

GIẢI OSCE PHỤ ĐỢT 1- Y14

TỔ 02-Y14A

Rubric:

TRẠM	GIẢI
<p>Trạm 1</p> <p><i>Trạm đầu giảng viên đóng giả nữ hộ sinh nhờ mình xử trí bệnh nhân ở phòng sanh</i></p> <p>7 giờ sáng tại phòng sanh Thai phụ vô lúc 3 giờ sáng, CTC mở 3cm. Cho sản đồ lúc 5 giờ sáng (thấy độ mở CTC và độ lọt không đổi) và CTG. CTG thấy “tim thai rớt”.</p> <p>-> Đề nghị khám ngoài, khám trong. Khám ngoài: thấy có vòng Bandl, nhiều cơn co. Khám trong: thấy bươu huyết thanh, chông xương sọ. Sản đồ lúc 7 giờ: ối xanh, xương sọ (+++), 6 cơn co. Sản đồ nằm bên phải đường báo động.</p> <p>Đề hỏi:</p> <p>- <i>Tình trạng của BN?</i> - <i>Xử trí gì?</i> - <i>Nếu mổ lấy thai thì phải mổ liền hay là chờ được?</i> - <i>Tiên lượng BN?</i></p>	<p>Yêu cầu: ghi rõ ràng, các bước, các cls cần xin, có thể cho thêm tài liệu, kiến thức vô để ôn luôn cũng dc,...</p> <p>Nói chung là kĩ kĩ xịu, để ôn luôn</p> <p>a. Tình trạng BN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lúc đầu CTC mở 3cm, BN đã vào chuyển dạ hoạt động. • Sau 2 giờ độ lọt, độ mở không đổi. • Có Hội chứng vượt chướng ngại vật, đe dọa vỡ tử cung • Suy thai <p>BN đe dọa vỡ tử cung, suy thai.</p> <p>b. Xử trí: ngôi còn cao, tử cung chưa mở, mổ lấy thai ngay.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cho sản phụ nằm nghiêng trái • Cho truyền dịch • Ngưng oxytocin • Chuẩn bị mổ lấy thai ngay <p>c. Vì đã có suy thai rồi nên ko chờ đợi</p> <p>d. Tiên lượng: xấu, do hiện diện vòng Bandl gợi ý nguy cơ vỡ tử cung là lớn.</p>

Trạm 2

Trạm thứ 2 giảng viên yêu cầu mình làm gì mình làm đó

Cho bệnh sử, tiền căn sẵn:

- Huyết trắng, hôi.
- Thụt rửa âm đạo nhiều.
- Chỉ QH với chồng và tin rằng chồng chung thủy.
- Thường tự ý dùng kháng sinh.
- 3 lần sanh thường.

Đề yêu cầu: Đặt mô vệt. Lấy bệnh phẩm. Vị trí lấy?

Kết quả khám: huyết trắng, loãng.

Đề hỏi: Đề nghị CLS gì? (Đáp án: soi tươi, nhuộm gram, Whiff test)

Kết quả CLS: Whiff test (+). Dịch âm đạo: pH 4.7, có clue cell, cầu khuẩn gram dương (+).

Đề hỏi:

- Chẩn đoán? BV

- Điều trị? Thuốc, liều, đường dùng, thời gian dùng, trước/sau ăn.

- Yếu tố nguy cơ?

- Dặn dò?

Cách đặt mô vệt: chọn mô vệt tùy theo PARA BN. Bôi trơn mô vệt, dùng 2 ngón tay tách 2 môi nhỏ. Đặt mô vệt nghiêng 45 độ so MP ngang, tránh đưa vị trí 6-12h. Sau đó xoay về phía ngang. Tiếp tục đưa mô vệt vào sâu - hướng ra sau và xuống dưới. Mở mô vệt bộc lộ CTTC. Cố định. **Nhận xét màu sắc, vị trí, hình dạng lỗ TC, tính chất niêm trơn láng/lộ tuyến/ loét sùi.**

Soi tươi khí hư: lấy dịch âm đạo ở cùng đồ bên với 2 que gòn. Que 1 chấm giấy đo pH và thử KOH 10%. Que 2 phết mỏng 2 lame kính gồm 1 lame nhỏ xanh methylene & 1 lame soi tươi, nhuộm gram

Đề nghị CLS gì: **đo độ pH âm đạo, soi tươi bệnh phẩm, nhuộm gram, Whiff test.**

Chẩn đoán : **Loạn khuẩn âm đạo**

Điều trị : **Metronidazole 500mg x x2 (u) trong 7 ngày**

Yếu tố nguy cơ: **Thói quen thụt rửa âm đạo nhiều**

Dặn dò: **Sử dụng BCS khi quan hệ**

Khi ra khí hư cần đi khám ngay

Hạn chế thụt rửa âm đạo

Trạm 3:

Xử trí tình huống với bệnh nhân giả, giảng viên quan sát qua camera chấm điểm

Bệnh nhân tiền sản giật có dấu hiệu nặng (có hồ sơ nhập viện nên không cần hỏi bệnh sử quá nhiều đầu nha)

Hồ sơ ghi nhận:

- Đau đầu.
- Huyết áp: 160/90.
- Đạm niệu: 7g.
- Tiểu cầu: 134.
- BUN, Cre, AST, ALT: ko nhớ mà bình thường.
- Siêu âm: thai 36w, sinh trắc phù hợp.

Số khám thai bệnh nhân: 20/5: thai 12.5w, CRL 55mm. Dự sanh: 29/11/2019, (hôm nay 31/10)

Đề hỏi:

Giải thích tình trạng bệnh cho BN?

Xử trí?

Ấn phẩm: 6120-A. Ngày thi: 31.10.2019

Họ và tên sinh viên: Nguyễn Khoa

Mã số sinh viên:

Không đạt (F)		Đạt mức yêu cầu (50%)		Đạt mức yêu cầu (70%)		Đạt mức yêu cầu (90%)		Đạt mức yêu cầu (100%)	
Chẩn đoán: Không đạt yêu cầu tối thiểu khi mô đầu	F (0)	Chẩn đoán: Đặt yêu cầu tối thiểu và tính hình tại	0.35	Chẩn đoán: Mô đầu một cách thận trọng và tính tại	0.35	Chẩn đoán: Thuyết lập không khi tư vấn cốt lõi, thận trọng Yêu cầu: 1 chẩn đoán, dùng ngôn ngữ không tin	0.50	Chẩn đoán: Thuyết lập không khi tư vấn cốt lõi, thận trọng Yêu cầu: 1 chẩn đoán, dùng ngôn ngữ không tin	0.50
Đặt câu hỏi: Câu hỏi không rõ, không chủ đích Các lời thoại phụ, không rõ hay bày tỏ suy nghĩ	F (0)	Đặt câu hỏi: Câu hỏi một, chủ đích rõ ràng đúng chuẩn hỏi Lắng nghe câu trả lời Không lặp lại câu hỏi	0.50	Ở đây không được tính điểm. Xin giám khảo không cho điểm vào ô này.		Đặt câu hỏi: Đặt câu hỏi của câu hỏi mạch lạc Thì hoàn thành, hiểu, hiểu câu Sử dụng từ ngôn ngữ bằng lời và không tin	1.00	Đặt câu hỏi: Đặt câu hỏi của câu hỏi mạch lạc Thì hoàn thành, hiểu, hiểu câu Sử dụng từ ngôn ngữ bằng lời và không tin	1.00
Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp tư vấn: Quan tâm đến thái độ của bệnh nhân Mọi chẩn đoán, không nghe và quá độ ứng của thai phụ Không trung thực, cung cấp thông tin sai lệch	F (0)	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp tư vấn: Có tôn trọng hoàn cảnh, hiểu biết y-xã hội của thai phụ Hai chiều, có chủ ý đến đáp ứng của thai phụ Cung cấp thông tin đúng, đủ, bằng ngôn ngữ "y học"	0.50	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp tư vấn: Quan tâm đến hoàn cảnh, hiểu biết y-xã hội của thai phụ Hai chiều, có chủ ý đến đáp ứng của thai phụ Thông tin trung thực, có dùng ngôn ngữ "dễ thương"	0.70	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp tư vấn: Thông cảm với hoàn cảnh, hiểu biết y-xã hội của thai phụ Nỗ lực cùng với thai phụ vượt qua vấn đề Thông tin trung thực, dùng từ ngôn ngữ "dễ thương" Quan tâm đến thông tin của người nghe	1.00	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp tư vấn: Thông cảm với hoàn cảnh, hiểu biết y-xã hội của thai phụ Nỗ lực cùng với thai phụ vượt qua vấn đề Thông tin trung thực, dùng từ ngôn ngữ "dễ thương" Quan tâm đến thông tin của người nghe	1.00
Thiết lập chẩn đoán: Không nói được là tăng huyết áp dự thai	F (0)	Thiết lập chẩn đoán: Thiết lập được chẩn đoán tiền sản giật có dấu hiệu nặng (nói với thai phụ là tăng huyết áp dự thai, với dấu hiệu nặng)	0.50	Thiết lập chẩn đoán: Mức độ Chỉ ra được vấn đề thai dưới 16 tuần	0.70	Thiết lập chẩn đoán: Mức độ Chỉ ra được mức tiền sản giật là chưa quá nghiêm trọng Chỉ ra được mức non tháng: late preterm	1.00	Thiết lập chẩn đoán: Mức độ Chỉ ra được mức non tháng: late preterm	1.00
Nội dung kế hoạch quản lý: Thiếu bất kỳ nội dung nào trong ba nội dung: • Điều trị chống tăng huyết áp • Điều trị ngừa co giật • Chăm sóc thai kỳ khi ổn định nội khoa	F (0)	Nội dung kế hoạch quản lý: Có đủ ba nội dung: • Điều trị chống tăng huyết áp • Điều trị ngừa co giật • Sơ chăm sóc thai kỳ	0.50	Nội dung kế hoạch quản lý: Mức độ Xác định mục tiêu huyết áp hoặc xác định thời điểm chẩn đoán (thai kỳ (bất kỳ, một trong hai))	0.70	Nội dung kế hoạch quản lý: Mức độ Xác định mục tiêu huyết áp và xác định thời điểm chẩn đoán (thai kỳ (đủ cả hai))	1.00	Nội dung kế hoạch quản lý: Mức độ Xác định mục tiêu huyết áp và xác định thời điểm chẩn đoán (thai kỳ (đủ cả hai))	1.00
Nội dung tư vấn về ảnh hưởng trên mẹ và con: Không nói với thai phụ về ảnh hưởng xấu của bệnh lên mẹ và con	F (0)	Nội dung tư vấn về ảnh hưởng trên mẹ và con: Nói được rằng bệnh có thể ảnh hưởng xấu lên thai phụ và thai nhi	1.00	Nội dung tư vấn về ảnh hưởng trên mẹ và con: Mức độ Trình bày được các ảnh hưởng này	1.40	Nội dung tư vấn về ảnh hưởng trên mẹ và con: Mức độ Giải thích được các ảnh hưởng này	2.00	Nội dung tư vấn về ảnh hưởng trên mẹ và con: Mức độ Giải thích được các ảnh hưởng này	2.00
Nội dung tư vấn về theo dõi tại viện: Không nói được đủ hai nội dung theo dõi: • Theo dõi tình trạng thai • Theo dõi biến chứng	F (0)	Nội dung tư vấn về theo dõi tại viện: Nói được rằng mục đích của theo dõi tại viện là: • Theo dõi sức khỏe thai • Theo dõi diễn biến dấu hiệu nặng và biến chứng	1.00	Nội dung tư vấn về theo dõi tại viện: Mức độ Trình bày được các nội dung theo dõi của bác sĩ	1.40	Nội dung tư vấn về theo dõi tại viện: Mức độ Hướng dẫn được thai phụ các nội dung theo dõi này	2.00	Nội dung tư vấn về theo dõi tại viện: Mức độ Hướng dẫn được thai phụ các nội dung theo dõi này	2.00
Nội dung tư vấn về chấm dứt thai kỳ: Thông nói được rằng chấm dứt thai kỳ là biện pháp bắt buộc để điều trị nguyên nhân	F (0)	Nội dung tư vấn về chấm dứt thai kỳ: Nói được rằng chấm dứt thai kỳ là biện pháp bắt buộc để điều trị nguyên nhân	0.75	Nội dung tư vấn về chấm dứt thai kỳ: Trình bày được rằng chấm dứt thai kỳ là biện pháp bắt buộc để điều trị nguyên nhân	1.05	Nội dung tư vấn về chấm dứt thai kỳ: Mức độ Phương pháp chấm dứt thai kỳ sẽ được quyết định của các nhân viên y tế	1.50	Nội dung tư vấn về chấm dứt thai kỳ: Mức độ Phương pháp chấm dứt thai kỳ sẽ được quyết định của các nhân viên y tế	1.50

Rubric lượng giá cho trạm A của 6

Huyết áp của chị là 160/90 mmHg và có bất thường đạm niệu là 7g.

Hiện tại chị đang có tình trạng tiền sản giật mức độ nặng **tức là chị bị tăng huyết áp do thai với dấu hiệu nặng**. Tình trạng này tiếp diễn sẽ gây nên nhiều hậu quả nguy hiểm đến tính mạng của cả bà mẹ và thai nhi. **Hiện tại chỉ có huyết áp chị tăng cao, còn lại các chỉ số máu đều bình thường nên mức TSG là chưa quá nghiêm trọng. tuy nhiên con chị có**

Tuổi thai hiện tại 36w là thai non tháng nhưng gần trưởng thành, sinh trắc phù hợp có **khả năng sống cao** → Có chỉ định Chấm dứt thai kỳ ngay (Siêu âm lúc thai 12,5w CRL 55mm bị lệnh 8 ngày → Tuổi thai đúng)

Mục tiêu điều trị huyết áp: duy trì khoảng 140/90 mmhg,

	<p>Thuốc để hạ huyết áp, ngừa co giật + MgSO4 bolus 6g/20p. (6g pha 100ml glucose 5%) Duy trì 2g/giờ trong chuyển dạ và sau sanh 12-24h (tương đương 40g trong 1 lít LR chảy 50ml/h hay 20 g trong 1 lít LR chảy 100 ml/h) +Nepressol (Hydralazin): Bolus 5mg, chưa đạt mục tiêu sau 15p bolus tiếp, max 24mg +Trandate (Labetalol): Bolus 20-80 mg (tối đa 220) Duy trì 200mg x3u x 2-3 ngày</p> <p>Bệnh làm tăng nguy cơ tử vong của mẹ và con,biến chứng trên mẹ là do co mạch máu làm mẹ có thể bị sản giật (co giật, hôn mê), vỡ gan, suy thận, phù phổi, BHSS. Con thì do trao đổi dinh dưỡng oxy qua nhau bị giảm, làm cho con bị sinh non tháng, có thể dị tật, suy hô hấp, nhiễm trùng.</p> <p>Tại bệnh viên, Chúng tôi sẽ Theo dõi sinh hiệu mẹ mỗi giờ, xét nghiệm máu, dấu hiệu nặng: đau bụng, khó thở, nhìn mờ hoa mắt, nhức đầu là những dấu hiệu mẹ có thể tự theo dõi Theo dõi dấu hiệu chuyển dạ đánh giá cổ tử cung, khung chậu, cơn gò, ối Theo dõi sức khỏe thai bằng: mẹ có thể đếm cử động thai, các cô hộ sinh sẽ đo tim thai, cơn gò, siêu âm Doppler (?) (Bilan xuất nhập mỗi 8h Bilan TSG mỗi 1-2 ngày)-”chắc ko cần nói khúc này”</p> <p>Chấm dứt thai kì là biện pháp bắt buộc để điều trị nguyên nhân. Có 2 biện pháp chấm dứt thai kì là: khởi phát chuyển dạ sanh ngã âm đạo hoặc mổ lấy thai. -Mẹ có mong muốn sinh thường hay không? Hiện tại tình trạng của mẹ ổn định, siêu âm sinh trắc em bé bình thường, tôi sẽ cho đo tim thai, cơn gò, siêu âm (Doppler) để đánh giá kĩ hơn cho bé. Nếu các kết quả bình thường, chị sẽ được cho sanh tự nhiên qua ngã âm đạo. Nếu kết quả cho thấy tình trạng em bé nguy hiểm hoặc diễn tiến mẹ xấu đi thì chị sẽ được xem xét sanh mổ.</p>
--	---

Trạm 4:

Xử trí tình huống với bệnh nhân giả, giảng viên quan sát qua camera chấm điểm

BN 41 tuổi, đến khám vì rong kinh.

- Kinh 15/10 -> nay, lượng 8 BVS/ngày.

- Mặt mới.

Khám:

- Da xanh, niêm nhạt.

- Từ cung 10 tuần thai.

Siêu âm: UXTC F0.

Hb: 5.2

Đề hỏi:

Giải thích tình trạng bệnh?(Phải học thêm bệnh sử để BN trả lời)

Xử trí?(Cần đề nghị CLS nói BN, BN đưa CLS đó cho mình)

-Chào chị, tôi là bs PAM, hôm nay tôi ở phòng khám phụ khoa, sẽ phụ trách khám cho chị. Xin hỏi họ tên chị là gì? Nghề nghiệp ? Nhà ở đâu?

-Tại sao hôm nay chị đến khám

-Kinh cuối của chị là ngày nào? Khác gì những lần trước? Mỗi ngày mấy bvs, có ướm đẫm không? Diễn tiến cho tới hôm nay thế nào? Đã đi khám, uống thuốc gì chưa?

-Trước giờ chị có ra kinh như thế này bao giờ chưa? Tình trạng rong kinh này xảy ra bao lâu rồi

-Ngoài ra chị còn triệu chứng gì khác không? đau bụng/ tiêu tiểu/chóng mặt, xay sầm/buồn nôn, nôn/ có rong huyết không? Chảy máu răng mũi tiểu máu tiêu ra máu

-Kinh nguyệt chị có đều không? Bao lâu ra kinh 1 lần, hành kinh mấy ngày, mấy bvs/ngày? Có đau bụng khi hành kinh? Trước khi có kinh có đau bụng? Sau khi sạch kinh có hết đau bụng không.

-Chị đã mang thai bao nhiêu lần rồi, có lần nào thai ngoài, thai lưu, sảy thai, bỏ thai không? (hỏi từng lần: thời gian, điều trị, biến chứng gì)? Chị còn mong con nữa không?

-Chị có bệnh mạn tính gì trong người không? Có đang uống thuốc gì? Đã từng mổ gì chưa?

-Đã từng biết u xơ tử cung bao giờ chưa? Đã điều trị bệnh phụ khoa gì trước đây chưa?

-Bây giờ tôi sẽ khám xem chị có thiếu máu không (mạch, huyết áp, khám niêm mạc mắt, lòng bàn tay, móng tay), khám bụng và khám âm đạo cho chị để tìm nguyên nhân

-Sau khi hỏi bệnh và thăm khám thì tôi nghĩ chị có các vấn đề sau: 1/ thiếu máu mức độ trung bình - nặng vì chị có da xanh, niêm nhạt 2/ rong kinh do u xơ tử cung vì bụng chị có khối to và tính chất xuất huyết là rong kinh

-Tôi sẽ cho chị làm các xét nghiệm:

+beta-hCG để loại trừ chảy máu do có thai

+công thức máu để xem mức độ thiếu máu, bilan đông cầm máu xem chị có cơ địa không đông máu không

+siêu âm đầu dò âm đạo để xem khối ở bụng chị là gì

-Nếu tình trạng thiếu máu của chị nặng có thể tôi sẽ cho chị nhập viện truyền máu

-Kết quả máu của chị là chị đang thiếu máu nặng, tôi sẽ chỉ định truyền máu cho chị

- Hiện tại chị không còn chảy máu nữa nên tôi chỉ truyền máu cho chị để đủ chỉ số máu trên 8/đang chảy máu nhiều thì tôi sẽ cho thêm acid tranaxemic+estrogen liều cao để cầm máu/ chảy máu rất nhiều thì nạo lòng tử cung cầm máu và đồng thời chẩn đoán xem có ung thư nội mạc tử cung không (nếu niêm mạc tử cung dày)

Trạm 5:

Xử trí tình huống với bệnh nhân giả, giảng viên quan sát qua camera chấm điểm

BN 34 tuổi, đến khám vì ra huyết âm đạo.

Bệnh sử:

- Đau trần bụng dưới.

- Ra huyết sậm âm đạo.

Đi khám ở BV tư: 28/10: b-HCG: 1.3k

Hôm nay: 31/10: b-hCG: 1.8k. Siêu âm: khối cạnh buồng trứng, dấu vòng lữa.

Đề hỏi:

Giải thích tình trạng bệnh? (Phải học thêm bệnh sử để BN trả lời)

Xử trí? (Cần đề nghị CLS nói BN, BN đưa CLS đó cho mình)

-Kết quả siêu âm chị có u xơ tử cung dưới niêm mạc, u xơ này gây rong kinh làm chị thiếu máu nặng nên có chỉ định điều trị, vì là u xơ này hoàn toàn nằm trong lòng tử cung, kích thước không qua to nên phù hợp điều trị ngoại bằng nội soi buồng tử cung cắt u, còn uống thuốc chỉ có thể làm giảm chảy máu nhưng không hiệu quả bằng và không dứt điểm.

-Nội soi buồng tử cung đơn giản, sẽ được gây mê và thực hiện tại phòng mổ, thời gian thủ thuật nhanh, thời gian theo dõi sau mổ ngắn.

Rubric:

Mã trạm thí: 6120-E. Ngày thí: 31.10.2019 Họ và tên sinh viên: _____ Mã số sinh viên: _____

VERSION GIAN LƯỢC CỦA RUBRIC TRẠM E

	Không đạt (F)	Vừa đạt mức yêu cầu (50%)	Đạt tiêu mức yêu cầu (70%)	Hoàn thành rất tốt mọi yêu cầu (100%)
Lượng giá trị chung về thực hành kỹ năng lâm sàng	Chào hỏi: Không đạt được các yêu cầu tối thiểu trong mô hình tư vấn F (0)	Chào hỏi: Thực hiện đạt yêu cầu tối thiểu về tính lịch sự 0.25	Chào hỏi: Mô hình một cách thân thiện và lịch sự 0.35	Chào hỏi: Thiết lập không khí tư vấn cởi mở, thân thiện Trao đổi 2 chiều, dùng ngôn ngữ không lời 0.50
	Đặt câu hỏi: Câu hỏi không rõ ràng, không chỉ đích, thể hiện năng lực kém về vấn đề đang tư vấn F (0)	Đặt câu hỏi: Đặt câu hỏi thể hiện rõ ràng nội dung muốn hỏi Lắng nghe câu trả lời, không lặp lại các câu hỏi 0.50	Ở đây không được tính điểm. Xin giám khảo không cho điểm vào ở đây.	
	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp-tư vấn: Quan tâm đến thái độ đến khám bệnh F (0)	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp-tư vấn: Tìm hiểu hoàn cảnh, biểu hiện y-xã hội của thai phụ 2 chiều, có chủ ý đáp ứng của thai phụ Cung cấp đủ và đúng thông tin, bằng ngôn ngữ "y học" 0.50	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp-tư vấn: Chủ ý hoàn cảnh, biểu hiện y-xã hội của thai phụ 2 chiều, có điều chỉnh theo đáp ứng của thai phụ Thông tin trung thực, có dùng ngôn ngữ "dân thường" 0.70	Thái độ và ngôn ngữ khi giao tiếp-tư vấn: Hiếu, đồng cảm với hoàn cảnh, biểu hiện y-xã hội của thai phụ, thấu cảm với người bệnh Nỗ lực cùng với người bệnh vượt qua vấn đề Thông tin trung thực, dùng từ ngôn ngữ "dân thường" Quan tâm đến thông tin của người bệnh 1.00
Lượng giá trị chung về quyết định	Ra được quyết định chẩn đoán: Không chẩn đoán được thai ngoài tử cung F (0)	Ra được quyết định chẩn đoán: Chẩn đoán được thai ngoài tử cung 1.25	Ra được quyết định chẩn đoán: Chẩn đoán được thai ngoài tử cung chưa vỡ 1.75	Ra được quyết định chẩn đoán: Chẩn đoán được thai ngoài tử cung chưa vỡ 2.50
	Kế hoạch nội dung quản lý tiếp theo: Không liệt kê được đủ hai phương pháp là nội và ngoại khoa F (0)	Kế hoạch nội dung quản lý tiếp theo: Liệt kê đủ hai phương pháp • Nội khoa • Ngoại khoa 1.0	Kế hoạch nội dung quản lý tiếp theo: Trình bày được đủ hai phương pháp • Nội khoa • Ngoại khoa 1.40	Kế hoạch nội dung quản lý tiếp theo: Giải thích được ưu và nhược điểm của cả hai phương pháp trên bệnh nhân có thể Có nói thêm về việc chờ đợi không cần thiết 2.00
	Lựa chọn điều trị: Không nêu được chọn lựa ưu tiên là nội khoa F (0)	Lựa chọn điều trị: Chọn nội khoa là ưu tiên nhưng không lý giải 1.50	Lựa chọn điều trị: Giải thích được nội khoa là ưu tiên do vết mổ cũ mổ sạch và viêm phúc mạc ruột thừa 2.10	Lựa chọn điều trị: Mức trên đạt Đạt được sự đồng thuận của bệnh nhân 3.00

NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG RUBRIC:

Analytical rubric của trạm E này gồm 2 "thành tố" (element), được phân bố thành 6 "tác vụ thành phần" (component).

Định nghĩa của mức "đạt"

Mỗi "kỹ năng thành phần" được mô tả bằng *tiêu chí* và các *tiêu chuẩn tối thiểu phải đạt* để được xem là *hoàn thành* tác vụ thành phần đó, gọi là *mức đạt*

Các định nghĩa của mức "không đạt"

- Không đạt một tác vụ thành phần nếu không đạt được tiêu chuẩn tối thiểu của *tác vụ thành phần đó* (trôi vào cột F). Khi đó kỹ năng thành phần bị ghi điểm "0"
- Không đạt trạm E nếu tổng điểm tất cả các kỹ năng thành phần là dưới 4.5

Trang 10 của 10 trang

Rubric hướng giá cho trạm E của 6 trạm

Hỏi thêm:

	<ul style="list-style-type: none"> - PARA (chú ý bn có đủ con chưa, có mong con ko, có sẵn bỏ hút nạo hay là thủ thuật trên buồng trứng ko, trước đây có TNTC lần nào chưa) - Có đang hậu sản, cho con bú ko (coi chừng đề giấu) (hỏi PARA thì hỏi con gần nhất là nhiêu tuổi, có mổ lần nào ko) - Tính chất đau bụng - Hỏi tiền căn Bn có bệnh lý gan thận, bệnh phổi, viêm dạ dày ruột gì ko, dị ứng gì ko, có phẫu thuật vùng bụng ko? - Nhà gần ko, có theo dõi dc ko - Cân nặng <p>Giải thích tình trạng BN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chào chị, tôi là Bs X, theo kết quả thì chị đang có thai, tuy nhiên thai này ko ở trong lòng TC, mà là ở ngoài TC. Thứ nhất là beta thai tiết ra của chị tăng ít sau 3d kiểm tra, với lúc beta là 1800k nhưng SA ko thấy khối thai trong tc mà ở cạnh BT (P)/(T) có hình ảnh vòng đôi là hình ảnh của thai nên tôi nghĩ chị đang có tình trạng TNCT ở Vòi trứng bên (P)/(T). - Tôi sẽ bắt mạch, đo HA, khám c có thiếu máu, xanh xao, da nhợt nhạt ko, c có chóng mặt ko, - Chị có đau trần bụng, sinh hiệu ổn định nên tôi nghĩ khối thai này chưa vỡ <p>Xử trí:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Để đưa ra quyết định điều trị cho chị, tôi cần khám bụng, có phản ứng dội ko, - Và làm thêm các xn: CTM, AST,ALT, creatinin máu, Đông máu toàn bộ, siêu âm đầu dò âm đạo (xem có dịch ổ bụng, kích thước khối thai) <p>Điều trị:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Có 3 cách điều trị là theo dõi, điều trị nội khoa bằng thuốc và điều trị ngoại khoa - Việc theo dõi đợi thai tự thoái triển hay điều trị nội khoa bằng thuốc đối với khối thai nhỏ, có beta thấp, ko phải mổ nên ko can thiệp lên vòi trứng của chị, tuy nhiên cần có thời gian theo dõi dài và liên tục để xem là khối thai đó có tự thoái triển hay là đáp ứng với điều trị thuốc ko, nếu ko đáp ứng cần phải dùng thêm đợt thuốc khác và theo dõi tiếp, ko thì phải phẫu thuật. với lại trong qtrình theo dõi cũng có nguy cơ vỡ khối thai, nếu gặp tình huống này phải mổ ngay. Việc dùng thuốc cũng có 1 số tác dụng phụ của thuốc như viêm kết mạc
--	---

	<p>mắt, viêm miệng,...tuy nhiên thường nhẹ và tự giới hạn nên chị đừng quá lo lắng.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Còn nếu phẫu thuật thì có 2 lựa chọn là cắt vòi trứng và xé vòi trứng bảo tồn. chị ko cần phải theo dõi dài như vậy, nhanh, có thể về sau phẫu thuật 2 ngày, tuy nhiên sau phẫu thuật có nguy cơ sót nguyên bào nuôi cần điều trị tiếp bằng thuốc, hoặc trong qtrình mổ chúng tôi thấy khối thai quá lớn, tình trạng viêm nhiễm gây dính máu chảy quá nhiều, lúc đó có thể phải cắt cả vòi trứng của chị. → Quyết định: tuỳ theo hoàn cảnh của Bn mà đưa ra pp → Chị đã từng mổ vrt, có thể có tình trạng dây dính, nên cuộc phẫu thuật có thể khó khăn, nên tôi ưu tiên điều trị bằng thuốc cho c. c thấy như thế nào? - Nếu điều trị nội: <ul style="list-style-type: none"> + làm thêm ctm, cn gan, cn thận + giải thích lựa chọn phác đồ đơn liều/ đa liều: kế hoạch điều trị của tôi là tiêm bắp 1 liều mtx 50 mg 2ml, rồi cho chị về nhà, Hôm nay là ngày 4/6, thì ngày 7/6 và 10/6 chị quay lại để xn beta hcg, để coi đáp ứng ntn, để có phương án tiếp theo. Nếu giảm >15% thì sẽ theo dõi beta hàng tuần đến khi ko còn trong máu nữa. còn nếu giảm <15% thì tôi sẽ cho c dùng 1 liều thuốc nữa r theo dõi tiếp. + dặn dò BN: <ul style="list-style-type: none"> Dấu hiệu tntc vỡ: đau bụng tăng dần, chóng mặt,... Tránh ăn thức ăn chứa folate như ngũ cốc, rau có màu xanh như cải bó xôi,... Tránh uống thuốc NSAIDs Tránh tiếp xúc vs ánh sáng mặt trời Kiêng giao hợp vì có nguy cơ vỡ tntc và tránh thai ít nhất 3m sau khi beta âm tính Sau khi tiêm thuốc thì c có thể đau bụng do máu tụ hoặc thai sảy, thì đây là tình trạng bình thường, nếu đau bụng ít, ko tiến triển nặng nên c đừng quá lo lắng, - Nếu điều trị ngoại: <ul style="list-style-type: none"> Dặn dò bn ko ăn uống Cô điều dưỡng sẽ hướng dẫn chị các thủ tục cần thiết
--	--

Trạm 6:

Xử trí tình huống với bệnh nhân giả, giảng viên quan sát qua camera chấm điểm

BN tới đề tư vấn tránh thai.

Hậu sản 3 tháng (cẩn thận vì BN giấu chỉ tiết này hơi bị kĩ), hậu sản ổn, đang cho con bú, siêu âm lòng tử cung trống.

PARA: 2012, bệnh nhân thứ 6 có kết quả XN chlamydia dương tính (t chưa khai thác)

(Còn nhiều cái t chưa khai thác lắm tại hoảng loạn và không kịp giờ)

Đề hỏi:

BN hỏi có thể sử dụng biện pháp tránh thai nào? (Phải học thêm bệnh sử để BN trả lời)

BN muốn đặt dụng cụ tử cung. Tư vấn cho bệnh nhân.

Tác dụng phụ? Lưu ý?

Đặt luôn bây giờ được ko?

(Cần đề nghị CLS nói BN, BN đưa CLS đó cho mình)

Thu thập thông tin tiền sử sản phụ khoa: Không khai thác / khai thác không đúng PARA <i>Hoặc</i> Không khai thác / không đủ tính chất kỹ kinh <i>Hoặc</i> Không khai thác bệnh lý phụ khoa	Thu thập thông tin tiền sử sản phụ khoa: Khai thác đúng và đủ PARA <i>Và</i> Khai thác đúng và đủ tính chất kỹ kinh <i>Và</i> Khai thác đúng và đủ tiền sử bệnh lý phụ khoa	Thu thập thông tin tiền sử sản phụ khoa: Mức đạt <i>Và</i> Khai thác chi tiết các yêu cầu của mức đạt
Thu thập thông tin tiền sử: Không hỏi tiền sử bản thân liên quan đến dị ứng thuốc <i>Hoặc</i> Không hỏi về tiền sử bệnh lý tim mạch, huyết khối, nhiễm trùng, ung thư	Thu thập thông tin tiền sử: Có hỏi tiền sử bản thân liên quan dị ứng thuốc <i>Và</i> Có hỏi về tiền sử bệnh lý tim mạch, huyết khối, nhiễm trùng, ung thư	Thu thập thông tin tiền sử: Mức đạt <i>Và</i> Có khai thác chi tiết về các yếu tố liên quan đến category 3, 4
Thu thập thông tin liên quan nhu cầu tránh thai: Không khai thác thông tin nghề nghiệp <i>Hoặc</i> Không khai thác yếu tố kinh tế <i>Hoặc</i> Không khai thác ý nguyên tránh thai <i>Hoặc</i> Không khai thác yếu tố hoàn cảnh xã hội	Thu thập thông tin liên quan nhu cầu tránh thai Có khai thác thông tin nghề nghiệp, kinh tế và hoàn cảnh <i>Và</i> Ý nguyên tránh thai : thời gian, mức độ	Thu thập thông tin liên quan nhu cầu tránh thai Mức đạt <i>Và</i> Khai thác tính chất nghề nghiệp, lối sống <i>Và</i> Khai thác quan điểm về sức khỏe sinh sản <i>Và</i> Có lưu tâm đến yếu tố liên quan đến bạn tình
Tư vấn chọn biện pháp tránh thai phù hợp: Không kể ra được / kể quá nhiều phương pháp tránh thai phù hợp <i>Hoặc</i> Nêu phương pháp rơi vào category 3, 4 <i>Hoặc</i> Không trình bày gì về các phương pháp đã liệt kê	Tư vấn chọn biện pháp tránh thai phù hợp: Liệt kê được 3-4 biện pháp tránh thai phù hợp <i>Và</i> Trình bày sơ lược về các biện pháp trên	Tư vấn chọn biện pháp tránh thai phù hợp: Mức đạt <i>Và</i> Sắp xếp theo thứ tự ưu tiên (có li giải)
Đi đến đồng thuận và hướng dẫn sử dụng một biện pháp cụ thể: Không đạt được đồng thuận về một biện pháp tránh thai <i>hay</i> Không hướng dẫn sử dụng: thời điểm bắt đầu, cách dùng	Đi đến đồng thuận và hướng dẫn sử dụng một biện pháp cụ thể: Đạt được đồng thuận về một biện pháp tránh thai <i>Và</i> Hướng dẫn sử dụng: thời điểm bắt đầu, cách dùng	Đi đến đồng thuận và hướng dẫn sử dụng một biện pháp cụ thể: Mức đạt <i>Và</i> Tư vấn về các vấn đề phát sinh trong lúc tránh thai

- Chào chị : Tôi là bác sĩ, tôi sẽ tư vấn cho chị biện pháp tránh thai.
- Chị tên gì ? Năm nay bn tuổi ? Nhà chị ở đâu? Hiện tại chị làm nghề gì? Công việc có bận rộn lắm không? **Thu nhập ntn?** Liệu uống thuốc hàng ngày cùng 1 giờ chị có làm dc không?
- Chị có bao nhiêu người con? Lúc sinh thì thai được bn tuần? Có sẩy thai hay bỏ thai lần nào không? Có mất người nào không? Con nhỏ nhất của chị bn tuổi? Nếu còn nhỏ thì chị còn cho con bú không? Chị định tránh thai bao lâu, chừng nào muốn sinh con tiếp?
- Chu kỳ kinh của chị ntn? Có đều hay không? Bn ngày thì có kinh 1 lần? Một lần hành kinh kéo dài mấy ngày? Lượng máu kinh nhiều/ít/vừa?
- Chị có lần nào TNTC không? Có lần nào bs sĩ nói mình : viêm phần phụ, viêm vùng chậu ,tử cung, buồng trứng, vòi trứng gì không? Có lần nào bác sĩ nói mình bị nhiễm Chlamydia trachomatis hay lậu gì không?
- Chị có dị ứng với thuốc hay thức ăn gì không?
- **Bệnh hiện tại:** Chị có tăng huyết áp, đái tháo đường? Có từng bị tắc mạch máu không? Xơ vữa mạch máu? **Lupus?** Có đang dùng thuốc gì không? **Đang có xuất huyết tử cung hay không?**
- **Có đang bị đau đầu không? Nếu có thì đã đi khám chưa? Có được chẩn đoán đau nửa đầu không? Trước khi đau có thấy mờ mắt không?**

- Đã từng sử dụng các biện pháp tránh thai nào? Hiệu quả ra sao? Phương pháp nào hài lòng nhất?

Nếu tất cả đều bình thường, chỉ có: Chlamydia (+), sau sinh 3 tháng đang cho con bú, lòng tử cung trống:

- Đưa cho BN 3 lựa chọn : ~~ưu tiên levonorgestrel IUD or Cu-IUD~~ → Inplanon ---> COCs POP (Hậu sản 3 tháng). Chlamydia (+) => Không đặt IUD => Tư vấn Inplanon hoặc POP hoặc cho con bú vô kinh (LAM)
- Về hiệu quả tránh thai: Inplanon > LAM > POPs (Y khoa hội)
- Về giá tiền: Inplanon mắc (Từ dữ là 3tr), POP rẻ.
- Thời gian tác dụng: Inplanon 3y, POP uống cả tháng, ngưng sử dụng BPTT thì có thai tiếp được ngay.

- Tư vấn các tác dụng phụ:

~~@IUD: đau bụng, ra máu, dụng cụ di chuyển đến chỗ khác chỗ đặt ban đầu.~~

~~Thường sẽ ổn định sau 1 thời gian.~~

@Inplanon: Đau khi gắn/gỡ. Vô kinh, tác dụng của bất tương hợp P/E: Đau vú, buồn nôn, nhức đầu

@POP: Rối loạn chuyển hoá Glucid (là gì k bik?) Cũng nhức đầu, căng vú, nôn ói

- Tư vấn xử trí quên thuốc ~~vs COCs~~, khi nào bắt đầu sử dụng. ~~Nói chung hạn chế tư vấn cho bn sd COCs, rất nhiều vấn đề. Cho Sd IUD cho khoẻ.~~

- LAM thì chỉ trong vòng 6 tháng sau sinh

- ~~Nếu muốn đặt IUD~~ → đề nghị CLS: NAAT, C.trachomatis IgM, IgG vợ + chồng (Ca này Chlamydia (+) nên không tư vấn IUD)

Đặt luôn bây giờ được không?:

Inplanon: Được

POP: Được

LAM: Được

TỰ VẤN TRÁNH THAI (Trâm-Hoà)

So sánh hiệu quả tránh thai của các phương pháp tránh thai thông dụng

	COCs	POPs	DMPA	Que cấy	Cu-IUD	LNG-IUD
HSD	1 tháng	1 tháng	12 tuần	Implanon: 3 năm	Tcu-380A: 11 năm	Mirena: 5 năm
Chỉ số Pearl (HWY)	9	Cổ điển: 1,55 Mới: 0,41	6	0,05	0,8	0,2

Hiệu quả: Que cấy > LNG-IUD > POPs mới > Cu-IUD > POPs cổ điển > DMPA > COCs

Cụ thể:

a. Thuốc tránh thai nội tiết

	COCs	POPs
Cơ chế	<ul style="list-style-type: none"> - Estrogen: ngăn phát triển noãn - Progesterone: ngăn phóng noãn, làm NMTC không thích hợp cho làm tổ. 	<ul style="list-style-type: none"> - POPs cổ điển (vd: Lynestrenol) có tính kháng estrogen → làm đặc chất nhầy CTC; khả năng ức chế LH yếu - POPs mới (vd: Desogestrel) ức chế mạnh lên LH → ngăn cản phóng noãn
Hiệu quả	9 HWY	POPs cổ điển: 1,55 HWY POPs mới: 0,41 HWY
Dạng thương phẩm	Phổ biến và tiện dụng: COCs mà mọi viên thuốc có hoạt chất đều có hàm lượng EE và progesterone hoàn toàn như nhau VD: Mercilon 21 viên (20µg EE + 150µg Desogestrel)	Tất cả đều được trình bày dưới dạng vỉ 28 viên.
Cách dùng	<p>Cách dùng COCs định dạng chuẩn 21 viên, hàm lượng EE trong mỗi viên $\geq 20\mu\text{g}$:</p> <p>*** Vỉ thuốc đầu tiên:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uống viên đầu tiên của vỉ càng sớm càng tốt trong chu kỳ, trong vòng 3 ngày đầu của chu kỳ kinh • Mỗi ngày uống 1 viên vào đúng giờ nhất định, không được quên thuốc, uống theo chỉ dẫn của mũi tên • Uống xong viên cuối cùng, nghỉ uống 7 ngày (trong những ngày này sẽ có kinh) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu vỉ không muộn hơn ngày 5 của chu kỳ. Nếu muộn hơn ngày 5 của chu kỳ → dùng thêm BCS / tránh giao hợp trong 48h sau dùng thuốc. - Dùng POPs/hậu sản: không được muộn hơn ngày thứ 21 sau sinh; nếu muộn → dùng thêm BCS /

	*** Các vỉ thuốc sau: viên đầu tiên được uống sau 7 ngày từ viên cuối của vỉ trước	tránh giao hợp trong 48h sau dùng thuốc.
Tác dụng phụ	Nguy cơ gây thuyên tắc mạch và xơ vữa mạch máu (EE)	Khi dùng POPs: 40% hành kinh bình thường, 40% có bất thường hành kinh, 20% vô kinh.
Chống chỉ định (theo WHO 2015)	<p>Tuyệt đối</p> <p>*** Nguy cơ thuyên tắc mạch do huyết khối: không dùng trong 6w đầu hậu sản (cho con bú)/3w đầu hậu sản (không cho con bú) trên người có tiền căn tắc mạch do huyết khối, bệnh van tim hậu thấp có biến chứng, tăng đông máu.</p> <p>*** Nguy cơ xơ vữa mạch máu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - THA - Tiền căn đột quỵ - ≥ 35 tuổi kèm hút thuốc lá ≥ 15 điếu/ngày - Lupus có kháng thể kháng phospholipid - Migrain nặng có biến chứng - ĐTĐ có biến chứng <p>*** Bệnh lý lệ thuộc estrogen / tăng nặng bởi progesterone: ung thư vú đang diễn tiến, viêm gan, u tế bào gan.</p>	<p>Tuyệt đối: ung thư vú đang tiến triển hay đang điều trị.</p> <p>Tương đối:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đang có bệnh lý thuyên tắc - Hiện tại: có đột quỵ, THA chưa ổn định, lupus ban đỏ có kháng thể kháng phospholipid - Ung thư vú đã điều trị và đã khỏi 5 năm, bệnh lý đường mật, xơ gan, u gan.
Yếu tố ảnh hưởng hiệu quả tránh thai	<ul style="list-style-type: none"> - Bắt đầu vỉ thuốc muộn trong chu kì, khi đã có sự hiện diện của nang vượt trội - Không tuân thủ giờ uống thuốc - Quên uống thuốc - Khoảng nghỉ uống thuốc kéo dài - Dùng thuốc có tương tác chéo với hormone - Dùng kháng sinh như điều trị lao với rifampicine 	<ul style="list-style-type: none"> - Nôn ói sau uống - Quên thuốc

Xử trí quên thuốc	<ul style="list-style-type: none"> - Quên 1 viên: uống ngay viên quên, sau đó tiếp tục uống đúng giờ. - Quên 2 viên: căn cứ vào lúc bắt đầu vỉ thuốc đến lúc phát hiện quên thuốc: <ul style="list-style-type: none"> • < 7 ngày: uống bù 1 viên quên ngay, ngày đó uống vẫn uống 1v bình thường, ngày sau tiếp tục vỉ thuốc + tránh thai bổ sung cho đến khi uống lại tối thiểu 7 ngày. • > 7 ngày, còn hơn 7 viên nữa mới hết vỉ: như < 7 ngày, nhưng không cần tránh thai bổ sung. • > 14 ngày: có hai cách: <ul style="list-style-type: none"> + Ngưng vỉ, chờ có kinh, uống lại vỉ mới vào ngày đầu + Uống 1 viên quên ngay, ngày đó uống viên bình thường, ngày sau uống 2 viên, hết vỉ 21 viên thì uống tiếp vỉ mới, không nghỉ. 	<ul style="list-style-type: none"> - Khoảng muộn giờ cho phép: POPs cổ điển (3 giờ), POPs mới (12 giờ), sau đó thì phải xử trí như quên thuốc. - Xử trí: khi phát hiện ra thì uống ngay viên quên/chậm giờ → sau đó vẫn uống viên thường lệ như cũ + dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 48h sau uống viên quên.
-------------------	--	--

b. Dụng cụ tử cung tránh thai (IUD)

- Có 3 nhóm IUD: IUD trơ, IUD chứa đồng, IUD phóng thích chậm progesterone; hiện thì IUD trơ ngày nay ít sử dụng.

	Cu – IUD	LNG – IUD
Cơ chế	<ul style="list-style-type: none"> - Với IUD trơ sẽ tạo phản ứng viêm tại chỗ do hiện diện của dị vật → ảnh hưởng giao tử và tiến trình làm tổ. - Khi quấn thêm Cu: <ul style="list-style-type: none"> + Hiệu quả ngừa thai tăng do sự phóng thích liên tục của Cu vào tử cung, tăng phản ứng viêm, có thể gây co cơ tử cung ngăn chặn làm tổ. + Cu^{2+} làm thay đổi tính chất sinh hóa chất nhầy CTC → ảnh hưởng đến sự di động, hoạt hóa, khả năng sống sót của tinh trùng. + Cu^{2+} làm thay đổi NMTC → ngăn chặn làm tổ 	<ul style="list-style-type: none"> - Cơ chế kép tránh thai: IUD trơ + LNG tại chỗ. - IUD dạng chữ T, phần thân mang một bầu với màng đặc biệt, phóng thích hằng định $20\mu\text{g}$ LNG mỗi ngày. LNG có tác dụng: <ul style="list-style-type: none"> + Cô đặc chất nhầy CTC → ngăn chặn sự xâm nhập của tinh trùng. + Phân tiết nội mạc → làm mỏng NMTC → không thích hợp làm tổ. + Nguyên lý 2 & 3 của tránh thai: ngăn đỉnh LH làm không phóng noãn + di dời cửa sổ làm tổ - Ngoài ra, LNG-IUD còn được dùng trong điều trị rong kinh cơ năng do nội tiết, rong kinh do UXTC, lạc NMTC.

Hiệu quả tránh thai	0,8 HWY	0,2 HWY
Ở Việt Nam	Hai loại: + Multiload 375 (5 năm) + Tcu-380A (HSD: 11 năm)	Mirena (HSD: 5 năm)
Thời điểm đặt	Có thể đặt và tháo bất kì lúc nào trong chu kì kinh, khi đã chắc chắn người dùng không có thai.	Đầu chu kì kinh, muộn nhất là ngày 5, khi đã chắc chắn người dùng không có thai.
Tác dụng phụ	- Rong kinh, cường kinh, rong huyết. - Đau trần bụng dưới và đau bụng khi hành kinh - IUD di trú	Vô kinh
Ưu điểm	<ul style="list-style-type: none"> - Rẻ tiền (trừ Mirena có giá cao) - Tỷ lệ tránh thai cao, hiệu quả tránh thai kéo dài trong nhiều năm - Sau khi tháo vòng, có thai lại dễ dàng - Không cần dùng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ 	
Nhược điểm	<ul style="list-style-type: none"> - Cần đến cơ sở y tế để đặt vòng, tháo và thay vòng theo HSD - Có thể rong huyết trong vài chu kì đầu sau đặt - Đau lưng, đau thắt do cơn co tử cung, đau có thể khỏi tự nhiên/dùng thuốc. - Ra nhiều khí hư trong thời gian đầu do phản ứng của NMTC, hiện tượng này sẽ giảm dần nếu không có nhiễm trùng NMTC - 2-5% rơi IUD trong 3 tháng đầu sau đặt, nếu không phát hiện, nguy cơ có thai dễ xảy ra. 	

Chống chỉ định	<ul style="list-style-type: none"> - Tuyệt đối <ul style="list-style-type: none"> • Viêm nhiễm cấp tính đường sinh dục • Tử cung dị dạng • Có thai • Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân • Ung thư đường sinh dục • Sa sinh dục độ II – III - Tương đối <ul style="list-style-type: none"> • Tiền căn TNTC • UXTC • Bệnh lý van tim hậu thấp • Bệnh lý nội khoa mạn tính có suy gan, suy thận • Dị ứng với đồng (Hội chứng Wilson)
----------------	---

c. Que cấy dưới da

- Trong các que cấy dưới da, hormone ngoại sinh được cách ly với mô bằng một màng đặc biệt đảm bảo phóng thích mỗi ngày một lượng hằng định progesterone vào huyết tương.
- Thương phẩm gần đây, Implanon:
 - Dùng Etonogestrel (ETG), chỉ có 1 que cấy, chứa 68mg ETG, phóng thích mỗi ngày 60µg ETG/3 năm.
 - Vị trí đặt kín đáo, đặt và tháo dễ dàng.
 - Cấy vào đầu của chu kì kinh bình thường, muộn nhất là ngày 5, khi chắc chắn người dùng không mang thai.
- Chống chỉ định
 - *** Tuyệt đối: có thai, đang bị ung thư vú
 - *** Tương đối:
 - Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi
 - Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid
 - Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân
 - Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm nay
 - Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, u gan
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng đã từng hoặc đang bị TBMMN, thiếu máu cơ tim, đau nửa đầu có kèm mờ mắt

d. DMPA

- Các kho chứa trong mô phóng thích chậm Medroxy Progesterone Acetate là dạng phổ biến của các hệ thống phóng thích steroid kéo dài (LASDS) tại Việt Nam cũng như các nước đang phát triển.
- MPA ở dạng huyền dịch treo trong nước, được đưa vào cơ thể bằng đường tiêm: Depo-provera-IM 150mg hoặc Depo-provera-SC 104mg, phóng thích mỗi ngày 1ng/ml. HSD: 12 tuần.
- Chỉ định:
 - Phụ nữ độ tuổi sinh sản muốn tránh thai ít nhất 2 năm, nhưng không thích dùng các biện pháp tránh thai hàng ngày.
 - Đang cho con bú (6 tuần sau sinh)
 - Bị tác dụng phụ do dùng thuốc có estrogen hoặc chống chỉ định với thuốc có estrogen
 - Muốn dùng một biện pháp tránh thai kín đáo, thuận tiện.
- Chống chỉ định:
 - Đang có thai hoặc nghi có thai
 - Dưới 16 tuổi
 - Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân
 - Đang hay đã bị ung thư vú, bệnh tim mạch, tiểu đường, bệnh gan (viêm gan, ung thư gan)

SKILL

BẢNG KIỂM KHÁM ÂM HỘ VÀ KHÁM ÂM ĐẠO BẰNG MÔ VỊT

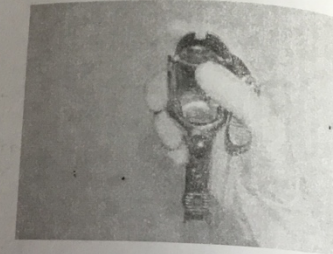
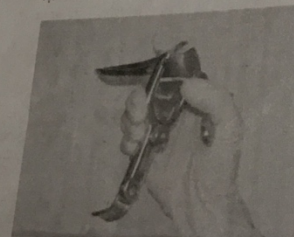
STT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị dụng cụ: Bàn khám phụ khoa, đèn gù, mô výt với các kích cỡ khác nhau, chất bôi trơn như Gel K-Y hoặc nước chín		
2	Nhắc bệnh nhân đi tiểu trước khi khám ?		
3	Bệnh nhân phải được che đắp thích hợp như khi khám phụ khoa		
4	Bệnh nhân nằm ngửa, gối đầu cao khoảng 30 độ		
5	Giúp bệnh nhân nằm sát mông tới mép bàn, hai chân gác lên giá đỡ chân cho thích hợp		
6	Khám ngoài		
	Quan sát cơ quan sinh dục ngoài xem có đỏ, sưng, những sang thương, khối, hoặc nhiễm trùng		
	Quan sát các môi lớn và môi nhỏ, các nếp gấp giữa chúng và âm vật		
	Lưu ý bất kỳ hình ảnh bất thường nào như đỏ, sưng, những sang thương và tiết dịch		
7	Khám trong (Khám mô výt)		
	Chọn cỡ mô výt tùy vào số lần sanh, cầm mô výt bằng tay thuận, bôi trơn mô výt <i>đeo găng tay</i>		
	Nói với bệnh nhân việc sắp đặt mô výt		
	Bộc lộ lỗ âm đạo bằng cách dùng ngón trỏ và ngón giữa tay không thuận		
	Đặt mô výt nghiêng 45° so với mặt phẳng ngang tránh chạm vào các cấu trúc ở phía trước.		
	Khi đã qua cơ vòng âm đạo, xoay mô výt về tư thế ngang, hơi ấn mô výt xuống, tiếp tục đưa mô výt vào sâu trong âm đạo theo hướng ra sau và xuống dưới.		
	Mở mô výt bằng cách dùng ngón tay cái bật khoá để bộc lộ cổ tử cung, sao cho cổ tử cung nằm giữa hai lưỡi mô výt.		
	Vặn ốc vít để cố định mô výt. Không di động mô výt tới lui lúc này		
	Quan sát cổ sang thương, dịch tiết bất thường ở cổ tử cung và âm đạo. Lấy dịch để xét nghiệm hoặc lấy mẫu tế bào để xét nghiệm tế bào học		
	Nới lỏng ốc, nhẹ nhàng rút mô výt qua khỏi cổ tử cung, cho phép hai van mô výt khép lại, tiếp tục rút mô výt ra khỏi âm đạo. Tránh đụng chạm các cấu trúc phía trước		

Chú ý: Nếu để mô výt vào số lần sanh, cầm mô výt bằng tay thuận, bôi trơn mô výt với nước muối sinh lý, hoặc chất bôi trơn như gel K-Y, vaselin

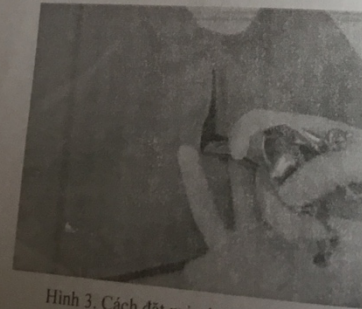
3.6. Khám trong:

3.6.1. Khám mô výt

- (1). Chọn cỡ mô výt tùy vào số lần sanh, cầm mô výt bằng tay thuận, bôi trơn mô výt với nước muối sinh lý, hoặc chất bôi trơn như gel K-Y, vaselin
- (2). Phải giải thích với bệnh nhân việc sắp đặt mô výt
- (3). Bộc lộ lỗ âm đạo bằng cách dùng ngón trỏ và ngón giữa tay không thuận
- (4). Đặt mô výt nghiêng 45° so với mặt phẳng ngang tránh chạm vào các cấu trúc ở phía trước.
- (5). Khi đã qua cơ vòng âm đạo, xoay mô výt về tư thế ngang, hơi ấn mô výt xuống



Hình 2. Cách cầm mô výt



Hình 3. Cách đặt mô výt

tiếp tục đưa mô výt vào sâu trong âm đạo theo hướng ra sau và xuống dưới.

- (6). Mở mô výt bằng cách dùng ngón tay cái bật khoá để bộc lộ cổ tử cung, sao cho cổ tử cung nằm giữa hai lưỡi mô výt.

- (7). Vặn ốc vít để cố định mô výt. Không di động mô výt tới lui lúc này

- (8). Quan sát cổ sang thương, dịch tiết bất thường ở cổ tử cung và âm đạo. Lấy dịch để xét nghiệm hoặc lấy mẫu tế bào để xét nghiệm tế bào học

- (9). Tháo mô výt, nhẹ nhàng rút mô výt qua khỏi cổ tử cung, cho phép hai van mô výt khép lại, tiếp tục rút mô výt ra khỏi âm đạo. Tránh đụng chạm các cấu trúc phía trước.

3.6.2. Khám

- (1). Giải thích trong, hãy
- (2). Bôi trơn
- (3). Tách và ngón
- (4). Bàn
- (5). Khám

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

- S
- ng
- da
-
- cu

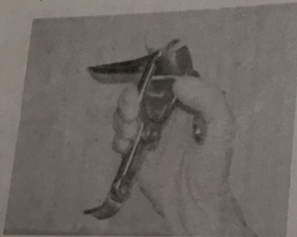
- S
- ng
- da
-
- cu

chẩn đoán (chẩn đoán lâm sàng) (chẩn đoán cận lâm sàng) (chẩn đoán phân tử)

chẩn đoán (chẩn đoán lâm sàng) (chẩn đoán cận lâm sàng) (chẩn đoán phân tử)

3.6. Khám trong:

- (1). Chọn cỡ mỏ vịt tùy vào số lần sanh.
- (2). Phải giải thích với bệnh nhân việc sắp đặt mỏ vịt
- (3). Bộc lộ lỗ âm đạo bằng cách dùng ngón trỏ và ngón giữa tay không thuận
- (4). Đặt mỏ vịt nghiêng 45° so với mặt phẳng ngang tránh chạm vào các cấu trúc ở phía trước.
- (5). Khi đã qua cơ vòng âm đạo, xoay mỏ vịt về tư thế ngang, hơi ấn mỏ vịt xuống



Hình 2. Cách cầm mỏ vịt



Hình 3. Cách đặt mỏ vịt

tiếp tục đưa mỏ vịt vào sâu trong âm đạo theo hướng ra sau và xuống dưới.

- (6). Mỏ vịt bằng cách dùng ngón tay cái bật khoá để bộc lộ cổ tử cung, sao cho cổ tử cung nằm giữa hai lưỡi mỏ vịt.
- (7). Vận óc vít để cố định mỏ vịt. Không đi động mỏ vịt tới lui lúc này
- (8). Quan sát cổ sang thương, dịch tiết bất thường ở cổ tử cung và âm đạo. Lấy dịch để xét nghiệm hoặc lấy mẫu tế bào để xét nghiệm tế bào học
- (9). Tháo mỏ vịt, nhẹ nhàng rút mỏ vịt qua khỏi cổ tử cung, cho phép hai van mỏ vịt khép lại, tiếp tục rút mỏ vịt ra khỏi âm đạo. Tránh đụng chạm các cấu trúc phía trước.

3.6.2. Khám

- (1). Giải thích trong, hãy
- (2). Bôi trơn thuận.
- (3). Tách và ngón
- (4). Bàn
- (5). Khám

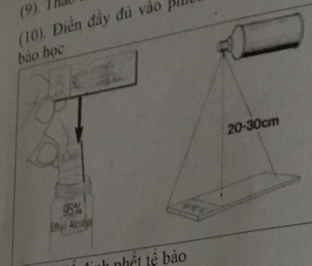
- S
- ng
- da
-
- cu

- (6). Khám

-
- cu
-
- c
-
- g

- (7). Khám

- (9). Tháo mỏ vịt.
- (10). Điền đầy đủ vào phiếu xét nghiệm tế bào học



Hình 4. Cố định phết tế bào

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kistner's *Gynecology* 1999 trang 106
2. Novak's *Gynecology* 1997 trang 447

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ CUỐI BUỔI HỌC

1/ Chuẩn bị

SIT	CHUẨN BỊ	CÓ	KHÔNG
1	Chuẩn bị dụng cụ	Bàn khám phụ khoa, đèn gù, mỏ vịt với các kích cỡ khác nhau, chất bôi trơn dùng nước chín.	
		Lam, viết chì, kẹp giấy, que Ayre, lọ dung dịch Alcohol 95°, hoặc keo xịt tóc và hộp đựng lam.	
	Chuẩn bị lam	Ghi nhãn trên lam gồm tên, tuổi, mẫu tế bào ở cổ ngoài hay ở cổ trong bằng viết chì lên lam.	
2	Tư thế	Kẹp 2 lam đầu lưng lại với nhau bằng cái kẹp giấy	
		Bệnh nhân phải được che đắp chỉ bộc lộ vùng khám (không cần khăn vô trùng)	
		Giúp bệnh nhân nằm đúng tư thế: Bệnh nhân nằm ngửa, gối đầu cao khoảng 30 độ. Giúp bệnh nhân nằm sát mông tới mép bàn, hai chân gác lên giá đỡ chân cho thích hợp.	
		- Người khám ngồi giữa hai chân bệnh nhân, điều chỉnh cho tầm mắt thích hợp.	
		- Mang găng (găng không tiết trùng)	

2/ Thực hành kỹ năng

STT	THỰC HIỆN KỸ NĂNG	CÓ	KHÔNG
1	Đặt mô vệt. - Nhúng nước - Đặt đúng kỹ thuật		
2	- Một tay cầm sẵn 2 lam (đã kẹp dính vào nhau), một tay cầm que Ayre đã lấy ra khỏi bao - Giữ cho 2 đầu que luôn vô trùng trước khi lấy mẫu tế bào		
3	Lấy mẫu cổ ngoài: - Đặt đầu ngắn của que Ayre tựa lên lỗ ngoài cổ tử cung xoay 360° - Xoay 2 đến 3 vòng.		
4	Phết ngay lên lam (mẫu cổ ngoài): - Đúng vào mặt lam có nhãn cổ ngoài - Theo đường thẳng, từng hàng từ trên xuống, theo chiều dọc lam.		
5	Lấy mẫu cổ trong: - Dùng đầu dài que Ayre đưa vào kênh cổ tử cung xoay tựa vào thành kênh cổ tử cung 360°. - Xoay 2 đến 3 vòng		
6	Phết lên lam: - Đúng vào mặt lam có nhãn cổ trong. - Theo đường thẳng, từng hàng từ trên xuống, theo chiều dọc lam.		
7	Cố định lam ngay: - Nhúng ngay vào lọ alcohol 95 độ cho ngập lam hoặc cố định bằng keo xít cách mặt lam 20 – 30cm. - Thời gian không quá 1 phút từ lúc lấy mẫu cổ ngoài		
8	Tháo mô vệt: Nới lỏng ốc, nhẹ nhàng rút mô vệt qua khỏi cổ tử cung, để hai lưỡi mô vệt khép lại, tiếp tục rút mô vệt ra khỏi âm đạo ở góc 45 độ. Tránh đụng chạm các cấu trúc phía trước		
9	Điền đầy đủ vào phiếu xét nghiệm tế bào học.		

