trước đây thay đổi tính chất đau.

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Có chấn thương đầu: - Nếu có liệt, nôn, ý thức kém dần	Máu tụ trong não hoặc ngoài màng cứng	Chuyển tuyến
- Nếu không có các biểu hiện trên	Chấn động não	Paracetamol 10mg/kg cân nặng/lần, 4-6 lần/ngày. Theo dõi nếu có các biểu hiện nôn, liệt, ý thức kém dần thì chuyển
Xuất hiện đột ngột, tăng dần, kèm theo nôn và có cỗ cứng	Xuất huyết dưới màng nhện não, hoặc xuất huyết não – màng não	Chuyển tuyến
Kèm sốt, ý thức xấu dần	Viêm não	Chuyển tuyến
Có cỗ cứng, nôn, sốt	Viêm màng não	Chuyển tuyến
Có tăng huyết áp	Tăng huyết áp	Xem bài tăng huyết áp
Đau nửa đầu, từng cơn trong nhiều năm, có thể kèm nôn trong cơn	Đau đầu migraine	Diclofenac 50mg 1 viên x 3 lần/ngày lúc no. Theo dõi nếu không đỡ thì chuyển
Đau đầu kèm ý thức kém dần, có triệu chứng thần kinh khu trú (yếu liệt chi)	U não, tai biến mạch não	Chuyển tuyến
Đau vùng hốc mắt 1 bên, mới xuất hiện, kèm mắt bên đó đỏ và giãn đồng tử, giảm thị lực.	Thiên đầu thống	Chuyển tuyến
Kèm nôn, da đỏ, sốt, sau làm việc ngoài nắng nóng	Say nắng	Chườm mát, oresol. Nếu không đỡ sau 1 giờ thì chuyển.



Tài liệu tham khảo:

1. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010
2. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project



TIÊU CHẨY

Tiêu chảy là đi ngoài phân lỏng trên 3 lần/ ngày.

Ở người lớn, các nguyên nhân có thể là:

- Nhiễm khuẩn do ăn uống
- Rối loạn tiêu hóa do thức ăn
- Lý amip
- Lý trực khuẩn
- Tả
- Hội chứng ruột kích thích
- U đại tràng

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Liên quan đến ăn uống Có đau bụng quặn từng cơn quanh rốn và/hoặc dưới rốn - Không có sốt	Rối loạn tiêu hóa do thức ăn	Oresol, Diosmectite (Smecta) nếu đi ỉa quá nhiều lần làm bệnh nhân mệt
- Có sốt	Nhiễm khuẩn do ăn uống	Biseptol 0,48g, 2 viên x 2 lần/ngày, hoặc ciprofloxacin 500mg, 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày
Phân có máu ít, nhày, lượng phân ít Đau bụng quặn cơn	Lý amip	Metronidazole 250mg, 2 viên x 2 lần/ngày x 5-7 ngày
Phân nước lỗn máu, lượng phân nhiều Đau bụng quặn, có sốt	Lý trực khuẩn	Ciprofloxacin 500mg, 1 viên x 2 lần/ngày x 3 ngày
Rất nhiều lần, phân toàn nước như nước cháo loãng, không đau bụng, không sốt Khám có dấu hiệu mất nước rõ (mắt trũng, da nhăn, khát nước, chân tay lạnh, có thể tới mức tụt huyết áp, vô niệu)	Tả	Oresol nếu còn uống được Truyền lactat ringer tốc độ nhanh, rồi chuyển



Xảy ra nhiều năm, từng đợt Không có biểu hiện xấu đi về toàn trạng	Hội chứng ruột kích thích (xem thêm bài đau bụng)	Chuyển tuyến
Xảy vài tháng, kèm sút cân, thiểu máu	U đại tràng	Chuyển tuyến
Tiêu chảy kéo dài quá 3 tháng	Nhiều nguyên nhân phức tạp (như dùng nhiều kháng sinh hội chứng ruột kích thích...)	Chuyển tuyến

Lưu ý:

- Nếu chẩn đoán là tả, phải bù dịch càng nhanh càng tốt (có thể cần dùng tới 2 đường truyền tĩnh mạch).
 - Luôn dặn bệnh nhân khám lại nếu điều trị không đỡ.
-

Tài liệu tham khảo:

1. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010
2. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project



ĐAU LUNG

Nghĩ đến:

- Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng
- Giãn dây chằng vùng lưng do chấn thương
- Sỏi thận
- Viêm cột sống dính khớp
- Thoái hóa cột sống thắt lưng
- Các nguyên nhân ít gặp như nhiễm khuẩn cạnh cột sống, ung thư cột sống, viêm màng nhện tủy,...

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Đau nhiều sau khi bê vật nặng hoặc chấn thương	Giãn dây chằng vùng lưng	Paracetamol 10mg/kg cân nặng x 4-6 lần/ngày, trong 7-10 ngày, và Diclofenac 50mg, 1 viên x 3 lần/ngày, trong 7-10 ngày, và Tolperisone (Mydocalm) 50mg, 2 viên x 2 lần/ngày, trong 7-10 ngày Nghỉ ngơi
Đau lan xuống bẹn hoặc bộ phận sinh dục, từng cơn.	Sỏi tiết niệu	Chuyển tuyến
Đau 1 bên chân, nhất là khi cúi xuống Khám có dấu hiệu Lasegue - Nếu có mất cảm giác hoặc teo cơ bên đau; đau quá 6 tháng	Thoát vị đĩa đệm mạn tính	Chuyển tuyến
- Nếu đau dưới 6 tháng, không có teo cơ	Thoát vị đĩa đệm cấp tính	Diclofenac 50mg, 1 viên x 3 lần/ngày
Người già, đau nhiều lần	Thoái hóa cột sống	Paracetamol 10mg/kg/lần x 4-6 lần/ngày và/hoặc Diclofenac 50mg, 1 viên x 3 lần/ngày



Ở thanh thiếu niên, nam Động tác cúi hạn chế (nghiệm pháp tay đất >6cm)	Viêm cột sống dính khớp	Chuyển tuyến
---	-------------------------	--------------

Tài liệu tham khảo:

1. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010
2. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project



ĐAU KHỚP

Có thể chia làm 2 nhóm:

Đau cấp tính:

- Gout
- Chấn thương khớp
- Nhiễm khuẩn khớp do tạp khuẩn hoặc lao khớp

Đau mạn tính:

- Viêm khớp dạng thấp
- Thấp khớp cấp
- Thoái hóa khớp

Sơ bộ chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
ĐAU CẤP TÍNH: - Nam giới, đau ngón chân cái, có sưng nóng đỏ Đau nhiều nhất là về ban đêm, thường không đi lại được Tiền sử nghiện rượu	Bệnh gout	Chuyển tuyến
- Đau sau chấn thương, không có biểu hiện gây xương	Chấn thương khớp (giãn dây chằng, bong gân)	Nghỉ ngơi, hạn chế vận động Paracetamol 10mg/kg cân nặng x 4-6 lần/ngày và/hoặc Diclofenac 50mg, 1 viên x 3 lần/ngày.
- Sưng nóng đỏ đau 1 khớp, có thể có sốt	Nhiễm khuẩn khớp tại chỗ do tạp khuẩn hoặc do lao	Chuyển tuyến
ĐAU MẠN TÍNH: - Sưng nóng đỏ đau các khớp nhỡ, có tính chất di chuyển Ở tuổi thiêu niên Không đau khớp nhỏ và lớn	Thấp khớp cấp	Chuyển tuyến



<p>- Đau nhiều khớp (khớp bàn ngón và khớp ngón gần tay chân, khớp gối) Đau đối xứng cả 2 bên Cứng khớp buổi sáng Ở phụ nữ tuổi trung niên</p>	<p>Viêm khớp dạng thấp</p>	<p>Chuyên tuyến</p>
<p>- Đau khớp, chủ yếu khớp gối cả 2 bên, không sưng nóng đỏ Đau tăng khi đi lại Ở người già, thường là nữ</p>	<p>Thoái khớp</p>	<p>Paracetamol 10mg/kg cân nặng/lần x 4-6 lần/ngày, và/hoặc Diclofenac 50mg, 1 viên x 3 lần/ngày Tư vấn chế độ tập luyện.</p>

Tài liệu tham khảo:

1. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010
2. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project



CHÓNG MẶT

Chóng mặt là cảm giác mọi vật xung quanh quay tròn kèm theo mất thăng bằng và định hướng. Tuy nhiên chóng mặt cũng được mô tả là một cảm giác chênh choáng, mất thăng bằng mà không rõ biểu hiện quay tròn của các vật xung quanh.

Cần hỏi bệnh nhân xem họ cảm thấy chính xác là thế nào để diễn tả sự “chóng mặt”, từ đó chia ra các nhóm sau để có hướng chẩn đoán và xử lý:

1. CẢM GIÁC XỈU, CHÊNH CHOÁNG NHƯ SẮP NGẤT

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Huyết áp thấp <90/50mmHg Xảy ra từng cơn	Huyết áp thấp	Uống orerol Nghỉ ngơi, nằm đầu thấp
Mạch không đều hoặc nhanh>120 lần/ph Huyết áp thấp	Loạn nhịp tim	Chuyển tuyến
Dấu hiệu thiếu máu (da xanh, niêm mạc nhợt)	Thiếu máu	Chuyển tuyến

2. CẢM GIÁC QUAY (NHÀ CỦA, VẬT XUNG QUANH QUAY TRÒN)

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Có một trong các biểu hiện sau: Liệt khu trú Đau đầu nhiều hoặc đau gáy Tăng huyết áp	Chóng mặt do nguyên nhân tại não	Chuyển tuyến



Không có các biểu hiện trên	Chóng mặt do rối loạn tiền đình	Dùng một hoặc phối hợp các thuốc chữa rối loạn tiền đình: acetyl-dl-leucine (Tanganil) 500mg, 2 viên x 2 lần/ngày, flunarizine (Sibelium) 5 mg, 2 viên trước khi đi ngủ, metoclopramide (Primperan) 10mg, 2 viên x 2 lần/ngày. Có thể thêm thuốc an thần (diazepam 5mg, 1-2 viên trước khi đi ngủ) Nếu đỡ sau 3 ngày thì tiếp tục điều trị cho đến khi hết chóng mặt. Nếu không đỡ thì chuyển.
-----------------------------	---------------------------------	--

3. CẢM GIÁC MẮT THĂNG BẰNG:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Kèm dáng đi cứng nhắc, run tay, vẻ mặt đờ đẫn	Bệnh Parkinson	Chuyển tuyến
Có cảm giác mắt thăng bằng.	Tổn thương tiểu não	Chuyển tuyến

4. CÁC CHÓNG MẶT KHÔNG RÕ BIỂU HIỆN NÊN KHÔNG XẾP VÀO LOẠI NÀO TRONG 3 LOẠI TRÊN:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Khai thác xem có lo lắng, mất ngủ, trầm cảm	Chóng mặt do nguyên nhân tâm lý	Thuốc an thần (diazepam 5mg, uống 1-2 viên trước khi đi ngủ), tư vấn, giải thích động viên. Nếu không đỡ, Chuyển tuyến

Tài liệu tham khảo:

1. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010
2. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project



HO

Ở người lớn, ho thường do các nhóm nguyên nhân chính sau:

- Nhiễm đường hô hấp trên hoặc dưới: do virus, do vi khuẩn thường, do lao
- Các bệnh khác: ung thư, giãn phế quản, hen phế quản, các bệnh màng phổi (tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi), suy tim, dị ứng,...

Hướng chẩn đoán:

Triệu chứng, dấu hiệu	Hướng chẩn đoán	Xử lý
Có hội chứng xâm nhập (biểu hiện sặc dị vật)	Dị vật đường thở	Lấy dị vật (có thể làm thủ thuật Heimlich) Nếu không được thì chuyển tuyến
1. HO KHAN - Có tiếng thở cò cử Nghe phổi có ran rít, ran ngáy Tiền sử hen	Hen phế quản	Xử trí hen theo hướng dẫn của bài Hen phế quản
- Có khàn hoặc mất tiếng Có thể có sốt	Viêm thanh quản do virus	Terpin codein, 2 viên x 2 lần/ngày. Giữ vệ sinh miệng, giữ ấm cổ. Hạ sốt nếu cần
- Có ran rít, ran ngáy 2 phổi Có thể có sốt Không có tiền sử hen	Viêm phế quản cấp do virus	Terpin codein, 2 viên x 2 lần/ngày. Hạ sốt nếu cần. salbutamol 4mg, 1 viên x 2-3 lần/ngày nếu khó thở.
- Thường về đêm, từng đợt liên quan đến thời tiết. Không khó thở, phổi không có ran	Ho do dị ứng	Chlorpheniramin 4mg, 2 viên x 2 lần ngày, Hoặc loratadin 10mg, 1 viên/ngày uống trước khi đi ngủ
- Kèm theo rát họng, có biểu hiện ợ chua, nóng rát sau xương úc	Trào ngược thực quản – dạ dày	Omeprazol 20mg, 1 viên/ngày x 10 ngày. Nếu không đỡ thì chuyển tuyến
- Có đau ngực kèm hội chứng tràn khí một bên phổi	Tràn khí màng phổi	Chuyển tuyến



- Có đau ngực kèm hội chứng tràn dịch một bên phổi	Tràn dịch màng phổi	Chuyển tuyến
- Đang dùng thuốc điều trị tăng huyết áp	Ho do thuốc úc chế men chuyển	Dùng thuốc úc chế men chuyển và đổi sang nhóm thuốc khác.
2. HO CÓ ĐỜM - Đờm trong như nước dãi, ho xảy ra trong vài ngày gần đây	Viêm đường hô hấp trên do virus, hoặc ho do dị ứng	Điều trị triệu chứng hoặc như với ho do dị ứng
- Đờm trong, ho nhiều tháng, nhiều năm và có hút thuốc lá, thuốc lào Khám không có gì bất thường	Viêm phế quản mạn	Tư vấn bỏ thuốc lá, thuốc lào
 - Đờm đục (vàng hoặc xanh) Thường có sốt - Nếu tiền sử không có bệnh phổi mạn và/hoặc hút thuốc lá, thuốc lào. Khám phổi không có ran hoặc có ít ran rít, ran ngáy, không hội chứng đồng đặc.	Viêm hô hấp trên do vi khuẩn	Kháng sinh amoxicillin 500mg, 2 viên x 3 lần/ngày trong 7-10 ngày; hoặc Augmentin 652mg, 1 viên x 3 lần/ngày; hoặc erythromycin 500mg, 2 viên x 2 lần/ngày trong 7 ngày Sau điều trị kháng sinh, đánh giá lại sau 3 ngày, nếu đỡ thì tiếp tục điều trị cho đến hết 7 ngày; nếu không đỡ thì chuyển. Hạ sốt (paracetamol 10mg/kg cân nặng/lần x 4-6 lần/ngày), Oresol, Uống nhiều nước
- Nếu tiền sử có bệnh phổi mạn, hay ho khạc đờm, hút thuốc lá, thuốc lào	Đợt cấp của viêm phế quản mạn	Điều trị như với viêm phế quản cấp do vi khuẩn. (Nếu bệnh nhân có khó thở thì chuyển vì có thể là đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính)
- Nếu khám phổi có ran nổ khu trú, hội chứng đồng đặc và/hoặc có sốt cao.	Viêm phổi	Chuyển tuyến



- Đờm có máu	Lao phổi, ung thư phổi, giãn phế quản, viêm phổi	Chuyển tuyến
3. HO KÈM CÁC BIỂU HIỆN NẶNG - Kèm theo khó thở, thở nhanh >24 lần/phút, co kéo cơ thở phụ, mạch nhanh > 120/phút	Suy hô hấp	Chuyển tuyến
- Kèm theo các biểu hiện của suy tim (khó thở, phù, gan to, mạch nhanh, ran ấm hai bên phổi)	Suy tim	Chuyển tuyến
- Ho kéo dài trên 3 tuần	Lao phổi, ung thư phổi	Chuyển tuyến

Những trường hợp dùng kháng sinh cần đánh giá kết quả điều trị sau 3 ngày, nếu không đỡ thì chuyển.

Tài liệu tham khảo:

1. Symptoms to diagnosis – An Evidence-Based Guide, Scott D.C. Stern; Adam S Cifu, Diane Altcorn. 2010
2. Norman A., 2012. Clinical guidelines for commune health centers. KICH project



PHẦN IV: CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN

CHĂM SÓC TRƯỚC SINH

TRUYỀN THÔNG VÀ TƯ VẤN CHO PHỤ NỮ TRƯỚC VÀ TRONG KHI MANG THAI

TÓM TẮT

Truyền thông và tư vấn cho phụ nữ trước và trong khi mang thai mang đến cho sản phụ sự chuẩn bị cần thiết trước khi có thai, bao gồm cả các **nguy cơ có thể** cho mẹ và thai, các **phòng ngừa** quan trọng, và **các việc cần làm** khi mang thai.

Truyền thông và tư vấn không thể chỉ thực hiện trong một lần, mà nhiều lần trong suốt thời gian mang thai.

6 bước của quá trình tư vấn sức khỏe sinh sản phải được tuân thủ: 1) Gặp gỡ, 2) Gợi hỏi, 3) Giới thiệu, 4) Giúp đỡ, 5) Giải thích, và 6) Gặp lại.

Nội dung của truyền thông và tư vấn **trước khi mang thai** bao gồm các hiểu biết cơ bản về khuyết tật bẩm sinh, tiền sử bản thân và gia đình, thuốc sử dụng trước và trong khi mang thai, các vaccine nên được dùng trước khi mang thai.

Nội dung của truyền thông và tư vấn **trong thời kỳ đầu** khi mang thai bao gồm tư vấn về khám thai, dinh dưỡng, chế độ làm việc, vệ sinh, và các chế độ sinh hoạt khác khi mang thai.

Nội dung của truyền thông và tư vấn **trong giai đoạn sau** khi mang thai bao gồm tư vấn về chuẩn bị cho cuộc sinh, nuôi con bằng sữa mẹ, và các biện pháp tránh thai sau sinh phù hợp.

Người phụ nữ rất nên kiểm tra sức khỏe và phụ khoa trước khi chuẩn bị mang thai. Tư vấn và thăm khám trước khi mang thai giúp phát hiện những nguy cơ ảnh hưởng xấu tới thai kỳ. Qua tư vấn, người phụ nữ sẽ quyết định có mang thai hay không và thời điểm có thai thích hợp. Người phụ nữ cũng được cung cấp các kiến thức và kỹ năng cần thiết để giúp quá trình mang thai và sinh đẻ được an toàn.

1. TƯ VẤN CÁC HIỂU BIẾT CƠ BẢN VỀ KHUYẾT TẬT BẨM SINH

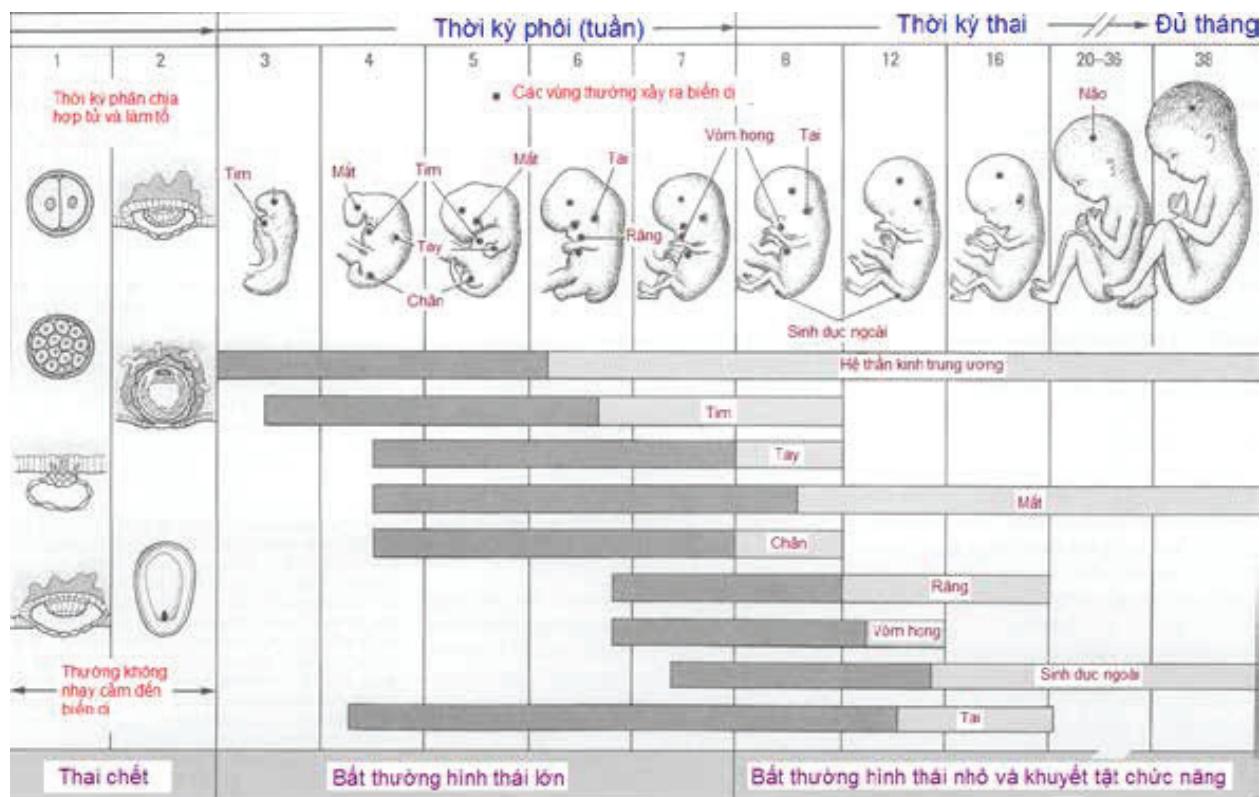
Khuyết tật bẩm sinh (hay dị tật bẩm sinh) là tên gọi chung chỉ các bất thường thai nhi khi sinh. Một trẻ sơ sinh có thể mắc một hay nhiều khuyết tật. Khuyết tật bẩm sinh có thể được phát hiện sớm trong khi mang thai, hay lúc sinh, hoặc thậm chí nhiều năm sau sinh. Khuyết tật bẩm sinh có thể gây ra thay đổi bẩm ngoài của trẻ, hay ảnh hưởng đến các cơ quan chức năng.

Các khuyết tật được phát sinh bởi một lỗi trong quá trình hình thành và phát triển của các cơ quan chức năng như tim, thận, gan, não, ống tủy sống, xương, cơ, hệ nội tiết hay tiêu hóa. Phần lớn các khuyết tật bẩm sinh xảy ra trong thời kỳ 3 tháng đầu thai nghén. Một số khuyết tật bẩm sinh nặng có thể gây tử vong cho trẻ ngay khi sinh, nhưng một số khác có thể điều trị được hoặc trẻ có thể chung sống đến hết đời.

Tại các nước đã phát triển hệ thống chẩn đoán và phân loại khuyết tật bẩm sinh, khoảng 2-3% số thai nhi có khuyết tật. Ở các nước nghèo và kém phát triển, tỷ lệ mắc có thể tới 5%. Nhiều khuyết tật có thể phát hiện sớm và dễ dàng, nhưng cũng rất nhiều khuyết tật đòi hỏi



các khám nghiệm đặc biệt ví dụ khuyết tật thính giác hay thị giác. Nguyên nhân rõ ràng của khuyết tật bẩm sinh thường chỉ được phát hiện trên khoảng 1/3 trường hợp trong điều kiện xét nghiệm tốt.



Ảnh: Minh họa những thời điểm nhạy cảm để phát sinh khuyết tật bẩm sinh. Màu xám đậm chỉ mức độ nhạy cảm cao. Màu xám nhạt chỉ mức độ nhạy cảm thấp. Nguồn: Selevan và cộng sự - 2000.

Có tới 3000 khuyết tật bẩm sinh khác nhau được phát hiện. Theo phân loại đơn giản nhất, có 3 nhóm lớn chính: khuyết tật cấu trúc, khuyết tật di truyền, và các khuyết tật gây ra bởi nhiễm khuẩn hay các yếu tố độc hại từ môi trường. Nhiều khuyết tật bẩm sinh thuộc về 1 hay 2 nhóm.

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ được cho là liên quan đến khuyết tật. Những yếu tố nguy cơ tương đối rõ ràng bao gồm:

Mẹ lớn tuổi trên 35 khi sinh con. Bố trên 50 tuổi khi sinh con.

Tiền sử cá nhân hay gia đình có khuyết tật bẩm sinh

Có con trước bị khuyết tật bẩm sinh

Sử dụng một số loại thuốc vào thời điểm mang thai

Đái tháo đường khi mang thai



2. TƯ VẤN CÁC HIỆU BIẾT CƠ BẢN VỀ TIỀN SỬ BỆNH LÝ

2.1 Tiền sử bệnh lý của mẹ

Một số bệnh lý sẵn có của mẹ có thể nặng lên hay biến chứng trong thời kỳ mang thai, ví dụ đái tháo đường, bệnh tim, viêm gan, cao huyết áp hay động kinh. Tuy nhiên, điều đó không có nghĩa là những phụ nữ mang bệnh lý này hoàn toàn không nên có con. Tùy thuộc mức độ nặng, tiên lượng của bệnh mà các bác sĩ đưa ra các phác đồ điều trị khác nhau, để bảo đảm rằng tình trạng bệnh có thể kiểm soát được khi mang thai, và cho người phụ nữ biết thời điểm nào bạn có thể mang thai. Có nhiều phụ nữ khi khám thai mới biết mình có bệnh, và một khi điều trị ở thời điểm đó là không phù hợp, bắt buộc phải phá thai một cách đáng tiếc. Cần bộ y tế khám thai có thể phối hợp với bác sĩ chuyên khoa của bệnh lý đó để đưa ra chế độ điều trị, dinh dưỡng, sinh hoạt tối ưu, cùng với lịch thăm khám riêng biệt.

2.2 Các bệnh lý có thể cần tư vấn đặc biệt

2.2.1. Thiếu máu

Ở nước ta hiện nay tỷ lệ thiếu máu khoảng 50% ở 3 tháng cuối thai kỳ, vì vậy thai phụ hay bị chảy máu trong lúc sinh đẻ và nguy hiểm đến tính mạng. Đối với thai nhi người mẹ bị thiếu máu do thiếu sắt ảnh hưởng đến cân nặng gây nên trẻ đẻ nhẹ cân, suy thai và ngạt thai ảnh hưởng đến thể chất, tâm thần và tính mạng của trẻ.

Nguyên nhân gây thiếu máu chủ yếu là do chế độ dinh dưỡng kém, rối loạn đường tiêu hóa, mắc các bệnh về máu, phổ biến là các bệnh giun sán và nhiễm trùng. Vì vậy phần lớn thiếu máu có thể đề phòng được bằng cách điều trị các nguyên nhân thiếu máu trước khi mang thai như cải thiện chế độ ăn, điều trị các bệnh đường tiêu hóa, tẩy giun....

2.2.2. Bệnh tim mạch và huyết áp cao

Người bị bệnh tim và huyết áp cao khi chưa có thai tim đã phải làm việc quá mức và có thể có những tai biến như suy tim cấp, phù phổi cấp, loạn nhịp tim, tiền sản giật - sản giật, rau bong non, đông máu rải rác trong lòng mạch, xuất huyết não, liệt....có thể dẫn đến tử vong. Nếu phát hiện bệnh tim và huyết áp cao phải được điều trị tích cực và khi quyết định có thai phải theo sự chẩn đoán, tiên lượng và tư vấn của các thầy thuốc tim mạch.

2.2.3. Bệnh sốt rét

Phụ nữ khi mang thai bị bệnh sốt rét sẽ chuyển từ nhẹ sang nặng sẽ ảnh hưởng xấu đến tình trạng người mẹ và thai nhi, nhất là sốt rét ác tính sẽ đưa đến tử vong rất cao. Mẹ bị sốt rét trong khi mang thai gây cho thai bị thiếu máu, sảy thai, đẻ non, thai chậm phát triển, chết lưu và trẻ sinh ra có thể bị sốt rét bẩm sinh. Vì vậy phải điều trị dự phòng cho phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ sống trong vùng có dịch sốt rét.

2.2.4. Bệnh viêm gan vi rút

Viêm gan vi rút là bệnh gan phổ biến gây ra nhiều biến chứng cho phụ nữ có thai đặc biệt là trong lúc sinh đẻ. Bệnh lý nặng có thể gây nhiều biến chứng cho mẹ như băng huyết sau đẻ, máu không đông, teo gan cấp, hôn mê gan, tỷ lệ tử vong rất cao. Đối với thai dễ bị sảy thai, đẻ non và chết lưu. Ở nước ta hiện nay chủ yếu là viêm gan do vi rút B còn do vi rút A và C thì ít hơn. Do đó phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ phải xét nghiệm máu tìm kháng thể viêm gan B.

2.2.5. Bệnh bướu cổ

Bệnh bướu cổ là do thiếu hụt nội tiết tuyến giáp, phụ nữ bị nhiều hơn nam giới. Ở vùng núi



nước ta có khoảng 20 – 30% người mắc bệnh bướu cổ do thiếu iốt, còn ở vùng trung du, đồng bằng và ven biển chiếm khoảng 10%. Khi có thai cần nhiều iốt, tuy nhiên giáp có thể to lên để đảm bảo sản xuất nội tiết theo nhu cầu của thai nhưng với người đã thiếu iốt mà không được điều trị thích hợp thì dễ bị sảy thai, thai chết lưu hoặc thai dễ bị các DTBS như chân tay ngắn, người lùn, thoát vị rốn, kém phát triển về trí tuệ (đàn đôn). Vì vậy những người bị bệnh bướu cổ phải được điều trị trước khi có thai và phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ phải có chế độ ăn muối iốt hàng ngày để phòng bệnh bướu cổ.

2.2.6. Bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin:

Mẹ bị bệnh tiểu đường phụ thuộc vào insulin gây sảy thai, thai chết lưu, có thể sinh con quái thai, bị những dị tật tim mạch và hệ thống thần kinh trung ương, thoái hóa vùng cung - cụt.

2.3. Tiền sử gia đình

Một số bệnh lý có liên quan tới tiền sử gia đình hay đặc trưng dân tộc. Khi những người thân trong gia đình có những bệnh lý này, thai nhi có nguy cơ cao mắc bệnh. Một số bệnh lý liên quan tới tiền sử gia đình là huyết áp cao, đái tháo đường, động kinh hay chậm phát triển trí tuệ. Một số bệnh lý mang tính chất di truyền điển hình như bệnh nhảy nhót, loạn dưỡng cơ Duchelle, hay hemophilia. Cán bộ y tế khám thai sẽ hỏi người phụ nữ, và một khi người phụ nữ có khả năng mang gen của những bệnh lý này, người đó sẽ được yêu cầu làm xét nghiệm tầm soát và tư vấn với chuyên gia di truyền.

2.4. Tiền sử thai nghén và sinh sản

Tiền sử mang thai và kết quả thai nghén có tầm quan trọng, bởi một số biến chứng như sảy thai, cao huyết áp, rau tiền đạo, khuyết tật bẩm sinh hay thai chết lưu có thể xuất hiện lặp lại khi mang thai. Biết tiền sử này cho phép người cán bộ y tế khám thai đưa ra những xét nghiệm cần thiết, các điều trị hỗ trợ, hay đơn giản là những tư vấn cho lần mang thai này. Một khi có những chăm sóc và điều trị đúng đắn, khả năng mang thai khỏe mạnh cho lần này sẽ cao hơn nhiều.

3. TƯ VẤN CÁC THUỐC SỬ DỤNG TRƯỚC VÀ TRONG KHI MANG THAI

Nhiều loại thuốc sử dụng khi mang thai hoặc ngay trước khi có thai có thể có các tác dụng phụ nguy hại đến thai nhi. Ví dụ một số loại kháng sinh có thể gây điếc hay liệt cơ của thai nhi, một số thuốc điều trị trứng cá, sốt rét hay động kinh có thể gây ra sảy thai hoặc khuyết tật bẩm sinh hay chậm phát triển trí tuệ. Đặc biệt khi sản phụ sử dụng các thuốc điều trị mà không có chỉ định của bác sĩ, mà tình trạng này khá phổ biến ở Việt Nam, nguy cơ còn cao hơn nhiều. *Ngay cả những thuốc đông y thảo dược cũng mang nhiều nguy cơ nhất định và đừng hiểu sai rằng những cây cỏ tự nhiên là an toàn.* Ngay cả những thuốc đa vitamin, khi chứa hàm lượng vitamin A quá cao có thể gây ra dị tật ống thần kinh. *Nếu người phụ nữ dùng bất kỳ loại thuốc gì ngay trước và trong khi mang thai, hãy giúp họ thảo luận với bác sĩ chuyên khoa.* Khuyến khích người phụ nữ mang theo loại thuốc đang dùng đến trạm y tế.

Nếu người phụ nữ đang sử dụng một biện pháp tránh thai nào đó, có thể sẽ phải dừng biện pháp tránh thai và chuyển sang một loại tránh thai tạm thời vài tháng trước khi mang thai. Ví dụ như đang sử dụng thuốc tránh thai uống, người phụ nữ cần phải dừng thuốc khoảng 3-4 tháng trước khi định thụ thai. Khoảng thời gian này giúp cho kinh nguyệt và khả năng rung trứng bình ổn trở lại. Đồng thời người phụ nữ cũng sẽ dễ dàng hơn xác định chính xác thời



diễn thu thai và sau này là tuổi thai hay dự kiến sinh. Khi người phụ nữ dùng thuốc tránh thai và có ý định có thai sau đó vài tháng, chồng cô ấy cần sử dụng bao cao su như 1 biện pháp tránh thai tạm thời. Một số biện pháp như thuốc tiêm hay cấy tránh thai đòi hỏi thời gian dài hơn để kinh nguyệt và rụng trứng bình ổn trở lại. Nếu người phụ nữ sử dụng vòng tránh thai (dụng cụ tử cung), dụng cụ này cần phải được tháo ra trước khi người phụ nữ có ý định thụ thai.

4. TU VẤN VỀ NHIỄM KHUẨN VÀ VẮCXIN PHÒNG NGỪA

Mặc một số nhiễm khuẩn và virus vào thời điểm sớm của thai nghén có thể gây ra khuyết tật bẩm sinh cho thai nhi. Một số nhiễm khuẩn khác làm tăng nguy cơ biến chứng của thai nghén và khi đẻ. Chính vì thế điều nên làm là người phụ nữ cần bảo đảm mình có thể miễn dịch bằng cách tiêm vắcxin. Tuy nhiên, rất đáng tiếc là hầu như người Việt Nam không giữ lại những giấy tờ ghi nhận về vắcxin đã được tiêm từ nhỏ bởi chúng ta đã coi thường những việc này. Nếu người phụ nữ không nhớ mình đã dùng những vắcxin nào, chị ấy có thể tiêm hay uống lại để tái tạo miễn dịch. Các vắcxin quan trọng nhất bao gồm sởi, sởi Đức (Rubella), quai bị, uốn ván, bạch hầu, thủy đậu và viêm gan. Đến nay, hầu hết các cơ sở chăm sóc sản phụ khoa toàn quốc chỉ cung cấp và tiêm vắcxin uốn ván, như vậy là không đủ và người phụ nữ nên tới các trung tâm y tế dự phòng và dịch tễ để tiêm hay uống. Hầu hết các vắcxin là an toàn khi mang thai, tuy nhiên tốt nhất vẫn nên sử dụng trước khi có thai. Dưới đây là những khuyến cáo an toàn cho sử dụng vắcxin:

- Sởi, sởi Đức (Rubella), quai bị: nên tiêm trước khi có thai 3 tháng (nếu chưa tiêm bao giờ)
- Thủy đậu: trước khi có thai 1 tháng là đủ an toàn
- Bạch hầu-uốn ván nhắc lại (mỗi 10 năm một lần), viêm gan A và B, cúm và viêm phổi có thể tiêm khi có thai

Một hiểu lầm rất phổ biến hiện tại cho cả các y bác sĩ chuyên ngành và các sản phụ ở Việt nam là nhiễm cúm khi mang thai có thể gây ra khuyết tật thai nhi. Hiểu lầm này đã gây ra nhiều phá thai đáng tiếc kể cả khi thai lớn. Trên thực tế, nhiễm cúm hầu như không làm tăng nguy cơ khuyết tật thai nhi, vô cùng thấp so với nhiễm Rubella, không cao đáng kể hơn so với người không nhiễm. Nguy hiểm nhất của nhiễm cúm là có thể gây ra biến chứng viêm phổi nặng. Nếu người phụ nữ nhiễm cúm, và không trải qua điều trị đặc biệt, thai nhi vẫn an toàn. Đối với các chủng cúm mới như H5N1 hay H1N1, các dữ liệu hiện tại chưa hoàn toàn đầy đủ để kết luận về mức độ nguy hiểm cho thai nhi, mặc dù mức độ nguy hiểm cho bà mẹ là rất rõ ràng, nên cũng có thể nói rằng mức độ nguy hiểm cho thai là đáng kể.

Các bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng rất đáng lưu ý bởi có thể nguy hiểm cho cả mẹ và thai. Các bệnh chính bao gồm: giang mai, lậu, herpes, Chlamydia, trùng roi, và HIV. Có nhiều bệnh lây truyền qua đường tình dục có triệu chứng lặng lẽ. Nếu người phụ nữ nghĩ mình có nguy cơ cao, ví dụ do có nhiều bạn tình cùng lúc hoặc quan hệ với người nghi nhiễm, hoặc người phụ nữ có những triệu chứng nghi ngờ, hãy hỏi cán bộ y tế khám thai cho xét nghiệm chẩn đoán hoặc chuyển tuyến. Cân xét nghiêm cá người phụ nữ lẫn bạn tình. Khi xét nghiệm cho biết người phụ nữ hoặc bạn tình có bệnh, cần phải điều trị cả hai cho tới lúc ổn định rồi hãy có thai. Một số bệnh lây truyền qua đường tình dục không có điều trị hiệu tại bao gồm herpes, viêm gan B, hay HIV. Khi người phụ nữ mang thai, cần phải chuyển tuyến để theo dõi. Riêng với nhiễm HIV, việc có thai cần được tư vấn kỹ càng, chế độ chăm sóc



càng đặc biệt hơn và nhiều thuốc có thể dùng để giảm bớt nguy cơ lây nhiễm từ mẹ sang con.

5. CÁC NỘI DUNG CẦN TƯ VẤN KHÁC TRƯỚC KHI MANG THAI

- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ cho phụ nữ trước khi có thai. Thực hiện chế độ ăn hợp lý, đa dạng, đủ 4 nhóm thực phẩm (đạm, mỡ, đường, vitamin) nhằm đạt chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường từ 18,5- 24 hoặc có cân nặng ít nhất trên 40 kg trở lên.
- Uống bổ sung acid folic 400 mcg hàng ngày ít nhất trong 3 tháng trước khi có thai và viên đa vi chất để phòng khuyết tật ống thần kinh, chống thiếu máu do thiếu sắt và thiếu vi chất.
- Sử dụng muối iốt, bột canh iốt hàng ngày.
- Tẩy giun bằng :
 - + Albendazole 400 mg liều duy nhất, hoặc
 - + Mebendazol 500 mg uống liều duy nhất hay 100 mg x 2 lần/ngày x 3 ngày.
- Nếu là vùng nhiễm giun móc nặng (tần suất > 50%) thì lập lại liều điều trị 12 tuần sau liều điều trị đầu tiên.
- Tiêm vắc xin phòng uốn ván cho phụ nữ từ 15 đến 35 tuổi theo quy định của tổ chức vệ sinh phòng dịch.
- Thực hiện chế độ lao động và nghỉ ngơi hợp lý, tránh tiếp xúc với các chất độc hại. Ngoại trừ các bệnh lý và bất thường thai nghén được phát hiện, người phụ nữ vẫn được khuyến khích làm việc khi mang thai. *Không có giới hạn nào cho việc ngừng làm việc, kể cả có thể làm tới khi đẻ.* Hãy tránh tiếp xúc với các hóa chất như chì, thủy ngân, các dung môi hóa học, thuốc trừ sâu, hay nguồn phóng xạ. Tuy nhiên, có thể lưu ý rằng, khi người phụ nữ chỉ tiếp xúc với phóng xạ 1 lần như chụp X-quang ngực thì nồng độ phóng xạ đó không đủ nguy cơ cho thai nhi. Nhưng với phóng xạ điều trị ung thư, nồng độ đó là nguy hiểm. Ngoài ra, người phụ nữ cần tuyệt đối không sử dụng đồ uống có cồn, không hút thuốc lá, hay sử dụng chất gây nghiện.
- Khám phụ khoa định kỳ 6 tháng và điều trị thích hợp các bệnh phụ khoa, viêm nhiễm đường sinh sản và bệnh lây truyền qua đường tình dục.
- Người phụ nữ được trang bị kiến thức làm mẹ và chăm sóc con. Giáo dục sức khỏe và tư vấn cho người phụ nữ khi có thai và kiến thức lợi ích nuôi con bằng sữa mẹ. Hướng dẫn cho người phụ nữ chăm sóc vú trước khi có thai, không để cho đầu vú bị tụt, bị nứt nẻ. Phải vệ sinh đầu vú hàng ngày, các tuyến vú phát triển bình thường để khi có thai và sau khi sinh có đầy đủ sữa cho con bú ; phòng tránh vú bị cương đau, tắc tia sữa, viêm tuyến vú và áp xe vú
- Khi người phụ nữ muốn có thai có thể hướng dẫn xác định thời gian có khả năng thụ thai cao nhất theo chu kỳ kinh nguyệt, lập đồ thị biểu diễn nhiệt độ cơ thể, chú ý đến tiết chất nhầy âm đạo và người chồng nên mặc những quần áo rộng rãi không bị chật hoặc không



bị nóng thì tinh hoàn sẽ sản xuất nhiều tinh trùng.

6. TƯ VẤN RIÊNG CHO SẢN PHỤ NHIỀU TUỔI TRƯỚC KHI MANG THAI

Nhiều sản phụ có thai khi tuổi đã cao, và đối với họ kiểm tra trước khi mang thai càng quan trọng. Những sản phụ nhiều tuổi thường có các mối lo ngại rằng tuổi tác sẽ có ảnh hưởng đến khả năng thụ thai và thai nhi. Tuy nhiên, đến hiện tại, mốc tuổi được coi là cao là 35, đặc biệt với con so, thực chất cũng mang tính tương đối. Các nguy cơ có thể kèm theo với bà mẹ lớn tuổi là:

- **Khả năng thụ thai:** khả năng thụ thai của phụ nữ bắt đầu giảm thấp một cách từ từ hơn từ khi 30 tuổi. Có 2 lý do: thứ nhất là quá trình rụng trứng trở nên thưa hơn, thứ hai là trứng trên những người phụ nữ nhiều tuổi cũng khó thụ thai hơn so với người phụ nữ trẻ. Bên cạnh đó nguy cơ của tắc vòi trứng và lạc nội mạc tử cung cũng tăng lên cùng tuổi tác khiến cho khả năng thụ thai giảm đi.
- **Khuyết tật bẩm sinh cho thai:** Phụ nữ dưới 30 tuổi có nguy cơ khuyết tật bẩm sinh cho thai nhi thấp hơn so với trên 30 tuổi. Ví dụ nguy cơ thai nhi mắc khuyết tật nhiễm sắc thể bẩm sinh ở người phụ nữ 20 tuổi là 1,9 trên 1000 thai nhi, ở người phụ nữ 35 tuổi là 5,2, và ở người 40 tuổi là 15,2 trên 1000 thai nhi. Trong hầu hết các trường hợp, những phụ nữ trên 35 tuổi khi mang thai nên được xét nghiệm các rối loạn gen và tầm soát sớm về khuyết tật bẩm sinh
- **Các nguy cơ sức khỏe và thai nghén:** Sản phụ càng lớn tuổi, nguy cơ của các bệnh lý như đái tháo đường hay cao huyết áp khi mang thai càng tăng. Nguy cơ của những biến chứng từ các bệnh lý này cũng nhiều hơn so với các sản phụ trẻ tuổi hơn có cùng bệnh lý. Quá trình theo dõi, chăm sóc cũng kỹ lưỡng hơn kể cả quá trình mang thai cũng như khi đẻ.

7. NHỮNG NỘI DUNG CẦN TRUYỀN THÔNG VÀ TƯ VẤN CHUNG KHI MANG THAI

- Cần nói rõ cho người phụ nữ biết sự cần thiết phải khám thai định kỳ:
 - + Để biết được thai nghén lần này có bình thường không.
 - + Để biết cơ thể bà mẹ có thích ứng được với quá trình thai nghén không.
 - + Để phát hiện những nguy cơ trong thai nghén có thể có sẵn từ trước hay phát sinh trong khi đang mang thai hay không.
 - + Để lựa chọn nơi sinh an toàn nhất và lập kế hoạch cho cuộc đẻ của lần thai nghén này.
 - + Để biết điều nên làm như dinh dưỡng tốt, thể dục nhẹ nhàng, nghỉ ngơi đầy đủ... và các điều nên tránh như hút thuốc, làm công việc nguy hiểm, độc hại hoặc tự ý dùng thuốc để giảm nguy hiểm đến tính mạng của cả mẹ và con.
 - + Để giảm bớt các tai biến sản khoa.
- Cần nói rõ số lần khám thai tối thiểu (ít nhất ba lần trong 3 thời kỳ: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối) nếu mọi điều diễn ra bình thường. Ngược lại nếu có điều bất thường thì cần phải đến cơ sở y tế khám ngay.



- Cần nhắc thai phụ đến khám lần sau đúng hẹn.
- Cần giải thích rõ nếu sau khi khám, thai phụ được biết thai nghén phát triển bình thường thì đó là điều mừng chứ không phải là lý do để không đến khám định kỳ lần sau.
- Cần cho thai phụ biết những dấu hiệu bất thường cần đi khám ngay vì đó là những nguy cơ có thể nguy hiểm cho cả mẹ và con như ra máu, ra nước ối, đau bụng từng cơn, có con đau bụng dữ dội, sốt, khó thở, nhức đầu, hoa mắt chóng mặt, mờ mắt, phù nề, đi tiểu ít, tăng cân nhanh, thai đạp yếu, đạp ít hay không đạp..., nghĩa là bất cứ điều gì thai phụ cảm thấy không bình thường.

8. NHỮNG NỘI DUNG CẦN TRUYỀN THÔNG VÀ TƯ VẤN TRONG THỜI KỲ ĐẦU CỦA THAI NGHÉN

8.1. Về dinh dưỡng

Việc ăn uống của bà mẹ có thai và nuôi con bú là cho hai người: bản thân bà mẹ và thai nhi. Chế độ ăn uống đúng thì sức khỏe bà mẹ và sự phát triển của thai sẽ tốt; nếu không thì ngược lại. Vì thế truyền thông và tư vấn cho người có thai về dinh dưỡng là điều rất quan trọng.

- Trước hết cần cho thai phụ biết rõ lợi ích của dinh dưỡng, cụ thể cần làm cho họ biết dinh dưỡng tốt sẽ giúp cho bà mẹ:
 - + Có sức đề kháng chống lại nguyên nhân gây bệnh nên ít mắc bệnh.
 - + Không bị thiếu máu nặng khi có thai
 - + Thai phụ ăn không no và đủ các chất cần thiết thì con sẽ suy dinh dưỡng, nhẹ cân nhưng nếu ăn no và đủ chất, thai sẽ phát triển bình thường và cân nặng của thai sẽ đạt mức trung bình như mọi thai khỏe mạnh khác. Con to, quá nặng cần không phải do mẹ ăn no, đủ chất mà do nhiều yếu tố như di truyền, tuổi, lần đẻ, và nhất là do bệnh của mẹ như bị tiêu đường, béo phì.
 - + Thai phụ không được dinh dưỡng tốt sức khỏe cũng yếu, dễ mắc bệnh, dễ bị kiệt sức lúc sinh nên thường phải can thiệp thủ thuật, kể cả mổ đẻ. Sau đẻ, do thiếu nguồn dự trữ nên càng mệt mỏi, sức khỏe chậm hồi phục, dễ bị nhiễm khuẩn, không đủ sữa nuôi con khiến việc kiêng khem ăn uống lúc có thai lại tiếp tục gây hậu quả xấu cho cả mẹ và con.
- Về chế độ ăn khi có thai: cần giúp cho thai phụ hiểu đúng nghĩa “ăn no” và “ăn đủ chất”.
 - + Để ăn no khi có thai bà mẹ cần tăng khẩu phần ăn lên 1/4 so với lúc chưa có thai; có thể ăn tăng hơn trong mỗi bữa, có thể ăn nhiều bữa hơn. Để ăn được nhiều hơn như thế cần thay đổi món ăn, thay đổi cách chế biến sao cho ngon miệng. Trường hợp những tháng đầu, do tình trạng nghén, ăn uống có thể kém đi thì tăng cường nghỉ ngơi dành thêm năng lượng từ thức ăn cho sự phát triển của thai, rau thái và sữa mẹ về sau.
 - + Để ăn đủ chất, không nên nói bà mẹ mỗi ngày cần bao nhiêu gam chất đạm, chất béo, chất bột đường hay muối khoáng, vitamin hoặc cần cung cấp bao nhiêu calo vì những điều đó không thực tế (trừ trường hợp thai phụ hỏi đèn). Vấn đề cần truyền thông và tư vấn là nêu lên tất cả những thức ăn có chất đạm như thịt, cá, tôm, cua, éch, lươn, trứng, sữa, các loại đậu, đồ nhát là đậu tương. Các thức ăn chứa nhiều chất



mỡ như dầu ăn, thịt, vừng, lạc; các loại nhiều chất bột đường như gạo, ngô, khoai, sắn, củ mài, bột mì, đường, mật, mía; các loại quả ngọt; thức ăn chứa nhiều muối khoáng và vitamin như rau tươi, hoa quả các loại, các thực phẩm như tôm, cua, ốc. Khuyên thai phụ không nên kiêng bất cứ loại thực phẩm nào họ vẫn ưa thích. Tuy nhiên không thể ép buộc họ ăn những thứ họ chưa tin. Tốt nhất là lựa chọn những thực phẩm nào cùng loại nhưng họ không kiêng thì giới thiệu. Ví dụ thai phụ không muốn ăn thịt bò thì khuyên ăn thịt gà, thịt lợn; kiêng rau cải thì khuyên ăn rau ngọt, xu hào, xúp lơ; khi không dám ăn xoài, ăn mít thì khuyên họ ăn cam, ăn táo...

- + Cần uống đủ lượng nước cần thiết khi có thai và lúc nuôi con (từ 8 đến 12 cốc nước sạch, nước hoa quả hoặc chè thảo dược mỗi ngày).
- + Ngoài ra nếu thai phụ là người có bệnh mạn tính đã được theo dõi điều trị, cần phải có chế độ ăn kiêng thì khi có thai họ vẫn cần một chế độ ăn hạn chế các thức ăn đó và nên khuyên họ hỏi ý kiến thầy thuốc chuyên khoa điều trị bệnh cho họ trước đây.

8.2. Về chế độ làm việc khi có thai

- Cần khuyên thai phụ làm việc theo khả năng. Nếu công việc trước khi có thai không nặng nhọc như dậy học, làm việc ở văn phòng thì họ có thể làm việc bình thường cho đến khi nghỉ đẻ (trước dự kiến đẻ một tháng). Nếu là công việc nặng nhọc hay độc hại như bóc vát, phải gánh gồng, đội nặng, phải tiếp xúc với hóa chất (thuốc trừ sâu, xăng dầu, chất phóng xạ...) thì khuyên nên xin chuyển tạm thời sang công việc khác trong thời gian thai nghén và nuôi con nhỏ. Dù bất cứ công việc gì cũng không bao giờ làm việc quá sức.
- Trong thời gian thai nghén không làm việc ở trên cao (dễ bị tai nạn) và ngâm mình dưới nước (dễ nhiễm lạnh, nhiễm khuẩn)
- Trong thời gian làm việc nên xen kẽ những phút nghỉ ngơi giữa giờ. Nếu đang lao động thấy người mệt mỏi, đau bụng thì xin phép nằm nghỉ để cơ thể thư giãn. Nếu thấy ra máu, nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, đau bụng vùng dưới xương ức thì nên đi khám kiểm tra xem có bất thường do thai nghén hay không.
- Vào tháng cuối trước ngày dự kiến đẻ cần nghỉ ngơi để mẹ có sức, con tăng cân. Tuy thế không nghỉ ngơi một cách thụ động mà nên làm các công việc nhẹ trong nhà: đan lát, đọc sách, đi lại vận động cho máu lưu thông và tinh thần thoải mái.
- Cần đảm bảo ngủ mỗi ngày ít nhất 8 giờ. Nên ngủ trưa từ 30 phút đến một giờ. Không thức khuya, dậy sớm. Không làm việc ban đêm. Nếu công việc phải làm ca đêm (xí nghiệp sản xuất, trực đêm của cán bộ y tế) thì nên xin chuyển sang làm ca ngày, đặc biệt thai nghén từ tháng thứ bảy nhất thiết không để người có thai phải làm việc đêm.

8.3. Về vệ sinh thân thể

- Nắng tắm rửa, thay quần áo hàng ngày. Tắm trong nhà tắm, kín đáo, tránh gió lùa. Không tắm sông, tắm suối nhất là không tắm trong ao hồ nước tù đọng (vì có các vi khuẩn và ký sinh trùng). Mùa lạnh cần tắm nước nóng.
- Hàng ngày vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài bằng cách dùng gáo dội rửa (hoặc bằng vòi hoa sen) để nước rửa đèn dầu trôi đi đèn đáy. Không xịt nước hay cho ngón tay vào rửa trong âm đạo. Chú ý rửa sạch bộ phận sinh dục rồi mới rửa đến vùng khác. Hậu môn là phần rửa cuối cùng. Trong thời kỳ thai nghén, bộ phận sinh dục thường tiết dịch nhiều hơn lúc không có thai vì thế vệ sinh tại chỗ càng phải thực hiện thường xuyên, đều đặn



hàng ngày (nên thực hiện ít nhất 2 lần sáng - tối và sau mỗi lần đại tiện).

- Khi có thai chăm sóc vú bằng cách lau rửa vú hàng ngày với bông hoặc khăn vải mềm. Xoa bóp, nặn, kéo núm vú đều đặn nếu núm vú thụt vào trong để tạo điều kiện nuôi con sau này. Trong khi xoa nắn nếu thấy bụng co cứng thì không được làm tiếp.
- Tránh tiếp xúc với người ốm, bị sốt bất kỳ do nguyên nhân gì để tránh lây bệnh truyền nhiễm.

8.4. Về cuộc sống sinh hoạt trong khi có thai

- Cần có cuộc sống thoải mái, ấm cúng trong gia đình. Tránh lo lắng, căng thẳng trong sinh hoạt. Điều này đòi hỏi sự thông cảm và quan tâm tạo điều kiện của người chồng và các thành viên trong gia đình thai phụ.
- Cần ở nơi thoáng đãng, sạch sẽ, không khí trong lành không có khói bếp nhất là khói thuốc lá, thuốc lá.
- Mặc áo quần rộng rãi, thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông. Nếu cần sưởi thì không sưởi bằng lò than trong buồng kín. Tốt hơn là ủ ấm bằng các chai hay túi chườm nước nóng được bọc trong khăn vải.
- Về quan hệ tình dục: không phải kiêng tuyệt đối nhưng cần hạn chế, có sự thông cảm và nhẹ nhàng, với tư thế thích hợp của người chồng. Nếu đã bị sảy thai và đẻ non ở lần thai nghén trước thì cần rất hạn chế và nên kiêng hẳn trong ba tháng đầu và ba tháng cuối.
- Khi có thai nên tránh phải đi xa, nhất là những tháng cuối. Nếu bắt buộc phải đi thì nên chọn phương tiện nào an toàn, êm, ít xóc nhất.

9. NHỮNG NỘI DUNG TRUYỀN THÔNG VÀ TƯ VẤN TRONG GIAI ĐOẠN SAU CỦA THAI NGHÉN

9.1. Chuẩn bị sẵn sàng cho cuộc sinh sắp tới

- Hướng dẫn thai phụ chuẩn bị sẵn sàng các đồ dùng cần thiết cho cuộc sinh như các loại áo quần, khăn mũ của mẹ, của con, một cái chăn để bọc sơ sinh khi đưa về nhà. Các khăn lau rửa cho con (khăn nhỏ, vải mềm), khăn và giấy vệ sinh cho mẹ giúp thai phụ ghi ra tờ giấy những thứ cần chuẩn bị ở nhà cho sơ sinh và những thứ cần đem đi khi đẻ. Các loại thia, cốc, bát để dùng cho con; túi thay băng rốn. Tất cả các vật dụng trên nên sắp xếp gọn vào một cái lìa hay cái túi để khi nào chuyển dạ có thể mang theo đến nhà hộ sinh.
- Đến gần ngày dự kiến sinh, thai phụ không nên đi xa. Nên đi khám thai lần cuối để nhận được lời khuyên của cán bộ y tế và tuân theo chỉ dẫn và sự lựa chọn nơi sinh do cán bộ khám thai nêu ra. Nên bàn bạc trước với chồng và người thân trong gia đình, thu xếp công việc sao cho thuận lợi chu đáo lúc đi đẻ và trong những tuần sau đẻ. Nên sắp xếp ở gần cơ sở y tế phải đến đẻ. Cũng cần chuẩn bị sẵn phương tiện đi lại và tiền nong khi cuộc chuyển dạ diễn ra đột ngột, ngay cả về ban đêm để khỏi lúng túng bị động. Nếu sản phụ định đẻ ở nhà cũng cần chuẩn bị sẵn phương tiện đi lại để có thể đến cơ sở y tế nhanh nhất khi có biến chứng xảy ra.
- Khi thấy bắt đầu chuyển dạ nếu đủ thì giờ, nên tắm gội bằng nước ấm, thay áo quần sạch sẽ trước khi đến nhà hộ sinh.



- Hướng dẫn sản phụ những dấu hiệu bất thường cần đi khám như: chảy máu, phù mặt và tay, đi tiểu ít, nhức đầu, sốt, bồn chồn, thai đạp yếu đi hay không đạp nữa...
- Hướng dẫn những dấu hiệu chính của cuộc chuyển dạ bất thường: đau bụng từng cơn, ra chất nhày hồng...

9.2. Truyền thông và tư vấn về nuôi con bằng sữa mẹ

- Cần cho bà mẹ biết những lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ.
- Hướng dẫn bà mẹ đầy đủ về kỹ thuật nuôi con bằng sữa mẹ.
- Hướng dẫn bà mẹ cách giữ gìn nguồn sữa mẹ.
- Cho con bú trong một số hoàn cảnh đặc biệt: sơ sinh non tháng, suy dinh dưỡng, sinh đôi.

9.3. Hướng dẫn chủ động tránh thai trở lại sớm sau khi sinh lần này

Vấn đề này nếu truyền thông và tư vấn sau khi thai phụ sinh con là hợp lý nhưng nếu có điều kiện làm ngay từ khi đang có thai, trong những tháng cuối cũng không phải thửa.

- Cần nêu tác hại của việc có thai trở lại sớm sau đẻ:
 - + Sức khỏe bà mẹ chưa hồi phục đã phải mang thai tiếp theo.
 - + Con đẻ trước và thai nhi trong bụng mẹ lần này đều không được nuôi dưỡng chăm sóc tốt.
 - + Khoảng cách hai lần đẻ dưới 36 tháng có tỷ lệ tử vong trẻ em sẽ tăng cao hơn.
 - + Nếu phá thai cũng nguy hiểm hơn vì dễ có tai biến và lâu lại súc, ảnh hưởng đến chăm sóc nuôi dưỡng con còn bé.
- Hướng dẫn cho bà mẹ một số biện pháp tránh thai thích hợp trong thời gian ngay sau đẻ và đang nuôi con bú:
 - + Đối với người nuôi con bằng sữa mẹ:
 - Biện pháp cho bú vô kinh.
 - Bao cao su.
 - Viên thuốc tránh thai chỉ có progestin.
 - Các loại thuốc tránh thai tiêm hay cấy dưới da.
 - Đặt dụng cụ tử cung từ 6 tuần lễ sau đẻ.
 - + Đối với người không cho con bú: có thể dùng bất kỳ biện pháp tránh thai nào, trước kỳ kinh đầu tiên sau khi đẻ



Bảng tóm tắt các nội dung cần thiết về truyền thông và tư vấn cho người có thai

Thông tin chung	Giai đoạn đầu của thời kỳ mang thai	Giai đoạn cuối của thời kỳ mang thai
<p>Chăm sóc khi có thai</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa, 3 tháng cuối. Nếu có dấu hiệu bất thường phải đi khám ngay. - Chăm sóc khi có thai rất quan trọng để: <ul style="list-style-type: none"> + Biết là thai có bình thường hay không + Biết những gì có thể xảy ra + Xác định các yếu tố nguy cơ + Chọn những cơ sở y tế an toàn hơn để đẻ. + Những điều cần làm và cần tránh khi mang thai. + Giảm các biến chứng sản khoa. - Nhắc sản phụ lần khám thai tiếp theo. 	<p>Dinh dưỡng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dinh dưỡng tốt là cần thiết để thai nghén phát triển bình thường, chống lại bệnh tật. - Tránh thiếu máu - Cần tránh cho con bị suy dinh dưỡng và chậm phát triển về tinh thần. - Tăng khẩu phần ăn lên 25% so với lúc chưa có thai. - Hướng dẫn cụ thể cách ăn uống khi có thai. 	<p>Chuẩn bị cho chuyển dạ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Những đồ dùng cần thiết khi đi đẻ. - Chọn cơ sở y tế sẽ đến đẻ - Thu xếp sẵn tiền nong và phương tiện đi lại.
<p>Tiêm chủng và bổ sung vi chất</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiêm vaccine phòng uốn ván - Bổ sung sắt 	<p>Hướng dẫn về lao động và nghỉ ngơi.</p>	<p>Hướng dẫn cụ thể nuôi con bằng sữa mẹ</p>
<p>Cho thai phụ biết các dấu hiệu của tai biến hay có nguy cơ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hướng dẫn cụ thể về vệ sinh cá nhân - Hướng dẫn về các hoạt động hàng ngày 	<ul style="list-style-type: none"> - Hướng dẫn về các biện pháp kế hoạch hóa gia đình sau đẻ

