

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

TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

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

Tháng 12 – 2019

MỤC LỤC

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT	4
MỘT SỐ THUẬT NGỮ SỬ DỤNG	6
HỌC PHẦN I. TỔNG QUAN VỀ Y HỌC GIA ĐÌNH.....	7
BÀI 1. KHÁI NIỆM, LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN VÀ VAI TRÒ CỦA CHUYÊN NGÀNH Y HỌC GIA ĐÌNH	8
BÀI 2. CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH	18
BÀI 3. TRẠM Y TẾ XÃ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ HỌC GIA ĐÌNH.....	26
BÀI 4. MỘT SỐ CÔNG CỤ SỬ DỤNG TRONG ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH	33
BÀI 5. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI.....	41
BÀI 6. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN	48
BÀI 7. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ	58
BÀI 8. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI CAO TUỔI	67
HỌC PHẦN II. CHĂM SÓC DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE	79
BÀI 9. DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE	80
BÀI 10. QUẢN LÝ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ SỨC KHỎE	91
BÀI 11. SÀNG LỌC PHÁT HIỆN BỆNH	103
BÀI 12. CHĂM SÓC SỨC KHỎE TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG	118
BÀI 13. KỸ NĂNG GIAO TIẾP – TƯ VẤN CỦA BÁC SỸ GIA ĐÌNH.....	135
BÀI 14. XÁC ĐỊNH NHU CẦU VÀ NỘI DUNG TƯ VẤN GIÁO DỤC SỨC KHỎE..	148
BÀI 15. LẬP KẾ HOẠCH, THỰC HIỆN TƯ VẤN CHO CÁ NHÂN VÀ HỘ GIA ĐÌNH VỀ PHÒNG CHỐNG MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM.....	156
HỌC PHẦN III. LẬP KẾ HOẠCH QUẢN LÝ, CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÁ NHÂN THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH	171
BÀI 16. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE.....	172
THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.....	172
BÀI 17. QUẢN LÝ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI CỘNG ĐỒNG	185
HỌC PHẦN IV. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE THƯỜNG GẶP TẠI CỘNG ĐỒNG.....	191
BÀI 18. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE.....	192
THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM	192
BÀI 19. CẬP NHẬT MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH VÀ NGƯỜI CAO TUỔI.....	216
A. TĂNG HUYẾT ÁP.....	216
B. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG	227
C. BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH (BPTNMT/ COPD).....	238
D. HEN PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH	249
E. VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG	256
F. TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ ĐAU ĐẦU.....	261
G. THOÁI HOÁ KHỚP Ở NGƯỜI CAO TUỔI	268
BÀI 20. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SINH SẢN	276
A. THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO	276
B. CÁC TAI BIẾN SẢN KHOA	280
C. MỘT SỐ BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH	284
D. VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC.....	294

BÀI 21. CHĂM SÓC GIẢM NHE VÀ CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI	310
A. CHĂM SÓC GIẢM NHE	310
B. CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI	321
BÀI 22. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG	327
A. QUÁ TRÌNH TÀN TẬT - CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA	327
B. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG	329
C. KHÁM VÀ LƯỢNG GIÁ NGƯỜI TÀN TẬT	332
D. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI	337
DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO	337
BÀI 23. MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM THƯỜNG GẶP	348
A. ĐÁNH GIÁ TIÊU CHẢY CẤP TÍNH	348
B. BỆNH SỞI	355
C. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG	359
D. VIÊM GAN VI RÚT B	362
E. BỆNH GIANG MAI	368
F. NHIỄM HIV	373
G. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG	382
MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM	382
BÀI 24. VẮC XIN VÀ TIÊM CHỦNG	397
BÀI 25. LẠM DỤNG VÀ LỆ THUỘC VÀO CHẤT GÂY NGHIỆN	408
BÀI 26. XỬ TRÍ MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP	422
I. NGUYÊN TẮC CHUNG XỬ TRÍ CẤP CỨU	422
II. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN	423
IV. CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG	427
V. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP SƠ CỨU CHẢY MÁU VẾT THƯƠNG	429
VI. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG CẰNG TAY	431
VII. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG CÁNH TAY	431
VIII. CỐ ĐỊNH GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN	432
IX. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG ĐÙI	433
X. CỐ ĐỊNH GÃY CỘT SỐNG CỔ	433
XI. CỐ ĐỊNH GÃY CỘT SỐNG THẮT LƯNG	434
XII. CẤP CỨU VÀ XỬ TRÍ BỎNG	435
XIII. SƠ CẤP CỨU BỎNG MẮT, CHẤN THƯƠNG MẮT	437
XIV. CẤP CỨU SAY NẮNG, SAY NÓNG VÀ SỐC NHIỆT	439
XV. HƯỚNG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ ĐAU ĐẦU	440
XVI. XỬ TRÍ CƠN ĐỘNG KINH	443
XVII. CẤP CỨU ĐỘT QUỲ NÃO (TAI BIẾN MẠCH NÃO)	444
XVIII. XỬ TRÍ SẮC, HÓC, DỊCH VẬT ĐƯỜNG THỞ	446
XIX. XỬ TRÍ CẤP CỨU CÔN TRÙNG ĐÓT	448
XX. XỬ TRÍ RẪN ĐỘC CẦN	449
XXI. CẤP CỨU ĐIỆN GIẬT	451
XXII. CẤP CỨU ĐUỐI NƯỚC	453
XXIII. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP	454
XXIV. NHỒI MÁU CƠ TIM	458
BÀI 27. CẬP NHẬT KIẾN THỨC XỬ TRÍ TRONG THẢM HOA	461
BÀI 28. DỰ PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ	467
BÀI 29. CHUYÊN TUYẾN AN TOÀN	475

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BHYT	Bảo hiểm y tế
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Chỉ số khối cơ thể
BSGD	Bác sĩ gia đình
BV	Bệnh viện
BYT	Bộ Y tế
CBYT	Cán bộ y tế
CK	Chuyên khoa
CN	Chuyên ngành
COPD	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT)
CSBD	Chăm sóc ban đầu
CSGN	Chăm sóc giảm nhẹ
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBĐ	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CSSKSS	Chăm sóc sức khỏe sinh sản
CSYT	Cơ sở y tế
ĐTĐ	Đái tháo đường
FEV1	Thở tích thở ra trong giây đầu tiên
GINA	Sáng kiến toàn cầu về hen phế quản
HbA1c	Hemoglobin A1c
HIV	Vi rút gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người
KCB	Khám chữa bệnh
NCT	Người cao tuổi
NĐC	Ngộ độc cấp
NCSK	Nâng cao sức khỏe
NKHHC	Nhiễm khuẩn hô hấp cấp
NKQ	Nội khí quản
NTH	Ngừng tuần hoàn
PEF	Lưu lượng thở ra đỉnh
PHCN	Phục hồi chức năng
PKBSGD	Phòng khám bác sĩ gia đình
PKĐKKV	Phòng khám đa khoa khu vực
SDD	Suy dinh dưỡng

STD	Bệnh lây truyền qua đường tình dục
TCMR	Tiêm chủng mở rộng
THA	Tăng huyết áp
TNGT	Tai nạn giao thông
TNTT	Tai nạn thương tích
TT-GDSK	Truyền thông-giáo dục sức khỏe
TTYT	Trung tâm y tế
TYT	Trạm y tế
VTN	Vị thành niên
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG)
WONCA	Tổ chức Bác sĩ gia đình thế giới
YHGĐ	Y học gia đình
YTNC	Yếu tố nguy cơ

MỘT SỐ THUẬT NGỮ SỬ DỤNG

Chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBD): Tổ chức Y tế Thế giới trong Tuyên ngôn Alma Ata 1978 định nghĩa: “CSSKBD là chăm sóc sức khỏe thiết yếu mà toàn thể mọi cá nhân và gia đình trong cộng đồng có thể tiếp cận được thông qua các phương pháp, kỹ thuật chấp nhận được với người dân và phù hợp với khả năng chi trả của cộng đồng và xã hội. CSSKBD là hạt nhân gắn kết hệ thống CSSK của đất nước với sự phát triển chung về kinh tế xã hội của cộng đồng. Đây là nơi tiếp xúc đầu tiên của cá nhân, gia đình và cộng đồng với hệ thống CSSK của quốc gia, đưa CSSK đến gần nhất với nơi sống và làm việc của mọi người; đồng thời là khâu đầu tiên của quá trình CSSK liên tục. CSSKBD giải quyết các vấn đề sức khỏe chính của cộng đồng, thông qua cung cấp các dịch vụ dự phòng và nâng cao sức khỏe, chữa bệnh, hỗ trợ và phục hồi chức năng phù hợp”. Chăm sóc sức khỏe ban đầu tạo thành một phần không thể thiếu của Hệ thống y tế quốc gia, đóng vai trò trung tâm và là động lực chính của sự phát triển kinh tế xã hội của cộng đồng.

Chăm sóc ban đầu (CSBD): Thường được sử dụng cùng với thuật ngữ tuyến/cơ sở chăm sóc đầu tiên. Dịch vụ y tế cần đảm bảo nội dung chăm sóc lấy người dân làm trung tâm và họ có thể tiếp cận dễ dàng để nhận được các chăm sóc đầu tiên khi cần thiết. Các đặc điểm về chất lượng của CSBD bao gồm tính hiệu quả, an toàn, lấy con người làm trung tâm, tính toàn diện, liên tục và tích hợp. Y học gia đình là một phần của chăm sóc ban đầu.

Theo định nghĩa của Viện sức khỏe Hoa Kỳ năm 1996, “CSBD là việc cung cấp các dịch vụ CSSK tích hợp và dễ tiếp cận bởi các bác sĩ lâm sàng chịu trách nhiệm giải quyết phần lớn nhu cầu CSSK cá nhân, thông qua phát triển quan hệ đối tác bền vững với bệnh nhân và thực hành trong bối cảnh của gia đình và cộng đồng”.

Dịch vụ y tế (DVYT): bất kỳ dịch vụ nào nhằm góp phần nâng cao sức khỏe hoặc để chẩn đoán, điều trị và phục hồi chức năng cho người bệnh/người dân.

Gánh nặng bệnh tật: Chỉ số đo lường mức độ chênh lệch giữa tình hình sức khỏe hiện tại và tình huống lý tưởng trong đó tất cả mọi người đều sống đến già, không có bệnh tật hay bị tàn phế.

Y tế cơ sở (YTCS): Khái niệm YTCS được sử dụng trong tài liệu này áp dụng theo Chỉ thị 06-CT/TW của Ban Chấp hành trung ương ngày 22/01/2002 và Quyết định số 2348/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ngày 05/12/2016. Theo đó, YTCS là mạng lưới bao gồm y tế thôn, bản, xã, phường, quận, huyện, thị xã theo Chỉ thị; bao gồm cả y tế công lập và y tế tư nhân. Đó là hệ thống các tổ chức, thiết chế y tế trên địa bàn huyện, có sự kết nối hữu cơ giữa các cơ sở y tế tuyến xã với tuyến huyện, để thực hiện CSSK dựa trên những nguyên tắc và giá trị của CSSKBD.

HỌC PHẦN I. TỔNG QUAN VỀ Y HỌC GIA ĐÌNH

BÀI 1. KHÁI NIỆM, LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN VÀ VAI TRÒ CỦA CHUYÊN NGÀNH Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm về chuyên ngành Y học gia đình.
2. Mô tả được lịch sử phát triển của chuyên ngành Y học gia đình trên Thế giới và ở Việt Nam.
3. Phân tích được vai trò của chuyên ngành Y học gia đình trong hệ thống y tế Việt Nam

ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học gia đình (YHGĐ) là một chuyên khoa lâm sàng đa khoa. Bác sĩ gia đình (BSGD) thực hành lâm sàng, chú trọng vào việc phát hiện và xử trí các bệnh, cấp cứu thường gặp tại cộng đồng, quan tâm đến việc quản lí và nâng cao sức khỏe cho cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng. Chuyên ngành YHGĐ xuất hiện từ những năm 1960 nhằm đáp ứng với sự thay đổi mô hình bệnh tật và nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế của người dân. Với những thế mạnh của mình, BSGĐ đã cho thấy hiệu quả trong việc tăng cường khả năng tiếp cận và nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho người dân với mức chi phí hợp lí ở nhiều nước trên thế giới.

1. KHÁI NIỆM VỀ Y HỌC GIA ĐÌNH

Y học gia đình là một chuyên ngành y học cung cấp dịch vụ CSSK toàn diện, liên tục cho cá nhân, gia đình và cộng đồng. Công tác quản lí và CSSK chủ yếu tại nơi người dân dễ tiếp cận/ nơi tiếp cận ban đầu (tuyên y tế cơ sở như trạm y tế xã, phòng khám đa khoa,...). Chuyên ngành YHGĐ nhấn mạnh đến việc chăm sóc toàn diện các vấn đề sức khỏe từ lần thăm khám đầu tiên, tiếp tục theo dõi, đánh giá, và chăm sóc các bệnh mạn tính (dự phòng bệnh, chẩn đoán, điều trị, phục hồi chức năng). Đồng thời, YHGĐ còn nhấn mạnh đến sự phối hợp và lồng ghép các dịch vụ y tế cần thiết trong công tác CSSK, lấy người bệnh làm trung tâm.

Bác sĩ gia đình được đào tạo chuyên môn để cung cấp dịch vụ CSSK cho tất cả người dân không phân biệt tuổi tác, giới tính, vấn đề sức khỏe; cung cấp các dịch vụ CSSKBĐ và liên tục cho cá nhân, gia đình, cộng đồng; giải quyết các vấn đề về thể chất, tâm lí và xã hội; phối hợp các dịch vụ CSSK toàn diện với các bác sĩ/chuyên gia khác khi cần thiết. BSGĐ chịu trách nhiệm CSSK cho một cộng đồng dân cư nhất định. Ở một số nước còn được gọi là bác sĩ thực hành đa khoa. Bác sĩ gia đình cần có kiến thức, thái độ và kỹ năng về lâm sàng đa khoa, dự phòng nâng cao sức khỏe và kỹ năng tư vấn để cung cấp được hầu hết các dịch vụ CSSKBĐ.

1.1. Định nghĩa về Y học gia đình

* *Tổ chức Y tế Thế giới (WHO)*: BSGĐ là thầy thuốc thực hành lâm sàng có chức năng cung cấp dịch vụ CSSK trực tiếp và liên tục cho các thành viên trong hộ gia đình. BSGĐ tự chịu trách nhiệm cung cấp toàn bộ các chăm sóc y tế hoặc hỗ trợ cho các thành viên trong hộ gia đình tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế khác.

* *Hiệp hội BSGĐ Thế giới (WONCA)*: BSGĐ là những thầy thuốc chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe liên tục và toàn diện cho cá nhân trong bối cảnh gia đình, cho gia

đình trong bối cảnh cộng đồng, không phân biệt tuổi, giới, chủng tộc, bệnh tật cũng như điều kiện văn hoá và tầng lớp xã hội.

* *Hiệp hội BSGĐ Hoa Kỳ*: YHGĐ là một chuyên ngành y học kết hợp giữa sinh học, y học lâm sàng và khoa học hành vi, chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ CSSKBD toàn diện, liên tục cho cá nhân và hộ gia đình không phân biệt lứa tuổi, giới tính và bệnh tật.

* *Tổ chức BSGĐ Châu Âu*: YHGĐ là một chuyên ngành khoa học có nội dung đào tạo và nghiên cứu cũng như cơ sở bằng chứng và hoạt động lâm sàng với đặc trưng riêng. YHGĐ là một chuyên ngành lâm sàng theo định hướng chăm sóc sức khỏe ban đầu.

1.2. Chức năng của bác sĩ gia đình

1. Trách nhiệm trong việc chăm sóc toàn diện, liên tục cho từng cá thể và cả gia đình trong giai đoạn ốm đau, phục hồi, cũng như khi khỏe mạnh. Phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe của người bệnh.
2. Quan tâm đến nhiều lĩnh vực thuộc y học lâm sàng.
3. Có khả năng giải quyết được nhiều vấn đề sức khỏe xảy ra đồng thời trên một người bệnh. Kiến thức chuyên môn rộng, chú trọng đến việc phát hiện và xử trí các bệnh và cấp cứu thường gặp; ưu tiên quản lý và điều trị người bệnh ngoại trú (đáp ứng khoảng 90% nhu cầu CSSK của người dân).
4. Có khả năng điều phối các nguồn lực cần thiết đáp ứng cho yêu cầu CSSK toàn diện của người bệnh.
5. Nhiệt tình trong công việc, luôn cập nhật kiến thức thông qua các khóa đào tạo liên tục (CME).
6. Ham học hỏi, tìm tòi các vấn đề mới nảy sinh trong quá trình thực hành lâm sàng.
7. Có kỹ năng điều trị và quản lý các bệnh mạn tính (dự phòng và hạn chế biến chứng).
8. Có khả năng tư vấn cho người bệnh và gia đình về các hành vi có lợi cho sức khỏe, yếu tố nguy cơ, bệnh tật và nguyên tắc dự phòng giúp nâng cao sức khỏe.
9. Có khả năng xử lý các tình huống phức tạp về tâm lý và các yếu tố xã hội trong quá trình chăm sóc người bệnh, kể cả khi người bệnh tử vong.
10. Yêu thương, cảm thông sâu sắc với người bệnh. Duy trì được sự hài lòng của người bệnh và gia đình họ.

Ngoài các kiến thức, kỹ năng và thái độ chung cho BSGĐ trên toàn thế giới, việc đào tạo BSGĐ tại mỗi quốc gia cũng có một số đặc thù riêng. Tổ chức Y tế Thế giới đã nêu vai trò của “*Bác sĩ năm sao*”:

- Người cung cấp dịch vụ CSSK: xem xét người bệnh một cách toàn diện, cung cấp các dịch vụ CSSK chất lượng cao, toàn diện, liên tục, cá thể từng người bệnh, xây dựng mối quan hệ lâu dài, tin tưởng.
- Người ra quyết định: là người đưa ra được các quyết định về chẩn đoán, điều trị có tính khoa học và sử dụng các công nghệ, có tính đến kỳ vọng của người dân, giá trị đạo đức, và cân nhắc lợi ích – chi phí. Cung cấp các dịch vụ tốt nhất có thể được cho người bệnh.

- Người tư vấn: giáo dục sức khỏe, tư vấn hiệu quả giúp xây dựng lối sống lành mạnh cho cá nhân và cộng đồng.
- Người lãnh đạo cộng đồng: là người được mọi người tin tưởng, có khả năng dung hòa những yêu cầu về mặt sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.
- Người quản lí: là người có thể làm việc hài hòa với các cá nhân và tổ chức trong cũng như ngoài hệ thống y tế để đáp ứng các nhu cầu của từng người bệnh và cộng đồng. Sử dụng hợp lí các dữ liệu/ thông tin sức khỏe sẵn có (y học chứng cứ). Có phương pháp làm việc nhóm hiệu quả.

2. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN CHUYÊN NGÀNH Y HỌC GIA ĐÌNH

2.1. Bối cảnh ra đời chuyên ngành Y học gia đình

Chuyên ngành YHGD ra đời là sự đáp ứng kịp thời của hệ thống y tế ở các nước phát triển vào những năm 1960s với sự thay đổi về nhu cầu CSSK của cộng đồng trong bối cảnh điều kiện kinh tế phát triển và sự thay đổi mô hình bệnh tật cũng như sự phân mảnh trong tổ chức của hệ thống y tế.

Mô hình bệnh tật thay đổi với sự gia tăng gánh nặng của nhóm bệnh không lây nhiễm: Sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản, COPD, bệnh cơ xương khớp mạn tính,... Mặt khác, tuổi thọ gia tăng cũng khiến cho người cao tuổi thường có xu hướng mắc nhiều bệnh mạn tính phối hợp cùng một lúc đòi hỏi người thầy thuốc phải có kiến thức tổng hợp hơn và có sự phối hợp lồng ghép với các chuyên khoa khác nhau trong công tác CSSK.

Sự thay đổi về nhu cầu khám chữa bệnh, CSSK của người dân: Điều kiện kinh tế phát triển, dẫn đến người dân có nhu cầu cao hơn trong CSSK, không chỉ điều trị bệnh tật mà còn có nhu cầu tư vấn, giáo dục sức khỏe, dự phòng và nâng cao sức khỏe. Mô hình bệnh tật thay đổi với sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm, công tác chăm sóc theo đó cũng có sự chuyển dịch dần từ điều trị nội trú bệnh lây nhiễm tại các bệnh viện sang quản lí, chăm sóc ngoại trú cho các bệnh mạn tính. Thời gian chăm sóc người bệnh cũng kéo dài hơn, không chỉ điều trị bệnh mà còn phải hướng dẫn dự phòng, phục hồi chức năng. Điều này đòi hỏi phải có sự tham gia của gia đình và cộng đồng.

Hệ thống y tế: tại thời điểm đó, hệ thống y tế quá chú trọng vào công tác chăm sóc tại bệnh viện với sự chuyên khoa hoá ngày càng cao trong đội ngũ nhân lực y tế. Điều đó dẫn đến sự phân mảnh, cắt đoạn trong hệ thống chăm sóc y tế, thiếu sự CSSK phối hợp, toàn diện và lồng ghép.

Để đáp ứng với nhu cầu CSSK trong tình hình mới cần có các bác sĩ thực hành lâm sàng đa khoa đảm bảo chất lượng, vì vậy đã hình thành chuyên ngành YHGD. Sự phức tạp của mô hình bệnh tật đòi hỏi có sự phối hợp làm việc nhóm của các cán bộ y tế. Nhóm chăm sóc đa ngành (bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, cán bộ dược,...) giúp cung cấp hiệu quả các dịch vụ y tế.

2.2. Lịch sử phát triển chuyên ngành Y học gia đình trên thế giới

Với sáu nguyên lí cơ bản của chuyên ngành Y học gia đình là chăm sóc sức khỏe liên tục, chăm sóc sức khỏe toàn diện, chăm sóc sức khỏe phối hợp, dự phòng và nâng cao sức khỏe, hướng gia đình và hướng cộng đồng, chuyên ngành YHGD đã chứng tỏ hiệu quả trong việc cung cấp các dịch vụ CSSK toàn diện có chất lượng với mức chi phí hợp lí và khả năng dễ tiếp cận.

Quá trình phát triển chuyên ngành YHGD với đội ngũ các BSGĐ được đào tạo được phản ánh bằng sự tăng trưởng nhanh chóng về số lượng các thành viên của Hội bác sĩ gia đình thế giới (WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians, với tên gọi ngắn là: World Organization of Family Doctors) từ 18 thành viên sáng lập vào năm 1972 đến năm 2017 đã phát triển tại 132 quốc gia và vùng lãnh thổ.

Phạm vi đào tạo và thực hành của mỗi BSGĐ thay đổi tùy theo bối cảnh công việc, vai trò trong hệ thống y tế, phương thức tổ chức và nguồn lực của hệ thống y tế ở mỗi nước. Ở những nước có số lượng bác sĩ còn ít như ở một số quốc gia Châu Phi, các BSGĐ được đào tạo cho hệ thống y tế công và là những nhân viên y tế cốt cán của các bệnh viện khu vực/bệnh viện tuyến huyện, thực hiện một số phẫu thuật bao gồm cả mổ lấy thai, chấn thương, và CSSK toàn diện cho cả người lớn và trẻ em ở khu vực đó. Ở một số quốc gia thuộc châu Âu, các BSGĐ có thể tập trung cho công tác CSSK ngoại trú và đóng vai trò là người “*gác cổng*”. Với sự gia tăng của các bệnh không lây nhiễm (NCDs) trên toàn thế giới đã chứng minh vai trò của các phòng khám BSGĐ trong công tác quản lý, điều trị người bệnh ngoại trú.

Với các lí do trên, chuyên ngành YHGD đã phát triển rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới như: Hoa Kỳ, Canada, Úc, Anh, Thụy Điển, Bỉ, Pháp, Singapor, Ấn Độ, Philippine, Hồng Kông, Hàn Quốc, Nhật Bản, Malaysia, Đài Loan, Thái Lan, Indonexia, Thổ Nhĩ Kỳ, Nga, Estonia,... Với các nước đang phát triển, Braxin và Cu Ba là những ví dụ điển hình chứng minh hiệu quả CSSKBĐ của việc phát triển YHGD, tình trạng sức khỏe người dân tại các nước này tương đương với các nước phát triển.

2.3. Lịch sử phát triển chuyên ngành Y học gia đình tại Việt Nam

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

Chăm sóc sức khỏe nhân dân là một trong những trọng tâm ưu tiên trong chính sách của Đảng và Nhà nước ta. Ngày 25/10/2017, Nghị quyết số 20-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới đã nêu việc “*Phát triển Y học gia đình*” là một trong các giải pháp.

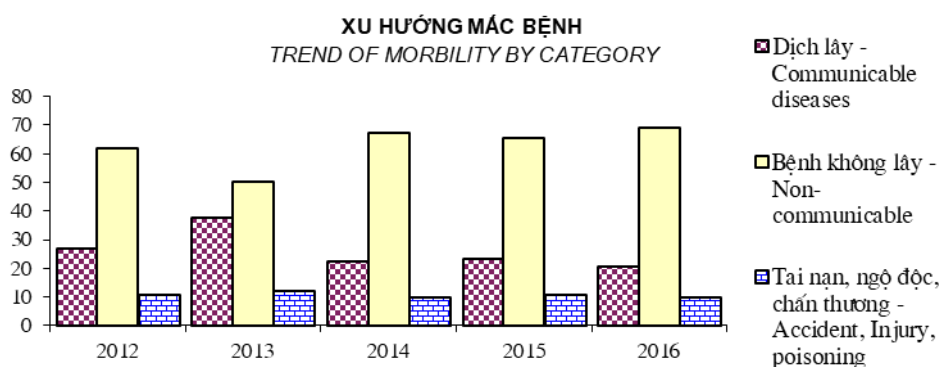
Ngày 31/12/2017, Chính phủ đã ban hành Nghị quyết số 139/NQ-CP về chương trình hành động thực hiện Nghị quyết số 20-NQ/TW của Ban chấp hành Trung ương Đảng. Nghị quyết 139 đã chỉ rõ cần đổi mới y tế cơ sở với việc: “*Triển khai mô hình trạm y tế tuyến xã hoạt động theo nguyên lí y học gia đình, phòng khám bác sĩ gia đình cùng làm nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng bệnh và khám, chữa bệnh cho nhân dân trên địa bàn...*”.

Bộ Y tế đã ban hành các quyết định, chương trình hành động và thông tư để phát triển mạng lưới y tế cơ sở: Quyết định số 1379/CTr-BYT ngày 19/12/2017 (*triển khai việc lập và quản lí hồ sơ sức khỏe cá nhân, hướng dẫn các trạm y tế xã phải tổ chức hoạt động theo đúng nguyên lí y học gia đình*); Quyết định số 1383/HD-BYT ngày 19/12/2017 về việc triển khai mô hình điểm tại 26 TYT xã giai đoạn 2018-2020 (*các trạm thực hiện nguyên lí của y học gia đình, chăm sóc sức khỏe lồng ghép, đặc biệt là có thể thực hiện ngay việc theo dõi, quản lí sức khỏe đến từng người dân*); Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21/08/2019 (*hướng dẫn thí điểm về hoạt động Y học gia đình*).

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

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

Số liệu từ niên giám thống kê của Bộ Y tế cho thấy sự thay đổi rõ rệt về mô hình bệnh tật trong số người bệnh đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế. Theo đó, tỷ trọng các bệnh không lây nhiễm tăng liên tục từ 39,0% năm 1986 lên 71,6% năm 2010. Theo thống kê của WHO, ở Việt Nam trong năm 2016, 77% các trường hợp tử vong mỗi năm của Việt Nam do các bệnh không lây nhiễm. Như vậy trên thế giới cũng như Việt Nam, các bệnh không lây nhiễm đe dọa sự tiến bộ hướng tới Mục tiêu phát triển bền vững bao gồm giảm tỷ lệ tử vong sớm do bệnh không lây nhiễm khoảng 1/3 vào năm 2030.



Hình 1. Cơ cấu bệnh tật giai đoạn 2012 -2016

Nguồn: Niên giám thống kê y tế 2016. NXB Y học năm 2018

Bảng 1. Phân bố nguyên nhân tử vong tại cộng đồng, điều tra tại 16 tỉnh, Việt Nam

Nam		Nữ			
TT	Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)	TT	Nguyên nhân	Tỷ lệ (%)
1	Tai biến mạch máu não	16,6	1	Tai biến mạch máu não	18,0
2	Tai nạn giao thông	7,6	2	Viêm phổi	4,0
3	Ung thư gan	6,4	3	Tăng huyết áp có suy tim	3,5
4	Ung thư phổi	4,7	4	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	3,5
5	Viêm phổi	3,7	5	Các bệnh tim khác	3,0
6	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	3,7	6	Ung thư gan	3,0
7	HIV	3,6	7	Bệnh đường hô hấp dưới mạn tính	2,9
8	Bệnh gan	3,4	8	Đái tháo đường	2,8
9	Bệnh hô hấp dưới mạn tính	3,4	9	Tai nạn giao thông	2,4
10	Bệnh lao	3,3	10	Ung thư phổi	2,2
	Vấn đề SK/triệu chứng	11,5		Vấn đề SK/triệu chứng	24,9
	Các nguyên nhân khác	31,9		Các nguyên nhân khác	29,9

Nguồn: Nguyen Phuong Hoa, et al (2012). Mortality measures from sample-based surveillance: Evidence of the epidemiological transition in Vietnam. Bull WHO, 90, 764–772

Sự già hóa dân số, gia tăng các bệnh không lây nhiễm làm cho nhu cầu CSSK tăng. Hiện nay, nhu cầu sử dụng dịch vụ y tế đã thay đổi, người dân không chỉ có nhu cầu khám, điều trị bệnh mà còn có nhu cầu được tư vấn, dự phòng và nâng cao sức khỏe, được quản lý điều trị các bệnh mạn tính tại cộng đồng. Bên cạnh đó, tình trạng quá tải tại các cơ sở tuyến trên đòi hỏi phải có những giải pháp thích hợp để tăng cường khả năng phân loại, xử trí và điều trị cũng như dự phòng bệnh ngay tại tuyến y tế cơ sở.

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

Trong thời gian qua, Việt Nam đã đạt được nhiều thành tựu to lớn, cải thiện đáng kể tình trạng sức khỏe của người dân. Bên cạnh những thành tựu to lớn trong công tác CSSK, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế cũng bộc lộ nhiều khó khăn, hạn chế và hàng loạt vấn đề cần được giải quyết, đổi mới:

- *Sự mất cân đối của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế:*
 - ✓ Quá tải ở tuyến trên, dưới tải ở tuyến dưới;
 - ✓ Mất cân đối giữa lĩnh vực y tế dự phòng và điều trị;
 - ✓ Mất cân đối giữa dịch vụ CSSKBĐ với dịch vụ bệnh viện (chăm sóc chuyên khoa);

- ✓ Mất cân đối trong phân bổ nguồn lực giữa tuyến trên và y tế cơ sở;
- ✓ Mất cân đối trong phân bổ nhân lực y tế giữa khu vực thành thị và nông thôn,...
- *Sự phân mảnh trong tổ chức cung ứng dịch vụ*, chưa thực hiện tốt chăm sóc phối hợp, lồng ghép, liên tục:
 - ✓ Các cơ sở thực hiện CSSK hoạt động khá độc lập và tập trung nhiều vào điều trị cho các cá nhân tại cơ sở y tế hơn là chăm sóc, nâng cao sức khỏe, quản lý và theo dõi tại cộng đồng;
 - ✓ Thiếu sự chia sẻ thông tin giữa các cơ sở y tế; hệ thống chuyên tuyến còn bất cập, thiếu điều kiện cần thiết để chia sẻ thông tin về người bệnh giữa các tuyến và các cơ sở y tế.
- *Hiệu suất của cả hệ thống chưa cao*:
 - ✓ Công tác CSSKBD và mạng lưới y tế cơ sở là các yếu tố mang lại hiệu quả - chi phí cao đối với cả hệ thống chưa được phát triển đúng mức;
 - ✓ CSSK ngoài cơ sở y tế (tại cộng đồng và gia đình) chưa được chú trọng;
 - ✓ Sử dụng quá ít dịch vụ ngoại trú tại y tế tuyến cơ sở;
 - ✓ Còn tỷ lệ nhập viện không cần thiết,... gây lãng phí (theo ước tính của Ngân hàng Thế giới, tỷ lệ nhập viện không cần thiết tại Việt Nam khoảng 20%);
 - ✓ Hiệu suất sử dụng các nguồn lực (nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất) chưa cao.
- *Năng lực cung ứng dịch vụ của mạng lưới y tế cơ sở còn hạn chế, chất lượng dịch vụ thấp và chưa được người dân tin cậy*:
 - ✓ Tỷ lệ xử trí đúng các bệnh thường gặp tại YTCS chưa cao;
 - ✓ Nhân lực y tế ở tuyến cơ sở chưa bảo đảm về số lượng và chất lượng. Nhiều địa bàn khó thu hút nhân lực y tế ở tuyến y tế cơ sở, nhất là khu vực nông thôn và miền núi;
 - ✓ Việc quản lý các bệnh không lây nhiễm chưa được triển khai hiệu quả ở trạm y tế xã;
 - ✓ Quản lý chất lượng và hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật từ tuyến trên chưa đạt được hiệu quả như mong đợi.
- *Tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế*:
 - ✓ Có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm mức sống;
 - ✓ Tỷ trọng chi từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế còn cao.
- *Việc cập nhật thông tin y tế, đào tạo liên tục cho cán bộ y tế tuyến cơ sở*: Hiện nay, tại tuyến y tế cơ sở với yêu cầu khám chữa bệnh đa khoa, thực hiện công tác phòng bệnh, nâng cao sức khỏe. Việc phát triển chuyên ngành YHGD sẽ góp phần bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ lâm sàng đa khoa, nâng cao chất lượng khám bệnh, chữa bệnh, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ y tế cho người dân đặc biệt là nhóm người nghèo và góp phần giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên. Đây là yêu cầu cấp bách, là một giải pháp quan trọng giúp nâng cao chất lượng công tác CSSKBD ở tuyến y tế cơ sở.

2.3.4. Quá trình phát triển chuyên ngành Y học gia đình tại Việt Nam

Với 25 năm xây dựng và phát triển chuyên ngành YHGD tại Việt Nam đã triển khai nhiều hoạt động:

- Năm 2000, triển khai Dự án phát triển mạng lưới BSGĐ ở Việt Nam với mục tiêu chính là đào tạo bác sĩ CKI chuyên ngành YHGD và xây dựng Bộ môn/Trung tâm YHGD tại các trường đại học Y Dược. Dự án được Trường Đại học Y Hà Nội triển khai, tham gia Dự án có Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
- Ngày 26/04/2005, Hội Bác sĩ gia đình Việt Nam được thành lập với Quyết định số 43/2005/QĐ-BNV của Bộ nội vụ.
- Ngày 22/03/2013, Bộ Y tế phê duyệt Đề án xây dựng và phát triển mô hình phòng khám BSGĐ giai đoạn 2013-2020 (Quyết định 935/QĐ-BYT).
- Ngày 27/04/2016, Bộ Y tế phê duyệt Kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám BSGĐ tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020 (Quyết định số 1568/QĐ-BYT).
- Ngày 21/08/2019, Bộ Y tế ban hành Thông tư 21 hướng dẫn thí điểm về hoạt động Y học gia đình (Thông tư số 21/2019/TT-BYT)

Nhiều địa phương trên cả nước triển khai hoạt động Y học gia đình đã cho thấy chất lượng khám bệnh, chữa bệnh đã được nâng cao, cải thiện mức độ hài lòng của người bệnh đối với các dịch vụ được cung cấp tại cơ sở y tế.

Các hình thức đào tạo chuyên ngành YHGD tại Việt Nam:

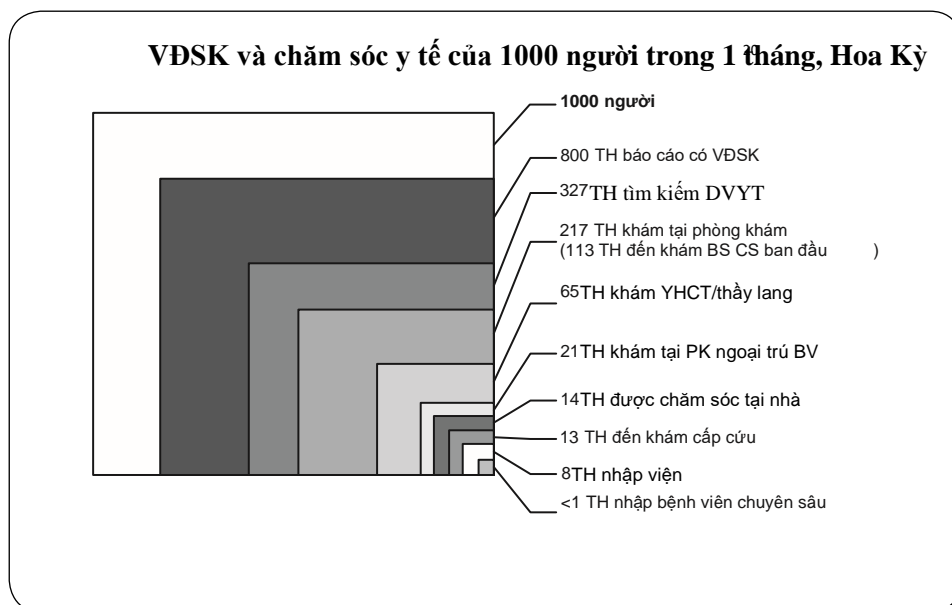
- Trường Đại học Y Hà Nội đã xây dựng các chương trình đào tạo chuyên ngành YHGD:
 - + *Bác sĩ CKI YHGD* (Bộ Y tế phê duyệt ngày 20/11/2000);
 - + *Thạc sĩ YHGD* (Bộ giáo dục và Đào tạo phê duyệt ngày 30/09/2010);
 - + *Bác sĩ nội trú YHGD* (Bộ Y tế phê duyệt ngày 28/11/2016);
 - + *Chương trình đào tạo 3 tháng “CSSKBĐ theo nguyên lí YHGD”* (Bộ Y tế phê duyệt ngày 08/12/2014)
- Trường Đại học Y Dược Hồ Chí Minh xây dựng chương trình đào tạo Bác sĩ CKII YHGD (Bộ Y tế phê duyệt ngày 14/01/2014)
- *Chương trình đào tạo đại học*: Môn Y học gia đình được đưa vào Chương trình khung của sinh viên y khoa (Bộ giáo dục và Đào tạo phê duyệt ngày 13/01/2012).
- Dự án HPET của Bộ Y tế đã ban hành *Chương trình đào tạo 3 tháng “CSSKBĐ theo nguyên lí YHGD dành cho bác sĩ công tác tại TYT xã”* ngày 08/05/2017; sau hơn hai năm triển khai chương trình đã được chỉnh sửa và ban hành ngày 27/11/2019.
- *Các hình thức đào tạo khác*: Chương trình CSSKBĐ theo nguyên lí YHGD cho y sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, cán bộ dược; các khóa định hướng chuyên ngành YHGD cho các đối tượng cán bộ y tế

3. VAI TRÒ CỦA YHGD TRONG HỆ THỐNG Y TẾ VÀ CÔNG TÁC CSSKBĐ

YHGD là một chuyên ngành lâm sàng đa khoa chú trọng vào công tác CSSKBD. Các BSGĐ thực hành với sáu nguyên lý cơ bản, và với đặc trưng lấy người bệnh làm trung tâm, tính toàn diện, tính liên tục và tính lòng ghép giúp cho chuyên ngành YHGD phù hợp cung cấp dịch vụ CSSKBD tối ưu.

Bác sĩ gia đình được đào tạo chuyên môn đa khoa sẽ đáp ứng khoảng 80-90% nhu cầu CSSK của người dân, thích hợp làm việc tại các phòng khám thuộc hệ thống y tế công và tư nhân ở mọi tuyến từ trung ương đến cơ sở, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở để giải quyết các vấn đề sức khỏe/ bệnh mà người dân trong cộng đồng thường gặp, quản lý và điều trị người bệnh ngoại trú. Khi người bệnh có thể sẵn sàng tiếp cận với các dịch vụ CSSKBD ở tuyến cơ sở, họ sẽ ít có nhu cầu tìm đến các dịch vụ chăm sóc tại bệnh viện thường tốn kém hơn và ít tiện lợi hơn. Một nghiên cứu ở Anh đã chỉ ra rằng nếu tăng thêm một bác sĩ gia đình phục vụ cho một cộng đồng dân cư với khoảng 10000 người dân sẽ giảm được 6% tỉ lệ tử vong chung.

Kerr White và cộng sự, năm 1961 đã điều tra nhu cầu CSSK của cộng đồng tại Hoa Kỳ, qua đó chứng minh vai trò của chuyên ngành YHGD. Kết quả cho thấy phân bố chăm sóc ban đầu chiếm tỷ trọng chủ yếu (90% nhu cầu CSSK), chỉ còn 10% số người cần khám chữa bệnh tại cơ sở y tế tuyến cao hơn. Tuy nhiên, hầu hết các vấn đề đào tạo và nghiên cứu lại dựa trên các người bệnh nằm điều trị ở các bệnh viện lớn. Do đó thông tin không thật sự phản ánh chính xác mô hình bệnh tật trong cộng đồng. 40 năm sau (năm 2001), Green và cộng sự đã tiến hành một điều tra tương tự của Kerr White cũng cho thấy không có sự khác biệt về mô hình nhu cầu CSSK. Số người bệnh đến khám các bác sĩ CSSKBD cao hơn 12 lần so với số người đến bệnh viện. Tỷ trọng chủ yếu vẫn nằm ở công tác CSSKBD, tự chăm sóc và chăm sóc ngoại trú. Các vấn đề sức khỏe phổ biến nhất ở hầu hết các cộng đồng nằm ngoài khả năng phát hiện, phân tích và đáp ứng bởi các bệnh viện và trung tâm y tế chuyên sâu.



Kinh nghiệm và chuyên môn của BSGĐ khác biệt so với các bác sĩ thuộc những chuyên khoa khác: **“Ở bệnh viện, bệnh thì vẫn còn đó và người bệnh đến rồi đi. Trong thực hành Y học gia đình, người bệnh ở lại, còn bệnh đến rồi đi”**. Trái ngược, bác sĩ chuyên khoa khác, chỉ chăm sóc sức khỏe cho nhóm đối tượng đặc thù, căn cứ vào tuổi tác, giới tính, hoặc vấn đề sức khỏe. Quá trình thực hành của các BSGĐ phải đối mặt với một số lượng lớn các vấn đề thường gặp trong CSSKBD. Điều

này có liên quan mật thiết đến công tác đào tạo bác sĩ và nhấn mạnh tầm quan trọng của việc huấn luyện các bác sĩ đa khoa trong môi trường cộng đồng nơi mà họ sẽ gặp người bệnh với những vấn đề sức khỏe mà họ sẽ phải xử lý được trong tương lai thực hành của mình.

Việc người bệnh được BSGĐ chăm sóc liên tục mang lại nhiều hiệu quả tích cực như rút ngắn thời gian điều trị và nằm viện, giảm số lượng các xét nghiệm và tăng cường sự tin cậy của người bệnh đối với thầy thuốc. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy chăm sóc toàn diện và liên tục có liên quan với việc cải thiện kết quả đầu ra về sức khỏe của người bệnh ở mọi lứa tuổi, bao gồm giảm tỷ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh, giảm tỷ lệ tử vong trẻ em, giảm số lần và thời gian nhập viện ở người cao tuổi và giảm chi phí cho chăm sóc y tế.

Tổ chức Y tế Thế giới đã nhận định: “*Bác sĩ gia đình đóng một vai trò trung tâm trong việc đạt được các mục tiêu về chất lượng, chi phí – hiệu quả, và tính công bằng trong các hệ thống chăm sóc sức khỏe*”. Với sự gia tăng các bệnh không lây nhiễm chứng minh vai trò của các BSGĐ – người được đào tạo kỹ càng trong quản lý điều trị và chăm sóc người bệnh mạn tính và mắc cùng lúc nhiều bệnh.

Kết luận: Sự kết hợp độc đáo các thuộc tính đặc trưng của BSGĐ cũng nói lên những đóng góp của họ trong hệ thống y tế. Việc hình thành và phát triển chuyên ngành YHGĐ là tất yếu góp phần quan trọng vào công tác CSSKBĐ. Về mặt xã hội, chuyên ngành YHGĐ giúp tiết kiệm được nhiều công sức và tiền của của cá nhân, gia đình và xã hội do được dự phòng ở từng cá nhân và ngay tại hộ gia đình nên nhiều bệnh tật không phát sinh. Việc phát hiện và điều trị bệnh sớm giúp giảm gánh nặng chi phí so với việc điều trị bệnh ở giai đoạn muộn. Ở góc độ rộng hơn, chuyên ngành YHGĐ mang ý nghĩa nhân văn, tăng tính công bằng, góp phần phát triển kinh tế và xã hội.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Charles B, Cynthia H (2002). Improving health systems: The contribution of Family Medicine – A guide book. Wonca.
4. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (2012). Đánh giá tình hình thực hiện chức năng nhiệm vụ của trạm y tế các vùng miền. Hà Nội.
5. World Health Organization (2008). World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever). Available at: www.who.int/whr/2008/en/
6. Nguyen Phuong Hoa, Rao C, Hoy D, et al (2012). Mortality measures from sample-based surveillance: evidence of the epidemiological transition in Viet Nam. Bull WHO, 90(10), 764–772.

BÀI 2. CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Phân tích được các nguyên lý cơ bản của Y học gia đình.
2. Áp dụng được các nguyên lý trong thực hành quản lý, điều trị một số bệnh thường gặp tại cộng đồng

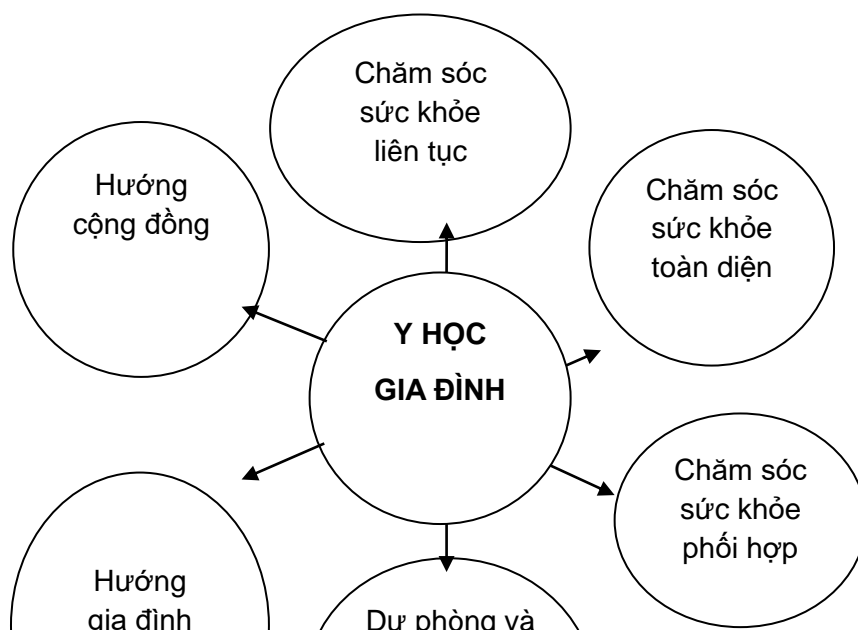
ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, được sự quan tâm của Đảng và Nhà nước, công tác chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho nhân dân đã đạt được nhiều thành tựu to lớn. Tuổi thọ của người dân ngày càng tăng, tỷ lệ tử vong ở trẻ em và phụ nữ mang thai giảm rõ rệt, nhiều bệnh dịch nguy hiểm đã được thanh toán hoặc khống chế hiệu quả bằng các chương trình y tế can thiệp và chương trình tiêm chủng mở rộng. Tuy nhiên, hiện nay những hạn chế của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế Việt Nam đã được Tổ chức Y tế Thế giới chỉ rõ: thiên về chăm sóc chuyên khoa ở bệnh viện; thương mại hóa dịch vụ y tế không được kiểm soát; sự phân mảnh của mạng lưới cung ứng dịch vụ. Những khó khăn, thách thức nói trên đang tác động tiêu cực đến tính công bằng, hiệu quả của hệ thống y tế, đòi hỏi phải có những can thiệp.

Phát triển chuyên ngành Y học gia đình (YHGD) là một trong những giải pháp giúp nâng cao hiệu quả của công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ). Chuyên ngành YHGD với sáu nguyên lý cơ bản, vận dụng đầy đủ và đúng tất cả các nguyên lý này sẽ giúp cho công tác khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho từng cá nhân lúc khỏe mạnh cũng như khi có bệnh, không phân biệt giới tính, lứa tuổi và vấn đề sức khỏe, dễ dàng tiếp cận, giúp hệ thống y tế nâng cao chất lượng cung ứng dịch vụ.

1. CÁC NGUYÊN LÝ CƠ BẢN CỦA Y HỌC GIA ĐÌNH

Y học gia đình là một chuyên ngành lâm sàng đa khoa. Phần lớn các chuyên khoa được xác định bằng cách loại trừ hoặc giới hạn dựa vào một số yếu tố như tuổi, giới tính hoặc cụ thể cơ quan hay hệ thống của cơ thể. Chuyên ngành YHGD không có giới hạn, mà chịu trách nhiệm CSSK tất cả các lĩnh vực và các cơ quan trong cơ thể. Chuyên ngành YHGD thực hành dựa trên 6 nguyên lý cơ bản đáp ứng được phần lớn các đặc điểm của việc cung ứng dịch vụ y tế được đánh giá tốt theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới và rất phù hợp để nâng cao chất lượng của công tác CSSKBĐ.



Sơ đồ 1. Sáu nguyên lý cơ bản của Y học gia đình

1.1. Chăm sóc sức khỏe liên tục

Tính liên tục trong CSSK là một nguyên tắc quan trọng nhất của chuyên ngành YHGD, và là một đặc trưng mà các bác sĩ gia đình (BSGD) áp dụng trong quá trình cung cấp dịch vụ CSSK. Ở hầu hết các chuyên khoa khác, người bệnh đến với bác sĩ chủ yếu là vì các vấn đề liên quan đến bệnh tật, và người cung cấp dịch vụ CSSK chỉ theo dõi người bệnh trong những lần thăm khám liên quan đến vấn đề bệnh tật đó. Trong YHGD, các bác sĩ xây dựng được một mối quan hệ lâu dài với từng cá nhân, thay vì chỉ tập trung vào một bệnh. Điều này cho phép các BSGD có thể tác động một cách liên tục lên tình trạng sức khỏe của từng cá nhân, bao gồm việc theo dõi các vấn đề sức khỏe trong quá khứ và cả hiện tại; hướng dẫn thực hiện các biện pháp dự phòng.

Quá trình thực hành của BSGD là lấy con người làm trung tâm thay vì lấy bệnh tật làm trung tâm, nó được xây dựng trên mối quan hệ lâu dài theo thời gian giữa BSGD và người dân/ người bệnh. Đối tượng sẽ được quản lý, theo dõi, CSSK và khám chữa bệnh trong thời gian dài và không bị giới hạn bởi bất cứ giai đoạn bệnh lý cụ thể nào. Các thông tin thể hiện việc chăm sóc liên tục là:

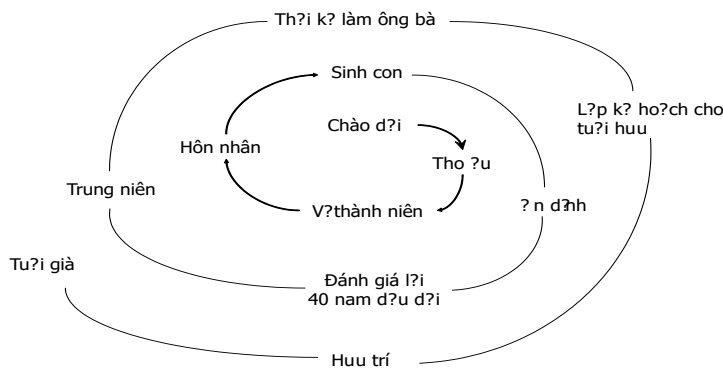
- BSGD biết rõ tiền sử của người bệnh.
- BSGD chú trọng việc giải thích cho người bệnh về sự quan trọng của việc theo dõi sức khỏe.
- BSGD bàn bạc với người bệnh về kế hoạch CSSK lâu dài cũng như điều trị các bệnh cấp hoặc mạn tính (nếu người bệnh đang mắc).
- Có sự tin cậy giữa BSGD và người bệnh. Việc chăm sóc liên tục giúp cho quá trình xây dựng mối quan hệ lâu dài và tin cậy lẫn nhau giữa người bệnh và bác sĩ (và cả mối quan hệ đối với gia đình người bệnh).
- Hồ sơ quản lý sức khỏe của người bệnh có các thông tin liên quan đầy đủ, bao gồm tiền sử, thông tin các lần khám và tư vấn, lịch hẹn tái khám định kỳ, tần số khám bệnh và tiếp tục theo dõi sau khi người bệnh phải chuyển lên tuyến trên hoặc chuyển đến bác sĩ chuyên khoa sâu khác điều trị (nếu cần).

Tùy từng người bệnh cụ thể, các BSGD có thể biết đối tượng mà mình CSSK từ lúc sinh đến lúc tử vong. Khi bị mắc bệnh, người bệnh sẽ được BSGD chăm sóc và điều trị từ khi phát hiện bệnh, điều trị bệnh đến lúc phục hồi chức năng. Khác với các chuyên ngành khác, đối tượng theo dõi của thầy thuốc là bệnh với nhiều người bệnh khác nhau, với BSGD đối tượng theo dõi, chăm sóc liên tục là người bệnh và có thể mỗi đợt ốm là một bệnh - *Trong thực hành Y học gia đình, người bệnh ở lại, còn bệnh đến rồi đi.*

Tính liên tục trong CSSK, có 3 khía cạnh cần được xem xét: *tính thông tin, tính liên tục theo thời gian và mối quan hệ giữa các cá nhân.* Tính liên tục về thông tin liên quan đến việc thu thập và cập nhật các thông tin của người bệnh và gia đình họ liên quan đến tình trạng sức khỏe, sử dụng và tiếp cận các thông tin giúp cải thiện hiệu quả

CSSK người bệnh. Thông tin được lưu giữ bằng hồ sơ quản lí sức khỏe, có thể ở dưới dạng hồ sơ điện tử hoặc hồ sơ giấy.

Tính liên tục theo thời gian đề cập đến quy trình chăm sóc, mô tả về cách tiếp cận nhất quán và thống nhất trong việc thỏa mãn các nhu cầu CSSK cho một người bệnh trong thời gian dài. Tính liên tục trong mối quan hệ giữa các cá nhân, thể hiện mối liên hệ mật thiết trong công tác CSSK giữa người bệnh, gia đình họ và bác sĩ. Chăm sóc liên tục theo thời gian cho phép BSGĐ theo dõi một vấn đề sức khỏe cụ thể, đặc biệt trong trường hợp các triệu chứng/ dấu hiệu không rõ ràng để có thể đưa ra một chẩn đoán sớm và chính xác. Tương tự như vậy, chăm sóc liên tục theo thời gian có thể cho phép BSGĐ theo dõi được hiệu quả của phác đồ điều trị đang áp dụng cho người bệnh, thời gian đáp ứng với các biện pháp can thiệp.



Tính về người t

chi tiết và toàn diện tục đã được chứng

minh là giúp cải thiện sự hài lòng, tuân thủ điều trị và kết quả điều trị của người bệnh. Bằng cách này, các dịch vụ chăm sóc chất lượng cao có thể được cung cấp mà không cần đến quá nhiều các kỹ thuật, xét nghiệm đắt tiền, niềm tin sẽ được củng cố, chi phí CSSK giảm và các nguy cơ/ tai biến trong quá trình điều trị sẽ được hạn chế tối thiểu.

1.2. Chăm sóc sức khỏe toàn diện

Quá trình thực hành của BSGĐ giúp cung cấp một cách lồng ghép các dịch vụ nâng cao sức khỏe, dự phòng bệnh tật, khám chữa bệnh, điều trị bệnh, phục hồi chức năng và các hỗ trợ về mặt thể chất, tâm lý và xã hội cho từng trường hợp người bệnh cụ thể.

Con người là một thực thể của xã hội, sinh trưởng và phát triển trong một môi trường đa dạng, có nhiều mối quan hệ. Trong quá trình quản lí và CSSK cho người bệnh, người bác sĩ không chỉ xem xét người bệnh dưới góc độ sinh học mà còn phải xem xét cả về mặt xã hội và tâm lý. Y học gia đình không xuất phát đơn thuần từ việc chẩn đoán bệnh và điều trị bệnh mà xuất phát từ việc chẩn đoán đối tượng cụ thể mang bệnh và xử trí/ điều trị cho trường hợp người bệnh đó. Như vậy, người thầy thuốc gia đình xem xét người bệnh trong khuôn khổ các nhu cầu tổng thể của họ. Phải cân nhắc đến tất cả các yếu tố này khi lập kế hoạch chẩn đoán, điều trị và chăm sóc sức khỏe.

Chăm sóc toàn diện còn là cung cấp đầy đủ các dịch vụ và thủ thuật lâm sàng cho các vấn đề sức khỏe thường gặp ở cộng đồng cho mọi đối tượng không phân biệt lứa tuổi, giới tính theo hướng chăm sóc ban đầu với phương thức chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm. Để đảm bảo chăm sóc toàn diện, nhiều khi các bác sĩ chuyên khoa khác cũng cần tham gia vào quá trình điều trị. Tuy nhiên, chính BSGĐ là đầu mối giúp

cho người bệnh tiếp cận được với các chăm sóc, điều trị đó và BSGĐ là đầu mối điều phối các phương thức/ biện pháp điều trị của nhiều chuyên ngành (nếu cần).

Tính toàn diện là một nguyên tắc cần thiết trong thực hành YHGD để có thể cung cấp được các dịch vụ chăm sóc hiệu quả ngay từ lần tiếp xúc đầu tiên. BSGĐ tìm cách cung cấp một số lượng tối đa các dịch vụ sức khỏe cho mỗi người bệnh tùy thuộc vào khả năng của họ và hạn chế việc chuyển tuyến người bệnh không cần thiết đến các bệnh viện tuyến trên, cải thiện hiệu quả chăm sóc cho cả người bệnh và toàn bộ hệ thống y tế. Lần tiếp xúc đầu tiên của người bệnh với BSGĐ sẽ giúp làm giảm được các xét nghiệm và can thiệp y tế không cần thiết, từ đó giúp cải thiện hiệu quả điều trị với chi phí thấp hơn. Mức độ cụ thể của tính toàn diện phụ thuộc một phần vào điều kiện và nguồn lực tại địa phương. Nếu trong hoàn cảnh thiếu hụt nguồn lực, nơi mà các cơ sở y tế khác cách xa, các kỹ năng lâm sàng và thủ thuật của BSGĐ được yêu cầu rộng hơn.

Yêu cầu BSGĐ đạt được một số các kỹ năng cần thiết trong việc cung cấp dịch vụ CSSK là hoàn toàn có khả năng. Việc chỉ tập trung vào các vấn đề sức khỏe thường gặp có thể giúp các BSGĐ có thể đạt được các kỹ năng phát hiện và xử trí phù hợp - *chuyên gia trong việc điều trị những bệnh lý thường gặp*. Bên cạnh đó, tỷ lệ các bệnh lý nặng thấp hơn ở tuyến y tế cơ sở - nơi chăm sóc ban đầu. Với khả năng nhận biết các bệnh lý thường gặp có các biểu hiện điển hình, các BSGĐ có thể tích lũy kinh nghiệm một cách nhanh chóng những bệnh lý không thường gặp hoặc khi bệnh lý đó tiến triển theo một cách bất thường. Trong những trường hợp này, các BSGĐ có thể quyết định xem mình có thể xử lý được không hay cần thêm sự giúp đỡ của cơ sở y tế tuyến trên hoặc bác sĩ chuyên khoa sâu.

1.3. Chăm sóc sức khỏe phối hợp

Bác sĩ gia đình có thể giải quyết được nhiều vấn đề sức khỏe khác nhau khi một đối tượng đến gặp ở lần tiếp xúc đầu tiên, khi cần thiết, BSGĐ cần đảm bảo việc chuyển người bệnh một cách hợp lý và đúng thời điểm đến các dịch vụ chăm sóc của chuyên khoa khác. Trong những tình huống này, BSGĐ đóng vai trò là người điều phối, giống như một nhạc trưởng trong việc CSSK.

Bác sĩ gia đình chịu trách nhiệm quản lý sức khỏe cho người bệnh theo thời gian, đây chính là một chức năng quan trọng trong CSSK. Để hoàn thành nhiệm vụ này, việc chăm sóc phối hợp sẽ giúp cải thiện được kết quả điều trị của người bệnh, làm cho nó trở thành một công cụ mạnh trong việc quản lý và điều trị bệnh tật, đặc biệt là các bệnh lý mạn tính. BSGĐ ngoài việc trực tiếp CSSK cho người bệnh còn cần có mạng lưới những bác sĩ chuyên khoa khác và các nguồn lực CSSK khác nếu thấy cần thiết để kết hợp trong quá trình khám chữa bệnh.

Khi một người bệnh cần đến sự chăm sóc của một số bác sĩ chuyên khoa khác nhau, BSGĐ sẽ là người điều phối, xây dựng kế hoạch chăm sóc lồng ghép. Trao đổi các thông tin cần thiết của người bệnh trong quá trình chẩn đoán cũng như điều trị bệnh giữa các bác sĩ chuyên khoa khác nhau. Sự thiếu trao đổi, thiếu phối hợp sẽ dẫn đến việc chăm sóc kém hiệu quả và tạo ra gánh nặng CSSK cho bản thân người bệnh, gia đình và cho cả hệ thống y tế.

Việc hiểu và sử dụng hợp lý hệ thống chuyên tuyến là một phương thức hiệu quả nhằm cải thiện sự phối hợp chăm sóc giữa BSGĐ và các bác sĩ chuyên khoa; giữa các tuyến y tế khác nhau. Vận hành hệ thống chuyển tuyến hợp lý cũng giúp thúc đẩy

tính liên tục của quá trình chăm sóc bằng cách hướng dẫn người bệnh quay lại BSGĐ sau khi được khám/ điều trị bệnh giai đoạn nặng tại bác sĩ chuyên khoa. Hệ thống này cũng cũng yêu cầu bác sĩ chuyên khoa cung cấp/ phản hồi cho BSGĐ các thông tin về phương thức điều trị người bệnh đã được áp dụng.

Phối hợp chăm sóc không chỉ giới hạn trong môi trường điều trị ngoại trú. Một số các nghiên cứu đã chứng minh rằng sự cung cấp/ trao đổi thông tin một cách đầy đủ về các vấn đề của người bệnh trong giai đoạn nằm điều trị tại bệnh viện với BSGĐ, có thể làm giảm được tỷ lệ tái nhập viện sau khi xuất viện. Để có thể phối hợp vấn đề chăm sóc một cách có hiệu quả, BSGĐ cần có mối liên lạc tốt với các bác sĩ chuyên khoa, nắm vững hệ thống chuyên tuyến để có thể chuyển người bệnh khi cần thiết. BSGĐ phải lưu lại một cách chi tiết và toàn diện các thông tin của người bệnh và theo dõi liên tục theo thời gian. Mặt khác, cần có các quy định của chuyên tuyến phù hợp (phân cấp tuyến tiếp nhận người bệnh, quyền và nghĩa vụ chia sẻ, phản hồi thông tin,...)

1.4. Dự phòng và nâng cao sức khỏe

Bác sĩ gia đình không những chỉ là bác sĩ điều trị bệnh mà còn phải giúp người bệnh dự phòng các yếu tố nguy cơ bệnh tật. Công tác dự phòng là một vấn đề quan trọng trong thực hành YHGD đối với cá nhân và cộng đồng, và là một trong những công cụ mạnh mẽ của BSGĐ nhằm nâng cao tình trạng sức khỏe cho người dân. Nó được dựa trên một nguyên lí khá đơn giản: dự phòng bệnh tật trước khi nó thật sự diễn ra và dự phòng các biến chứng của bệnh. Mặc dù đây là một nguyên lí đơn giản, nhưng việc triển khai nó trong thực hành tại thực tiễn khó khăn hơn nhiều.

Phòng bệnh bao gồm nhiều khía cạnh, đó là nhận biết được những yếu tố nguy cơ có thể làm tăng khả năng mắc bệnh, làm chậm lại các hậu quả của bệnh tật và khuyến khích lối sống lành mạnh. Dự phòng cũng có nghĩa là dự đoán trước các vấn đề sẽ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý của người bệnh và gia đình. Phòng bệnh không chỉ giới hạn vào việc tư vấn mọi người không hút thuốc lá, tích cực tập thể dục và ăn uống đúng cách,... mà còn là việc nhận ra các yếu tố nguy cơ đối với việc mắc bệnh/ vấn đề sức khỏe nào đó (dựa vào các thông tin về tiền sử gia đình, vòng đời người, vòng đời gia đình,...); triển khai tiêm chủng để phòng bệnh; sử dụng các phương tiện sàng lọc để phát hiện bệnh sớm ngay từ giai đoạn đầu. Khi người bệnh có bệnh cần dự phòng các biến chứng,... Tất cả các thông tin về các yếu tố nguy cơ và dự phòng bệnh tật được thể hiện đầy đủ trong hồ sơ quản lí sức khỏe YHGD. Chăm sóc dự phòng bao gồm dự phòng cấp I, II và III (*Chi tiết về công tác dự phòng ở trong bài 9 ở cuốn tài liệu này*). Thêm vào đó khái niệm dự phòng cấp IV cũng được đưa ra (hiện đang được hoàn thiện). Với Hiệp hội BSGĐ Thế giới, dự phòng cấp IV là dự phòng việc sử dụng quá nhiều thuốc và bảo vệ người bệnh khỏi những can thiệp hoặc xét nghiệm không thực sự cần thiết.

Nguyên lí thực hành lâm sàng toàn diện và liên tục của BSGĐ, mối quan hệ mật thiết của BSGĐ và người dân/ người bệnh tạo điều kiện lí tưởng giúp cung cấp đầy đủ các dịch vụ về dự phòng và đánh giá hiệu quả của các dịch vụ này. BSGĐ có điều kiện xem xét các can thiệp dự phòng tại mỗi lần người bệnh đến khám và theo dõi các biện pháp dự phòng đó. Áp dụng những nguyên tắc này trong việc cung cấp các dịch vụ lâm sàng sẽ giúp hiện thực hóa nỗ lực của các chương trình dự phòng tới từng người bệnh, gia đình và cộng đồng.

1.5. Hướng gia đình

Các BSGĐ cần xem xét sự ảnh hưởng của bệnh tật đến gia đình người bệnh, cũng như ảnh hưởng của gia đình đến tình trạng sức khỏe của từng cá thể trong gia đình. Yếu tố gia đình có nhiều ảnh hưởng rất quan trọng như:

- Các bệnh có tính chất di truyền;
- Ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần của mỗi cá nhân trong gia đình;
- Sự lây truyền của các bệnh truyền nhiễm;
- Tác động và hỗ trợ đối với kết quả điều trị của người bệnh (ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị, phục hồi chức năng, chế độ dinh dưỡng,...);
- Yếu tố gia đình ảnh hưởng đến cả quá trình chẩn đoán phát hiện, điều trị và dự phòng bệnh.

Một gia đình được định nghĩa rộng rãi là nơi mà người bệnh có thể trông mong sự hỗ trợ ở quá khứ, hiện tại và tương lai. Trong quá trình thực hành lâm sàng, các BSGĐ thường sử dụng một số công cụ để đánh giá tác động của gia đình như: cây phả hệ, sơ đồ gia đình, chỉ số APGAR, đánh giá SCREAM, chuỗi sự kiện gia đình,... Các công cụ này giúp cho BSGĐ hiểu được và đánh giá đúng về các ảnh hưởng của yếu tố sinh học, đời sống tâm sinh lý, mức độ chia sẻ và khả năng hỗ trợ của các thành viên trong gia đình từ đó dự kiến được các khủng hoảng có thể xảy ra trong vòng đời của gia đình. Việc chẩn đoán và điều trị cần phải được thực hiện trên cơ sở đánh giá các ảnh hưởng của bệnh tật đối với các thành viên của gia đình và ảnh hưởng của gia đình đối với bệnh tật.

Các BSGĐ cần cung cấp một chương trình chăm sóc toàn diện cho tất cả các thành viên trong gia đình, nên cần nhìn nhận người bệnh trong bối cảnh gia đình, áp dụng cách tiếp cận gia đình trong chăm sóc người bệnh. Điều này bắt đầu bằng việc phải hiểu được vai trò của gia đình trong các hành vi sức khỏe và hành vi có thể gây ra bệnh tật, động lực của gia đình, và các giai đoạn trong cuộc sống gia đình. Sự tham gia của các thành viên gia đình từ khi một trẻ được sinh ra đến giai đoạn cuối của cuộc đời có thể giúp cải thiện cả chất lượng chăm sóc và sự điều chỉnh của các thành viên gia đình khi hoàn cảnh thay đổi.

BSGĐ phải có nhiều các kỹ năng khác nhau để có thể cung cấp được một dịch vụ chăm sóc định hướng gia đình có hiệu quả:

- Khai thác tiền sử gia đình (không chỉ đơn thuần là những thông tin liên quan đến những bệnh lý di truyền);
- Hiểu được tầm quan trọng của động lực gia đình và các giai đoạn của chu kỳ cuộc sống;
- Kỹ năng trong việc tổ chức các cuộc họp trong gia đình để thảo luận về các vấn đề sức khỏe quan trọng;
- Kỹ năng cơ bản trong việc tư vấn gia đình, giúp các gia đình trong những tình huống căng thẳng ảnh hưởng đến sức khỏe.

Sức khỏe của một cá thể là kết quả của một sự tương tác phức tạp, ảnh hưởng không chỉ bởi các hành vi và yếu tố di truyền, mà còn chịu sự ảnh hưởng của gia đình và cộng đồng mà cá thể đó sinh sống và các bệnh lý cụ thể đi kèm của bản thân họ.

Bên cạnh đó, cuộc sống cá nhân và các mục tiêu về sức khỏe của một người sẽ định hướng việc tìm kiếm các dịch vụ sức khỏe của người đó.

1.6. Hướng cộng đồng

Nghề nghiệp của người bệnh, yếu tố văn hóa và môi trường là những khía cạnh của cộng đồng tác động đến việc CSSK. Sự hiểu biết về mô hình bệnh tật trong cộng đồng sẽ ảnh hưởng đến định hướng chẩn đoán của bác sĩ và giúp họ đưa ra những quyết định liên quan đến việc cung ứng dịch vụ. Các vấn đề của người bệnh cần được nhìn nhận trong bối cảnh cộng đồng địa phương nơi họ sinh sống. BSGĐ chịu trách nhiệm CSSK cho một cộng đồng dân cư nhất định nên cần lưu ý các phong tục tập quán của cộng đồng đó có ảnh hưởng như thế nào đến tình trạng sức khỏe của từng cá nhân và cả cộng đồng.

Hầu hết các BSGĐ có mối quan hệ mật thiết với cộng đồng nơi mà họ quản lý và chăm sóc người bệnh. Các hoạt động sức khỏe cộng đồng có thể bao gồm nhiều hoạt động khác nhau về giáo dục, dự phòng cũng như các biện pháp can thiệp khác, chẳng hạn như các chương trình y tế học đường, chương trình tiêm chủng, CSSK cho người cao tuổi,...

Cơ cấu bệnh tật tại phòng khám của một BSGĐ sẽ thể hiện được tình trạng sức khỏe của người dân tại cộng đồng đó, cũng như những vấn đề liên quan đến sức khỏe nói chung của toàn bộ cộng đồng. Phương pháp tiếp cận chăm sóc ban đầu dựa trên cộng đồng giúp khuyến khích các nhà cung cấp dịch vụ thực hiện các quan sát và sau đó tìm kiếm các cơ hội nhằm xác định và đáp ứng với các nhu cầu sức khỏe tại địa phương một cách có hệ thống. Thông qua điều này, các BSGĐ sẽ có những đánh giá chính xác hơn về các tác động của xã hội, môi trường và kinh tế của một cộng đồng rộng lên sức khỏe của một cá nhân cụ thể.

Ngoài vai trò cung cấp thông tin hỗ trợ cho chẩn đoán, cộng đồng còn là một trong các yếu tố trị liệu. Trong cộng đồng có thể có nhiều thành phần/ tổ chức mà BSGĐ có thể phối hợp để cung ứng dịch vụ CSSK. Rất cần thiết cần nhắc yếu tố cộng đồng trong việc đưa ra kế hoạch điều trị và CSSK phù hợp cho từng người bệnh cụ thể.

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

- Là nơi tiếp cận đầu tiên của người dân với hệ thống y tế, gắn liền với khu vực địa lý mà người dân sinh sống;
- BSGĐ là những bác sĩ thực hành lâm sàng đa khoa, đóng vai trò “*người gác cổng*” của hệ thống y tế, chịu trách nhiệm khám, điều trị, dự phòng bệnh tật, theo dõi quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục cho cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng cả về thể chất và tinh thần;
- BSGĐ lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho các cá nhân từ lúc sinh ra đến lúc qua đời.

Đồng thời, BSGĐ cần được đào tạo cách để cải thiện khả năng tiếp cận với nhiều nhóm đối tượng khác nhau, với các phong tục tập quán và yếu tố văn hóa khác nhau. Mặc dù các BSGĐ trên toàn thế giới có nhiều điểm chung, phạm vi của dịch vụ

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

Kết luận: Dù có những sự khác biệt giữa các quốc gia, nhưng các đặc trưng cơ bản của BSGĐ là thống nhất. BSGĐ thực hành lâm sàng với 6 nguyên lý cơ bản, điều này cho phép các BSGĐ có thể đóng góp tối đa vào sự phát triển của hệ thống y tế. Cũng như tất cả các bác sĩ chuyên ngành khác, BSGĐ luôn cần được cập nhật các kiến thức mới về y khoa, duy trì những kỹ năng chẩn đoán và điều trị. Để có thể phát triển được những kỹ năng này, vấn đề đào tạo BSGĐ tại các nước được diễn ra trong môi trường tiếp xúc ban đầu (tại tuyến y tế cơ sở, cộng đồng) nơi mà các kiến thức và kỹ năng của họ có thể được thực hành một cách nhuần nhuyễn.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Starfield B (1998). Primary Care: balancing health needs, services and technology. Oxford: OxfordUniversity Press.
4. Shahady Ej (1982). Teaching the principles of family medicine. NZ Fam Physician 10: 24 – 26.
5. World Health Organization (2008). World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever). Available at: www.who.int/whr/2008/en/

BÀI 3. TRẠM Y TẾ XÃ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. *Phân tích được bảy nhiệm vụ của trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình*
2. *Trình bày được công tác chuẩn bị và triển khai thực hiện trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học gia đình là một “*chuyên khoa đa khoa*” đáp ứng phần lớn nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu của người dân tại cộng đồng. Các bác sĩ đa khoa công tác tại các trạm y tế xã hiện nay đang *cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân trong địa bàn mình phụ trách*, như khám chữa bệnh thường gặp cho mọi lứa tuổi, giới tính, bệnh tật. TYT xã cần lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân, tư vấn, giáo dục sức khỏe, triển khai công tác phòng bệnh... đây là những hoạt động chủ yếu của chuyên ngành Y học gia đình.

Lồng ghép các nguyên lý Y học gia đình (YHGD) vào chăm sóc ban đầu (CSBD) tại TYT xã nhằm nâng cao năng lực cung ứng dịch vụ một cách toàn diện và liên tục, thu hút người dân đến sử dụng dịch vụ và hướng đến sự hài lòng của người dân.

1. Một số văn bản quy định chức năng nhiệm vụ của TYT xã

1.1. Nghị định, quyết định của Chính phủ

Điều 2 của Nghị định 177/2014-NĐ-CP ngày 8 tháng 12 năm 2014 của Chính phủ *Quy định về trạm y tế xã, phường, thị trấn*: Tổ chức Y tế xã, phường, thị trấn (gọi chung là Trạm y tế xã) là đơn vị y tế thuộc Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, được thành lập theo đơn vị hành chính xã, phường, thị trấn.

Trạm y tế xã có *chức năng cung cấp, thực hiện các dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn xã*.

Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 5 tháng 12 năm 2016 của Thủ tướng Chính phủ về *Phê duyệt đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới*, có nêu: *Các trạm y tế xã phải thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của chăm sóc sức khỏe ban đầu*; thực hiện việc quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục cho từng người dân trên địa bàn, tập trung vào việc theo dõi, tư vấn về sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ, phục hồi chức năng, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, bà mẹ, trẻ em; phòng chống các bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm, quản lý các bệnh mạn tính; khám bệnh, chữa bệnh theo chức năng, nhiệm vụ và kết nối, chuyển người bệnh lên các cơ sở y tế tuyến trên.

1.2. Hướng dẫn của Bộ Y tế về chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế

Thông tư số 16/2014/TT-BYT ngày 22/05/2014 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn thi điểm về bác sĩ gia đình và phòng khám bác sĩ gia đình*” đã hướng dẫn việc triển khai hoạt động YHGD trong đó có ở TYT xã.

Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27/10/2015 của Bộ Y tế: TYT xã có chức năng *cung cấp, thực hiện các dịch vụ CSSKBĐ cho nhân dân trên địa bàn xã*; có *nhiệm vụ dự phòng; khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng*

bệnh và chữa bệnh, thực hiện sơ cứu, cấp cứu ban đầu; chăm sóc sức khỏe sinh sản; cung ứng thuốc thiết yếu; quản lý sức khỏe cộng đồng; TT-GDSK.

Quyết định số 1568/QĐ-BYT ngày 27/04/2016 của Bộ Y tế: *Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020.*

Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21/08/2019 của Bộ Y tế *Hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình*, với những hướng dẫn trực tiếp cho việc triển khai hoạt động YHGD tại các TYT xã.

2. TRẠM Y TẾ XÃ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH

2.1 Nhiệm vụ của trạm y tế (TYT)

Quyết định số 1568/QĐ-BYT ngày 27/04/2016 của Bộ Y tế:

Nhiệm vụ 1: Thực hiện nhiệm vụ của trạm y tế xã theo quy định tại Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y theo *nguyên lý toàn diện và liên tục.*

Nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh bao gồm:

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

TYT phải thực hiện nhiệm vụ khám chữa bệnh một cách toàn diện. Khám chữa bệnh toàn diện là cung cấp đầy đủ các dịch vụ và thủ thuật lâm sàng cho các vấn đề sức khỏe thông thường của cộng đồng cho mọi lứa tuổi và cả hai giới tại phòng khám, bệnh viện và cộng đồng theo hướng chăm sóc ban đầu, khám chữa bệnh ban đầu, khám sàng lọc, cấp cứu ban đầu.... Nhiệm vụ của cán bộ y tế (bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ...) là cung cấp chăm sóc theo chuyên môn của mình, cả về thể chất, tinh thần, các vấn đề xã hội, phục hồi chức năng, sử dụng thuốc, đảm bảo sự chăm sóc toàn diện cho người bệnh.

Xây dựng năng lực cho cán bộ để thực hiện được các nhiệm vụ của TYT hoạt động theo nguyên lý YHGD theo hướng dẫn của thông tư 21/2019 của Bộ Y tế

Chăm sóc liên tục là nguyên lý quan trọng nhất, *đối tượng được chăm sóc liên tục là cả người khỏe và người bệnh.* Cùng với việc liên tục chăm sóc, mối quan hệ lâu dài và tin cậy giữa thầy thuốc và người bệnh sẽ được xây dựng. Mỗi nhân viên y tế (bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, dược sĩ,...) đều có những vai trò nhất định công tác CSSK liên tục cho người dân.

Công tác dự phòng: Bác sĩ gia đình không chỉ khám bệnh, chữa bệnh mà còn kết hợp các dịch vụ để tăng cường sức khỏe và dự phòng bao gồm sàng lọc bệnh và tiêm chủng, tổ chức chăm sóc sức khỏe cho bệnh mạn tính.. Tư vấn người dân phòng tránh các nguy cơ, hành vi có hại cho sức khỏe như hút thuốc lá, uống nhiều rượu bia, vận động thể chất,...

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

Hiểu biết đầy đủ về cộng đồng và mô hình bệnh tật của cộng đồng (nơi người bệnh sống và làm việc) là rất cần thiết giúp định hướng chẩn đoán cũng như đưa ra các quyết định can thiệp phù hợp, lựa chọn được các can thiệp dựa trên nguồn lực sẵn có của cộng đồng, để cung cấp được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tối ưu cho từng cá nhân.

Nhiệm vụ 2: Thực hiện quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng theo nguyên lý Y học gia đình

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

Lập hồ sơ quản lý sức khỏe, nhất là ứng dụng bệnh án điện tử một cách đầy đủ sẽ là một công cụ kết nối hiệu quả, thực hiện hóa chăm sóc liên tục cho mỗi cá nhân trên địa bàn.

Nhiệm vụ 3: Thực hiện chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh theo quy định chuyển tuyến Y học gia đình

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

Để thực hiện việc chuyển tuyến được hiệu quả, các bác sĩ ở TYT cần chủ động xây dựng hệ thống phối hợp, kết nối hiệu quả với y tế tuyến trên, các chuyên gia, chuyên khoa và lĩnh vực liên quan. Việc chia sẻ và kết nối thường xuyên sẽ giúp cho người bệnh và cả bác sĩ gia đình trong việc nâng cao trình độ và quản lý, chăm sóc người bệnh được tốt hơn. Bác sĩ gia đình cũng là người điều phối khi người bệnh mắc nhiều loại bệnh, đang điều trị từ nhiều chuyên khoa khác nhau. Khi người bệnh cần được khám chữa bệnh bởi các bác sĩ thuộc chuyên khoa khác nhau, bác sĩ gia đình sẽ là người điều phối giúp người bệnh có kế hoạch CSSK lồng ghép, tránh được chồng chéo, rườm rà.

Nhiệm vụ của cán bộ y tế xã là phối hợp với nhau trong nhóm chăm sóc đa ngành. Nếu như trước đây, các cán bộ y tế thường độc lập thực hiện các dịch vụ chăm sóc theo lĩnh vực chuyên ngành, Y học gia đình đòi hỏi sự phối hợp liên ngành, đa ngành

cho một người bệnh cụ thể. Việc phối hợp đa ngành ngày càng trở nên cần thiết, khi nhu cầu của người bệnh không chỉ là điều trị một bệnh, mà nhiều bệnh, không chỉ dùng thuốc mà còn phục hồi chức năng, chăm sóc giảm nhẹ...

Nhiệm vụ 4: Thực hiện tư vấn sức khỏe, sàng lọc, tầm soát phát hiện bệnh sớm

- Tư vấn về dinh dưỡng, hoạt động thể lực, phòng chống tác hại của thuốc lá, rượu bia và yếu tố nguy cơ khác, tư vấn về khám bệnh, chữa bệnh cho cá nhân, hộ gia đình, cộng đồng;
- Truyền thông, giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức của người dân về phòng bệnh tích cực và chủ động, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe;
- Hướng dẫn vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm;
- Tham gia giám sát, phát hiện sớm, phòng chống dịch bệnh trong cộng đồng;
- Tiêm chủng;
- Phòng chống các bệnh không lây nhiễm: ung thư, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

Bác sĩ gia đình thường sử dụng một số công cụ để đánh giá tác động của gia đình, như cây phả hệ, sơ đồ gia đình, chỉ số APGAR, đánh giá SCREAM, chuỗi sự kiện gia đình.

Nhiệm vụ 5: Tham gia các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời

- Chẩn đoán phân biệt và lựa chọn điều trị nguyên nhân và triệu chứng.
- Hỗ trợ về tâm lý và xã hội giúp cho người bệnh sống tích cực và chuẩn bị cho cái chết, giúp tiếp cận các dịch vụ lâm sàng và tuân thủ các chế độ điều trị đặc hiệu, giúp gia đình người bệnh đối phó với tình trạng bệnh tật của người thân và khi người thân qua đời.
- Dự đoán và lập kế hoạch giải quyết những triệu chứng tiềm tàng và những vấn đề tâm lý xã hội có thể xảy ra,
- Bảo vệ người bệnh khỏi những can thiệp y tế không thích hợp.

Nhiệm vụ 6: Được thực hiện các dịch vụ kỹ thuật tại gia đình người bệnh

Gồm 51 dịch vụ được ban hành kèm theo *Thông tư số 21/2019/TT-BYT, ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ Y tế hướng dẫn thi điểm về y học gia đình*: khám bệnh, kê đơn thuốc một số bệnh thường gặp; thực hiện thủ thuật: thay băng, cắt chỉ, lấy mẫu máu, mẫu nước tiểu để xét nghiệm, khí dung, tiêm, truyền dịch,... khi cần thiết.

Nhiệm vụ 7: Tham gia nghiên cứu khoa học và đào tạo về Y học gia đình và các vấn đề liên quan; là cơ sở đào tạo thực hành chuyên ngành Y học gia đình.

Thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ như đã nêu và phân tích, TYT cũng đồng thời trở thành một cơ sở thực hành, góp phần đào tạo cho các lớp cán bộ y tế kế tiếp về chuyên ngành Y học gia đình. Dữ liệu thông tin y tế được lưu giữ, như bệnh án điện tử, các số liệu về tình hình bệnh tật, yếu tố nguy cơ sức khỏe là nguồn thông tin quý để bác sĩ gia đình tham gia vào các nghiên cứu khoa học, nhằm nâng cao chất lượng CSSK cho người dân.

2.2. Các bước tổ chức, chuẩn bị

2.2.1. Tổ chức chỉ đạo và xây dựng kế hoạch

Đề trạm y tế hoạt động theo nguyên lí YHGD thành công cần có sự vào cuộc, tham gia tích cực của chính quyền địa phương các cấp. Sự chỉ đạo, hỗ trợ và giám sát của Trung tâm y tế quận/ huyện đóng vai trò rất quan trọng.

Các TYT xã phải xây dựng được kế hoạch tổ chức triển khai trong khuôn khổ kế hoạch chung của trung tâm y tế và sở y tế. Cần nhận định cụ thể:

Nhu cầu CSSK của người dân trên địa bàn (số lượng và cơ cấu dân cư, mô hình bệnh tật, tình hình bao phủ BHYT, mô hình sử dụng dịch vụ y tế...);

Mục tiêu, nội dung và lộ trình triển khai các hoạt động (số lượng các cá nhân và hộ gia đình được lập hồ sơ quản lí sức khỏe, tỷ lệ người bệnh mạn tính được theo dõi, quản lí điều trị liên tục, quy trình phối hợp với tuyến trên và chuyển tuyến,...);

Các biện pháp, giải pháp thực hiện: đào tạo nâng cao năng lực cán bộ; phân công nhiệm vụ cho từng nhân viên y tế; sự phối hợp giữa các bộ phận; sự chỉ đạo, hỗ trợ chuyên môn của tuyến trên, sự tham gia của các đơn vị liên quan, sự tham gia của cộng đồng,... Kế hoạch về nguồn lực về tài chính, nhân lực, trang thiết bị cho các hoạt động.

Các chỉ số, quy trình và phương pháp kiểm tra giám sát, đánh giá việc thực hiện kế hoạch triển khai hoạt động Y học gia đình tại TYT xã.

2.2.2. Đào tạo nâng cao năng lực cán bộ

Triển khai đào tạo nâng cao năng lực cho tất cả cán bộ y tế (bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, hộ sinh, cán bộ dược,...) với nhiều hình thức khác nhau như: đào tạo ngắn hạn 3 tháng, đào tạo tại chỗ, cầm tay chỉ việc của các đơn vị chuyên môn tuyến trên; luân chuyển cán bộ y tế giữa tuyến huyện và xã,... Chú trọng đào tạo nâng cao kỹ năng thực hành lâm sàng với các vấn đề sức khỏe thường gặp tại cộng đồng, nâng cao năng lực theo nhóm đa ngành.

2.2.3. Tuyên truyền, vận động

Công tác tuyên truyền giúp nâng cao nhận thức và sự ủng hộ ban ngành đoàn thể, cộng đồng đối với việc lồng ghép các nguyên lí YHGD vào hoạt động của TYT xã.

Thực hiện nhiều hình thức tuyên truyền về lợi ích và hiệu quả của TYT xã hoạt động theo nguyên lí YHGD qua phương tiện thông tin đại chúng, áp phích, tờ rơi, qua loa truyền thanh, nói chuyện,...

2.2.4. Chuẩn bị nguồn lực

Trước khi bắt tay vào triển khai thực hiện, TYT xã cần chuẩn bị đầy đủ các trang thiết bị phục vụ cho các hoạt động chuyên môn theo quy định, các hồ sơ, sổ sách, biểu mẫu, phần mềm phục vụ lồng ghép các nguyên lí YHGD.

2.2.5. Huy động sự tham gia của cộng đồng

Huy động nguồn lực và sự tham gia chỉ đạo, hỗ trợ của các ban ngành đoàn thể trên địa bàn;

Huy động sự tham gia của mạng lưới y tế thôn bản, cộng tác viên dân số, đặc biệt trong việc quản lí sức khỏe cá nhân;

Phối hợp chặt chẽ với các cơ sở y tế khác trên địa bàn trong cung ứng dịch vụ theo hướng lồng ghép.

2.3. Triển khai thực hiện

2.3.1. *Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân*

Hồ sơ sức khỏe cần được lập cho các cá nhân trên địa bàn quản lý. Tùy theo điều kiện thực tế của từng địa phương sẽ quyết định lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho toàn bộ người dân hay lựa chọn một số nhóm đối tượng làm trước. Thông tin ban đầu của hồ sơ có được từ việc tổ chức khám sức khỏe sàng lọc ban đầu và tận dụng tất cả các nguồn thông tin khác sẵn có như thông tin nhân khẩu, hồ sơ bệnh án, sổ khám sức khỏe, sổ sách hoạt động chuyên môn từ các cơ sở y tế,... (Xem chi tiết ở bài 16 của cuốn tài liệu này).

Thông tin trong hồ sơ sức khỏe cá nhân sau đó sẽ được cập nhật, bổ sung theo định kỳ từ kết quả khám sức khỏe, khám bệnh, chữa bệnh, khi cá nhân có sử dụng dịch vụ y tế để lên kế hoạch CSSK liên tục trong suốt vòng đời.

2.3.2. *Tăng cường chất lượng cung cấp dịch vụ CSSK*

- Tăng tỷ lệ bao phủ các dịch vụ: tăng tỷ lệ người dân được sàng lọc, quản lý sức khỏe, quản lý người bệnh mạn tính,...
- Nâng cao chất lượng các dịch vụ, chú trọng công tác khám và xử trí các bệnh, cấp cứu thường gặp;
- Triển khai thêm các dịch vụ y tế mới phù hợp với quy định phân tuyến chuyên môn kỹ thuật và năng lực của đội ngũ cán bộ tại TYT xã, thực hiện gói dịch vụ y tế cơ bản, thực hiện khám chữa bệnh tại nhà (khi cần), chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời, phục hồi chức năng tại tuyến YTCS và cộng đồng,...

2.3.3. *Tư vấn, dự phòng và nâng cao sức khỏe*

Các cán bộ y tế của TYT xã cần chú trọng việc sàng lọc phát hiện các yếu tố nguy cơ sức khỏe; tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe; triển khai công tác dự phòng, nâng cao sức khỏe.

Các hoạt động chăm sóc dự phòng cần được triển khai lồng ghép với công tác khám chữa bệnh và có sự kết nối với các cơ sở y tế tuyến trên.

2.3.4. *Kiểm tra, giám sát và đánh giá*

Công tác kiểm tra, giám sát và đánh giá cần được thực hiện được thực hiện thường xuyên, liên tục nhằm đánh giá tiến độ triển khai kế hoạch, rút kinh nghiệm trong từng giai đoạn. Nội dung giám sát được thực hiện dựa trên cơ sở chức năng nhiệm vụ của TYT xã hoạt động theo nguyên lý YHGD. Ba nhóm nhiệm vụ cơ bản là quản lý sức khỏe; khám bệnh, chữa bệnh các bệnh và cấp cứu thường gặp; công tác tư vấn và chăm sóc dự phòng nâng cao sức khỏe.

Cần chú trọng việc hỗ trợ sau kiểm tra, giám sát để giúp các TYT xã cải tiến và nâng cao chất lượng dịch vụ CSSK.

Kết luận: TYT xã có chức năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân, cũng là phạm vi hoạt động của chuyên khoa Y học gia đình. Việc áp dụng các nguyên lý Y học gia đình trong hoạt động của trạm y tế xã sẽ làm tăng hiệu quả khám chữa bệnh, tư vấn, dự phòng, quản lý sức khỏe toàn dân, gắn kết hơn giữa

cán bộ y tế với người dân, huy động được sự tham gia và các nguồn lực tại chỗ trong công tác chăm sóc sức khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Thông tư 16/2014 ngày 22 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế “Hướng dẫn thí điểm về Bác sĩ gia đình và Phòng khám bác sĩ gia đình.
3. Thông tư số 21/2019/TT-BYT, ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ Y tế Hướng dẫn thí điểm về y học gia đình.
4. Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ Y tế Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn
5. Quyết định số 1568/QĐ-BYT ngày 27 tháng 4 năm 2016 của Bộ Y tế về Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020
6. Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 5 tháng 12 năm 2016 của Chính phủ về Phê duyệt đề án xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới
7. Hướng dẫn số 1383/HD-BYT, ngày 19 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế về Triển khai mô hình điểm ở 26 trạm y tế xã giai đoạn 2018-2020.

BÀI 4. MỘT SỐ CÔNG CỤ SỬ DỤNG TRONG ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

- 1. Trình bày được khái niệm của một số công cụ đánh giá gia đình trong chăm sóc sức khỏe.*
- 2. Phân tích được việc sử dụng các công cụ đánh giá gia đình phù hợp với tình huống lâm sàng.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gia đình là một phức hợp bao gồm nhiều yếu tố sinh học, tâm lý, văn hóa, kinh tế, địa dư, thời đại, tôn giáo. Nếu bác sĩ biết càng nhiều thông tin về gia đình người bệnh thì càng có nhiều điều kiện trong chẩn đoán và chăm sóc người bệnh. Gia đình không những có ảnh hưởng tích cực mà còn có cả ảnh hưởng tiêu cực đến tình trạng sức khỏe của các cá nhân. Các yếu tố nguy cơ gia đình là các mâu thuẫn trong gia đình, chấn thương tâm lý liên quan đến bệnh tật và điều trị, các stress bên ngoài, trẻ em bị cách ly khỏi cha mẹ, thiếu khả năng thích ứng và thiếu kiến thức về bệnh tật của người bệnh. Các thành viên trong gia đình có thể có các yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch giống nhau như thói quen hút thuốc lá, béo phì và tăng cholesterol máu. Các yếu tố bảo vệ gia đình bao gồm các khả năng thích ứng với các căng thẳng, stress của cha mẹ, sự chia sẻ tình cảm, cảm xúc giữa các thành viên trong gia đình với nhau, mối liên kết giữa người bệnh - gia đình - người điều trị, thời gian dành cho giải trí sáng tạo của gia đình.

1. CÁC NỘI DUNG CẦN ĐÁNH GIÁ GIA ĐÌNH

Sự kết nối của các thành viên trong gia đình (hoặc quá mật thiết hoặc xa cách) đều liên quan đến việc kém kiểm soát bệnh tật như tăng huyết áp hay đái tháo đường. Các vấn đề khúc mắc, lạnh lùng và tránh né mâu thuẫn thường có liên quan tới việc kiểm soát bệnh kém ở các người bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp và chứng chán ăn tâm thần. Trải qua các ký ức không tốt ở thời thơ ấu như bị lạm dụng về thể chất, tình dục, bị bỏ rơi hay bị bạo hành trong gia đình là các nguy cơ đối với các bệnh thuộc cả về thể chất và tâm lý, gây tử vong sớm và giảm chất lượng cuộc sống. Để có đầy đủ thông tin cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe đối với từng cá nhân đạt hiệu quả như mong muốn, người bác sĩ cần đánh giá các đặc điểm của gia đình người bệnh. Việc đánh giá gia đình giúp người bác sĩ có được bức tranh toàn cảnh bao gồm các đặc điểm về di truyền, tâm lý và thể chất của các thế hệ trong gia đình, xác định được các bệnh lý, vấn đề sức khỏe hay gặp trong từng giai đoạn của sự phát triển giúp đưa ra các chỉ dẫn và chăm sóc hợp lý, kịp thời.

Sử dụng các công cụ đánh giá gia đình giúp các bác sĩ gia đình (BSGD) có thông tin về sức khỏe và thể chất của các thế hệ trong một gia đình; xác định được các bệnh lý, vấn đề sức khỏe thường gặp trong từng giai đoạn của sự phát triển; cung cấp các chỉ dẫn và chăm sóc hợp lý và kịp thời. Các nội dung cần đánh giá:

- Đánh giá cấu trúc và chức năng của gia đình
- Đánh giá các vấn đề xảy ra trong gia đình

- Đánh giá các nguồn lực của gia đình

Các công cụ đánh giá gia đình thường sử dụng: Cây phả hệ; bản đồ gia đình; chỉ số APGAR; đánh giá SCREEM; chuỗi sự kiện gia đình; vòng đời gia đình.

2. CÂY PHẢ HỆ

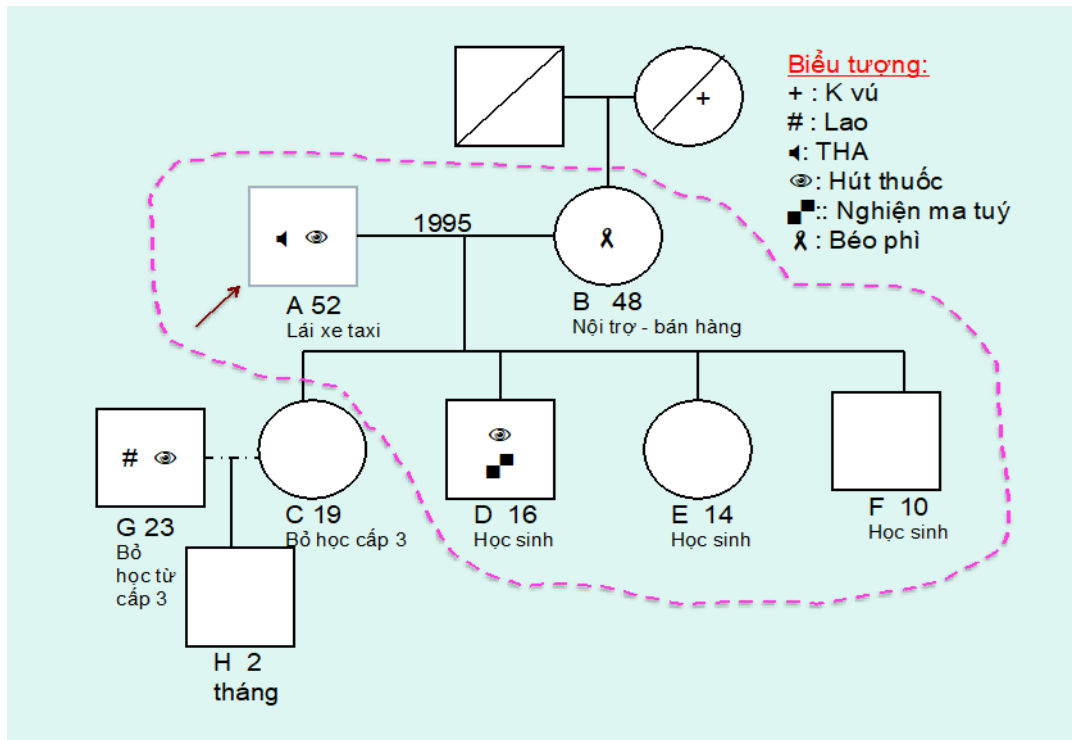
Cây phả hệ là một công cụ lâm sàng linh hoạt giúp các BSGĐ có thể kết hợp các thông tin của gia đình người bệnh phục vụ trong quá trình khám bệnh để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh. Cây phả hệ là công cụ duy nhất giúp thu thập tiền sử y tế - xã hội của gia đình người bệnh một cách dễ dàng, giúp cho các BSGĐ mở rộng sự am hiểu các vấn đề hiện tại của người bệnh và gia đình người bệnh.

Xây dựng cây phả hệ gia đình là một trong những bước thực hành quan trọng của BSGĐ. Bác sĩ cần hỏi người bệnh những câu hỏi rất cụ thể để thu được các thông tin cần thiết. Một cây phả hệ có thông tin ít nhất của ba thế hệ. Cây phả hệ đầy đủ bao gồm:

- Tên và tuổi của các thành viên trong gia đình
- Ngày tháng năm sinh, kết hôn, ly thân, ly hôn, qua đời và những sự kiện khác trong cuộc sống
- Chú thích đầy đủ ngày tháng đi làm, nơi sinh sống, đau ốm và các thay đổi trong cuộc sống.

Một số lưu ý khi xây dựng cây phả hệ:

- + Tên của mỗi người được đặt ở dưới hoặc trong biểu tượng của họ.
- + Bệnh sử của mỗi người cũng được ghi chú đầy đủ và cẩn thận.
- + Nam được đặt bên trái, nữ được đặt bên phải.
- + Quan hệ hôn nhân được biểu tượng bằng một đường nối đơn giữa hai người.
- + Con cái được xếp từ lớn đến nhỏ và từ trái sang phải.
- + Người quan trọng nhất trong cây phả hệ là người bệnh thường được phân biệt với các đối tượng khác bằng cách đánh dấu bởi biểu tượng có hai hình tròn, hai hình vuông lồng vào nhau hoặc có hình mũi tên chỉ vào biểu tượng.
- + Ngày sinh/tuổi của mỗi người được đặt ở trên hoặc dưới các biểu tượng.
- + Các cặp sống với nhau mà chưa phải là vợ chồng biểu tượng bằng đường gạch nối.



Hình 1. Cây phả hệ gia đình anh A. 52 tuổi bị tăng huyết áp, có hút thuốc lá

- + Năm kết hôn được đặt trên đường nối.
- + Dấu gạch chéo từ phải sang trái trên đường nối biểu thị tình trạng ly thân.
- + Hai gạch chéo từ phải sang trái biểu thị tình trạng ly dị. Hai gạch chéo như dấu nhân (X) hoặc gạch một nét chéo (/) trên biểu tượng hình vuông (nam) hoặc hình tròn (nữ) biểu thị sự chết.
- + Biểu tượng biểu thị tình trạng đa hôn nhân của người phụ nữ khi người chồng thứ hai là hình vuông thứ hai sẽ được đặt bên đối diện với người chồng thứ nhất qua người vợ và biểu tượng hình vuông thứ hai sẽ nhỏ hơn hình vuông thứ nhất.
- + Cây phả hệ ghi lại lịch sử của gia đình qua các thế hệ, cung cấp cho các nhà phả hệ học một bức tranh tổng quát và phức tạp về các mối quan hệ trong gia đình như tình trạng hôn nhân, các xung khắc... trong gia đình.

Cây phả hệ giúp bác sĩ biết về các đặc tính di truyền cũng như các yếu tố tâm lý trong các mối quan hệ gia đình. Thông tin về bệnh tật và các tình trạng khác xảy ra trong gia đình có thể giúp cho việc chẩn đoán và điều trị trở nên nhanh chóng và chính xác hơn.

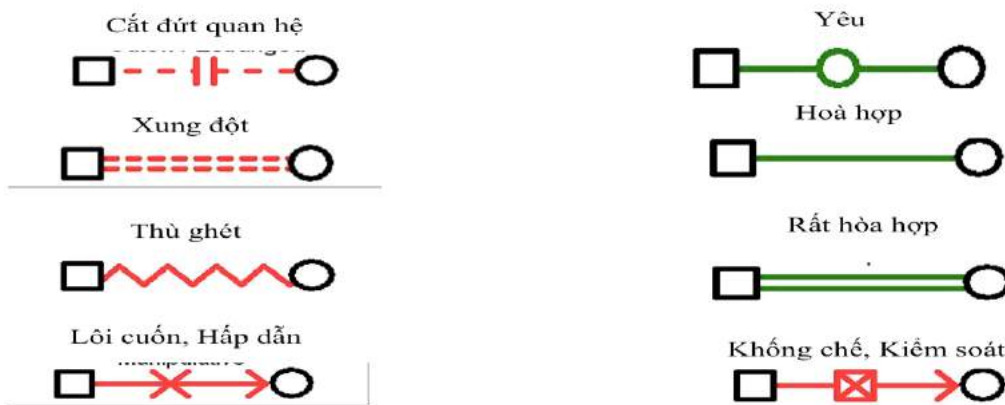
Trong lĩnh vực tâm lý, các nhà tâm lý học sử dụng cây phả hệ gia đình để thu thập những thông tin khách quan từ người bệnh và gia đình của họ, có thể giúp các nhà tâm lý nhận ra và đánh giá các xung đột có thể có trong gia đình.

Trong xã hội học, cây phả hệ gia đình giúp các nhân viên xã hội học đánh giá được mức độ gắn kết của các thành viên trong gia đình cũng như các cá nhân trong một tổ chức để từ đó nhận biết được các phương pháp chăm sóc nào đó có thích hợp với các đối tượng đó hay không.

3. BẢN ĐỒ GIA ĐÌNH

Bản đồ gia đình cũng là một sơ đồ về cấu trúc của một gia đình. Bản đồ gia đình không chỉ thể hiện các mối quan hệ trong gia đình mà còn phản ánh cả các mối tương tác, ảnh hưởng lẫn nhau giữa các thành viên trong gia đình. Bản đồ gia đình được sử dụng trong các trường hợp:

- Trong các bệnh rối loạn tâm thần kinh
- Các người bệnh khó, ít hợp tác
- Trường hợp người bệnh lạm dụng thuốc và rượu
- Nhiều thành viên trong gia đình cùng mắc bệnh đồng thời.
- Người bệnh có bệnh mạn tính, bệnh khó chữa (ung thư...).



Hình 2. Một số ký hiệu trong bản đồ gia đình

4. CHỈ SỐ APGAR

APGAR là hệ thống thang điểm đánh giá mức độ hài lòng của người trưởng thành về sự hỗ trợ của gia đình.

- A: Adaptation: là khả năng của gia đình trong sử dụng và chia sẻ các nguồn lực sẵn có.
- P: Partnership: là chia sẻ các quyết định. Lượng giá độ hài lòng trong việc giải quyết các vấn đề qua giao tiếp với nhau
- G: Growth: đánh giá mức độ hài lòng về sự chấp nhận và ủng hộ của gia đình trong việc tự do thay đổi.
- A: Affection: đánh giá độ hài lòng về sự thân mật, chia sẻ cảm xúc giữa các thành viên trong gia đình
- R: Resolve: đánh giá độ hài lòng về sự tận tụy của các thành viên khác trong gia đình.

Chỉ số APGAR đề cập đến:

- Sự hài lòng của người bệnh với trách nhiệm của bản thân và gia đình.
- Quan điểm cá nhân của người bệnh về gia đình
- Mức độ chia sẻ giữa các thành viên gia đình.

4.1. Đo lường chỉ số APGAR

Bao gồm các câu khẳng định về một khía cạnh của các nội dung đánh giá. Mỗi câu được lượng giá ở 3 mức độ: luôn luôn, thỉnh thoảng và hiếm khi, ứng với thang điểm tương ứng là 2, 1 và 0. Bảng đánh giá chỉ số APGAR phải được hỏi và lượng giá bằng điểm ít nhất 2 thành viên trong mỗi gia đình.

Bảng 1. Đánh giá chỉ số APGAR

	Độ hài lòng	Luôn luôn (2)	Thỉnh thoảng (1)	Hiếm khi (0)
A	Hài lòng vì có gia đình giúp đỡ khi gặp rắc rối.			
P	Hài lòng với gia đình về việc đã động viên và chia sẻ các vướng mắc trong cuộc sống			
G	Hài lòng vì gia đình đã chấp nhận và ủng hộ những mong ước để bản thân có các hoạt động và phương hướng mới trong cuộc sống			
A	Hài lòng khi gia đình thể hiện tình cảm và đồng cảm với cảm xúc với bản thân như tức giận, lo buồn và yêu thương			
R	Hài lòng vì gia đình đã dành thời gian chăm sóc và chia sẻ với bản thân			

Đánh giá chỉ số APGAR dựa trên tổng điểm như sau:

- 8 -10 điểm: Gia đình có mối liên kết cao
- 4 - 7 điểm: Gia đình có mâu thuẫn mức trung bình
- 0 - 3 điểm: Gia đình có mâu thuẫn nặng nề

4.2. Áp dụng APGAR trong các tình huống

- Khi gia đình trực tiếp chăm sóc người bệnh
- Khi người bệnh có các triệu chứng biểu thị về rối loạn tâm thần kinh như thường xuyên
- Đau đầu, lo lắng, trầm cảm, mất ngủ, mệt mỏi.
- Các người bệnh khó, ít hợp tác
- Người bệnh có các khó khăn về giới và hôn nhân
- Nhiều thành viên của gia đình cùng mắc bệnh.
- Người bệnh lạm dụng rượu và thuốc
- Có bằng chứng của việc lạm dụng thể chất và tình dục đối với vợ hoặc con cái.

5. ĐÁNH GIÁ SCREEM

Đánh giá các mạng lưới hỗ trợ, giúp đỡ người bệnh, mức độ chăm sóc y tế dành cho người bệnh, mối quan hệ giữa hành vi sức khỏe, thực hành và sử dụng các dịch vụ y tế.

Bảng 2. Đánh giá chỉ số SCREEM

SCREEM	Điểm mạnh	Điểm yếu
Social (Xã hội)	Quan hệ với hàng xóm, với xã hội tốt	

Culture (Văn hóa)		Ngại tham gia các hoạt động thể dục thể thao, ngoại khoá
Religiuos (Tôn giáo)	Không xung đột	
Economic (Kinh tế)	Thu nhập ổn định	
Education (Giáo dục)	Giáo dục tốt	
Medical (Y tế)		Thiếu phương tiện y khoa

SCREEM cho thấy khái niệm gia đình tham gia vào chăm sóc sức khỏe hay cùng giải quyết khủng hoảng, được sử dụng khi:

- Người bệnh có bệnh mạn tính, người bệnh mắc bệnh hiểm nghèo
- Người bệnh trong giai đoạn cuối của bệnh, người bệnh khó hợp tác
- Khi người chăm sóc mệt mỏi.

6. CHUỖI SỰ KIỆN GIA ĐÌNH

Là công cụ theo dõi, đánh giá về lịch sử gia đình theo thời gian. Đề cập đến các sự kiện quan trọng có thể có ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh.

Năm	Tuổi	Sự kiện	Bị đau đầu nặng
2007	17	Mẹ chết	
2008	18	Tốt nghiệp THPT	
2009	19	Vào đại học, vẫn sống ở nhà	
2010	20	Mâu thuẫn với bố	
2011	21	Gặp khó khăn trong quá trình học tập	
2012	22	Tốt nghiệp đại học	
2013	23	Tiếp tục làm nghiên cứu, đi ra khỏi nhà	
2014	24	Hạnh phúc, vui thú với việc học tập	
2015	25	Xây dựng gia đình	
2016	26	Bắt đầu đi làm, gặp khó khăn trong công việc	
2017	27	Thay đổi việc làm	
2018	28	Gặp trục trặc trong hôn nhân	

Hình 3. Chuỗi sự kiện của nam thanh niên 28 tuổi bị đau nửa đầu

Chuỗi sự kiện gia đình được sử dụng khi:

- Bệnh mạn tính biết từ trước.
- Gặp phải khó khăn trong chăm sóc
- Người bệnh từ chối điều trị
- Có hành vi không thích hợp trong chăm sóc phụ nữ có thai và cho con bú
- Lạm dụng rượu và thuốc
- Lạm dụng thể chất và tình dục.

7. VÒNG ĐỜI GIA ĐÌNH

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



Hình 4. Các giai đoạn của vòng đời gia đình

Bảng 3. Đánh giá đặc trưng của tiến trình gia đình

Một số đặc trưng của gia đình	Ví dụ một số câu hỏi của bác sĩ
Sự liên kết: các thành viên trong gia đình giảm đi ranh giới cá nhân, hạn chế quyền tự chủ, mức độ cao trong tương tác bằng tình cảm.	<ul style="list-style-type: none"> - Các thành viên trong gia đình có sự liên quan với nhau như thế nào? - Các thành viên trong gia đình có cảm nhận được tình cảm của nhau không? - Các thành viên gia đình có hiếm khi làm việc độc lập không?

<p>Sự tách rời: các thành viên trong gia đình xa cách về tình cảm, không chia sẻ với nhau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Các thành viên gia đình có đáp lại tình cảm với thành viên khác? - Các thành viên gia đình có dè dặt hay cô lập với những người khác không?
<p>Sự chỉ trích: Các thành viên gia đình cảm thấy ý kiến và sự đóng góp của mình không có giá trị</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Chuyện gì xảy ra khi bạn và gia đình bất đồng hoặc bị căng thẳng? - Điều này làm cho tình huống tốt lên hay xấu đi? - Nếu tồi tệ hơn, những hành vi nào có thể giải quyết tình huống này?

Theo thời gian, những mục tiêu phát triển đối với từng cá nhân thay đổi, nhiệm vụ cho cả gia đình cũng thay đổi. Ví dụ, khi hai cá nhân trở thành vợ chồng, trách nhiệm gia đình được xem trọng hơn vào việc xây dựng sự thân thiết. Sau đó, nếu có con, khi những đứa con đến tuổi thanh thiếu niên, nhiệm vụ của gia đình sẽ tập trung nhiều hơn vào việc bảo đảm sự tự lập và tự chủ. Vì những thử thách của gia đình thay đổi theo các giai đoạn phát triển của gia đình, việc tìm hiểu các giai đoạn của vòng đời gia đình sẽ giúp các bác sĩ xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe phù hợp và hiệu quả hơn.

Kết luận: Tùy từng tình huống người bệnh cụ thể mà người bác sĩ sử dụng công cụ nào để đánh giá tác động của gia đình, nhiều khi sẽ cần áp dụng cùng một lúc nhiều công cụ đánh giá để có một bức tranh đầy đủ về tác động của gia đình đối với sức khỏe của từng cá nhân trong gia đình đó.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. McDaniel S, Campbell T, Hepworth J, et al (2005). Family-Oriented Primary Care. Second edition. New York: Springer.
4. McGoldrick M, Gerson R (1985). Genograms in Family Assessment. New York: WW Norton.
5. Doherty WJ, Baird MA (1986). Developmental levels in family – centered medical care. Fam Med; 18,153-156.

BÀI 5. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

Mục tiêu:

1. *Trình bày được các vấn đề sức khỏe thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi*
2. *Vận dụng được các nguyên lý Y học gia đình trong quản lý và chăm sóc sức khỏe trẻ em dưới 5 tuổi*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quản lý và chăm sóc sức khỏe (CSSK) trẻ em dưới 5 tuổi là một trong những lĩnh vực đầy thách thức nhưng rất quan trọng. Điều này góp phần vào việc đảm bảo và cải thiện sức khỏe tinh thần cũng như thể chất của các thế hệ tương lai. Giai đoạn trẻ em là độ tuổi có nhiều nguy cơ ốm đau, bệnh tật và tử vong. Vì vậy, quản lý và CSSK trẻ em là một trong những nội dung ưu tiên trong công tác CSSK.

Quản lý và CSSK trẻ em là một quá trình liên tục bắt đầu từ việc CSSK bà mẹ trước và trong thời kỳ mang thai và sinh con. CSSK trẻ em không chỉ là việc khám và điều trị cho trẻ ốm mà còn quan tâm đến việc chăm sóc nuôi dưỡng, dự phòng bệnh tật cho trẻ khỏe mạnh. BSGĐ cần đặt việc CSSK trẻ em trong bối cảnh thực tế của gia đình và cộng đồng để tư vấn, chỉ định điều trị phù hợp. Việc định kỳ kiểm tra sức khỏe giúp đánh giá sự phát triển thể chất, vận động, tâm thần và hành vi của trẻ. Qua đó, giúp thực hiện tốt công tác dự phòng, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh mắc phải.

1. CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHỎE ƯU TIÊN Ở TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI

1.1. Nhóm bệnh về dinh dưỡng

1.1.1. Suy dinh dưỡng

Đời sống kinh tế xã hội và chất lượng các dịch vụ CSSK đã làm giảm đáng kể tỉ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em. Tuy nhiên, ở khu vực nông thôn, miền núi, tỉ lệ này vẫn còn tương đối cao. Cách đơn giản nhất để phát hiện trẻ suy dinh dưỡng là dùng biểu đồ tăng trưởng đánh giá cân nặng của trẻ theo độ tuổi. Trẻ được xem là có nguy cơ suy dinh dưỡng nếu trẻ không tăng cân (đường phát triển cân nặng theo tuổi nằm ngang) liên tục trong vòng 3 tháng. Trẻ suy dinh dưỡng nếu đường phát triển cân nặng theo tuổi nằm bên dưới đường chuẩn của biểu đồ.

Để đánh giá toàn diện hơn cần phải tính toán các chỉ số nhân trắc: cân nặng theo tuổi, chiều cao theo tuổi và cân nặng theo chiều cao và so sánh với bảng đánh giá tình trạng dinh dưỡng của quần thể tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo áp dụng, trong đó cân nặng trung bình của trẻ 0 – 60 tháng được tính cho từng giới với các mức -2SD đến +2SD. Đối chiếu với bảng này, trẻ được coi là suy dinh dưỡng khi chỉ số cân nặng theo tuổi dưới -2SD. Sau khi có hướng chẩn đoán suy dinh dưỡng, dựa trên các chỉ số còn lại để đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng.

- Suy dinh dưỡng cấp: chỉ số chiều cao theo tuổi bình thường, nhưng chỉ số cân nặng/chiều cao dưới -2SD, biểu thị suy dinh dưỡng mới diễn ra và chế độ ăn hiện tại chưa phù hợp với nhu cầu.
- Suy dinh dưỡng mạn đã hồi phục: chiều cao theo tuổi dưới -2SD nhưng cân nặng theo chiều cao bình thường. Phản ánh sự thiếu dinh dưỡng đã xảy ra trong một thời gian dài, nặng và sớm vì đã gây ảnh hưởng đến phát triển tầm vóc trẻ. Khi tình trạng suy dinh dưỡng mạn đã hồi phục, cần thận trọng với nguy cơ béo phì ở đối tượng này vì những đối tượng này thường có chiều cao thấp.

- Suy dinh dưỡng mạn tiến triển: chiều cao theo tuổi dưới -2SD và cân nặng theo chiều cao cũng dưới -2SD chứng tỏ tình trạng suy dinh dưỡng diễn ra trong quá khứ và tiếp tục tiến triển đến hiện nay.

Đánh giá mức độ suy dinh dưỡng:

- Suy dinh dưỡng nhẹ: có ít nhất 1 chỉ số nằm trong khoảng từ -3SD đến dưới -2SD
- Suy dinh dưỡng vừa: có ít nhất 1 chỉ số nằm trong khoảng từ -4SD đến dưới -3SD
- Suy dinh dưỡng nặng: có ít nhất 1 chỉ số dưới -4SD

1.1.2. Thừa cân - Béo phì

Thừa cân là tình trạng cân nặng cơ thể vượt quá cân nặng "nên có" so với chiều cao. Béo phì là trạng thái dư thừa cân nặng do tích lũy thái quá và không bình thường của Lipit trong các tổ chức mỡ tới mức có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Vì vậy để đánh giá thừa cân hay béo phì người ta sử dụng công thức tính cân nặng chuẩn để so sánh. Trẻ được coi là "béo phì" khi cân nặng vượt quá cân nặng lý tưởng 20%, còn "thừa cân" thuộc khoảng giữa cân nặng bình thường và béo phì. Tỷ lệ thừa cân béo phì hiện nay đang có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới.

Đối với trẻ em: Giới hạn "ngưỡng" để được coi là thừa cân là khi chỉ tiêu cân nặng theo chiều cao (W/H) trên + 2SD và được chia thành các mức độ như sau:

- W/ H từ + 2SD đến + 3SD: Thừa cân độ 1 (nhẹ).
- W/ H từ + 3SD đến + 4SD: Thừa cân độ 2 (trung bình).
- W/ H \geq + 4SD: Thừa cân độ 3 (nặng).

1.1.3. Bệnh còi xương

Bệnh còi xương là bệnh tương đối phổ biến ở trẻ em dưới 5 tuổi, nhất là ở khu vực nông thôn và miền núi. Nguyên nhân của bệnh là do thiếu vitamin D (nguyên nhân chính), cân nặng khi sinh thấp, mẹ thiếu sữa, mất sữa, ăn bổ sung sớm, tiền sử mắc bệnh đường hô hấp, tiêu hóa, tình trạng dinh dưỡng kém. Còi xương thường gặp với tỷ lệ cao hơn trong 2 năm đầu đời, nhất là ở trẻ dưới 1 tuổi. Trẻ bị còi xương thường dễ mắc các bệnh tiêu chảy, suy dinh dưỡng và viêm phổi. Biểu hiện sớm thường gặp của trẻ thường là các dấu hiệu về hệ thần kinh: quấy khóc, ngủ không yên giấc, hay giật mình; ra mồ hôi trộm; và vận động: chậm biết lẫy, bò; chậm mọc răng.

1.1.4. Thiếu máu

Thiếu máu là bệnh lý thường gặp ở những nước đang phát triển như ở Việt Nam và trẻ em là một trong những nhóm đối tượng nguy cơ cao. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc thiếu máu ở khu vực nông thôn và miền núi phía bắc là khá cao. Tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi 7 – 12 tháng. Thiếu máu thường không gây ra các triệu chứng rõ rệt khiến khó phát hiện, một số triệu chứng có thể gặp như: ngủ nhiều, hay cáu gắt, trẻ nhanh mệt hơn những trẻ khác, da thường nhợt nhạt.

1.2. Nhóm bệnh nhiễm khuẩn

Các bệnh lý nhiễm trùng thường gặp ở đối tượng này bao gồm: nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp tính, tiêu chảy cấp, và một số nhiễm khuẩn khác.

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính là nhóm bệnh lý có tỷ lệ mắc cao ở trẻ em dưới 5 tuổi ở nước ta, được phân thành nhiễm khuẩn đường hô hấp trên và nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới. Nhiễm khuẩn hô hấp trên bao gồm các bệnh lý như: VA, viêm mũi

họng, viêm tai giữa, viêm tai xương chũm. Các yếu tố liên quan bao gồm: trẻ suy dinh dưỡng, trẻ không được tiêm chủng đầy đủ, gia đình chật chội, đông người điều kiện vệ sinh hạn chế. Các bệnh lý này thường nhẹ nhưng cũng có thể tiến triển gây ảnh hưởng đến chức năng các cơ quan như thính giác, khứu giác hoặc có liên quan đến bệnh lý cơ quan khác như thấp tim, viêm cầu thận; hoặc gây ra các biến chứng nghiêm trọng như viêm màng não, áp xe não. Các nhiễm khuẩn hô hấp dưới cấp tính bao gồm: viêm phế quản, viêm tiểu phế quản, viêm phổi. Các dấu hiệu thường gặp trên lâm sàng là ho, thở nhanh, rút lõm lồng ngực và 1 số dấu hiệu khác để xử trí theo IMCM

Tiêu chảy cấp cũng là một bệnh lý hay gặp ở trẻ nhỏ đặc biệt là ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Lứa tuổi hay gặp nhất là 6-12 tháng tuổi. Căn nguyên bao gồm cả vi khuẩn và virus và có liên quan đến thời tiết. Các yếu tố nguy cơ bao gồm: tình trạng dinh dưỡng, điều kiện vệ sinh, tình trạng tiêm chủng. Một yếu tố quan trọng khác là kiến thức và hiểu biết về chăm sóc và nuôi dưỡng trẻ.

Các bệnh lý nhiễm trùng khác: trong những năm gần đây dịch sởi bùng phát trở lại, tay chân miệng và thủy đậu cũng thường gặp ở đối tượng trẻ mẫu giáo.

1.3. Một số nhóm bệnh khác

Một số bệnh lý khác gặp trong độ tuổi này như là tai nạn thương tích, rối loạn phát triển tinh thần vận động, ung thư... Mô hình bệnh tật của trẻ em cũng đang có nhiều sự thay đổi do thay đổi về kinh tế xã hội, lối sống, sự ô nhiễm môi trường

2. THĂM KHÁM VÀ XỬ TRÍ TRẺ ÓM

2.1. Thăm khám

2.1.1. Tiếp cận trẻ

Khi được khám bệnh, trẻ thường có dấu hiệu bồn chồn lo lắng, bất hợp tác; cha mẹ trẻ cũng thường lo lắng về bệnh tật của trẻ. Việc làm dịu sự lo lắng và cha mẹ trẻ là rất quan trọng. Tiếp cận với trẻ một cách dịu dàng, thoải mái giúp cho trẻ và bố mẹ tránh được những lo lắng khi đưa trẻ đến thăm khám.

Việc tiếp cận với trẻ cần có sự thay đổi linh hoạt theo lứa tuổi và theo tình huống thực tế. Trong khoảng 6 tháng đầu trẻ thường tỏ tin cậy và dễ hợp tác trong thăm khám, có thể sử dụng đồ chơi hay đồ vật nào đó để đổi hướng chú ý của trẻ. Từ sau 6 tháng, trẻ bắt đầu có phản ứng với người lạ và thường trở lên lo lắng sợ hãi khi thầy thuốc thăm khám. Từ lúc này đến khi trẻ được 2 tuổi, thái độ thân mật, từ tốn của người thầy thuốc có thể giúp trẻ yên tâm, giữ in lặng và hợp tác tốt. Tuy nhiên, khi trẻ óm trẻ vẫn dễ bị kích động và lo lắng, đôi khi cần giữ chặt trẻ trong lòng bố mẹ. Với trẻ lớn hơn, trẻ bắt đầu đáp ứng hợp lý với lời nói và có thể kiềm chế nỗi sợ hãi của chúng. Người thầy thuốc nên trao đổi trước với trẻ để giúp quá trình thăm khám diễn ra thuận lợi hơn. Trẻ có thể ngồi trong lòng bố mẹ hoặc ngồi độc lập nhưng vẫn đảm bảo mối liên hệ chặt chẽ với trẻ.

Ở tất cả các lý tuổi, cần hạn chế việc gò ép cơ thể trẻ trong quá trình thực hiện việc thăm khám vì điều này làm trẻ tăng sợ hãi và phản kháng. Cho phép trẻ tự chủ một phần trong cuộc khám thường làm tăng sự hợp tác của trẻ.

2.1.2. Khai thác bệnh sử

Bệnh sử của trẻ cần được khai thác một cách toàn diện. Cần tìm hiểu ai là người trực tiếp chăm sóc trẻ để thu thập thông tin một cách đầy đủ. Thông tin cần chú ý bao gồm các triệu chứng của trẻ trong giai đoạn bệnh, quá trình chăm sóc nuôi dưỡng, ốm đau bệnh tật của trẻ từ lúc sinh ra đến thời điểm này, thậm chí là trong thời kỳ mang

thai. Việc khai thác bệnh sử cần được thực hiện đầy đủ cặn kẽ, tuy nhiên không kéo dài quá, có thể làm trẻ mất hết kiên nhẫn, hạn chế sự hợp tác trong giai đoạn thăm khám.

2.1.3. Trình tự khám

Trẻ nhỏ thường lo lắng, phản ứng với việc thăm khám hoặc không kiên nhẫn vì vậy thứ tự thăm khám là rất quan trọng. Trong quá trình thăm khám cần phải quan sát và ghi nhớ các biểu hiện chung của trẻ và cố gắng cảm nhận trạng thái cảm xúc cũng như những hoạt động của trẻ và bố mẹ trẻ để có hướng tiếp cận phù hợp. Mọi dụng cụ cần thiết để thăm khám cần được chuẩn bị sẵn sàng trong quá trình thăm khám.

Nên thăm khám lần lượt từ vùng từ vùng ít phải thao tác và ít bất tiện với trẻ đến vùng phải thao tác và bất tiện nhiều hơn. Các bộ phận như tim phổi cần khám trước trong giai đoạn trẻ còn hợp tác để thu được thông tin chính xác

Khám da: thường khám phần đầu, sọ và các chi trước rồi mới đến phần thân mình. Kiểm tra, sờ nhẹ nhàng trên da xem có ban, hạch to và những vùng da nhạy cảm bất thường.

Khi khám vùng thân mình chúng ta có thể kết hợp khám tim phổi, khám từ phía sau ra phía trước. Luôn làm ấm ống nghe trước khi khám. Tiếp theo khám vùng bụng. Với trẻ nhỏ tốt nhất nên đặt trẻ nằm ngửa trên lòng của bố mẹ. Với trẻ lớn có thể đặt lên bàn khám nhưng phải có cha mẹ ở bên cạnh nắm giữ trẻ. Đầu tiên gõ nhẹ nhàng sau đó sờ gan lách, không quên khám các vùng còn lại của bụng đặc biệt là vùng bẹn và sinh dục.

Cuối cùng khám đến tai, mắt và họng. Nên khám tai trước khi khám miệng. Vì nhiễm khuẩn đường hô hấp trên là một trong những nguyên nhân gây sốt hay gặp nhất ở trẻ nên khám tai một cách cẩn thận có tính chất quyết định trong việc đánh giá một đứa trẻ sốt. Cần tiến hành một cách trình tự bắt đầu bằng việc kiểm tra vùng sau tai, khám tai trong, quan sát màng nhĩ.

2.1.4. Kết luận sau thăm khám

Kết thúc thăm khám, cần cho trẻ biết việc khám đã kết thúc, an ủi và khen ngợi sự hợp tác của trẻ. Trên cơ sở những thông tin thu thập được, thảo luận với bố mẹ của trẻ về tình hình bệnh tật của trẻ và phương pháp điều trị thích hợp. Nếu cần phải làm xét nghiệm hay kê đơn thuốc, phải giải thích, hướng dẫn cụ thể cho bố mẹ về ý nghĩa của các xét nghiệm, ghi rõ cách thức sử dụng các loại thuốc. Kết hợp với việc thăm khám để thực hiện việc giáo dục về CSSK cho trẻ một cách hiệu quả. Giải thích cho bố mẹ trẻ biết khi nào cần phải đưa trẻ quay trở lại hoặc đưa ra lịch hẹn cho lần khám sau.

2.2. Nguyên tắc xử trí trẻ ốm

Việc xử trí khi trẻ ốm cần được thực hiện theo nguyên tắc lồng ghép. Tiến trình các bước xử trí được thực hiện qua các bảng hướng dẫn và cung cấp thông tin cho việc thực hiện các bước này. Các bước xử trí lồng ghép trẻ ốm bao gồm: đánh giá trẻ ốm, phân loại trẻ ốm, xác định hướng điều trị, thực hiện việc điều trị, tham vấn các bà mẹ và thực hiện khám lại

- Đánh giá tình trạng trẻ ốm: trước tiên cần kiểm tra các dấu hiệu nguy hiểm toàn thân, hỏi về tình trạng bệnh tật, khám cho trẻ, kiểm tra tình trạng dinh dưỡng, tiêm chủng...

- Sử dụng bảng hướng dẫn phân loại để phân loại bệnh của trẻ. Vì có những trẻ mắc nhiều bệnh cùng lúc nên cán bộ y tế sẽ phân loại tùy theo từng bệnh xem bệnh đó có yêu cầu:
 - o Thực hiện ngay các xử trí cấp cứu cần thiết trước khi chuyển trẻ lên tuyến trên
 - o Điều trị bằng thuốc thích hợp
 - o Hướng dẫn một cách dễ hiểu về điều trị bệnh cho trẻ tại nhà
- Sau khi phân loại bệnh, cần xác định cách điều trị cụ thể và đưa ra một kế hoạch điều trị lồng ghép cho mỗi trẻ.
- Hướng dẫn thực hành chăm sóc trẻ bệnh, bao gồm hướng dẫn người chăm sóc trẻ cách cho trẻ uống thuốc, cho ăn, uống khi trẻ bị bệnh và cách điều trị tại nhà các bệnh nhiễm trùng thường gặp ở địa phương. Cần hẹn trẻ đến khám lại và hướng dẫn người chăm sóc trẻ khi nào phải đưa trẻ quay lại khám ngay.
- Nếu trẻ bị nhẹ cân so với tuổi, thầy thuốc phải xác định các biện pháp điều trị, tư vấn về nuôi dưỡng hoặc cho chuyển viện nếu cần thiết
- Khi trẻ được đưa đến khám lại theo yêu cầu, thầy thuốc phải khám lại cho trẻ và đánh giá các vấn đề mới phát sinh.

3. CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ KHỎE MẠNH

3.1. Chăm sóc và nuôi dưỡng

Dinh dưỡng trong những năm đầu đời là điều rất quan trọng. Giai đoạn này quan trọng nhất là thời kỳ cho con bú và chuyển đổi giữa các dạng thức ăn, vì vậy nội dung trọng tâm của hướng dẫn chăm sóc nuôi dưỡng trong giai đoạn này là thực hành nuôi con bằng sữa mẹ và cho trẻ ăn dặm. Khuyến khích các bà mẹ cho con bú hoàn toàn trong 6 tháng đầu tiên, bắt đầu cho trẻ ăn sam từ tháng thứ 6 với thức ăn đầy đủ dinh dưỡng và năng lượng trong khi tiếp tục cho bú đến 2 tuổi. Lựa chọn các loại thức ăn phù hợp cho trẻ trong từng giai đoạn tùy theo điều kiện thực tế của địa phương. Đảm bảo trẻ được nhận đủ các chất vi lượng (đặc biệt là vitamin A và sắt) trong chế độ ăn hàng ngày hoặc được bổ sung thêm.

Đảm bảo vệ sinh trong dinh dưỡng và sinh hoạt là điều hết sức quan trọng, đây là vấn đề còn yếu ở nhiều khu vực nông thôn, miền núi. Cần sử dụng nguồn nước sạch, vệ sinh môi trường nhà ở, xử lý chất thải hợp vệ sinh, đảm bảo vệ sinh khi chế biến thức ăn và cho trẻ ăn.

Khi trẻ ốm cần cho trẻ ăn, uống, bú mẹ nhiều hơn bình thường để tăng sức đề kháng của trẻ với bệnh tật, cũng là tăng cường sức khỏe nói chung. Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc tại nhà khi trẻ mắc bệnh nhiễm khuẩn đồng thời nhận biết rõ khi nào trẻ cần sự chăm sóc của cán bộ y tế để đưa trẻ đến cơ sở y tế cho phù hợp.

3.2. Theo dõi, đánh giá tăng trưởng

Đây là thời kỳ trẻ tăng trưởng rất nhanh, và có ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của trẻ trong các giai đoạn tiếp theo. Việc theo dõi sự tăng trưởng của trẻ giúp phát hiện sớm các vấn đề sức khỏe. Biện pháp phổ biến là sử dụng biểu đồ tăng trưởng. Trẻ cần được cân, đo chiều cao hàng tháng và đánh dấu lên biểu đồ tăng trưởng và vẽ thành đồ thị. Khi đồ thị đi ngang là trẻ có nguy cơ suy dinh dưỡng, nếu biểu đồ đi xuống dưới -2SD so với đường chuẩn là trẻ bị suy dinh dưỡng. Bác sĩ cần hướng dẫn bà mẹ sử dụng biểu đồ tăng trưởng và lưu giữ lại những thông tin này trong hồ sơ của mình.

3.3. Theo dõi sự phát triển tinh thần, vận động và tâm lý

Phát triển tinh thần, vận động và tâm lý là một trong những nội dung quan trọng trong chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi. Nắm vững các mốc phát triển quan trọng giúp phát hiện sớm các dấu hiệu bất thường của trẻ. Khuyến khích phát triển về mặt tinh thần và xã hội của trẻ bằng việc chăm sóc trẻ, nói chuyện với trẻ hàng ngày tạo cho trẻ môi trường kích thích sự phát triển thể chất, tinh thần.

3.4. Tiêm chủng và phòng chống các bệnh lây nhiễm

Trong những năm đầu tiên của cuộc đời, trẻ rất dễ mắc các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm có thể phòng được bằng biện pháp tiêm chủng. Đây là biện pháp phòng bệnh hiệu quả với chi phí thấp. Ở nước ta, chương trình tiêm chủng mở rộng đã thực hiện thành công trong suốt 20 năm qua. Tuy nhiên, hiện nay có nhiều bà mẹ còn chưa hiểu đúng về chương trình và còn có những quan điểm sai lầm, với điển hình là dịch sởi bùng phát trở lại. Vì vậy, BSGĐ cần phải thực hiện tư vấn, hướng dẫn cho bà mẹ đưa con đi tiêm chủng đầy đủ đúng lịch.

3.5. Phòng chống tai nạn thương tích

Tai nạn thương tích (TNTT) là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ. Vì vậy, việc phòng chống tai nạn cần được đặc biệt lưu tâm. Nhiều tai nạn xảy ra khi trẻ học một kỹ năng mới (ví dụ như tập đi, mở cửa,...) vì thế để giúp trẻ, các bậc cha mẹ hay người trông trẻ phải có các kiến thức cơ bản để phòng tránh các tai nạn thường gặp phải, tùy thuộc vào từng độ tuổi và từng giai đoạn phát triển của trẻ.

Bảng 1. Một số tai nạn và một số cách phòng tránh

Loại tai nạn	Hướng dẫn cách đề phòng
Tai nạn giao thông	Sử dụng ghế, thắt dây an toàn và mũ bảo hiểm cho trẻ khi tham gia giao thông (phù hợp với độ tuổi). Không cho trẻ chạy chơi trên đường phố.
Ngạt thở	Khoảng cách gióng cũi không quá 7,3 cm, không đeo vòng cổ cho trẻ sơ sinh và trẻ tập đi. Không cho trẻ chơi đồ chơi nhỏ có thể lọt vào miệng, tránh thức ăn dễ gây sặc nghẹn (ngô rang, hạt đậu, nhãn,...). Không cho đứt cho trẻ ăn khi trẻ đang khóc.
Ngạt nước/Đuối nước	Giám sát trẻ chặt chẽ ở nơi gần hồ, ao, chậu/thùng nước,... Những nơi có nước cần có hàng rào ngăn trẻ tự do đến gần.
Ngã	Không để trẻ ở các mặt bằng cao, khi không có người trông. Loại bỏ các chướng ngại vật có thể làm trẻ vấp ngã khi tập đi.
Ngộ độc	Cất giữ các thuốc/chất độc ở nơi trẻ không thể tự ý lấy được. Các sản phẩm/thuốc cần có nhãn mác rõ ràng tránh việc người lớn cũng có thể nhầm lẫn.
Bỏng	Thức ăn và đồ uống của trẻ cần được bảo quản và chế biến hợp vệ sinh. Chú ý khi đun nấu, sử dụng các vật dụng dễ cháy nổ. Các vật dụng có thể gây bỏng cần để ngoài tầm với của trẻ (như: phích nước sôi, bàn là,...).

Tùy thuộc vào môi trường, hoàn cảnh mà cần chú trọng phòng tránh một số tai nạn khác như: không để trẻ chơi những đồ chơi sắc nhọn, không nên cho chơi với những súc vật lạ (chó, mèo,...) vì trẻ có thể bị cắn, cào gây thương tích nặng nề,...

Kết luận: Chăm sóc tốt sức khỏe của trẻ dưới 5 tuổi là một quá trình toàn diện, liên tục bao gồm cả việc theo dõi sức khỏe trẻ khỏe mạnh và thăm khám xử trí trẻ ốm. Quản lý sức khỏe của trẻ cần phải được thực hiện trong bối cảnh của gia đình với sự phối hợp chặt chẽ giữa cán bộ y tế với gia đình, đặc biệt là với bố mẹ, người trực tiếp chăm sóc trẻ. Xử trí trẻ ốm cần được đặt trong bối cảnh quản lý lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em dưới 5 tuổi, cá thể hóa và phù hợp với điều kiện của từng cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2003). Xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở trẻ em. Nhà xuất bản Y học
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.

BÀI 6. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ CHO TRẺ VỊ THÀNH NIÊN

Mục tiêu:

1. Trình bày được một số vấn đề sức khỏe thường gặp ở trẻ vị thành niên.
2. Vận dụng được các nguyên lý Y học gia đình trong quản lý và chăm sóc sức khỏe trẻ vị thành niên.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quy định của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), giai đoạn vị thành niên (VTN) được tính từ 10-19 tuổi. Lứa tuổi vị thành niên là giai đoạn chuyển tiếp từ tuổi trẻ con sang tuổi trưởng thành. Đây là thời kỳ thay đổi đồng loạt và nhanh chóng cả về thể lực và tâm lý. Những thay đổi này mang tính rất phức tạp, đột biến và đa chiều. Điều quan trọng nhất của lứa tuổi vị thành niên là quá trình dậy thì.

Do mong muốn được trở thành người lớn và được đối xử như người lớn, muốn thoát khỏi sự ràng buộc của cha mẹ và gia đình, trẻ vị thành niên muốn được độc lập trong suy nghĩ và hành động, muốn thử sức mình và khám phá những cái mới để khẳng định mình là người lớn. Các em thích giao tiếp với bạn bè cùng trang lứa và dễ dàng tâm sự nhiều chuyện với bạn bè của mình. Ở lứa tuổi này, trẻ có khuynh hướng sống trong hai thế giới: thế giới nội tâm và thế giới bên ngoài. Ở tuổi này, nhóm bạn bè có ý nghĩa đáng kể, đặc biệt là bạn khác giới.

1. VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ THƯỜNG GẶP Ở LỨA TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

Lứa tuổi vị thành niên được chia làm 3 giai đoạn, mỗi giai đoạn có đặc điểm tâm sinh lý khác nhau:

- + Giai đoạn đầu VTN: 10 -13 tuổi
- + Giai đoạn giữa VTN: 14-16 tuổi
- + Giai đoạn cuối VTN: 17-19 tuổi

Các vấn đề sức khỏe của tuổi vị thành niên bao gồm một số bệnh có liên quan đến sự thay đổi về thể chất, tâm lý và lối sống ở lứa tuổi này. Do đặc thù của lứa tuổi, có một số bệnh có tỷ lệ mắc cao và là nguyên nhân tử vong thường gặp trong nhóm trẻ vị thành niên.

1.1. Nguyên nhân gây tử vong ở trẻ vị thành niên

Theo kết quả của điều tra nguyên nhân tử vong năm 2012 của Dự án VINE – Bộ Y tế cho thấy tai nạn thương tích là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ vị thành niên, chiếm 64,4% và trẻ trai cao hơn trẻ gái (68,4% so với 54,9%).

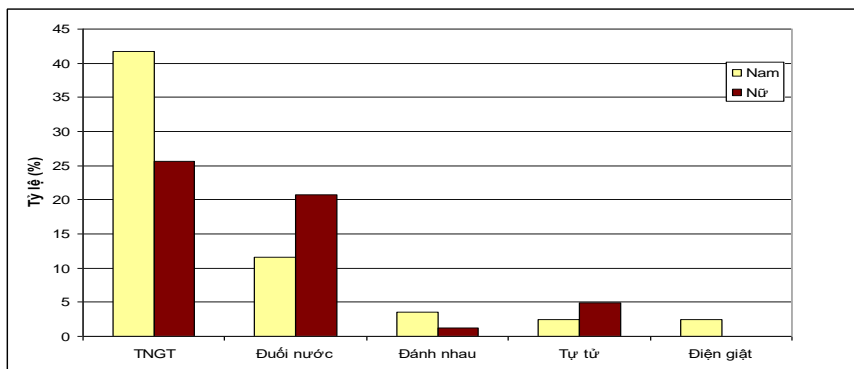
Bảng 1. Phân bố nguyên nhân tử vong ở trẻ vị thành niên

TT	Chương ICD10	Nam	Nữ	Tổng
		Tỷ lệ (%)	%	%
1	I- Nhiễm trùng, ký sinh trùng	6,0	4,9	5,7
2	II – Bướu tân sinh	10,1	12,2	10,7

3	VI- Bệnh hệ thần kinh	3,0	13,5	6
4	IX- Bệnh hệ tuần hoàn	1,5	2,4	1,8
5	X- Bệnh hệ hô hấp	2,0	1,2	1,8
6	XI- Bệnh hệ tiêu hóa	1,5	2,4	1,8
7	XIV- Sinh dục–tiết niệu	1,5	1,2	1,4
8	XVIII-Các triệu chứng LS	2,5	1,2	2,1
9	XX- Nguyên nhân ngoại sinh	68,4	54,9	64,4
10	Các chương khác	3,5	6,1	4,3

Nguồn: Nguyễn Phương Hoa và cs. Nguyên nhân tử vong tại 16 tỉnh, Việt Nam – Dự án VINE - BYT, 2012

Trong số các trường hợp tử vong do tai nạn thương tích, tai nạn giao thông là nguyên nhân gây tử vong chủ yếu ở cả hai giới (trên 40% ở trẻ trai và trên 25% ở trẻ gái).



Nguồn: Nguyễn Phương Hoa và cs. Nguyên nhân tử vong tại 16 tỉnh, Việt Nam – Dự án VINE - BYT, 2012

Hình 1. Loại tai nạn thương tích gây tử vong ở trẻ vị thành niên

1.2. Một số vấn đề sức khỏe thường gặp ở tuổi vị thành niên

1.2.1. Tai nạn thương tích: Đứng đầu cả về số mắc và số tử vong. Nguyên nhân này không những làm ảnh hưởng đến cá nhân trẻ vị thành niên mà còn gây ảnh hưởng lớn tới gia đình và toàn xã hội vì chi phí điều trị cho các trường hợp bị tai nạn thương tích khá tốn kém, ảnh hưởng cuộc sống, học tập, lao động của từng cá nhân và cả gia đình. Đây cũng chính là một nguyên nhân góp phần làm tăng tỷ lệ đói nghèo trong cộng đồng.

1.2.2. Rối loạn tâm thần

***Trầm cảm:** Các triệu chứng trầm cảm có thể gặp ở tuổi vị thành niên do ở lứa tuổi này tâm lý có sự thay đổi lớn, đặc biệt hay gặp sau tuổi dậy thì. Điều này ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả học tập, lao động và phát triển nhân cách sau này. Biểu hiện lâm sàng của trầm cảm ở trẻ vị thành niên tùy thuộc vào lứa tuổi. Thường gặp các biểu hiện như: dễ bị kích động, lo âu, hay cáu, lập dị, lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác, bi quan, giảm tập trung chú ý, có ý tưởng hoặc hành vi tự hủy hoại cơ thể hoặc tự sát,...

**Tự tử:* hiện nay tự tử là một trong những nguyên nhân cần lưu tâm ở tuổi vị thành niên. Cần lưu ý ngăn ngừa xảy ra tử tự đặc biệt ở những trẻ đã từng có ý định tự sát, trẻ bị rối loạn tâm thần, trẻ có các biến cố khác như bị lạm dụng tình dục, bị bạo lực gia đình,...

1.2.3. Lạm dụng rượu và các chất gây nghiện khác

Cùng với sự thay đổi về thể chất và tâm lý ở giai đoạn này, trẻ vị thành niên thường có các hành động được họ coi là biểu hiện của người lớn như: hút thuốc lá; uống rượu; sử dụng ma túy và một số chất gây nghiện khác.

Lạm dụng các chất gây nghiện là nguyên nhân chính gây sút kém trong học tập, trầm cảm, tai nạn thương tích, tình dục trước hôn nhân và tình dục không an toàn làm tăng tỷ lệ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STDs) và HIV/AIDS.

Theo kết quả của một điều tra trên hơn 50000 người dân được tiến hành tại cơ sở thực địa FilaBavi (Ba Vì, Hà Nội) năm 2010 cho thấy đối tượng trẻ nhất trong số những người hút thuốc lá là 15 tuổi. Tỷ lệ hút thuốc ở trẻ trai (tuổi từ 15-19) là 5,9%. Tỷ lệ này ở trẻ gái là 0,1%. Kết quả của một số điều tra khác đã chỉ ra rằng tỷ lệ trẻ vị thành niên hút thuốc lá và lạm dụng các chất gây nghiện khác ở khu vực thành thị cao hơn so với khu vực nông thôn.

1.2.4. Bạo lực: Bạo lực là một phần đời sống hàng ngày của nhiều trẻ vị thành niên ngày nay. Do ảnh hưởng của thông tin trên phim ảnh, trò chơi (game), internet đồng thời với việc giáo dục lối sống, đạo đức cả ở gia đình và trường học cũng chưa được quan tâm đúng mức. Tỷ lệ và mức độ bạo lực ở lứa tuổi này ngày càng gia tăng, đồng thời mức độ bạo lực cũng nghiêm trọng hơn, thậm chí gây án mạng.

Thực tế có nhiều vụ bạo lực học đường và ở ngoài xã hội do tuổi vị thành niên gây ra. Lạm dụng tình dục, thể chất và tâm lý ngày càng phổ biến hơn ở tuổi vị thành niên. Hậu quả của các lạm dụng này dẫn đến việc học kém, trầm cảm, lo lắng và các triệu chứng mạn tính như đau đầu, đau bụng, đau tức ngực và mất ngủ và làm tăng tình trạng bạo lực.

1.2.5. Các bệnh lây qua đường tình dục (STDs): Tại Việt Nam, tỷ lệ trẻ vị thành niên từ 15 - 19 tuổi có quan hệ tình dục trước hôn nhân có xu hướng gia tăng. Do chưa có những hiểu biết và các biện pháp phòng ngừa các bệnh lây qua đường tình dục, quan hệ tình dục ở tuổi vị thành niên có nguy cơ làm gia tăng các bệnh lây qua đường tình dục. Khoảng 2,5 triệu trẻ vị thành niên mắc các bệnh STDs mỗi năm. Thường gặp các bệnh như: lậu, giang mai, sùi mào gà, HIV,... Những năm gần đây số người nhiễm HIV có xu hướng trẻ hóa rõ rệt. Lứa tuổi từ 13 - 19 tuổi tỷ lệ nhiễm HIV là 5% trong tổng số người nhiễm năm 1997, tăng lên 7,9% năm 1999 và 11% vào năm 2000. Có thể nói HIV/AIDS là đại dịch đối với cả thế giới, là nguy cơ đe dọa sức khỏe và tính mạng trẻ vị thành niên, đến nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Do vậy, giáo dục cho trẻ vị thành niên về các bệnh STDs và HIV/AIDS cần được nhà trường và các thầy thuốc chú trọng trong thời kỳ này.

1.2.6. Có thai ngoài ý muốn: hiện tỷ lệ có quan hệ tình dục ở trẻ vị thành niên ngày càng gia tăng. Khoảng một nửa trẻ vị thành niên không dùng biện pháp tránh thai trong lần giao hợp khác giới đầu tiên. Do vậy, tỷ lệ có thai và nạo phá thai cũng ngày càng tăng.

Bên cạnh đó số lượng trẻ được sinh ra từ các bà mẹ vị thành niên cũng tăng dần. Thông thường, các người cha không dành tình cảm và giúp đỡ tài chính cho đứa bé. Những bà mẹ nhí này rời trường trở thành những bà mẹ đơn thân và sống dựa vào sự trợ giúp của gia đình, xã hội. Mang thai ngoài ý muốn ở tuổi vị thành niên làm gia tăng tỷ lệ tử vong mẹ và trẻ sơ sinh.

1.2.7. Bệnh học đường

- *Bệnh cận thị*: Bên cạnh một tỷ lệ nhỏ các em bị cận thị do di truyền, phần lớn các em tuổi vị thành niên bị cận thị mắc phải do điều kiện học tập ở trường học hay ở nhà, không đảm bảo vệ sinh như:

- (1) Thiếu ánh sáng và chiếu sáng không hợp lý làm cho các em mệt mỏi thị lực;
- (2) Kích thước của bàn, ghế không phù hợp với lứa tuổi;
- (3) Ngồi học sai tư thế, nhìn gần;
- (4) Sách, vở chưa đạt tiêu chuẩn vệ sinh;
- (5) Xem ti vi, đọc truyện quá nhiều;
- (6) Sử dụng máy vi tính, chơi trò chơi điện tử quá mức...

Tỷ lệ và mức độ cận thị có xu hướng tăng lên theo các cấp học. Tại khu vực thành thị có số học sinh bị cận thị cao hơn nhiều so với khu vực nông thôn. Cận thị sẽ gây ảnh hưởng đến sức khỏe, kết quả học tập và tác động không nhỏ đến tương lai của các em.

- *Bệnh cong vẹo cột sống*: Nguyên nhân của cong vẹo cột sống là do:

- (1) Kích thước của bàn ghế không phù hợp;
- (2) Lao động nặng quá sớm;
- (3) Đeo cặp sách quá nặng không đều hai bên;
- (3) Tư thế không đúng trong quá trình học tập, sinh hoạt và lao động....

Bên cạnh đó có một tỷ lệ nhỏ cong vẹo cột sống là do bệnh tật hoặc tai nạn.

- *Bệnh răng miệng*: Việt Nam cũng như các nước đang phát triển khác, tỷ lệ trẻ vị thành niên có bệnh răng miệng vẫn còn ở mức cao. Khoảng hơn 50% bị sâu răng và trên 90% bị các bệnh lý quanh răng. Các bệnh răng miệng nếu không được điều trị kịp thời ngoài việc ảnh hưởng đến khía cạnh thẩm mỹ còn có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm như: viêm tủy răng, nhiễm trùng máu, viêm màng tim, viêm cầu thận,...

1.2.8. Rối loạn dinh dưỡng và tăng trưởng

Ở giai đoạn vị thành niên, thể chất được tăng trưởng rất nhanh, nhất là những năm dậy thì tốc độ tăng trưởng là mạnh nhất. Trong giai đoạn này có thể xuất hiện những rối loạn về dinh dưỡng và tăng trưởng.

- *Béo phì*: Hiện nay, tình hình thừa cân và béo phì đang tăng với một tốc độ đáng báo động tại Việt Nam, nhất là ở khu vực thành thị. Trong cuộc điều tra gần đây nhất của Trung tâm Dinh dưỡng cộng đồng thì tỷ lệ trẻ thừa cân tại TP. Hồ Chí Minh năm 2007 là 20,5% và béo phì là 16,3%. Nguyên nhân của tình trạng tăng tỷ lệ thừa cân, béo phì là do chế độ ăn uống bất hợp lý và sự giảm hoạt động thể lực. Béo phì sẽ làm cho con người mệt mỏi, hiệu quả lao động và học tập giảm sút và là yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây nhiễm như tim mạch, đái tháo đường,...

- *Rối loạn ăn uống*: Các rối loạn như chán ăn do yếu tố tâm lý và chứng ăn quá mức thường xuất hiện trong tuổi vị thành niên. Chán ăn do yếu tố tâm lý là một rối loạn phức hợp, trong đó người bệnh tin rằng mình béo mặc dù họ bị sút cân rõ rệt vì tự nguyện hạn chế thức ăn và nhịn đói. Bên cạnh đó, chứng ăn quá mức do thường xuyên tiệc tùng say sưa.

- *Chậm tăng trưởng*: Chậm tăng trưởng thường kèm theo chậm phát triển dậy thì. Thường gặp do một số nguyên nhân như suy dinh dưỡng bào thai và thời kỳ trẻ nhỏ, chế độ dinh dưỡng không bảo đảm, các rối loạn liên quan đến hormon của tuyến yên.

Chậm dậy thì ở trẻ trai nếu trẻ 14 tuổi mà thể tích tinh hoàn dưới 4ml, trẻ chưa phát triển các đặc tính sinh dục. Ở trẻ gái là chưa phát triển tuyến vú và đặc tính sinh dục từ 13 tuổi trở lên. Chậm dậy thì có thể do một số nguyên nhân gây nên như: các bệnh nội tiết, di truyền, chuyển hóa (bệnh lí tuyến giáp, Turner, Prader Willi,...), các bất thường của tuyến yên và một số bệnh mạn tính khác. Cũng có thể do trẻ có tổn thương tiền phát ở bộ phận sinh dục.

- *Tăng trưởng quá mức*: tăng chiều cao quá mức so với lứa tuổi (tăng trên 3SD). Thường liên quan đến rối loạn của tuyến yên (tăng hormon GH)

- *Bệnh thiếu máu dinh dưỡng*: Thiếu máu dinh dưỡng có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, thiếu máu dinh dưỡng ở tuổi vị thành niên thường do nhiễm giun sán, thiếu sắt, thiếu vitamin B₁₂. Tác hại của thiếu máu dinh dưỡng là làm giảm khả năng lao động, khả năng học tập và phát triển trí tuệ. Trẻ đi học thường kém hoạt bát, buồn ngủ không tập trung dẫn đến kém tiếp thu bài học.

- *Rối loạn do thiếu iod*: Thiếu iod sẽ dẫn đến thiếu hormone giáp và gây ra rối loạn khác nhau: bướu cổ, thiếu năng trí tuệ, đần độn, có thể chậm phát triển, mệt mỏi, giảm khả năng lao động, học tập, khuyết tật bẩm sinh, sảy thai và thai chết lưu. Hiện nay, ở nước ta tại những vùng thực hiện tốt chương trình bổ sung Iod phòng chống bướu cổ thì tỷ lệ mắc bệnh này đã giảm đi đáng kể.

2. THĂM KHÁM

Trẻ vị thành niên là những thách thức đặc biệt cho các nhân viên y tế nói chung và các BSGĐ nói riêng. Những người bệnh này thường ít sử dụng các dịch vụ y tế do các em chưa tự nhận thấy có nhu cầu. Vì vậy khi có người bệnh ở lứa tuổi này các bác sĩ cần dành nhiều thời gian hơn cho mỗi lần thăm khám để phát hiện được các vấn đề sức khỏe mà đối tượng có thể gặp phải và cần lòng ghép giới thiệu các dịch vụ y tế vào trong trường học.

Lưu ý tuổi vị thành niên thường không thích hoặc không thể tự tìm kiếm thầy thuốc, vì đến gặp thầy thuốc đòi hỏi sự làm quen ban đầu, đi lại, tiền và thời gian nghỉ học. Với các trẻ vị thành niên nhút nhát và hay rụt rè, những điều này là một rào cản đáng kể cho việc đi khám chữa bệnh.

2.1. Giao tiếp với trẻ vị thành niên

Tạo mối quan hệ với các người bệnh vị thành niên thường là một thách thức. Cần dành thời gian để “chia sẻ” các lĩnh vực tương đối không riêng tư như tình hình ở trường học hay các sở thích riêng để tạo sự thân mật và tin tưởng cần thiết. Dành cho người bệnh vị thành niên đủ thời gian để giải thích những gì họ muốn trong lần khám này. Trong cuộc “trao đổi” thông tin nên lưu ý sử dụng các câu hỏi mở và kỹ thuật tóm tắt lại thông tin.

Với vai trò là người thầy thuốc gia đình, nhiều trường hợp trẻ vị thành niên đã được chăm sóc từ khi mới sinh ra, cho phép bác sĩ gia đình biết được nhiều thông tin về gia đình người bệnh, tiền sử bệnh tật và dễ dàng thiết lập mối quan hệ hơn. Bác sĩ gia đình cần duy trì mối liên hệ chặt chẽ với bố mẹ trẻ vị thành niên, mặc dù phải bảo đảm nguyên tắc tôn trọng và giữ bí mật một số thông tin của trẻ (nếu trẻ chưa đồng ý chia sẻ với người khác) vì trẻ vị thành niên là người bệnh, chứ không phải cha mẹ trẻ.

2.2. Thăm khám

Bên cạnh việc đánh giá sự tăng trưởng về thể chất, sàng lọc phát hiện sớm một số bệnh người thầy thuốc cần lưu tâm đến lĩnh vực tâm lý xã hội của trẻ vị thành niên. Hãy tăng thêm thời gian thăm khám, nếu cần thiết, để phát hiện các vấn đề tâm lý xã hội, tình dục hay sử dụng rượu/ma túy.

Điều quan trọng nhất trong việc khám thực thể ở tuổi vị thành niên là phần lớn trẻ dễ bị bối rối, xấu hổ, nhất là khi khám vú, bụng và bộ phận sinh dục. Nếu thầy thuốc là nam giới, khi khám cho trẻ nữ cần có thêm y tá/đồng nghiệp là nữ giới. Hãy xử sự với các người bệnh vị thành niên như những người lớn và khuyến khích họ nhận trách nhiệm như người lớn.

3. CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRẺ VỊ THÀNH NIÊN KHỎE MẠNH

Chăm sóc trẻ vị thành niên khỏe mạnh là một trong những lĩnh vực đầy thách thức nhưng rất quan trọng đối với các bác sĩ gia đình. Điều này góp phần vào việc đảm bảo và cải thiện sức khỏe cũng như thể chất của các thế hệ tương lai. Việc định kỳ kiểm tra sức khỏe giúp đánh giá sự phát triển thể chất, vận động, tâm thần và hành vi của đối tượng vị thành niên. Qua đó, sẽ cung cấp các bằng chứng giúp thực hiện tốt công tác dự phòng, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh có khả năng mắc. Đây là công việc mà các bác sĩ gia đình có thể đảm nhận và đóng vai trò chính.

Chăm sóc sức khỏe cho trẻ em khỏe mạnh được chia làm bốn lĩnh vực:

- + Xác định yếu tố nguy cơ
- + Tiêm chủng tạo miễn dịch
- + Khám sàng lọc
- + Tư vấn chăm sóc sức khỏe

3.1. Xác định yếu tố nguy cơ

Xác định yếu tố nguy cơ ở trẻ vị thành niên khỏe mạnh bao gồm việc thu thập tiền sử (cá nhân và gia đình), khám thực thể và kết quả của các xét nghiệm cận lâm sàng có lưu ý đến một số vấn đề sức khỏe nguy cơ cao ở lứa tuổi này với mục đích phân loại trẻ vị thành niên vào nhóm có nguy cơ cao hay không? Các thông tin này sẽ giúp cho bác sĩ gia đình xây dựng chương trình quản lý sức khỏe phù hợp đối với cá thể từng trẻ. Thông tin có được từ phỏng vấn, khám sàng lọc và các xét nghiệm cận lâm sàng giúp định hướng cho quá trình chăm sóc thường quy.

Ví dụ: một trẻ gái vị thành niên đã có hoạt động tình dục cần được khám sàng lọc về các bệnh lây qua đường tình dục và tư vấn về việc có thai ngoài ý muốn.

Xây dựng hồ sơ theo dõi trẻ bao gồm tất cả thông tin về tiền sử gia đình, môi trường sống, tiền sử sản khoa, dị ứng, thuốc đã sử dụng và các thông tin về những vấn đề như chấn thương, dinh dưỡng, tăng trưởng và phát triển, các vấn đề về hành vi, kết quả khám sàng lọc thực thể.

Phát hiện các yếu tố nguy cơ qua việc khai thác tiền sử gia đình, các yếu tố môi trường có liên quan, ví dụ như điều kiện sống chật chội, đói nghèo, những mâu thuẫn trong gia đình, nơi ở, lối sống của cha mẹ (hút thuốc, uống rượu,...),....

Kiểm tra sức khỏe định kỳ cho trẻ vị thành niên khỏe mạnh giúp nhân viên y tế có cơ hội cập nhật các yếu tố nguy cơ qua việc đánh giá: có gì đổi khác so với lần trước? Ở trường trẻ học như thế nào? Ở nhà có biểu hiện khác lạ gì không?

3.2. Tiêm chủng tạo miễn dịch

Việc tiêm chủng tạo miễn dịch cho trẻ đã làm giảm đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tử vong của nhiều bệnh truyền nhiễm. Các vacxin thuộc Chương trình tiêm chủng mở rộng (TCMR) đã được tiêm từ khi trẻ còn nhỏ. Cần kiểm tra sổ theo dõi tiêm chủng để tiêm bổ sung những bệnh mà trẻ chưa tiêm ở giai đoạn trước và tiêm nhắc lại 1 số bệnh nếu có yêu cầu. Ở giai đoạn tuổi vị thành niên lưu ý cho trẻ gái tiêm phòng ung thư cổ tử cung (HPV), cúm, Rubella và một số bệnh khác phụ thuộc vào mô hình bệnh tật tại cộng đồng đó.

3.3. Chẩn đoán sàng lọc

Sàng lọc là quá trình phát hiện bệnh khi bệnh chưa biểu hiện gì. Vì người bệnh không có triệu chứng, sự tìm kiếm được tiến hành bằng việc khám thực thể hoặc các xét nghiệm cận lâm sàng. Vai trò của tiền sử gia đình đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình sàng lọc, nhằm xác định các yếu tố nguy cơ (ví dụ tiền sử gia đình với các bệnh của máu và cơ quan tạo máu, các rối loạn tâm thần,...). Như vậy, các biện pháp sàng lọc có thể được sử dụng chọn lọc hơn.

3.3.1. Khám sàng lọc

Khám sàng lọc nhanh thường được tiến hành ở mỗi lần thăm khám định kỳ cho trẻ khỏe mạnh. Cần chú ý đến lứa tuổi của trẻ vị thành niên khi thăm khám để lưu ý phát hiện những dấu hiệu thường gặp ở mỗi giai đoạn. Một số điểm cần lưu ý:

- + *Tăng trưởng và dinh dưỡng*: phát hiện xem có các bất thường về tăng trưởng (chậm tăng trưởng, chậm dậy thì, tăng trưởng nhanh, béo phì,...)
- + *Hệ tuần hoàn*: Tăng huyết áp ở trẻ em chiếm 1,4 – 11% tùy thuộc lứa tuổi, chủng tộc và tỷ lệ béo phì trong quần thể. Lưu ý khi đo huyết áp cho trẻ em phải dùng băng tay đúng cỡ để tránh sai số. Giá trị huyết áp bình thường thay đổi theo lứa tuổi của trẻ. Tăng huyết áp phải được khẳng định ít nhất qua ba lần đo riêng biệt trước khi bắt đầu điều trị.
- + *Vẹo cột sống*: Tỷ lệ vẹo cột sống thay đổi từ 2 – 10% là do những tiêu chuẩn xác định độ cong cột sống chưa được thống nhất. Sàng lọc vẹo cột sống ở trẻ gái nên tiến hành ở lứa tuổi từ 10-14 tuổi và ở trẻ trai từ 12-16 tuổi.
- + *Thị giác*: Sàng lọc thị giác nhằm tìm một số bệnh thường gặp như tật khúc xạ, lác và giảm thị lực. Đo thị lực phải được lặp lại định kỳ 6 tháng, đặc biệt là nhóm trẻ đã mắc tật khúc xạ.
- + *Vệ sinh răng miệng và phòng chống sâu răng*: Cán bộ y tế có vai trò quan trọng trong phòng bệnh nha khoa bằng cách khám răng định kì và hướng dẫn trẻ cách vệ sinh răng miệng.

3.3.2. Sàng lọc cận lâm sàng

Sàng lọc cận lâm sàng không nhất thiết phải tiến hành ở mỗi lần khám định kỳ đối với trẻ vị thành niên. Dựa vào tiền sử, môi trường sống, kết quả khám sàng lọc thực thể và tuổi của từng cá thể trẻ mà bác sĩ gia đình lựa chọn xét nghiệm cận lâm sàng cần làm để phát hiện các bất thường, tình trạng thiếu máu, các rối loạn của nước tiểu, rối loạn chuyển hóa,...

3.4. Tư vấn sức khỏe cho trẻ vị thành niên

Tuổi vị thành niên là khoảng thời gian có nhiều yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe vì trẻ sẽ “thử” với nhiều điều mới và có các hành vi của “người lớn”. Cần tư vấn cho trẻ ở lứa tuổi này các kiến thức:

- + An toàn tình dục (bao gồm cả việc tránh thụ thai, phòng ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục);
- + An toàn khi tham gia giao thông (làm chủ tốc độ, thắt dây an toàn, đội mũ bảo hiểm,...);
- + Tác hại của việc lạm dụng rượu và các chất gây nghiện,...
- + Các kỹ năng sống cho trẻ như việc: đối mặt với các khó khăn, thất bại gặp phải, xác định mục tiêu sự nghiệp, lòng tự trọng, hình tượng bản thân,...

Rối loạn tâm thần ở lứa tuổi này thường gặp phải là trầm cảm, vì thế cần lưu ý phát hiện sớm.

Khi gặp gỡ trẻ vị thành niên, các cán bộ y tế cần tận dụng mọi cơ hội để trao đổi, thảo luận, chia sẻ và can ngăn một cách kiên quyết những hành vi có hại cho sức khỏe (hút thuốc lá, nghiện rượu, nghiện ma túy,...). Cần cố gắng để chiếm được lòng tin của trẻ. Chú ý nhiều khi phải khám và tư vấn cho trẻ vị thành niên một cách riêng tư, không cần có mặt của cha mẹ trẻ. Điều này sẽ giúp trẻ giảm e ngại khi đưa ra các câu hỏi hoặc chia sẻ những vấn đề mà không thể nói ra khi có mặt của người nhà.

Mục tiêu tư vấn:

- + Làm giảm bớt căng thẳng về tâm lý hoặc cảm xúc do hậu quả của những tình trạng lo lắng, rối loạn, sợ hãi, buồn rầu, thất vọng, chán nản. Khi được tư vấn, đối tượng sẽ có được tâm trạng tốt hơn để đương đầu với những thử thách, khó khăn.
- + Có thể giúp tìm ra những khó khăn, thử thách mà đối tượng tư vấn đang phải đương đầu. Ví dụ: nhu cầu là gì? Vấn đề là ở chỗ nào? Vấn đề nào thực sự cần giải quyết?
- + Giúp cho đối tượng tư vấn lựa chọn những hành động, hiểu được hậu quả của hành động và giúp họ đi đến quyết định đúng đắn.

Trong quá trình CSSK vị thành niên, việc cung cấp thông tin là một nhu cầu cần thiết vì thông tin sẽ giúp đối tượng:

- + Nâng cao hiểu biết về sức khỏe vị thành niên.
- + Có nhận thức đúng đắn về tăng cường bảo vệ sức khỏe.
- + Có kiến thức và nhận thức đúng sẽ giúp cho vị thành niên điều chỉnh thái độ, hành vi của mình để có trách nhiệm hơn đối với các hoạt động có liên quan đến sức khỏe

Khi tư vấn sức khỏe vị thành niên cần lưu ý:

- + **Đủ thời gian:** Cần có đủ thời gian để làm tốt các nội dung của vấn đề tư vấn về kiến thức và kỹ năng, giải thích các dấu hiệu lâm sàng và kết quả xét nghiệm (nếu có), tạo sự tin tưởng, có quyết định thay đổi hành vi,... Có thể phải cần nhiều buổi tư vấn cho một đối tượng.
- + **Sự chấp nhận:** Người tư vấn phải làm thế nào để đối tượng tư vấn cảm thấy được chấp nhận, không bị chê trách, kết án về lối sống, về thói quen không lành mạnh, về quan hệ tình dục, về đạo đức,...
- + **Dễ tiếp cận:** Đối tượng tư vấn có thể gặp người tư vấn được dễ dàng vào lúc họ cần, kể cả địa điểm tư vấn.
- + **Thông tin cung cấp phải chính xác và nhất quán.**
- + **Tin cậy và bí mật:** Sức khỏe của trẻ vị thành niên có nhiều vấn đề tế nhị, nhạy cảm, vì vậy việc giữ bí mật và tạo sự tin cậy là những yếu tố vô cùng quan trọng trong quan hệ giữa người thầy thuốc/tư vấn viên và đối tượng được tư vấn.

Bảng 2. Một số yếu tố của việc giao tiếp giữa thầy thuốc và người bệnh

Yếu tố	Nhiệm vụ
Thiết lập quan hệ	<ul style="list-style-type: none"> - Khuyến khích tạo quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh - Tôn trọng sự tham gia chủ động của người bệnh vào việc ra quyết định
Thảo luận cởi mở	<ul style="list-style-type: none"> - Cho phép người bệnh biểu lộ ý kiến của mình công khai - Tập hợp đầy đủ những sự lo ngại của người bệnh - Thiết lập và duy trì quan hệ cá nhân
Thu thập thông tin	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng thích hợp các câu hỏi mở và đóng - Kết cấu, làm rõ và tóm tắt thông tin - Chủ động lắng nghe bằng cách sử dụng các ngôn ngữ phi lời nói (như ánh mắt, tư thế ngồi, biểu cảm khuôn mặt) và ngôn ngữ (các từ ngữ mang tính khuyến khích)
Hiểu biết quan điểm của người bệnh về bệnh	<ul style="list-style-type: none"> - Khai thác một số thông tin chung (như gia đình, văn hóa, giới, tuổi, hoàn cảnh kinh tế xã hội, yếu tố tâm linh) - Khai thác niềm tin, sự lo ngại và mong đợi về sức khỏe và bệnh tật - Ghi nhận và đáp ứng suy nghĩ, cảm xúc và giá trị
Chia sẻ thông tin	<ul style="list-style-type: none"> - Sử dụng ngôn từ để người bệnh có thể hiểu được - Xác định lại sự hiểu biết này - Khuyến khích các câu hỏi
Đạt được thỏa thuận về vấn đề và kế hoạch	<ul style="list-style-type: none"> - Khuyến khích người bệnh tham gia vào quyết định CSSK ở mức người bệnh mong muốn - Xác định lại sự mong muốn và khả năng của người bệnh trong việc theo dõi kế hoạch thực hiện - Xác định và ghi nhận các nguồn lực và hỗ trợ

Kết thúc	<ul style="list-style-type: none">- Hỏi xem người bệnh có các vấn đề và lo ngại khác không- Tóm tắt và khẳng định sự đồng thuận với kế hoạch hành động CSSK- Theo dõi các cuộc thảo luận (lần khám bệnh sau, kế hoạch cho những kết quả không mong muốn)
----------	--

Tài liệu tham khảo

1. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Bennet DL (1998). Essential of Adolescent Health Care; Practical Paediatrics; Harcourt Brace Company.
4. Robert DN (2000). Adolescent Health, Nelson Dediatric textbook.
5. Paul D.Chan, Christopher R.Winkle (2008). Current Clinical Strategies Family Medicine Current Clinical Strategies.

BÀI 7. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE PHỤ NỮ CÓ THAI VÀ CHO CON BÚ

Mục tiêu:

1. Trình bày được các vấn đề sức khỏe ưu tiên ở phụ nữ có thai và cho con bú
2. Vận dụng được các nguyên lý của Y học gia đình vào việc quản lý, chăm sóc cho phụ nữ có thai và cho con bú

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh con là quá trình sinh lý bình thường của người phụ nữ nhưng lại tiềm ẩn nhiều nguy cơ đối với sức khỏe, sự sống còn của mẹ và thai nhi. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm trên thế giới có khoảng 585000 phụ nữ tử vong có liên quan đến thai nghén và sinh đẻ. Trong đó, tiền sản giật, sản giật được xác định là những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho mẹ trong sản khoa. Ngoài ra, nhiều trẻ tử vong sau khi chào đời do mắc phải các dị tật bẩm sinh hoặc mang bệnh, dị tật suốt đời, ảnh hưởng đến chất lượng dân số. Điều đó cho thấy, phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ cần được tiếp cận với các biện pháp can thiệp hiệu quả và dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản chất lượng cao hơn nữa. Hiện nay, sự chia sẻ về chăm sóc sản khoa là một công việc thường xuyên mà các bác sĩ gia đình đã và đang thực hiện ở nhiều nước trên thế giới. Việc chăm sóc sức khỏe phụ nữ khi mang thai và cho con bú cần được thực hiện liên tục và toàn diện phù hợp với nguyên lý CSSK của các bác sĩ gia đình.

1. CHĂM SÓC SỨC KHỎE TRƯỚC KHI CÓ THAI

Lời khuyên với người phụ nữ dự định có thai là nên đến với BSGĐ để được tư vấn và chăm sóc trước khi có thai, để đảm bảo có một thai kỳ khỏe mạnh. BSGĐ sẽ đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại của cả hai vợ chồng, những yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng tới sức khỏe bố mẹ và thai nếu người phụ nữ mang thai. Từ đó, lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe, cung cấp lời khuyên về các hành vi và các phơi nhiễm có thể tác hại đến mẹ hoặc thai. Chăm sóc sức khỏe trước khi có thai nên được thực hiện trước khi thụ thai 3 tháng. Những vấn đề quan trọng BSGĐ nên cung cấp cho người phụ nữ trước khi có thai bao gồm:

1.1. Di truyền: Đánh giá nguy cơ các khuyết tật di truyền của thai nhi, cần lưu ý một số đối tượng có nguy cơ cao như: tuổi mẹ từ 35 trở lên nguy cơ con bị Down tăng cao hơn, những người có tiền sử sảy thai, thai lưu, có con tử vong sơ sinh, lịch sử gia đình về các bệnh di truyền.....

1.2. Tiêm phòng

- + Human Papillomavirus (HPV): Hiệp hội Sản phụ khoa Hoa Kỳ khuyến cáo, cả 2 giới nam và nữ ở độ tuổi từ 9 – 26 tuổi đều nên tiêm phòng vắc xin HPV, và tiêm trước khi quan hệ tình dục để đạt hiệu quả miễn dịch tốt nhất.
- + Vắc xin MMR được dùng để tạo miễn dịch chủ động phòng bệnh sởi, quai bị, Rubella. Nên tiêm phòng MMR trước khi có thai 3 tháng.
- + Vắc xin viêm gan B, thủy đậu, cúm,... BSGĐ sẽ xem xét tình trạng từng người bệnh cụ thể để đưa ra tư vấn phù hợp.

1.3. Một số vấn đề sức khỏe

Nhiều bệnh lý của mẹ có thể đặt bà mẹ và thai nhi trước nguy cơ tăng tỉ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong. Một số trường hợp việc dùng thuốc điều trị có thể là yếu tố nguy cơ thêm vào. Khám phát hiện các bệnh mạn tính tiềm ẩn nhằm điều trị bệnh kịp thời (bệnh tim mạch, tăng huyết áp, thiếu máu, đái tháo đường, viêm gan, suy thận, lao, động kinh, rối loạn tâm thần, bất thường về cấu trúc hoặc chức năng cơ quan sinh dục...).

Một số bệnh lây nhiễm qua đường tình dục: Bệnh lây truyền qua đường tình dục trong thai kỳ có thể gây ra nguy cơ sảy thai, sinh non, sinh con nhẹ cân và bệnh lý ở trẻ sơ sinh. Do đó, tất cả những người phụ nữ trong độ tuổi sinh sản và bạn tình cần được thăm khám, tư vấn về khả năng mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục cũng như cách phòng tránh trước và trong khi có thai: Chlamydia, bệnh lậu, Herpes sinh dục, Giang mai, HIV,...

1.4. Sử dụng thuốc

BSGD cần tư vấn và quản lý tình trạng sử dụng thuốc mua không đơn của người bệnh, đặc biệt quan trọng với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Một số loại thực phẩm chức năng, thảo dược hay vitamin cũng có thể là không an toàn cho thai nhi khi sử dụng. Ví dụ uống Vitamin A với liều cao hơn 10.000UI trong thời kỳ mang thai có thể gây dị tật bẩm sinh. Đối với các người bệnh mang thai đang điều trị bệnh mạn tính, cần cân nhắc chỉnh liều thuốc đạt được kiểm soát tối đa và thay thế các thuốc có thể ảnh hưởng đến thai nhi, mà vẫn đảm bảo duy trì sức khỏe người mẹ.

1.5. Hành vi lối sống

Một lối sống khoa học, ăn uống đầy đủ khi mang thai luôn được khuyến khích để thai nhi phát triển tốt nhất. Có một số thói quen của bà bầu lại gây ảnh hưởng xấu đến thai nhi:

- **Uống đồ uống có chất kích thích:** Trong thời kỳ mang thai, người phụ nữ thường chỉ tránh uống rượu, bia mà quên rằng các loại đồ uống có chứa caffeine như chè, cà phê... cũng không nên sử dụng. Người phụ nữ mang thai sử dụng đồ uống có chất kích thích là một trong những nguyên nhân gây dị tật bẩm sinh cho thai nhi như chậm phát triển trí tuệ, khiếm khuyết hệ thần kinh, tăng nguy cơ sảy thai và thai chết lưu
- **Hút thuốc lá:** là một trong những nguyên nhân làm hạn chế tăng trưởng tử cung và nhau thai, gây rau bong non, ối vỡ sớm, cân nặng sơ sinh thấp, tử vong chu sinh. BSGĐ cần áp dụng những mô hình tư vấn giúp phụ nữ mang thai và người thân trong gia đình của họ cần ngưng thuốc lá sớm.
- **Điện thoại:** Sử dụng điện thoại quá nhiều ở phụ nữ mang thai được chứng minh đem lại những tác động tiêu cực đến thai nhi. Nguyên nhân do bức xạ của điện thoại có ảnh hưởng đến sự phát triển não bộ của thai và gây một số rối loạn về hành vi sau khi lớn lên như bị tăng động giảm chú ý.
- **Tâm lý xã hội:** Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tâm trạng của người mẹ sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến sự phát triển não bộ và tính cách của em bé sau này. BSGĐ cần đánh giá các yếu tố nguy cơ như rào cản chăm sóc, mang thai ngoài ý muốn, sử dụng chất gây nghiện, trầm cảm, bạo lực gia đình và những stress trong cuộc sống để lập kế hoạch chăm sóc tốt nhất cho người phụ nữ mang thai.

2. QUẢN LÝ THAI NGHÉN

Mỗi phụ nữ mang thai phải được quản lý thai và khám thai **ít nhất 4 lần** trong thai kỳ:

- + 1 lần trong 3 tháng đầu,
- + 1 lần trong 3 tháng giữa,
- + 2 lần trong 3 tháng cuối.

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

- + Hỏi: bản thân, gia đình, các yếu tố liên quan,...
- + Khám toàn thân
- + Khám sản khoa
- + Làm xét nghiệm
- + Tiêm phòng uốn ván
- + Cung cấp thuốc thiết yếu
- + Giáo dục sức khỏe
- + Ghi chép sổ và phiếu khám thai, phiếu hẹn.
- + Kết luận, dặn dò

2.1. Chăm sóc trước sinh 3 tháng đầu

Ba tháng đầu (từ 0 đến 13 tuần) là giai đoạn quan trọng nhất trong sự phát triển của thai nhi. Đây là giai đoạn các cơ quan quan trọng và các phần cơ thể của thai nhi sẽ bắt đầu hình thành và hoàn thiện, do đó đây cũng là thời kỳ mà thai nhi chịu ảnh hưởng nhiều nhất bởi các yếu tố bên ngoài. Đối với người mẹ, giai đoạn này thường đặc trưng bởi mệt mỏi, buồn nôn và thay đổi cảm xúc. Đối với người thầy thuốc, việc lên kế hoạch chăm sóc từ những ngày đầu tiên thai kỳ là thời điểm tốt nhất giúp xác lập thời kỳ thai nghén khỏe mạnh.

2.1.1. Chẩn đoán thai nghén

Các test thai nghén hiện nay giúp xác định có thai sớm, chỉ sau quan hệ tình dục từ 7 đến 10 ngày. Chẩn đoán có thai dựa trên tiền sử kinh nguyệt, test thử thai nhanh quickstick, định lượng β hCG trong máu hoặc siêu âm. Các dấu hiệu mà người phụ nữ có thể tự nhận biết được gồm: chậm kinh, vú căng và nở ra, mệt mỏi và buồn nôn.

2.1.2. Xác định ngày dự kiến sinh (EDC: *expected date of confinement*)

Xác định ngày dự kiến sinh đúng (EDC) là một dấu mốc để phát hiện và quản lý có hiệu quả các vấn đề trong thai kỳ như: thai chậm phát triển trong tử cung, chuyển dạ sớm, đa thai, thai quá kỳ hạn,...

Phương pháp đơn giản nhất để ước tính EDC dựa trên ngày đầu tiên của chu kỳ kinh cuối cùng, xác định điều này phải tính đến độ tin cậy của trí nhớ người bệnh, độ dài và tính đều đặn của chu kỳ kinh nguyệt.

- *Quy luật Nagele (+7/-3)* ước tính EDC bằng cách lấy ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối thêm 7 ngày và trừ đi 3 tháng. Phương pháp này tính dựa trên chu kỳ kinh 28 ngày. Ví dụ, ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối là ngày 9/6, vậy ước tính EDC sẽ là 16/3 năm sau.
- *Quy tắc 9 tháng 10 ngày*: Lấy ngày đầu kỳ kinh cuối cùng, đếm thêm 9 tháng rồi cộng thêm 10 ngày nữa là đến ngày dự kiến sinh.

Đối với những người không nhớ được ngày đầu kỳ kinh cuối hay có chu kỳ kinh nguyệt kéo dài hoặc không đều, EDC được ước tính qua khám thai. Sử dụng siêu âm để tính tuổi thai là phương pháp hiện nay đang áp dụng phổ biến. 5 tuần đã có thể thấy

túi thai trong tử cung, 7-8 tuần thấy tim thai và ước tính EDC dựa vào đo chiều dài đầu mông khi $CRL \leq 84\text{mm}$. Đo đường kính lưỡng đỉnh của thai là phương pháp đáng tin cậy để xác định tuổi thai ở tuổi thai 20 – 30 tuần.

2.1.3. Khai thác tiền sử và đánh giá nguy cơ

- *Tiền sử bản thân:* Cần được khai thác một cách đầy đủ và chi tiết, nhất là tiền sử sản khoa: chu kỳ kinh nguyệt, chỉ số PARA, tiền sử nạo phá thai, các vấn đề bất thường gặp ở lần mang thai trước. Tiền sử bệnh lý bản thân trước kia và hiện tại, các bệnh mạn tính hoặc bệnh lây nhiễm qua đường tình dục. Tiền sử dị ứng và sử dụng thuốc, tiền sử các bệnh lý tâm thần kinh.
- *Tiền sử gia đình:* Khai thác các bệnh lý có tính chất di truyền có thể liên quan đến thai phụ và thai nhi. Khai thác tiền sử gia đình cần bổ sung tiền sử của từng thành viên một cách cụ thể, bao gồm thông tin về bệnh, các dị tật bẩm sinh, chậm phát triển tâm thần vận động. Khai thác tiền sử xã hội cần mô tả trình độ học vấn của người bệnh, tình trạng làm việc, tôn giáo, lối sống.
- *Các hành vi có nguy cơ phải được ghi nhận:* Sử dụng rượu và chất uống có cồn, hút thuốc lá, ma túy, môi trường độc hại, mới phơi nhiễm với các bệnh lây truyền đặc biệt là Rubella hoặc Toxoplasmosis, sử dụng thuốc,...

2.1.4. Khám thực thể và xét nghiệm cận lâm sàng

Trong lần khám trước sinh đầu tiên của thai phụ, người thầy thuốc cần khám thực thể một cách toàn diện, đặc biệt quan tâm tới huyết áp, kích thước và hình dáng tử cung, cấu hình khung chậu.

- *Huyết áp:* việc đo huyết áp trong 3 tháng đầu thai kỳ nhằm xác định những người phụ nữ bị tăng huyết áp trước đó. Phụ nữ tăng huyết áp trong thời kỳ mang thai có nguy cơ bị tiền sản giật, cần được đánh giá thêm các yếu tố liên quan khác. THA thai kỳ là THA xảy ra sau tuần 20 của thai kỳ và kết thúc vào tháng thứ 3 sau sinh mà không liên quan đến tình trạng tiền sản giật ở mẹ hay thai nhi. Phụ nữ bị THA mạn tính, khi mang thai có nguy cơ cao hơn bị các biến chứng rau bong non, tiền sản giật, sản giật, sẩy thai, sinh non, cân nặng sơ sinh thấp, tử vong chu sinh cao và đái tháo đường thai kỳ.
- *Protein niệu:* Phát hiện protein niệu trong 3 tháng đầu thai kỳ không có giá trị giúp dự đoán tiền sản giật mà giúp xác định các bệnh lý về thận và nhiễm trùng đường tiểu. Protein niệu liên quan đến tiền sản giật xuất hiện sau tuần 20 thai kỳ. Kiểm tra protein niệu là rất cần thiết ở lần thăm khám đầu tiên khi xác định có thai và trong bất kỳ giai đoạn nào của thai kỳ.
- *Các xét nghiệm:* Ngoài các xét nghiệm thường quy như nhóm máu, tổng phân tích tế bào máu, phân tích nước tiểu, người phụ nữ có thai cần phải được làm thêm các xét nghiệm sàng lọc trong 3 tháng đầu như test nhanh HIV, viêm gan B, Rubella, giang mai. Đối với những phụ nữ có nguy cơ cao nên làm thêm một số xét nghiệm như viêm gan C, Chlamydia, lậu cầu
- *Sàng lọc đột biến nhiễm sắc thể thai nhi:* Double test là xét nghiệm sàng lọc trước sinh cho các thai phụ nhằm đánh giá nguy cơ thai nhi mắc các dị tật của hội chứng Down, hội chứng Patau và hội chứng Edwards. Xét nghiệm Double test nhằm định lượng β -hCG tự do và PAPP-A trong máu thai phụ. Từ kết quả trên, kết hợp với siêu âm đo độ mờ da gáy, chiều dài đầu mông, đường kính lưỡng đỉnh... cùng một

số chỉ số khác như tuổi mẹ, cân nặng, chiều cao... một phần mềm chuyên dụng sẽ đưa ra kết quả đánh giá nguy cơ dị tật của thai nhi. Tuy nhiên Double test không phải là xét nghiệm chẩn đoán, chỉ là xét nghiệm sàng lọc nhằm đánh giá nguy cơ dị tật thai của 3 hội chứng trên. Tùy vào mức độ nguy cơ mà các bác sĩ sẽ đưa ra lời khuyên tiếp theo như thực hiện Triple test hay chọc ối.

- *Siêu âm hình thái thai nhi 3 tháng đầu*: Thời điểm quan trọng nhất là thời gian khi thai được 11 tuần đến 13 tuần 6 ngày. Ở thời điểm này, siêu âm tính tuổi thai là cực kỳ chính xác. Ngoài ra, đây là thời điểm duy nhất có thể đo khoảng sáng sau gáy để dự đoán nguy cơ mắc một số bất thường nhiễm sắc thể nguy hiểm.

2.1.5. Giáo dục thai phụ và sự nâng đỡ tâm lý xã hội

Trong 3 tháng đầu thai kỳ, thai phụ nên đi khám mỗi tháng 1 lần. Trong các lần khám thường quy, BSGĐ cần hướng dẫn cho thai phụ về các triệu chứng và mốc thời gian có thể xảy ra triệu chứng đó. Các buổi trao đổi nên tập trung vào việc điều chỉnh hành vi lối sống và cảm xúc của thai phụ. Sự mệt mỏi, buồn nôn, táo bón là những vấn đề sức khỏe thường có trong 3 tháng đầu thai kỳ

- *Cân nặng và chỉ số khối cơ thể (BMI)*: Quản lý vấn đề tăng cân trong thời kỳ mang thai nên được quan tâm đúng mực. Thông thường, một người phụ nữ chỉ nên tăng 8 - 12kg trong suốt thai kỳ. Tăng cân dưới mức cần thiết liên quan đến nguy cơ trẻ sơ sinh nhỏ hơn tuổi thai, sinh non, cân nặng sơ sinh thấp, thai phụ không đủ sữa nuôi con. Tăng cân trên mức cần thiết là một trong nhiều yếu tố nguy cơ gây nên tình trạng trẻ sơ sinh lớn hơn tuổi thai, thai nhi lớn, tăng tỉ lệ mổ lấy thai, tăng nguy cơ bị THA và tiền sản giật.

- *Can thiệp sức khỏe dự phòng*:

+ Acid folic: cần được bổ sung trước khi có thai 1 tháng và trong 3 tháng đầu thai kỳ giúp làm giảm nguy cơ dị tật ống thần kinh với liều khuyến cáo khoảng 400µg/ngày.

+ Các vitamin khác: bổ sung vitamin A, C, E là không có lợi trong quá trình mang thai, đôi khi còn gây hại

+ Sắt: theo khuyến cáo chỉ bổ sung sắt khi có tình trạng thiếu hụt sắt không có lợi cho sức khỏe của thai phụ và thai nhi. Không bổ sung sắt khi không cần thiết, dư sắt cũng có thể có hại

+ Iod: khi mang thai, lượng iod cần dùng nhiều hơn, do đó cần bổ sung 150mcg/ngày để đảm bảo đủ lượng iod cung cấp cho các hoạt động của cơ thể

+ Tiêm phòng: nên tiêm phòng vắc xin cúm cho phụ nữ trước khi mang thai, trong thời kỳ mang thai nếu đang trong mùa cúm

- *Hoạt động tình dục*: quan hệ tình dục có thể tiếp tục trong suốt thời kỳ thai nghén nếu không có chống chỉ định như chảy máu âm đạo hay chuyển dạ sớm.

- *Những vấn đề tâm lý* bao gồm sự thay đổi về hình ảnh của cơ thể, cảm giác mất kiểm soát sợ và tương tượng, sự điều chỉnh vai trò chức năng của các thành viên trong gia đình, các mối quan tâm về tài chính là những vấn đề BSGĐ cần tư vấn cho thai phụ.

2.2. Chăm sóc trước sinh 3 tháng giữa

Ba tháng giữa bắt đầu từ tuần 14 đến tuần 26 của thai kỳ. Trong giai đoạn này, kích thước của thai nhi tăng khá nhanh từ khoảng 7,6 cm tăng lên đến khoảng 23 cm, do đó thai phụ cảm nhận được cái thai rõ ràng. “Thai máy” là hiện tượng được quan tâm nhiều nhất trong thời kỳ này, thường xuất hiện ở tuần thứ 20 với con đầu và tuần 16 với con thứ 2 trở đi, thai máy trở thành một cầu nối giao tiếp giữa bố mẹ và thai nhi. Các hoạt động trong bào thai như đạp chân, bú mút, nắm mở bàn tay giúp cho hệ cơ của trẻ phát triển.

Thời gian này, cái bụng bầu chưa lớn đến mức cản trở giao hợp và không còn vấn đề về phòng tránh thai, cũng như nguy cơ sảy thai nhìn chung đã qua. Ba tháng giữa có thể là cao điểm về mặt tâm lý và thể lực cho bà mẹ tương lai. Khoảng thời gian này, huyết áp thai phụ có giảm chút ít do tăng lưu lượng máu nuôi dưỡng thai, đây là hiện tượng có thể dẫn đến thai phụ phần nào vì bị choáng váng hay đau đầu.

Đối với BSGĐ, đây là khoảng thời gian lý tưởng để tìm hiểu rõ hơn về các cặp vợ chồng, tạo nền tảng vững chắc để làm với nhau trong cuộc chuyển dạ và đẻ. Cần thảo luận những điều mong đợi của gia đình và cá nhân về quan hệ họ hàng, mong muốn cuộc sống.

Ngoài việc thực hiện các thăm khám thường quy như kiểm tra công thức máu, nghiệm pháp rối loạn dung nạp glucose, xét nghiệm nhóm máu Rh với thai phụ có Rh(-); BSGĐ nên lưu ý đánh giá sau:

- *Siêu âm hình thái thai nhi:* Tất cả các thai phụ nên được kiểm tra đánh giá giải phẫu thai từ tuần 18 -20 thai kỳ bằng siêu âm để theo dõi được quá trình phát triển cũng như phát hiện sớm các bất thường bẩm sinh, cho phép người phụ nữ có những lựa chọn về cuộc sinh sản của mình.
- *Xét nghiệm sàng lọc:* trong 3 tháng giữa thai kỳ, xét nghiệm sàng lọc trước sinh nhằm phát hiện nguy cơ thai nhi có bất thường nhiễm sắc thể và dị tật ống thần kinh được gọi là “Triple test” nên được thực hiện nên được thực hiện trong khoảng thời gian từ 15 tuần đến 19 tuần 6 ngày, tốt nhất khi thai 16-18 tuần. Đây là xét nghiệm được khuyến cáo cho những đối tượng có nguy cơ dị dạng thai cao như mẹ lớn tuổi (≥ 35 tuổi), tiền sử sảy thai liên tiếp, thai lưu hay sốt trong ba tháng đầu, nghề nghiệp tiếp xúc hóa chất, phóng xạ; dùng thuốc trong thời kỳ mang thai không theo chỉ dẫn của thầy thuốc; tiền sử đẻ con bất thường hoặc siêu âm nghi ngờ thai bất thường.

2.3. Chăm sóc trước sinh 3 tháng cuối

Là giai đoạn cuối cùng của thai kỳ từ tuần 27 đến tuần 40 hoặc hơn nữa. Đối với thai phụ, đây là giai đoạn thường cảm thấy trôi qua chậm chạp. Bụng to nhanh gây khó khăn trong các hoạt động, sự mệt mỏi, kém thoải mái, khó ngủ, thờ ơ, đi tiểu nhiều lần là những vấn đề của thai phụ. Đối với BSGĐ, đây là thời gian theo dõi y học tích cực hơn vì tỷ lệ mắc các biến chứng (như cao huyết áp, tiền sản giật, ngôi thai chưa thuận) tăng lên khi cuộc chuyển dạ sắp đến gần. Tần số khám thai của thai phụ khỏe mạnh là mỗi tháng 1 lần. Trong tuần từ 28 đến 36, tần số khám tăng lên 2 đến 3 tuần 1 lần, và 1 tuần 1 lần trong tháng cuối cùng. Những thai phụ có nguy cơ cao cần theo dõi chặt chẽ hơn.

- *Thăm khám lâm sàng:* Ngoài việc thăm khám tổng quát, BSGĐ nên lưu ý tiếp tục theo dõi huyết áp, quá trình tăng cân, nhịp tim và chuyển động của thai.

Thai phụ là người có thể theo dõi tốt nhất chuyển động của thai nhi hàng ngày, do đó cần hướng dẫn thai phụ đến khám bác sĩ ngay nếu thấy thai chuyển động ít hơn

bình thường. Bình thường thai nhi chuyển động ít nhất 6-10 lần mỗi giờ. 3 tháng cuối của thai kỳ, thai phụ nên theo dõi chuyển động của bé 2 lần mỗi ngày.

Khám thai, đo chiều cao tử cung, vòng bụng thai phụ, sờ nắn thai nhi để xác định ngôi, thế, kiểu thế của thai nhi và theo dõi sự phát triển của thai.

- *Cận lâm sàng:*

+ Công thức máu: chú ý chỉ số HGB (đánh giá thiếu máu), HCT (tình trạng cô đặc máu) và số lượng tiểu cầu

+ Xét nghiệm nước tiểu: là xét nghiệm thường quy đánh giá tình trạng nhiễm trùng, protein niệu kèm với tăng huyết áp là dấu hiệu của tiền sản giật, đường niệu là một trong những dấu chỉ điểm của đái tháo đường thai kỳ.

+ Siêu âm thai: Đánh giá kích thước, cân nặng thai nhi, ước lượng tuổi thai, ngôi, thế, kiểu thế, nước ối, tính chất nhau thai và các bất thường khác. Siêu âm thai là một trong những yếu tố quyết định việc sinh thường hay sinh mổ của thai phụ.

+ Non stress test (NST) là phương pháp phổ biến đánh giá sức khỏe thai nhi cùng với nghe nhịp tim thai và đếm cử động thai.

- *Các bệnh lây truyền qua đường tình dục:* Cần kiểm tra các thai phụ có yếu tố nguy cơ cao hoặc có triệu chứng các bệnh lây truyền qua đường tình dục như lậu, giang mai, viêm gan B, HIV,...

3. QUẢN LÝ CHUYỂN DẠ

BSGD cần hướng dẫn cho thai phụ nhận biết các dấu hiệu tiền chuyển dạ:

+ Bốn lần hoặc hơn co cơ tử cung trong 1 giờ và cơn co không biến mất khi thai phụ thay đổi tư thế hoặc thư giãn.

+ Đau lưng từng cơn hoặc liên tục mà không giảm khi thay đổi tư thế hoặc dùng các biện pháp thư giãn.

+ Đau tức do tăng áp lực trong khung chậu hoặc âm đạo

+ Đau bụng từng cơn (có hoặc không có tiêu chảy)

+ Tăng tiết dịch âm đạo

+ Chảy dịch từ âm đạo

+ Chảy máu âm đạo

+ Các triệu chứng giống nhiễm cúm như buồn nôn, nôn, tiêu chảy.

Trong quá trình chuyển dạ, BSGĐ cần bám sát liên tục, hỗ trợ cho bà mẹ và thai nhi, gia đình đi theo chăm sóc.

4. CHĂM SÓC SAU SINH

Những ngày và tuần đầu sau sinh là giai đoạn quan trọng trong cuộc sống của cả mẹ và trẻ. Những thay đổi quan trọng trong thời kỳ này quyết định đến chất lượng cuộc sống của mẹ và trẻ về sau. Tất cả các bà mẹ cần được tư vấn về quá trình phục hồi sinh lý sau sinh, những vấn đề sức khỏe bình thường và những dấu hiệu cũng như các triệu chứng nguy hiểm, bao gồm:

- *Băng huyết sau sinh:* là một trong những tai biến sản khoa phổ biến dẫn đến tử vong mẹ hàng đầu thế giới và tại Việt Nam. Các triệu chứng của băng huyết sau

sinh: chảy máu đột ngột, lượng nhiều, máu chảy liên tục, mắt nhìn mờ, chóng mặt, đánh trống ngực, nhịp tim nhanh

- *Hậu sản giật*: tình trạng này có thể xảy ra trong 48 giờ sau sinh hoặc muộn hơn lên tới 6 tuần. Các dấu hiệu của hậu sản giật: huyết áp cao có thể tới 140/90mmHg, hơn 300mg protein trong nước tiểu, thị lực giảm tạm thời hoặc nhìn bị nhòe, mắt quá mẫn cảm với ánh sáng, buồn nôn, nôn, đau đầu hoặc đau vùng bụng, nước tiểu ít, tăng cân đột ngột khoảng 1kg/1 tuần, chân tay mặt có thể bị phù.
- *Nhiễm trùng*: sốt, run, đau bụng và /hoặc tổn thương âm đạo gây khó chịu
- *Huyết khối tĩnh mạch*: đau bắp chân đơn độc, sưng đỏ, thở nhanh hoặc đau ngực

4.1. Chăm sóc mẹ và trẻ 2 giờ đầu sau sinh

- *Đối với mẹ*:
 - + Thời gian này sản phụ vẫn nằm ở phòng sinh, cần theo dõi tổng trạng về mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, tình trạng trung đại tiện.
 - + Nếu cả mẹ và trẻ không có gì bất thường có thể cho trẻ nằm cạnh mẹ và hướng dẫn mẹ cách cho trẻ bú.
 - + Xoa tử cung mỗi 15 phút một lần trong 2 giờ đầu, bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

- *Đối với trẻ*:
 - + Đánh giá chỉ số APGAR, toàn trạng của trẻ sau sinh, nếu có biểu hiện phải xử trí cấp cứu ngay
 - + Giữ ấm cho trẻ ở nhiệt độ phòng từ 26°C - 28°C, không có gió lùa. Tốt nhất là để trẻ nằm trực tiếp tiếp xúc trên ngực mẹ, không cho trẻ tắm trong 24 giờ sau sinh.
 - + Cho trẻ bú mẹ ngay trong 1 giờ đầu sau sinh. Thực hiện chăm sóc thường quy: khám toàn thân, chăm sóc rốn, mắt, tiêm vitamin K1 tiêm vắc xin viêm gan B và BCG theo Chương trình tiêm chủng quốc gia.

4.2. Chăm sóc mẹ và trẻ từ giờ thứ 3 đến hết ngày đầu sau sinh

- *Đối với mẹ*: Ngoài theo dõi tổng trạng, BSGĐ cần hướng dẫn mẹ cho con bú sớm và đúng cách, theo dõi rốn con, cho mẹ vận động sớm sau 6 giờ sau sinh, theo dõi tình trạng co hồi tử cung và lượng máu chảy. Hướng dẫn cho mẹ và gia đình những dấu hiệu nguy hiểm cần có sự hỗ trợ của nhân viên y tế như : chảy máu nhiều, đau bụng tăng, nhức đầu, nhìn mờ, chóng mặt,...
- *Đối với trẻ*: Theo dõi trẻ mỗi 1 giờ, theo dõi nhịp thở, da niêm mạc, rốn cũng như tình trạng tiêu hóa (bú mẹ hoặc đã có phân su chưa), hướng dẫn cách bú mẹ an toàn, xử trí nếu bị sặc sữa, hướng dẫn mẹ và gia đình các dấu hiệu nguy hiểm của trẻ như trẻ bỏ bú, không thở, tím, chảy máu rốn,...

4.3. Chăm sóc mẹ và trẻ tuần đầu sau sinh

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, cần thăm khám tại nhà để chăm sóc mẹ và trẻ sơ sinh trong 1 tuần đầu sau sinh.

- *Đối với mẹ*: Theo dõi các chỉ số sinh tồn, tăng sinh môn đối với trường hợp sinh thường và vết mổ đối với sinh mổ, kiểm tra vú và trạng thái tinh thần của mẹ. BSGĐ cần hướng dẫn cho bà mẹ và gia đình một số vấn đề cần chăm sóc sau:

+ Vệ sinh hàng ngày: rửa vùng sinh dục ít nhất 3 lần/ngày, lau người thay đồ sạch, sau sinh 2-3 ngày nên tắm nhanh bằng nước ấm.

+ Chăm sóc vú: lau sạch vú bằng nước ấm trước và sau khi cho con bú, nếu tắc tia sữa cần xử lí sớm như day, vắt, hút, đến khám tại cơ sở y tế

+ Xử trí đau do co bóp tử cung: Nếu đau nhẹ thì có thể không cần xử trí. Nếu đau nhiều thì chườm nóng hoặc sử dụng giảm đau paracetamol.

+ Vết khâu tầng sinh môn (nếu có): rửa sạch âm hộ và thấm khô sau đại tiện, cắt chỉ vết khâu sau 5 ngày.

+ Chế độ ăn uống sinh hoạt: Ăn đủ lượng và chất, không kiêng khem một cách thiếu khoa học, ngủ 8 giờ/ngày, đảm bảo giấc ngủ trưa, mặc đồ rộng rãi, sạch sẽ

+ Chế độ vận động: nên đi lại vận động nhẹ nhàng, tự phục vụ các sinh hoạt đơn giản hàng ngày

+ Tư vấn và giải quyết các vấn đề tâm lý nếu có

- *Đối với trẻ:* Tiếp tục theo dõi toàn trạng về nhịp thở, thân nhiệt, da niêm mạch, rốn và tình trạng bú mẹ. Hướng dẫn cho mẹ và gia đình một số vấn đề sau:

+ Trẻ cần được nằm chung với mẹ trong phòng ấm, tránh gió lùa, không cho trẻ nằm sấp, không cho trẻ tiếp xúc với người đang có bệnh, súc vật, môi trường khói bụi, khói thuốc. Tuyệt đối không được hôn trẻ

+ Chăm sóc mắt: rửa tay bằng xà phòng trước/sau khi chăm sóc trẻ, dùng khăn sạch, ẩm lau mắt cho trẻ hàng ngày, không nhỏ bất cứ thuốc gì vào mắt trẻ

+ Chăm sóc rốn: để rốn khô và sạch, không băng kín hay đắp bất cứ thứ gì lên rốn của trẻ, hạn chế sờ vào rốn và vùng quanh rốn của trẻ.

+ Vệ sinh thân thể và chăm sóc da cho trẻ hàng ngày bằng lau rửa hoặc tắm, sử dụng nước ấm, trong phòng ấm, kín gió. Cần thay đồ vải như mũ, áo, tã lót hàng ngày và mỗi khi trẻ bài tiết

+ Tư vấn về thực hiện tiêm chủng đầy đủ cho trẻ.

Ngoài ra, BSGĐ cần quan tâm hỗ trợ tâm lý cho phụ nữ sau sinh có yếu tố nguy cơ cao nhằm phòng ngừa vấn đề trầm cảm sau sinh và đối với bà mẹ có con bị tử vong cần cung cấp những chăm sóc hỗ trợ.

Kết luận: BSGĐ là người theo dõi liên tục và toàn diện quá trình người phụ nữ từ trước khi mang thai đến sau khi sinh. Việc tham gia quản lí và chăm sóc sức khỏe người phụ nữ mang thai được thực hiện liên tục toàn diện sẽ góp phần không nhỏ nâng cao sức khỏe phụ nữ mang thai cũng như giảm tỷ lệ tử vong sơ sinh, tỷ lệ tử vong của người phụ nữ do các biến chứng của quá trình mang thai và sau sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2016), Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.

BÀI 8. QUẢN LÝ VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI CAO TUỔI

Mục tiêu:

1. *Trình bày được các vấn đề sức khoẻ ưu tiên của người cao tuổi*
2. *Vận dụng các nguyên lý Y học gia đình trong quản lý và chăm sóc sức khoẻ người cao tuổi*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là vấn đề mang tính toàn cầu và ảnh hưởng tới tất cả các quốc gia. Ở hầu hết các nước trên thế giới, tỷ lệ người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) đang gia tăng nhanh hơn bất cứ lứa tuổi khác nhờ kết quả của việc kéo dài tuổi thọ và giảm tỷ lệ sinh. Năm 1950, thế giới chỉ mới có 241 triệu người từ 60 tuổi trở lên, ước tính đến năm 2020, con số này sẽ được tăng lên 1,2 tỷ người. Châu Á hiện là khu vực có số lượng người cao tuổi lớn nhất thế giới, chiếm 55,2% dân số cao tuổi trên thế giới. Chi phí cho quỹ hưu trí toàn dân cho người từ 60 tuổi trở lên ở các nước đang phát triển chiếm từ 0,7% đến 2,6% tổng thu nhập quốc dân.

Theo thống kê của Bộ Y tế, từ năm 2012, Việt Nam đã chính thức bước vào giai đoạn già hóa dân số và sẽ trở thành nước có dân số già vào năm 2035, chỉ sau 23 năm. Việc chăm sóc sức khỏe một cách đầy đủ cho những người cao tuổi đòi hỏi nhiều hơn những nguồn lực y tế của cộng đồng và đòi hỏi những thái độ và kỹ năng đặc biệt của các cán bộ y tế. Đây là một thách thức thực sự cho hệ thống y tế.

1. VAI TRÒ CỦA BÁC SĨ GIA ĐÌNH TRONG CSSK NGƯỜI CAO TUỔI

Người cao tuổi luôn là một đối tượng đặc biệt cần được xã hội quan tâm. Người cao tuổi có những đặc điểm bệnh lý khác biệt so với các lứa tuổi khác. Chi phí y tế cho người cao tuổi cao gấp 7 - 10 lần người trẻ; người cao tuổi sử dụng đến 50% tổng lượng thuốc. Các bệnh thường gặp ở người cao tuổi là: tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, thoái khớp... và phải điều trị suốt đời. Nhiều bệnh mạn tính có thể làm giảm khả năng tự đi lại, vệ sinh cá nhân, ăn uống, khả năng giao tiếp, quản lý tiền bạc tài sản của người cao tuổi. Việc chăm sóc sức khỏe một cách đầy đủ cho những người cao tuổi đòi hỏi nhiều hơn những nguồn lực y tế của cộng đồng và đòi hỏi những thái độ và kỹ năng đặc biệt của các cán bộ y tế. Trong khi đó hiện nay khả năng cung cấp dịch vụ y tế cho người cao tuổi chưa hoàn thiện, thiếu bác sĩ lão khoa và điều dưỡng lão khoa, các dịch vụ y tế và xã hội cho người cao tuổi tại cộng đồng còn hạn chế.

Tại nước ta, nhằm đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi thích ứng với giai đoạn già hóa dân số góp phần thực hiện Chương trình hành động quốc gia về người cao tuổi, Bộ Y tế đã ra quyết định phê duyệt đề án “Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi giai đoạn 2017 – 2025” với nội dung tập trung chủ yếu vào xây dựng và phát triển mô hình chăm sóc người cao tuổi tại cộng đồng. Chăm sóc người cao tuổi tại gia đình và cộng đồng chủ yếu dựa vào người nhà, đội ngũ nhân viên y tế cơ sở và những người chăm sóc không được đào tạo. Đây là một thách thức thực sự cho hệ thống Y học gia đình trong thế kỷ 21.

Các người bệnh cao tuổi thường có nhiều bệnh đi kèm, sử dụng cùng lúc nhiều loại thuốc, và kèm theo đó là suy giảm về yếu tố tâm lý, xã hội. Điều này có thể dẫn đến sự đa dạng về các vấn đề sức khỏe gặp phải ở nhóm tuổi này và làm cho việc chẩn đoán và điều trị của các bác sĩ gia đình trở nên khó khăn hơn. Đặc biệt, đối với những người bệnh trên 80 tuổi thường mắc các hội chứng đặc trưng của người cao tuổi như dễ bị tổn thương, lú lẫn, suy giảm nhận thức (bệnh Alzheimer), rối loạn đi và ngã, suy dinh

dưỡng, loét, trầm cảm,... đòi hỏi cần có những chăm sóc đặc biệt. Chính vì vậy, vai trò của các bác sĩ gia đình trong việc đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng của người cao tuổi là rất quan trọng ở tuyến y tế cơ sở.

2. ĐẶC ĐIỂM SINH LÝ, BỆNH LÝ CỦA NGƯỜI CAO TUỔI

Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới, những người từ 60 tuổi trở lên không phân biệt nam nữ được gọi là người cao tuổi. Tại những nước phát triển, nơi có tuổi thọ cao, người cao tuổi được định nghĩa là những người từ 65 tuổi trở lên. Ở Việt Nam, người cao tuổi được định nghĩa là những người từ 60 tuổi trở lên.

2.1. Đặc điểm tâm sinh lý của người cao tuổi

Giai đoạn cao tuổi gắn liền với quá trình già hoá một cách hệ thống của các cơ quan trong cơ thể, đặc trưng bởi sự suy giảm nghiêm trọng về mặt chức năng cả về sinh lý lẫn trí tuệ, giảm khả năng đề kháng dẫn đến gia tăng nguy cơ ốm đau bệnh tật. Bên cạnh đó, sự thay đổi về sinh lý cùng với những thay đổi về môi trường xã hội thường dẫn đến những thay đổi tâm lý của người cao tuổi.

- Năng lực cảm nhận sút giảm do sự giảm chức năng các cơ quan dẫn đến khả năng phản ứng chậm chạp với các thay đổi của bên ngoài.
- Gặp khó khăn trong việc thích nghi, tinh thần luôn ở trạng thái dễ bị kích động dẫn đến những phản ứng tâm lý tiêu cực như mặc cảm tự ti, tâm trạng sầu muộn, buồn chán.
- Lòng tự trọng dễ bị tổn thương dẫn đến những phản ứng tâm lý có chấp, thô bạo hoặc có thể trầm lặng, tiêu cực.

Phần lớn những thay đổi tâm lý của người cao tuổi thường diễn ra theo hướng tiêu cực và nếu kéo dài có thể dẫn đến các biến đổi bệnh lý.

2.2. Đặc điểm sức khỏe và bệnh tật của người cao tuổi

Do sự lão hoá về tổ chức, sự rối loạn về chức năng và sự suy giảm khả năng đề kháng nên người cao tuổi rất dễ mắc bệnh. Các triệu chứng biểu hiện, diễn biến của bệnh, khả năng đáp ứng và hồi phục ở người cao tuổi cũng có những đặc điểm khác biệt so với người trưởng thành. Người cao tuổi có thể mắc nhiều bệnh đồng thời, trong đó thường có một, hai bệnh chính có triệu chứng rõ rệt hơn và có mức độ nguy hiểm cao hơn cần được ưu tiên điều trị trước.

Các triệu chứng biểu hiện bệnh ở người cao tuổi thường không điển hình do khả năng phản ứng với bệnh tật kém. Một bệnh thường có triệu chứng sốt cao thì ở người cao tuổi có thể chỉ sốt nhẹ hoặc không sốt. Việc có thể mắc nhiều bệnh cùng lúc cũng khiến cho các triệu chứng dễ bị lu mờ không điển hình hoặc xuất hiện những triệu chứng không gặp ở người trẻ. Do hệ thống miễn dịch suy giảm nên khi mắc bệnh người cao tuổi thường dễ bị bội nhiễm. Một trong những bội nhiễm hay gặp ở người bệnh cao tuổi là viêm phổi.

Khi mắc bệnh, người cao tuổi cũng thường dễ bị các biến chứng và diễn biến nặng nề hơn so với người trẻ. Khả năng đáp ứng điều trị cũng kém hơn nên cần thận trọng hơn trong việc điều trị, thời gian điều trị cũng thường kéo dài hơn.

2.3. Các vấn đề sức khỏe thường gặp ở người cao tuổi

Các bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi có thể được chia thành 3 nhóm chính:

- Các bệnh chỉ riêng có ở tuổi già tức chỉ có người cao tuổi mới mắc bệnh và những bệnh nguyên phát trong quá trình già hoá của người bình thường như lú lẫn, điếc

- người cao tuổi, xơ cứng mạch máu não,...
- Các bệnh thường thấy ở người cao tuổi, bao gồm cả những bệnh có thể đã phát sinh ở cả người trung niên và người cao tuổi nhưng thường gặp ở thời kỳ tuổi già. Các bệnh này thường liên quan đến sự lão hoá mang tính bệnh lý và sự suy giảm chức năng miễn dịch của cơ thể như đục thủy tinh thể, loãng xương, thoái hoá đốt sống, bệnh khớp mạn tính, xơ gan, u ác tính và các bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp, bệnh mạch vành,...
- Các bệnh có thể gặp ở cả người trưởng thành và thanh niên nhưng tỷ lệ mắc bệnh, triệu chứng mắc bệnh ở người cao tuổi khác với người trẻ tuổi. Ví dụ: viêm phổi ở người cao tuổi thường có triệu chứng không điển hình nhưng mang tính chất lại tương đối nặng, các viêm nhiễm ngoài da ở người cao tuổi thường dễ bị bội nhiễm hơn.

Một nghiên cứu gần đây về mô hình bệnh tật ở người cao tuổi ở Việt Nam trong cộng đồng cho thấy tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính khá cao. Trung bình, một người cao tuổi mắc 2,69 bệnh. Các nhóm bệnh thường gặp:

- + Bệnh tim mạch: Nổi bật là bệnh tăng huyết áp với tỷ lệ mắc 45,6%; bệnh mạch vành (9,9%); suy tim (6,7%).
- + Bệnh tâm thần kinh: nổi bật là tình trạng sa sút trí tuệ với tỷ lệ 4,9% tăng dần theo độ tuổi. Các bệnh tâm thần kinh khác hay gặp là trầm cảm (1,2%), Parkinson (1,3%).
- + Bệnh nội tiết-chuyên hoá: tỷ lệ mắc đái tháo đường là 5,3%; tỷ lệ có rối loạn đường huyết đói là 6,8%. Tỷ lệ có rối loạn lipid máu là 45%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23) là 18,3%.
- + Bệnh thận tiết niệu: Có 83,3% nam giới được chẩn đoán bị u tuyến tiền liệt; 35,7% có rối loạn tiểu tiện; 3,3% có viêm nhiễm đường tiết niệu và 3,5% có sỏi thận.
- + Bệnh tiêu hoá hay gặp nhất là viêm loét dạ dày tá tràng (15,4%); viêm đại tràng (9,7%), nuốt nghẹn (10,2%) và táo bón (16,1%).
- + Bệnh hô hấp: hay gặp là COPD với 12,6%. Tỷ lệ mắc lao phổi là 3,6% và hen phế quản là 2,5%.
- + Bệnh xương khớp hay gặp nhất là thoái khớp với tỷ lệ 33,9%, ở nữ cao hơn nam. Tỷ lệ mắc các bệnh viêm khớp dạng thấp là 9%, loãng xương là 10,4%.
- + Bệnh về giác quan: có tới 76,7% có giảm thị lực. tuổi càng cao thì tỷ lệ giảm thị lực càng tăng. Tỷ lệ đục thủy tinh thể là 57,9%. Tỷ lệ giảm thính lực là 40,1%.

Chi phí y tế dành cho người cao tuổi cao gấp 7 - 10 lần người trẻ, mặc dù số người cao tuổi chỉ chiếm 10% dân số nhưng hằng năm họ sử dụng tới trên 50% tổng lượng thuốc và chiếm đến 50% chi phí điều trị.

3. LÀM VIỆC VỚI NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI

3.1. Xây dựng mối quan hệ với người bệnh cao tuổi

Mối quan hệ tốt đẹp lâu dài giữa thầy thuốc và người bệnh cao tuổi nên được đặt nền tảng ngay từ lần gặp gỡ đầu tiên. Về lâu dài, mối quan hệ này sẽ được củng cố thông qua việc xây dựng lòng tin từ thái độ nghề nghiệp, chất lượng chăm sóc. Hỏi bệnh ở người cao tuổi cần nhiều thời gian hơn. Ở người cao tuổi, triệu chứng lâm sàng của bệnh nhiều khi chỉ biểu hiện bằng suy giảm hoạt động chức năng. Việc suy giảm thính lực có thể khiến việc thu thập thông tin về người cao tuổi gặp khó khăn và có thể gây nhầm lẫn. Ngoài ra người cao tuổi có thể trở nên thiếu kiên nhẫn bởi vậy người thầy thuốc cần phải có thái độ ân cần, kiên trì trong tạo dựng mối quan hệ.

Khuyến khích người bệnh kể lại một ngày hoạt động bình thường, qua đó khai thác được những thông tin về chất lượng sống, tình trạng tâm thần và hoạt động chức năng của họ. Cách tiếp cận này giúp tạo được mối quan hệ tốt giữa thầy thuốc và người bệnh.

3.2. Thăm khám người bệnh cao tuổi

Việc thăm khám đối với người cao tuổi có nhiều điểm khác biệt so với người trẻ, bởi vậy thầy thuốc cần có sự chuẩn bị để tiến hành một cách linh hoạt qua nhiều lần gặp gỡ. Việc đánh giá, thăm khám bao gồm việc đánh giá khả năng thực hiện các chức năng của người bệnh, những nhu cầu đặc biệt và khả năng đối phó trong môi trường của họ.

3.2.1. Khai thác tiền sử, đánh giá toàn diện người bệnh

Một đánh giá toàn diện về lão khoa là cách tiếp cận có hệ thống nhằm thu thập tất cả dữ liệu người bệnh. Việc đánh giá lão khoa có thể giúp xây dựng phương thức tiếp cận và kế hoạch chăm sóc cho từng cá nhân cụ thể (Bảng 1). Ở đây, cần đánh giá tất cả những đặc trưng của mỗi người bệnh cao tuổi, bao gồm tuổi, dân tộc, trình độ, niềm tin tôn giáo hay tâm linh, chế độ ăn uống, sở thích, thói quen hàng ngày, các khiếm khuyết và bệnh tật, rào cản ngôn ngữ, tình trạng chức năng xã hội, tình trạng hôn nhân, khuynh hướng tình dục, gia đình và hỗ trợ xã hội, nghề nghiệp, kinh nghiệm cuộc sống. Cần hỏi bệnh một cách hệ thống tránh bỏ sót.

Những điểm then chốt của đánh giá lão khoa:

- Đánh giá lão khoa toàn diện bao gồm các phương pháp tiếp cận có hệ thống nhằm đánh giá các yếu tố về y tế, chức năng, tâm lý và xã hội của người bệnh cao tuổi.
- Đánh giá về thuốc cũng là một thành phần thiết yếu của việc đánh giá lão khoa.
- Phương thức tiếp cận đa ngành là cần thiết để xác định các chiến lược can thiệp và quản lý thích hợp cho từng người bệnh.
- Mục tiêu của việc đánh giá lão khoa là nhằm duy trì chức năng và đảm bảo chất lượng của cuộc sống cho các người bệnh cao tuổi.

Bảng 1. Mục đích của đánh giá lão khoa

1. Chú trọng vào dự phòng hơn là các điều trị cấp tính
2. Chú trọng vào cải thiện hoặc duy trì chức năng cơ thể ở mức tối đa
3. Đưa ra giải pháp lâu dài đối với các người bệnh khó quản lý với nhiều bác sĩ, đến khám cấp cứu nhiều lần, nhập viện và khó theo dõi bệnh.
4. Hỗ trợ chẩn đoán các vấn đề sức khỏe liên quan
5. Xây dựng kế hoạch chăm sóc theo dõi và điều trị
6. Xây dựng kế hoạch phối hợp chăm sóc giữa các chuyên ngành
7. Xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe và lĩnh vực cần chăm sóc dài hạn thích hợp
8. Xác định và sử dụng tối ưu các nguồn lực chăm sóc sức khỏe
9. Dự phòng tái nhập viện cho người bệnh

- Một phần chủ yếu của khai thác tiền sử là đánh giá chức năng của người bệnh gồm có đánh giá các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và các hoạt động sinh hoạt hàng ngày có sử dụng phương tiện. Đây là những hoạt động cơ bản đảm bảo duy trì khả

năng độc lập của người cao tuổi trong cuộc sống sinh hoạt hằng ngày của gia đình và có liên quan trực tiếp đến nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại nhà cũng như tại các cơ sở chăm sóc nuôi dưỡng. Dưới đây là một bộ câu hỏi đánh giá việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày và các sinh hoạt hằng ngày có sử dụng phương tiện, được sử dụng trong các phòng khám BSGĐ tại Hoa Kỳ.

Bảng 2. Đánh giá việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày và các hoạt động có sử dụng phương tiện.

Các hoạt động sinh hoạt hằng ngày		Các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng phương tiện	
Đi lại	Có đi lại quanh nhà được không? Có khó khăn gì khi đi lên cầu thang không? Có bị ngã không? Có thương tích không? Có phải dùng dụng cụ hỗ trợ như gậy hoặc người dìu không?	Sử dụng phương tiện đi lại	Đi đến cơ quan bằng cách nào? Có phải lái xe? Có đi cả ban đêm? Có sử dụng các phương tiện đi lại công cộng như xe buýt không? Có giấy xác nhận tàn tật không?
Ăn uống	Có ăn kiêng hoặc ăn các thức ăn đặc biệt không? Có gặp khó khăn khi ăn hoặc gặp thức ăn không? Có phải sử dụng các dụng cụ đặc biệt để ăn không?	Quản lý tiền bạc	(Có thể đọc hoặc viết?) Ai trả tiền và quản lý tiền? Có nhận được sự hỗ trợ đặc biệt về mặt tài chính không?
Tắm	Ông (bà) có gặp khó khăn khi tắm không? Ông (bà) có thể tự tắm được không? Ông (bà) có thể tự vào/ ra khỏi vòi tắm hoặc bồn tắm được không?	Nấu ăn	Ai chuẩn bị bữa ăn? Có được phát thức ăn tận nơi không? Ai là người mua bán thực phẩm? (Có ai sống cùng không và có đủ thức ăn cho tất cả mọi người không?)
Mặc quần áo	Có khó khăn khi mặc quần áo như kéo khoá hoặc đi giày không? Có cần sự trợ giúp khi mặc hoặc lựa chọn quần áo không?	Làm công việc nhà	Ai làm công việc nội trợ? Ai giặt quần áo?
Đi vệ sinh	Có gặp khó khăn khi đi vệ sinh không? Nhà vệ sinh có gần với phòng ngủ không? Có phải sử dụng xô đặt cạnh giường không? Có gặp phải vấn đề trong kiểm chế đại tiểu tiện không?	Sử dụng điện thoại	Nhà có điện thoại không? Khi có hoả hoạn hay cần cấp cứu thì gọi số nào? Trong trường hợp cấp cứu, sẽ gọi ai trong gia đình đến giúp đỡ? Số điện thoại nào?
		Sử dụng thuốc	Hằng ngày dùng thuốc gì? Uống như thế nào? Có thuốc nào không do kê đơn không? Có để thuốc ở chỗ tránh trẻ con nghịch không? Có tủ thuốc không? Ai mua thuốc để cho vào tủ?

Việc thăm dò khả năng trong sinh hoạt hằng ngày là cần thiết để đánh giá khả năng đối phó với môi trường đang sống hiện tại của người bệnh. Khả năng hoạt động hằng ngày như đi lại và vệ sinh cá nhân sẽ cung cấp các thông tin quan trọng về sự ảnh hưởng của các bệnh mạn tính như viêm khớp, sa sút trí tuệ, bệnh mạch máu não. Ngoài việc khai thác lịch sử bệnh tật trong gia đình cần chú trọng đến sự tồn tại và tính ổn định của khả năng hỗ trợ của các thành viên. Điều này giúp cho thầy thuốc biết được ai là thành viên quan trọng trong hộ gia đình.

Việc đánh giá y tế bao gồm xem xét hồ sơ, bệnh án, việc sử dụng thuốc (tiền sử và hiện tại) và đánh giá dinh dưỡng. Trung bình, một người bệnh cao tuổi thường mắc 4-6 rối loạn có thể chẩn đoán được, đòi hỏi sử dụng cùng lúc một vài loại thuốc khác nhau. Vấn đề sức khỏe này có thể ảnh hưởng đến các vấn đề sức khỏe khác và tất cả chúng sẽ dẫn đến hệ quả không tốt đối với sức khỏe của người cao tuổi. Khi xem xét các hồ sơ, bệnh án nên tập trung các vấn đề sức khỏe phổ biến hơn ở người cao tuổi (hội chứng lão khoa) và đặc biệt là yếu tố nguy cơ của họ. Khi đánh giá y tế nên khai thác một cách tỉ mỉ các thông tin tiền sử điều trị, tất cả các thuốc đang dùng, kể cả thuốc kê đơn và thuốc không kê đơn. Ngoài ra, cũng cần tiến hành đánh giá yếu tố tâm lý của người bệnh. Các bác sĩ gia đình thường sử dụng những câu hỏi sau để đánh giá, gồm:

1. Ông (bà) về cơ bản cảm thấy hài lòng với cuộc sống của mình không?
2. Ông (bà) thường cảm thấy chán nản hay không?
3. Ông (bà) có thường cảm thấy bất lực hay không?
4. Ông (bà) thích ở nhà hơn hay là đi ra ngoài và làm những điều mới mẻ?
5. Ông (bà) có cảm thấy hiện tại bản thân là vô ích không?

3.2.2. Thăm khám thực thể

Việc thăm khám thực thể cho người người bệnh cao tuổi cũng có những điểm khác biệt. Những khía cạnh cần phải quan tâm bao gồm: tình trạng tâm thần; khả năng nghe; khả năng nói; tình hình răng lợi; da; khớp; chân; dáng đi; biểu hiện của hạ huyết áp khi đứng; các dấu hiệu của xơ vữa động mạch; dấu hiệu của các u tân sinh; dấu hiệu của các bệnh lý khác chỉ gặp ở người cao tuổi như phì đại lạnh tính tuyến tiền liệt, viêm động mạch thái dương.

Việc khám thực thể ở người cao tuổi được bắt đầu bằng việc đánh giá khả năng thực hiện các chức năng như quan sát người bệnh đi vào phòng khám có cần sự hỗ trợ nào không, cách người bệnh bỏ giày, đứng lên khỏi ghế và đi lại trong phòng.

- *Đánh giá dấu hiệu sống còn (nhiệt độ, huyết áp, mạch)*: rất quan trọng trong mỗi lần thăm khám. Nếu nghi ngờ người bệnh có tiền sử tụt huyết áp khi đứng thì phải kiểm tra huyết áp và nhịp tim cả khi nằm và khi đứng. Để đánh giá sự bất thường về số lần mạch đập và tính chất nhịp đập ở người cao tuổi cần phải bắt mạch ít nhất trong 30 giây.
- *Cân* người bệnh mỗi lần khám bệnh là phương pháp hữu hiệu để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và theo dõi tình trạng phù do thiếu dinh dưỡng trong các bệnh mạn tính. Khi khám thực thể cũng cần quan tâm phát hiện những thay đổi về giải phẫu và sinh lý vốn thường xuất hiện tăng dần theo tuổi. Đó có thể là da khô và giảm tính đàn hồi, mạch máu kém đàn hồi, nhược cơ và loãng xương, phản xạ gân xương giảm hoặc

không còn. Những thay đổi này đôi khi khó phân biệt giữa quá trình lão hoá với biểu hiện bệnh lý.

- *Da*: màu sắc bình thường hay xanh tái, tím. Chú ý các vết loét do tỳ đờ. Da của người cao tuổi mỏng, nên dễ bị bầm tím khi va chạm. Ở người cao tuổi, móng tay thường dài và mất độ cong bình thường. Bản của móng tay mỏng và dễ gãy. Móng dày và vàng chứng tỏ bị nấm
- *Khám vùng đầu mặt cổ*:
 - + Động mạch thái dương có bị nổi to, cứng, ngoằn ngoèo không?.
 - + Giảm mỡ trong hốc mắt làm cho con ngươi có xu hướng lõm dần vào hốc mắt. Mắt trũng làm cho bờ mi trên tụt xuống, gây hạn chế tầm nhìn xa. Kiểm tra thị lực (dùng bảng Snellen) và thị trường. Nên đi khám mắt hoặc đo thị lực cứ 1 đến 2 năm một lần, để phát hiện những bệnh như thiên đầu thống, đục thủy tinh thể, các rối loạn ở võng mạc.
 - + Khám ống tai ngoài để xem có ráy tai không. Đánh giá khả năng nghe bằng cách đọc 3-6 từ bất kỳ vào từng tai người bệnh. Nếu người bệnh nhắc lại được một nửa số từ này thì coi như thính lực của họ đủ để hội thoại.
 - + Khám miệng xem lợi có bị chảy máu hoặc sưng không, răng rụng hoặc gãy, nhiễm nấm ở miệng, và các dấu hiệu của ung thư. Lợi sưng, đỏ, dễ chảy máu thường là do những bệnh của lợi và quanh răng. Hơi thở hôi có thể do sâu răng, viêm quanh răng, và những bệnh răng miệng khác. Phải tháo bỏ hàm giả trước khi khám miệng. Khám khớp thái dương hàm xem có bị thoái hoá không biểu hiện bằng tiếng lạo xạo khớp ở đầu của lồng cầu khi người bệnh mở hoặc ngậm miệng, hoặc đau khi cử động khớp hàm.
 - + Ở người cao tuổi, tuyến giáp thường nằm thấp hơn, ẩn sau xương ức. Khám tuyến giáp xem có to không, có nhân không. Tìm tiếng thổi ở động mạch cảnh. Nếu ở nền cổ không nghe thấy tiếng thổi, nhưng khi lên cao lại thấy thì thường là do hẹp động mạch cảnh. Tiếng thổi mạch cảnh gợi ý một tình trạng vữa xơ động mạch toàn thân.
- *Khám vùng ngực và lưng*:
 - + Cần gõ và nghe tất cả các vùng của phổi. Bình thường có thể nghe thấy tiếng ran ở đáy phổi nhưng sẽ mất đi khi bảo người bệnh hít thở sâu vài lần. Nhận xét về động tác hô hấp (chuyển động của cơ hoành, giãn nở của lồng ngực). Khám lưng để xem có gù, vẹo không, có sưng đau không. Đối với phụ nữ, hàng tháng nên tự khám vú và mỗi năm một lần nên đi chụp vú kiểm tra xem có ung thư vú.
 - + Ở người cao tuổi, tiếng thổi tâm thu thường là do xơ cứng van động mạch chủ. Tiếng thổi do bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn tăng lên khi người bệnh làm nghiệm pháp Valsalva. Tiếng thổi tâm trương ở bất cứ tuổi nào đều là bất thường.
- *Khám bụng*: kiểm tra trương lực cơ bụng. Ở người cao tuổi, cơ bụng thường yếu và là nguyên nhân gây thoát vị. Có thể phát hiện hầu hết các phình động mạch chủ bụng. Cần khám xem gan, lách có to không. Kiểm tra xem có cầu bàng quang

không? Khám vùng hậu môn trực tràng để xem có bị nứt hậu môn, trĩ, và các tổn thương khác.

- *Khám hệ sinh dục:* Ở nam giới, thăm trực tràng để kiểm tra tuyến tiền liệt. Ở nữ giới, cần khám tiểu khung định kỳ. Giảm sản xuất estrogen sau mãn kinh sẽ gây teo niêm mạc âm đạo và niệu đạo; niêm mạc âm đạo trở nên khô. Bình thường không sờ thấy buồng trứng, nếu sờ thấy nghi ngờ ung thư buồng trứng. Cần khám kỹ xem có bị sa niệu đạo, âm đạo, cổ tử cung và tử cung. Yêu cầu người bệnh ho để kiểm tra xem có dò nước tiểu không.
- *Khám hệ cơ xương:* Khám khớp xem có sưng nề, trật khớp, tiếng lạo xạo, nóng đỏ. Tìm các hạt Heberden (xương phát triển quá mức ở các khớp liên đốt xa) hoặc hạt Bouchard (xương phát triển quá mức ở các khớp liên đốt gần), thấy ở các người bệnh thoái khớp. Trật khớp bàn ngón với lệch trục của các ngón về phía xương trụ có thể chứng tỏ có viêm khớp dạng thấp. Có thể thấy biến dạng cổ thiên nga. Khám bàn chân tìm các biểu hiện liên quan đến tuổi già như ghẹo ngón chân cái ra ngoài, gấp quá mức của khớp liên đốt gần (ngón chân hình búa), có thể thấy trong viêm khớp dạng thấp... Những bất thường này có thể ảnh hưởng đến các hoạt động chức năng hàng ngày của người bệnh.
- *Khám thần kinh:*
 - + Người cao tuổi thường có đồng tử nhỏ, phản xạ đồng tử ánh sáng chậm và đáp ứng đồng tử với thị lực gần có thể suy giảm. Ở nhiều người cao tuổi, khả năng người giảm dần vì số lượng tế bào thần kinh khứu giác giảm, tuy nhiên nếu mất khứu giác ở một bên mũi thì đó là bất thường.
 - + Phải đánh giá cơ lực, sự phối hợp động tác, tư thế và phản xạ. Ở nhiều người cao tuổi, cơ lực thường yếu. Nếu yếu đều cả hai bên, thì không có ý nghĩa trên lâm sàng. Trương lực cơ thường tăng, khám bằng cách gấp, duỗi khuỷu tay, đầu gối, là biểu hiện bình thường của tuổi già. Có thể đánh giá run khi bắt tay người bệnh hoặc qua các động tác đơn giản khác. Nếu có run cần khám kỹ về biên độ, tần số, vị trí, thời điểm xuất hiện...
 - + Giảm khối cơ là một biểu hiện thường gặp ở người cao tuổi. Ở người cao tuổi, thời gian phản ứng thường tăng, một phần là do dẫn truyền của các tín hiệu dọc theo thần kinh ngoại vi chậm hơn. Phối hợp động tác cũng giảm do những thay đổi các cơ chế trung ương, nhưng thường chỉ giảm nhẹ và không gây suy giảm hoạt động chức năng. Phản xạ gân sâu giảm hoặc mất, gặp ở gần nửa số người cao tuổi, có thể là bình thường. Do tính đàn hồi của gân giảm và dẫn truyền thần kinh trong cung phản xạ dài của gân chậm hơn. Phản xạ gân Achilles một bên có thể gặp trong đau thần kinh tọa.
 - + Đánh giá việc kiểm soát tư thế bằng nghiệm pháp Romberg (người bệnh đứng chụm chân và nhắm mắt). Ở người cao tuổi, kiểm soát tư thế thường suy giảm, và thường thấy lúc lắc tư thế (chuyển động trong mặt phẳng trước sau khi người bệnh cố đứng yên).
 - + Đánh giá cảm giác bao gồm xúc giác, chức năng cảm giác vỏ, cảm giác nhiệt, cảm giác bản thể, và cảm giác rung. Tuổi già ít ảnh hưởng đến cảm giác. Nhiều người cao tuổi có cảm giác tê bì, đặc biệt ở bàn chân. Tuy nhiên, những người

bệnh có cảm giác kiến bò cần phải được kiểm tra xem có bệnh thần kinh ngoại vi không.

- *Đánh giá tâm thần:* bằng các trắc nghiệm thần kinh tâm lý. Suy giảm các lĩnh vực nhận thức như trí nhớ, ngôn ngữ, chức năng điều hành... gặp trong sa sút trí tuệ. Ở người cao tuổi, quá trình xử lý thông tin và nhớ lại thường chậm nhưng về cơ bản không bị suy giảm.
- *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng:* Người cao tuổi có thể giảm chiều cao. Sự thay đổi về cân nặng phản ánh những thay đổi về dinh dưỡng, cân bằng dịch, hoặc cả hai. Tỷ lệ giữa khối nạc và lượng mỡ trong cơ thể cũng thay đổi. Khi người bệnh có tiền sử về dinh dưỡng bất thường (ví dụ sút cân, nghi ngờ có thiếu các chất dinh dưỡng thiết yếu), hoặc thay đổi về chỉ số khối cơ thể, cần đánh giá toàn diện về dinh dưỡng, làm các xét nghiệm sinh hoá.

3.2.3. Các xét nghiệm

Việc chỉ định các xét nghiệm nên được cân nhắc chỉ định một cách cẩn thận, nhất là đối với người bệnh cao tuổi. Cần phải cân nhắc kỹ lưỡng giữa lợi ích, khả năng áp dụng với giá thành để đảm bảo yêu cầu chi phí - hiệu quả. Chỉ định xét nghiệm cần phù hợp với từng người bệnh cao tuổi.

3.2.4. Thăm khám tại nhà

Đối với người bệnh cao tuổi không thể đi lại được, việc thăm khám bệnh tại nhà cần được thực hiện. Thăm khám tại nhà cho phép người thầy thuốc hiểu được cuộc sống thực tế của người bệnh, từ đó cung cấp thêm thông tin cho việc quản lý và điều trị liên tục và hiệu quả. Hạn chế của việc thăm khám tại nhà là không thể thực hiện được đầy đủ các thăm khám lâm sàng phức tạp cũng như các xét nghiệm cận lâm sàng. Điều này cần được giải thích rõ cho người bệnh và người nhà để tránh các yêu cầu và mong muốn không thực tế. Trong quá trình thăm khám tại nhà, người thầy thuốc cần phải dựa vào các kỹ năng giao tiếp, khả năng quan sát và việc thăm khám thực thể với các trang bị hạn chế của mình.

4. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TOÀN DIỆN CHO NGƯỜI CAO TUỔI

Đối với người cao tuổi, việc chăm sóc sức khỏe không chỉ là chữa bệnh mà còn phải giảm thiểu những thiệt thòi, hạn chế, phục hồi chức năng và đảm bảo sự ổn định về tinh thần, suy trì trạng thái dễ chịu, thoải mái và bảo đảm phẩm giá con người. Điều này cũng phù hợp với 6 nguyên tắc và định hướng của mô hình bác sĩ gia đình. Ngoài việc thăm khám và điều trị bệnh tật như đối với các lứa tuổi khác, việc chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi có những vấn đề đặc biệt cần được quan tâm nhiều hơn nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống trong những năm cuối đời.

4.1. Sức khỏe và ăn uống

Đánh giá dinh dưỡng là một phần không thể thiếu của việc đánh giá lão khoa. Loại thực phẩm, số lượng và mức độ sử dụng nên được xác định. Tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu dinh dưỡng cũng có thể dẫn đến vấn đề sức khỏe, như chậm lành vết thương, chậm hồi phục và thời gian nằm viện lâu hơn. Mặt khác, do chức năng tiêu hoá và hấp thu của người cao tuổi đã bị suy giảm cộng thêm với nhiều loại bệnh tật có liên quan đến chế độ ăn uống nên cần phải quan tâm đầy đủ đến chế độ ăn uống. Nhiều loại bệnh tật hay gặp ở người cao tuổi đòi hỏi phải có chế độ ăn kiêng hợp lý như tăng huyết áp, đái tháo đường. Các bệnh này nhiều khi chưa cần phải dùng thuốc mà chỉ

cần điều chỉnh chế độ ăn phù hợp. Các thói quen của người cao tuổi về ăn kiêng, uống rượu và hút thuốc lá cũng cần được quan tâm thu thập để có tư vấn, hướng dẫn và điều chỉnh hợp lý. Bên cạnh đó, các bác sĩ cũng nên đánh giá thêm về khả năng nhai và nuốt của người bệnh. Việc sử dụng thuốc ở người cao tuổi cũng cần phải có sự quan tâm đặc biệt, rà soát các loại thuốc đang sử dụng, loại bỏ những loại thuốc không cần thiết hoặc có hại cho sức khỏe của người cao tuổi.

4.2. Ngã

Té ngã ở người cao tuổi chiếm tỷ lệ mắc và tử vong khá cao, trung bình mỗi năm có khoảng 30% số người trên 65 tuổi té ngã ít nhất 1 lần, 10% trong số đó gây nên thương tích chấn thương, 5% số người té ngã bị gãy xương hoặc nhập viện. Gãy xương chậu là nguyên nhân dẫn đến giảm chức năng ở người cao tuổi và đòi hỏi cần có người chăm sóc bên cạnh.

Các yếu tố góp phần gây té ngã ở người cao tuổi bao gồm thay đổi tư thế liên quan đến tuổi tác, thị lực giảm, suy giảm nhận thức, sử dụng một số loại thuốc (đặc biệt là thuốc kháng cholinergic, thuốc hướng thần và thuốc tim mạch), các bệnh liên quan đến cơ và khả năng phối hợp và các yếu tố môi trường. Các biện pháp can thiệp hiệu quả cho những người có tiền sử bị ngã hoặc những người có nguy cơ té ngã liên quan đến việc giải quyết nhiều yếu tố góp phần.

Các bác sĩ gia đình trong quá trình thăm khám nên thường xuyên hỏi về tần suất của những lần ngã gần đây ở người cao tuổi vì họ thường không tự chia sẻ về việc té ngã của họ. Đối với những người bệnh té ngã, đánh giá cơ bản bao gồm xem xét hoàn cảnh gây té ngã, đo các dấu hiệu sinh tồn, kiểm tra thị giác, đánh giá nhận thức và đi lại và đánh giá tình trạng thăng bằng. Để đánh giá nguy cơ té ngã ở người cao tuổi, có thể sử dụng thử nghiệm "Đứng dậy và Đi". Cho người bệnh ngồi ở ghế dựa, yêu cầu người bệnh đứng dậy, đi khoảng 3 mét, quay đi quay lại và sau đó đi trở về ghế và ngồi xuống. Quan sát sự mất thăng bằng hoặc bất thường về dáng đi, sẽ cho thấy có nguy cơ bị té ngã hay không.

4.3. Dự phòng và nâng cao sức khỏe

Đối với người cao tuổi, việc luyện tập thể dục có những lợi ích cho huyết áp, hệ tim mạch, hằng định nội mô về glucose, tỷ trọng xương, có tác dụng tốt đối với toàn thân, chống mất ngủ, táo bón. Tuy nhiên, khi tập luyện cần loại bỏ những động tác quá mạnh với cột sống nhất là với những người loãng xương. Tùy theo từng trường hợp cụ thể, người thầy thuốc gia đình cần tư vấn hướng dẫn cho người cao tuổi có các hoạt động tập luyện phù hợp. Việc tập luyện phục hồi chức năng nên có sự hướng dẫn của nhân viên vật lý trị liệu và cần chú ý biện pháp phòng tránh ngã gây tai nạn, chấn thương. Có thể tại miễn dịch chủ động với một số bệnh như cúm, viêm phổi do phế cầu khuẩn, uốn ván,... Ngoài ra, cần hạn chế việc sử dụng các chất kích thích như rượu, thuốc lá.

Bên cạnh các nguy cơ sức khỏe liên quan đến chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng, phòng tránh té ngã ở người cao tuổi là một nội dung mà các bác sĩ gia đình cần đặc biệt lưu tâm đến. Té ngã được xem là một trong những nguyên nhân có tỷ lệ mắc và tử vong cao ở người cao tuổi. Mỗi năm có khoảng 30% người trên 65 tuổi té ngã ít nhất 1 lần, và tỷ lệ này tăng dần theo độ tuổi. Do đó, người bác sĩ gia đình cần đánh giá các yếu tố nguy cơ té ngã và sự an toàn ở nơi sinh sống của người cao tuổi khi chăm sóc sức khỏe cho đối tượng này. Bên cạnh đó, cần can thiệp vào nhiều yếu tố, cách tiếp cận khác nhau để dự phòng té ngã cho người cao tuổi, chẳng hạn như các chương trình luyện tập thể

dục, giảm liều hay số lượng thuốc, điều trị hạ huyết áp tư thế và các rối loạn tim mạch, điều trị rối loạn thị giác. Tư vấn, giáo dục cho người bệnh và người chăm sóc về việc phòng ngừa té ngã, đảm bảo môi trường an toàn, phù hợp cho người cao tuổi.

4.4. Khám sàng lọc

Người cao tuổi cần được khám, kiểm tra sức khỏe theo định kỳ. Ngoài việc sàng lọc việc thực hiện các chức năng chung, người cao tuổi cần được sàng lọc các yếu tố nguy cơ và các tình trạng bệnh lý hay gặp. Tuy nhiên, cần phải có sự thảo luận cân nhắc với đối tượng cả về lợi ích, giá thành trước khi thực hiện các can thiệp sàng lọc. Một số các sàng lọc sau đây có thể được cân nhắc đối với người cao tuổi.

- Kiểm tra sàng lọc tình trạng tăng cholesterol máu, khám sàng lọc đục thủy tinh thể, soi đại tràng để phát hiện ung thư cho cả nam và nữ.
- Xét nghiệm ung thư cổ tử cung, khám vú và chụp X-quang vú cho phụ nữ.
- Sàng lọc ung thư tiền liệt tuyến ở nam giới.

4.5. Quản lí sức khỏe liên tục

Một trong những biện pháp có giá trị nhất trong đề phòng bệnh tật, tránh tai biến cho người cao tuổi là nắm vững tình hình sức khỏe, tiền sử, bệnh sử của họ. Thầy thuốc và người nhà phải chú ý tới vấn đề người bệnh than phiền, cả những điều tưởng nhỏ nhất như hay quên, lú lẫn, rối loạn tình dục, tiểu tiện không tự chủ. Chú ý những nguy cơ có thể để tìm cách ngăn chặn, như đối với những người giảm nhận thức, hay hút thuốc lá có thể gây hoả hoạn do vô ý, hoặc người dùng nhiều thuốc ngủ có nguy cơ tắc ruột do ứ phân, mê sảng, lú lẫn. Khi người bệnh có dấu hiệu bệnh lý cần phải can thiệp sớm và kịp thời bởi các triệu chứng có thể không rõ ràng, râm rộ như ở người trẻ.

4.6. Hỗ trợ xã hội

Chăm sóc toàn diện cho người cao tuổi còn cần phải quan tâm đến các vấn đề công ăn việc làm phù hợp, nhà ở và môi trường, xây dựng các chương trình giáo dục, sự hỗ trợ từ các thành viên trong gia đình và mạng lưới cộng đồng. Điều kiện sinh sống, hỗ trợ gia đình và xã hội có thể giúp đánh giá được các nguy cơ tiềm tàng, đặc biệt đối với người bệnh được xác định là có nguy cơ té ngã. Ngoài ra, bác sĩ gia đình cần đánh giá xã hội của người cao tuổi về tình hình tài chính và mối quan tâm của người chăm sóc người cao tuổi. Việc lập kế hoạch hỗ trợ là một thành tố chính trong việc đánh giá hỗ trợ xã hội, làm rõ vai trò của người bệnh và thiết lập mục tiêu chăm sóc cho trường hợp “mất chức năng xã hội” có thể xảy ra trong tương lai.

Bên cạnh đó, người cao tuổi cần phải được tạo điều kiện để có thể tham gia hoà nhập với cộng đồng, cần được tôn trọng và tạo điều kiện để có những đóng góp phù hợp cho xã hội. Làm tốt công tác an ninh xã hội và phân đầu để người cao tuổi có thể được chăm sóc tại nhà là một trong những mục tiêu phân đầu của hệ thống y tế và cần được sự quan tâm đầu tư của Nhà nước, gia đình và cộng đồng.

Kết luận: Mục tiêu của việc chăm sóc sức khỏe người cao tuổi không chỉ giới hạn trong việc giải quyết các vấn đề bệnh tật mà còn phải nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và giá trị xã hội trong những năm cuối đời. Ngoài việc khám và điều trị bệnh, thầy thuốc y học gia đình còn cần phải quan tâm đến cả các vấn đề tâm lý, tình cảm và đời sống của người cao tuổi để có những tư vấn phù hợp. Cần lưu ý rằng, người bệnh có thể e ngại và không báo cáo các tình trạng sức khỏe của họ hoặc xem các triệu chứng này là “bình thường” của quá trình lão hoá. Do đó, chìa khoá thành công khi làm việc là thiết lập sự tin tưởng và giao tiếp hiệu quả với người bệnh, đồng thời cách

tiếp cận chăm sóc theo nhóm đa ngành là thích hợp trong việc can thiệp và quản lí sức khoẻ cho các người bệnh cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Philip D.Sloane (2002). Essentials of family medicine, 4th edition. Williams and Wilkins

HỌC PHẦN II. CHĂM SÓC DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE

BÀI 9. DỰ PHÒNG VÀ NÂNG CAO SỨC KHỎE

Mục tiêu:

1. Trình bày được các cấp độ dự phòng và nội dung chăm sóc của từng cấp độ.
2. Trình bày được các khái niệm và nội dung của nâng cao sức khỏe

1. CÁC CẤP ĐỘ DỰ PHÒNG

1.1. Giới thiệu

Sự thay đổi mô hình bệnh tật và tử vong cho thấy các nguyên nhân chính của bệnh là có thể phòng ngừa được. Nhưng thậm chí người khỏe nhất cũng sẽ không chống cự nổi khi đến một tuổi nào đó, và nguy cơ tử vong cả đời của bất cứ quần thể nào là 100%. Tuy nhiên, hầu hết các quần thể bị ảnh hưởng bởi những bệnh cụ thể có thể phòng ngừa được. Các y tế công cộng, các nhà y xã hội học, nhà tâm lý học, nhà kinh tế y tế, các nhà nghiên cứu về lao động, các kỹ sư vệ sinh, các chuyên gia kiểm soát ô nhiễm và vệ sinh lao động... đều liên quan đến nỗ lực phòng bệnh. Do sự giới hạn của y học điều trị đã trở nên rõ ràng và các chi phí chăm sóc y tế ngày càng gia tăng ở tất cả các quốc gia, vấn đề phòng bệnh đang ngày càng trở nên chiếm ưu thế.

1.2. Các cấp độ dự phòng

Các cấp độ phòng bệnh: Có ba cấp độ dự phòng, tương ứng với các giai đoạn phát triển bệnh khác nhau, đó là dự phòng cấp I, dự phòng cấp II và dự phòng cấp III. Biện pháp dự phòng nhằm đến các yếu tố nguy cơ hoặc các điều kiện có vai trò trong việc gây ra bệnh. Dự phòng cấp I đóng góp hầu hết cho sức khỏe của cả cộng đồng, trong khi dự phòng cấp II và cấp III thường tập trung vào những người đã có những dấu hiệu của bệnh.

Bảng 1. Các cấp độ dự phòng

Cấp độ dự phòng	Định nghĩa
Dự phòng ban đầu, dự phòng cấp I	Tác động vào thời kỳ khỏe mạnh, nhằm làm giảm khả năng xuất hiện của bệnh, hay chính là giảm tỷ lệ mới mắc, muốn đạt được điều đó thì phải tăng cường các yếu tố bảo vệ, loại bỏ các yếu tố nguy cơ. Tăng cường sức khỏe nói chung bằng tập luyện thể dục thể thao, sinh hoạt ăn uống điều độ hợp vệ sinh... Chính là tăng cường các yếu tố bảo vệ không đặc hiệu, tiêm chủng vắc xin phòng bệnh là tạo ra các yếu tố bảo vệ đặc hiệu. Không hút thuốc lá, bỏ hút thuốc là chính là loại bỏ yếu tố nguy cơ của ung thư phổi, của các bệnh tim mạch
Dự phòng cấp II	Phát hiện bệnh sớm, khi bệnh mới chỉ có các dấu hiệu sinh học, chưa có biểu hiện lâm sàng, khi phát hiện được bệnh thì tiến hành can thiệp kịp thời sẽ ngăn chặn sự diễn biến tiếp tục của bệnh; tùy theo mỗi bệnh và điều kiện y tế cho phép có thể thực hiện các chương trình phát hiện bệnh khác nhau ở những quần thể khác nhau... sẽ làm giảm tỷ lệ hiện mắc, giảm tỷ lệ tử vong... Ví dụ phát hiện sớm cao huyết áp (một yếu tố nguy cơ của nhiều bệnh tim mạch), dò tìm ung thư
Dự phòng cấp III	Là điều trị bệnh hợp lý nhằm ngăn chặn những diễn biến xấu hay biến chứng của bệnh, hồi phục sức khỏe cho người bệnh.

Với bệnh truyền nhiễm điều trị triệt để cho người bệnh là loại bỏ nguồn truyền nhiễm quan trọng, bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

1.2.1. Dự phòng cấp I

Dự phòng cấp I là tác động vào thời kì khỏe mạnh, nhằm làm giảm khả năng xuất hiện của bệnh, hay chính là giảm tỷ lệ mới mắc, muốn đạt được điều đó thì phải tăng cường các yếu tố bảo vệ, loại bỏ các yếu tố nguy cơ. Mục đích của dự phòng cấp I là để giới hạn số mới mắc của bệnh bằng cách kiểm soát các yếu tố nguy cơ đặc trưng của bệnh. Dự phòng cấp I tác động đến: Toàn bộ quần thể với mục đích làm giảm nguy cơ trung bình hoặc những người có nguy cơ do kết quả của những phơi nhiễm đặc biệt (chiến lược cá thể nguy cơ cao). Do đó, có thể chia dự phòng cấp I thành 2 cấp độ: dự phòng ban đầu và dự phòng cấp I. Dự phòng ban đầu chính là tác động vào các yếu tố thuộc về lối sống, kinh tế, văn hóa của quần thể, các yếu tố đó được quy kết là góp phần làm tăng nguy cơ bị bệnh.

Tăng cường sức khỏe nói chung bằng tập luyện thể dục thể thao, sinh hoạt ăn uống điều độ hợp vệ sinh... Chính là tăng cường các yếu tố bảo vệ không đặc hiệu, tiêm chủng vắc xin phòng bệnh là tạo ra các yếu tố bảo vệ đặc hiệu. Không hút thuốc lá, bỏ hút thuốc là chính là loại bỏ yếu tố nguy cơ của ung thư phổi, của các bệnh tim mạch (dự phòng căn nguyên). Ví dụ, dự phòng cấp I trong tai nạn thương tích là dự phòng trước khi tai nạn thương tích xảy ra: Mục đích là không để xảy ra tai nạn thương tích bằng cách loại bỏ các yếu tố nguy cơ hoặc không tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây nên tai nạn thương tích. Các biện pháp dự phòng ban đầu có thể bao gồm việc lắp đặt rào chắn quanh các ao hồ, để phích nước nóng ở nơi an toàn mà trẻ em không với tay tới được, sử dụng các thiết bị an toàn khi chơi thể thao...

1.2.2. Dự phòng cấp II

Dự phòng cấp II là phát hiện bệnh sớm, khi bệnh mới chỉ có các dấu hiệu sinh học, chưa có biểu hiện lâm sàng, khi phát hiện được bệnh thì tiến hành can thiệp kịp thời sẽ ngăn chặn sự diễn biến tiếp tục của bệnh; tùy theo mỗi bệnh và điều kiện y tế cho phép có thể thực hiện các chương trình phát hiện bệnh khác nhau ở những quần thể khác nhau... sẽ làm giảm tỷ lệ hiện mắc, giảm tỷ lệ tử vong...

Dự phòng cấp II nhằm làm giảm bớt các hậu quả trầm trọng của bệnh thông qua chẩn đoán và điều trị sớm. Chiến lược này bao gồm các phương pháp đo lường sẵn có cho các cá thể và các quần thể để phát hiện sớm và can thiệp hiệu quả. Dự phòng cấp II nhằm vào giai đoạn giữa của khởi phát bệnh và thời điểm chẩn đoán bệnh thông thường, mục tiêu là làm giảm số hiện mắc của bệnh. Dự phòng cấp hai II chỉ có thể áp dụng đối với các bệnh trong lịch sử tự nhiên của bệnh có giai đoạn sớm mà có thể phát hiện và điều trị dễ dàng, vì vậy có thể ngăn chặn bệnh tiến triển đến giai đoạn nghiêm trọng hơn. Hai yêu cầu chính để một chương trình dự phòng cấp II có ích đó là có phương pháp phát hiện bệnh an toàn và chính xác, tốt nhất là từ giai đoạn tiền lâm sàng, và có các phương pháp can thiệp hiệu quả. Ví dụ: dự phòng cấp II trong phòng chống tai nạn thương tích là dự phòng trong khi tai nạn thương tích xảy ra. Mục đích của việc dự phòng là làm giảm mức độ nghiêm trọng của các thương tổn khi xảy ra tai nạn thương tích như đội mũ bảo hiểm xe máy để phòng tránh chấn thương sọ não khi tai nạn giao thông xảy ra.

1.2.3. Dự phòng cấp III

Dự phòng cấp III là điều trị bệnh hợp lý nhằm ngăn chặn những diễn biến xấu hay biến chứng của bệnh, hồi phục sức khỏe cho người bệnh. Dự phòng cấp III nhằm làm giảm sự tiến triển hoặc biến chứng của bệnh và là khía cạnh quan trọng của điều trị và phục hồi chức năng. Dự phòng cấp III là tập hợp của các biện pháp nhằm làm giảm sự suy yếu, tàn tật và giảm thiểu những tổn thất do bệnh tật gây nên và tăng cường, khuyến khích sự tự điều chỉnh của người bệnh trong các trường hợp nan y. Dự phòng cấp III thường gặp khó khăn khi tách biệt với điều trị, bởi vì một trong những mục tiêu trọng tâm của việc điều trị các bệnh mạn tính là phòng ngừa bệnh tái phát.

Phục hồi chức năng đối với người bệnh bị bại liệt, đột quỵ, chấn thương, mù lòa và nhiều bệnh mạn tính khác là rất cần thiết để họ có khả năng tham gia vào cuộc sống hàng ngày của xã hội. Dự phòng cấp III giúp cải thiện tốt tình trạng sức khỏe và thu nhập cho người bệnh và gia đình. Một khía cạnh quan trọng của phòng bệnh cấp III đặc biệt với những người trẻ tuổi bị bệnh hoặc chấn thương là phục hồi khả năng làm việc và kiếm sống của họ. Nếu các hệ thống phúc lợi xã hội không hoạt động, thậm chí một giai đoạn tạm thời của bệnh tật có thể gây nên những khó khăn lớn về kinh tế cho cha mẹ và gia đình của người bệnh. Ví dụ: với bệnh truyền nhiễm thì dự phòng cấp III điều trị triệt để cho người bệnh là loại bỏ nguồn truyền nhiễm quan trọng, bảo vệ sức khỏe cộng đồng. Với chương trình phòng chống tai nạn thương tích thì dự phòng cấp 3 là dự phòng sau khi có tai nạn thương tích xảy ra với mục tiêu là làm giảm thiểu hậu quả sau khi tai nạn thương tích xảy ra. Thực hiện biện pháp điều trị với hiệu quả tối đa là điều kiện để giảm thiểu hậu quả của tai nạn thương tích, sự tàn tật và tử vong. Đồng thời các biện pháp phục hồi chức năng cũng giúp cho nạn nhân hồi phục một cách tối đa các chức năng của cơ thể.

2. NÂNG CAO SỨC KHỎE

2.1. Một số khái niệm

2.1.1. Truyền thông giáo dục sức khỏe

Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi người, là nhân tố cơ bản trong toàn bộ sự phát triển của xã hội. Có nhiều yếu tố tác động đến sức khỏe của mỗi người: Yếu tố xã hội, văn hoá, kinh tế, môi trường và yếu tố sinh học như di truyền, thể chất. Muốn có sức khỏe tốt phải tạo ra môi trường sống lành mạnh và đòi hỏi phải có sự tham gia tích cực, chủ động của mỗi cá nhân, gia đình và cộng đồng vào các hoạt động bảo vệ và nâng cao sức khỏe (NCSK). Đây mạnh công tác truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) là biện pháp quan trọng giúp mọi người dân có kiến thức về sức khỏe, bảo vệ và NCSK, từ đó có cách nhìn nhận vấn đề sức khỏe đúng đắn và hành động thích hợp vì sức khỏe.

“Truyền thông - giáo dục sức khỏe giống như giáo dục chung, là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của con người, nhằm nâng cao kiến thức, thay đổi thái độ và thực hành các hành vi lành mạnh để bảo vệ và NCSK cho cá nhân, gia đình và cộng đồng”.

Truyền thông giáo dục sức khỏe nói chung tác động vào 3 lĩnh vực: Kiến thức của con người về sức khỏe, thái độ của con người đối với sức khỏe, thực hành hay cách ứng xử của con người đối với bảo vệ và NCSK. Trong TT-GDSK chúng ta quan tâm nhiều đến những vấn đề là làm thế nào để mọi người hiểu được các yếu tố có lợi và yếu tố nào có hại cho sức khỏe, từ đó khuyến khích người dân các thực hành có lợi cho sức khỏe và từ bỏ các thực hành có hại cho sức khỏe. Trên thực tế do thiếu hiểu biết, nhiều hành vi có hại đến sức khỏe được người dân thực hành từ lâu, có thể trở thành những niềm tin, phong tục tập quán vì thế để thay đổi các hành vi này cần thực hiện TT-GDSK, thường xuyên, liên tục, bằng nhiều phương pháp khác nhau chứ không phải là công việc làm một lần là đạt được kết quả ngay. Để thực hiện tốt TT-GDSK đòi hỏi phải xây dựng chính sách, có kế hoạch lâu dài, có sự quan tâm đầu tư các nguồn lực thích đáng. Mục đích quan trọng cuối cùng của TT-GDSK là làm cho mọi người từ bỏ các hành vi có hại và thực hành các hành vi có lợi cho sức khỏe, đây là một quá trình lâu dài, cần phải tiến hành theo kế hoạch, kết hợp nhiều phương pháp khác nhau, với sự tham gia của ngành y tế và các ngành khác. Trong TT-GDSK chúng ta quan tâm nhiều đến vấn đề là làm thế nào để mọi người hiểu được các yếu tố nào có lợi và yếu tố nào có hại cho sức khỏe, từ đó khuyến khích, hỗ trợ nhân dân thực hành hành vi có lợi cho sức khỏe và từ bỏ các hành vi có hại cho sức khỏe.

2.1.2. Thông tin

Thông tin là quá trình chuyển đi các tin tức, sự kiện từ một nguồn phát tin tới đối tượng nhận tin. Thông tin cho các đối tượng là một phần quan trọng của TT-GDSK, nhưng TT-GDSK không chỉ là quá trình cung cấp các tin tức một chiều từ nguồn phát tin đến nơi nhận tin mà là quá trình tác động qua lại và có sự hợp tác giữ người TT-GDSK và đối tượng được TT-GDSK. Việc cung cấp các thông tin cơ bản, cần thiết về bệnh tật, sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng là bước quan trọng để tạo nên những nhận thức đúng đắn của cá nhân và cộng đồng về nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe. Các phương tiện thông tin đại chúng như đài, ti vi các ấn phẩm có vai trò quan trọng trong việc cung cấp thông tin, trong đó có sức khỏe, bệnh tật.

2.1.3. Tuyên truyền

Tuyên truyền là hoạt động cung cấp thông tin về một chủ đề sức khỏe, bệnh tật cụ thể nào đó, nhưng được lặp đi lặp lại nhiều lần, bằng nhiều hình thức như quảng cáo trên các phương tiện báo, đài, ti vi, pa nô áp phích, tờ rơi. Trong tuyên truyền, thông tin được chuyển đi chủ yếu là theo một chiều. Việc tuyên truyền rộng rãi những vấn đề sức khỏe bệnh tật ưu tiên trên các phương tiện thông tin đại là một bộ phận quan trọng trong chiến lược truyền thông giáo dục sức khỏe nói chung. Tuyên truyền qua quảng cáo có thể đưa lại kết quả tốt nhưng những thông điệp tuyên truyền liên quan đến sức khỏe phải được kiểm duyệt chặt chẽ để đảm bảo những thông điệp đó là đúng khoa học và có lợi cho sức khỏe, tránh những quảng cáo chỉ mang tính thương mại thuần túy, thiếu cơ sở khoa học đã được chứng minh và có thể có hại cho sức khỏe cộng đồng.

2.1.4. Nâng cao sức khỏe

Theo Hiến chương Ottawa – Canada- 1986, nâng cao sức khỏe (NCSK) được định nghĩa như sau:

“NCSK là quá trình giúp mọi người có đủ khả năng kiểm soát toàn bộ sức khỏe và tăng cường sức khỏe của họ. Để đạt được tình trạng hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất, tinh thần và xã hội, các cá nhân hay nhóm phải có khả năng hiểu biết và xác định các vấn đề sức khỏe của mình và biến những hiểu biết thành hành động để đối phó được với những thay đổi của môi trường tác động đến sức khỏe”. Tuyên ngôn Ottawa nhấn mạnh đến việc NCSK cần phải làm nhiều hơn chứ không chỉ là cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Đảm bảo hòa bình, nhà ở, giáo dục, cung cấp thực phẩm, tăng thu nhập, bảo vệ môi trường bền vững, công bằng xã hội, bình đẳng là tất cả các yếu tố cần thiết để đạt được sức khỏe. Thực hiện các nội dung này phải khuyến khích mọi người hành động vì sức khỏe thông qua những hoạt động chính trị, kinh tế, xã hội, văn hóa, môi trường, hành vi và các yếu tố sinh học.

Như vậy, TT-GDSK chỉ là một bộ phận của NCSK nhằm nâng cao những hành vi có lợi cho sức khỏe. Mặc dù vậy, thuật ngữ NCSK thường được dùng để nhấn mạnh những nỗ lực nhằm tạo ra hành vi sức khỏe trong một khung cảnh xã hội rộng lớn hơn. Cả NCSK và TT-GDSK đều có liên kết chặt chẽ với nhau, chúng thường được dùng thay cho nhau và trong nhiều hoàn cảnh được dùng chung với nhau. Theo quan niệm về NCSK thì sức khỏe được coi là nguồn lực của đời sống hàng ngày chứ không phải chỉ là mục tiêu sống. Sức khỏe là khái niệm tích cực nhấn mạnh đến khía cạnh nguồn lực của xã hội và của cá nhân. Vì thế, NCSK không chỉ là trách nhiệm của ngành y tế mà là trách nhiệm của mỗi cá nhân, mỗi cộng đồng dựa trên cơ sở là lối sống lành mạnh để mạnh khỏe.

2.2. Nội dung của nâng cao sức khỏe

Nâng cao sức khỏe gồm các nội dung sau:

1) Xây dựng chính sách công cộng lành mạnh: NCSK dựa trên hệ thống tổ chức chăm sóc sức khỏe phù hợp. Điều này có nghĩa là phải đưa sức khỏe vào chương trình hành động của các nhà hoạch định chính sách của tất cả các ngành ở mọi tuyến từ trung ương đến cơ sở. Những người có trách nhiệm trực tiếp xây dựng chiến lược, chính sách xã hội phải nhận ra tác động đến sức khỏe của các quyết định mà họ đưa ra và chấp nhận trách nhiệm của họ đối với các chính sách có ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân. Những chính sách NCSK có những tác động khác nhau nhưng là những giải pháp bổ sung cho nhau, bao gồm luật pháp, biện pháp tài chính, kinh tế, xã hội, thuế

quan và các thay đổi cấu trúc, tổ chức. Đó là các hoạt động phối hợp đa phương, dẫn đến NCSK và các chính sách xã hội góp phần thúc đẩy thực hiện cung cấp dịch vụ sức khỏe một cách công bằng. Các hoạt động liên kết, phối hợp góp phần đảm bảo an toàn cho sức khỏe, cung cấp thường xuyên các dịch vụ chăm sóc sức khỏe công cộng ngày càng tốt hơn, tạo ra môi trường trong sạch và lành mạnh cho NCSK của cá nhân và cộng đồng.

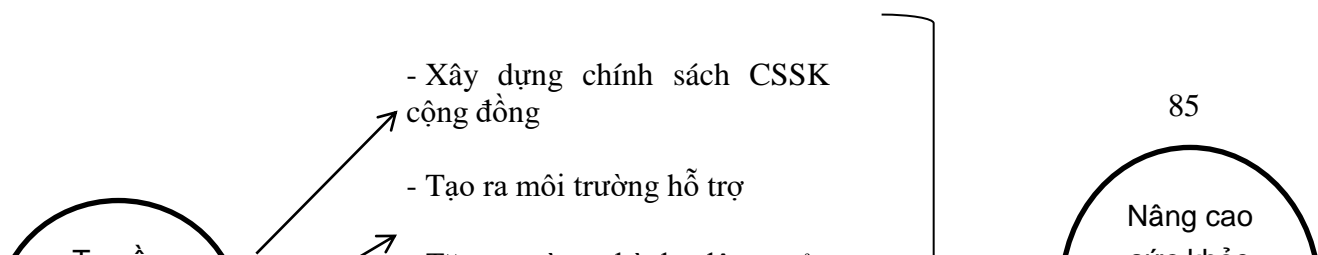
2) Tạo ra môi trường hỗ trợ: NCSK tạo ra điều kiện sống và làm việc an toàn, sinh động, đáp ứng nhu cầu phát triển kinh tế, xã hội và chăm sóc sức khỏe. Đánh giá có hệ thống về ảnh hưởng sức khỏe của các thay đổi môi trường (đặc biệt là trong lĩnh vực kỹ thuật, công nghệ, sản xuất năng lượng và quá trình đô thị hoá) là rất cần thiết và cần có các hành động tiếp theo để giải quyết những vấn đề mới phát sinh, đảm bảo lợi ích sức khỏe của người lao động và cả cộng đồng. Bảo vệ môi trường tự nhiên và xây dựng môi trường trong lành cũng như bảo tồn các nguồn tài nguyên môi trường thiên nhiên phải được nhấn mạnh trong các chiến lược NCSK.

3) Tăng cường các hành động của cộng đồng: Tăng cường hành động của cộng đồng là quá trình phát huy quyền lực, khai thác sức mạnh, tiềm năng của cộng đồng. Các cộng đồng có thể phát huy nguồn tài nguyên, tiềm lực riêng của mình, cũng như tự kiểm soát các nỗ lực và vận mệnh của cộng đồng. Phát triển của cộng đồng dựa vào nhân lực, nguồn tài nguyên hiện có để nâng cao khả năng tự lực tự cường, cộng với sự hợp tác, hỗ trợ của toàn xã hội, đồng thời phát triển một hệ thống cơ chế chính sách mềm dẻo để có thể tăng cường sự tham gia của các cá nhân, tổ chức vào các hoạt động xã hội mà trực tiếp là vào hoạt động chăm sóc sức khỏe.

4) Phát triển kỹ năng của mỗi người: Tăng cường sức khỏe hỗ trợ cho phát triển cá nhân và xã hội, thông qua việc cung cấp thông tin, giáo dục sức khỏe và mở rộng phát triển các kỹ năng sống lành mạnh cho mỗi người. Hỗ trợ phát triển kỹ năng sẽ làm tăng lên các điều kiện sẵn có, giúp mọi người có đủ điều kiện thực hành kiểm soát tình trạng sức khỏe, môi trường và lựa chọn các biện pháp NCSK phù hợp. Thúc đẩy mọi người học tập trong cuộc sống, chuẩn bị cho chính mình trong mọi giai đoạn cần thiết có thể đối phó với các bệnh tính, các chấn thương có thể xảy ra. Những vấn đề này được triển khai thực hiện tại trường học, tại nhà, tại nơi làm việc và ngay tại cộng đồng. Các chương trình hành động được yêu cầu thực hiện thông qua các cơ sở giáo dục, các tổ chức chuyên môn, thương mại và các tổ chức tự nguyện.

5) Định hướng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe: Trách nhiệm đối với NCSK được các cá nhân, nhóm cộng đồng, các nhà chuyên môn, cơ sở chăm sóc sức khỏe và chính quyền các cấp cùng chia sẻ. Họ phải cùng làm việc với nhau trong hệ thống chăm sóc sức khỏe và có trách nhiệm đóng góp vào sự nghiệp NCSK. Định hướng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cũng đòi hỏi sự quan tâm chú ý mạnh hơn đến các nghiên cứu về sức khỏe cũng như những thay đổi trong hệ thống giảng dạy và đào tạo chuyên môn để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe. Điều này dẫn đến thay đổi thái độ, quan điểm và tổ chức dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong đó tập trung vào chú trọng trước tiên vào các nhu cầu ưu tiên của cá nhân cũng như của các nhóm đối tượng trong cộng đồng.

Trong hoạt động NCSK thì TT-GDSK có vai trò quan trọng nhất. TT-GDSK có tác động đến nhiều hoạt động NCSK. Có thể tóm tắt mối liên quan giữa TT-GDSK và NCSK qua sơ đồ dưới đây:



Sơ đồ 1. Liên quan giữa TT-GDSK và nâng cao sức khỏe

2.3. Các nguyên tắc nâng cao sức khỏe

1. Sẵn sàng xem xét các vấn đề sức khỏe mới.
2. Huy động sự tham gia của cộng đồng.
3. Tính kế hoạch.
4. Quan tâm đến những yếu tố tác động bên ngoài.
5. Tính hệ thống.
6. Nhận thông tin.
7. Trách nhiệm.
8. Toàn diện
9. Nhiều chiến lược.
10. Phối hợp đa ngành.

Giáo dục và NCSK có tầm quan trọng đặc biệt trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu. GD&NCSK góp phần vào việc chăm sóc bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cá nhân và tập thể trong cộng đồng. Phương pháp và hình thức GD&NCSK phong phú và đa dạng nên mỗi một cán bộ y tế phải biết cách lựa chọn hình thức cho phù hợp với từng đối tượng cụ thể. GD&NCSK là một công tác khó làm, vì vậy người làm GD&NCSK cần phải tuân theo các nguyên tắc để công tác GD&NCSK đạt được hiệu quả cao nhất.

2.4. NCSK cho cá nhân và gia đình thông qua TT-GDSK

2.4.1 Những gánh nặng bệnh tật do lối sống đem lại

- Hàng năm có khoảng 524.000 trường hợp tử vong do 9 bệnh mạn tính mà các yếu tố nguy cơ như khói thuốc lá có thể can thiệp được.
- Có 5 yếu tố nguy cơ chủ yếu chiếm 90% được xếp theo thứ tự giảm dần: hút thuốc lá, béo phì, ít luyện tập thường xuyên, tăng cholesterol máu và tăng huyết áp.
- Giảm các yếu tố nguy cơ sẽ tăng tuổi thọ từ 3-5 năm, như vậy lối sống lành mạnh có ý nghĩa lớn trong việc kéo dài tuổi thọ.

2.4.2 Tác động của một số thói quen không có lợi cho sức khỏe

2.4.2.1 Hút thuốc lá

Tác hại của thuốc lá: Thuốc lá là tác nhân gây tử vong đáng kể nhất hiện nay: 600.000 người tử vong/năm do hút thuốc lá thụ động (theo WHO), trong đó trẻ em là đối tượng bị tiếp xúc với khói thuốc nhiều hơn bất cứ nhóm tuổi khác. Mỗi năm có khoảng 165.000 trẻ em tử vong vì loại khói thuốc độc hại này. Có khoảng 25 bệnh mạn tính nguy hiểm liên quan đến thuốc lá: các bệnh ung thư, tim mạch và bệnh đường hô hấp

Tác động của việc hút thuốc lá:

- Thư giãn
- Chống stress
- Dễ tập trung
- Tạo phong thái tự tin
- Giống như những người khác

Tác nhân gây bệnh trong điều thuốc:

Hiện đã xác định có hơn 4000 chất độc hại và 69 chất gây ung thư:

- Nicotine: gây nghiện, lưu thông nhanh vào máu và tác động đến hệ thần kinh, tim mạch. Nicotine là chất hướng thần kinh có đặc điểm rất dễ gây nghiện do:
 - ✓ Dược động học đặc biệt
 - ✓ Gắn lên thụ thể nicotine của hệ thần kinh trung ương
 - ✓ Gây các hiệu ứng tâm thần kinh

Tác dụng của nicotine:

Đủ liều nicotine	Giảm nicotine đột ngột
An thần	Mất ngủ
Sảng khoái, yêu đời	Trầm cảm, hưng phấn
Thư giãn	Cáu gắt
Tăng mức độ thức tỉnh	Bứt rứt, lo âu
Tăng tập trung chú ý	Khó tập trung
Tăng hiệu quả hoạt động trí óc	Ốn lạnh, sốt
Giảm cân nặng	Thèm ăn

- Monoxyde carbone: nguyên nhân gây xơ vữa động mạch, làm giảm hàm lượng oxy, lưu thông vào máu nhanh gắn vào Hemoglobine gấp 20 lần so với oxy
- Goudron: chất gây tổn thương tiền ung thư
- Chất kích thích: Aldehyde, acrolene, Phenol
- Chất gây viêm mạn tính niêm mạc hô hấp:

Tác động của thuốc lá:

- Hơi nóng trực tiếp sinh ra khi đốt điều thuốc
- Khói thuốc thâm nhập vào đường hô hấp
- Độc chất thâm nhập qua mao mạch phế nang lưu thông vào máu

- Riêng người hút thuốc lá thụ động, do khói thuốc tồn tại trong không khí hơn 2 giờ nên người làm việc trong môi trường này liên tục hít khói thường xuyên, ước tính tương đương người hút 5 điếu/ngày

Hút thuốc và mang thai:

- Suy giảm chức năng sinh sản cả nam và nữ
- Tăng nguy cơ thai ngoài tử cung
- Tăng nguy cơ nhau bám thấp, vỡ ối sớm, thai phát triển chậm, chết lưu
- Quái thai
- Phụ nữ ngừng hút thuốc trước hoặc trong 3 tháng đầu giảm đáng kể nguy cơ cho con. ¼ trẻ em trọng lượng thấp phòng ngừa được nếu mẹ bỏ thuốc lá khi mang thai

Hút thuốc ở người lớn: tăng nguy cơ tim mạch, hô hấp và ung thư

Hút thuốc và trẻ em: Hút thuốc lá thụ động tăng nguy cơ mắc các bệnh viêm đường hô hấp trên, viêm tiểu phế quản, hen

Khi ngừng hút thuốc lá:

- Sau 20 phút: HA và mạch trở về bình thường, tuần hoàn máu tốt hơn nhất là ở chân và tay
- Sau 8 giờ: Mức độ oxy trong máu trở về bình thường, nguy cơ cơn suy tim giảm xuống
- Sau 24 giờ: Hết khí CO, phổi bắt đầu sạch nước nhày và chất cặn
- Sau 48h: Cơ thể hết nicotine, có cảm giác ngon miệng, nùi vị tốt hơn
- Sau 72h: Hô hấp tốt hơn
- Sau 12 tuần: Tuần hoàn cơ thể tốt hơn
- Sau 3-9 tháng: Hiệu suất của phổi tăng thêm 5-10%, các vấn đề hô hấp biến mất
- Sau 5 năm: Nguy cơ suy tim của bạn bằng nửa người hút thuốc
- Sau 10 năm: Nguy cơ ung thư phổi bằng nửa người hút thuốc
- Sau 15 năm: nguy cơ suy tim của bạn bằng những người chưa từng hút thuốc

1.4.2.2. Lối sống ít vận động và tập thể dục

Ảnh hưởng đến sức khỏe:

- + Lối sống ít vận động sẽ làm tăng nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân. Tập thể dục có thể kéo dài cuộc sống thêm 2 năm và giảm 1/3 số tử vong do bệnh mạch vành
- + Lợi ích khác: mang lại sức khỏe và tinh thần tốt hơn, giảm nguy cơ gãy cổ xương đùi và mắc đái tháo đường

TÁC DỤNG CỦA TẬP THỂ DỤC	
Hệ thống bị tác động	Tác dụng
Tim mạch	- Thay đổi quan trọng nhất là cải thiện cân bằng giữa nhu cầu oxy và cung cấp oxy cho cơ tim bằng việc giảm nhịp tim, giảm huyết áp, tăng cung cấp máu đến cơ tim và tăng thể tích tâm thu. Tăng tiêu sợi huyết và giảm kết tụ tiểu cầu, giảm độ nhạy cảm với catecholamin, giảm kháng Insulin cũng góp phần vào việc giảm tử vong và bệnh tật liên quan đến mạch vành.

	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng kích cỡ cơ tim, tăng sự co bóp của tim và tăng kích cỡ các buồng tim - Có khả năng giảm nguy cơ loạn nhịp thất gây tử vong do thiếu máu cục bộ, ngưỡng rung cao và giảm đáp ứng của Adrenalin chống lại stress - Giảm HA tâm thu xuống 3-11mmHg, giảm HA tâm trương xuống 3-8mmHg tùy thuộc vào HA ban đầu - Tăng thể tích máu
Lipid và máu	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng lipoprotein tỷ trọng cao (5-15%), có khả năng giảm LDL, giảm tỉ lệ cholesterol toàn phần/HDL - Giảm kết dính tiểu cầu - Tăng tiêu sợi huyết
Chứng béo phì và insulin	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng độ nhạy của Insulin và giảm sự kháng Insulin - Giảm béo phì, đặc biệt là béo phì trung tâm
Phổi	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng dung tích chức năng và giảm thể tích khí cặn - Tăng khuếch tán
Xương và cơ	<ul style="list-style-type: none"> - Tăng khối xương, có thể làm chậm sự giảm mật độ xương ở PN theo tuổi - Tăng khối cơ

- Tập thể dục điều độ có tác dụng tốt về mặt tinh thần.
- Đối với người già, hay lo lắng và ít vận động, thể dục làm tăng sự khỏe mạnh, giảm căng thẳng và lo âu, giảm trầm cảm, giảm lú lẫn, tăng khả năng quan sát, linh hoạt
- Tập thể dục cũng giảm căng thẳng và lo lắng đối với cộng đồng nói chung

Tư vấn để tăng tập thể dục

Mọi người lớn tuổi đều nên tập thể dục tối thiểu 30 phút mỗi ngày ở mức độ vừa phải. Có thể chia thành các khoảng ngắn hơn (10 phút mỗi lần)

Nghiệm pháp gắng sức trước khi tập luyện:

Những người có yếu tố nguy cơ về tim mạch cần làm nghiệm pháp gắng sức trước khi tập luyện

≤ 40 tuổi + 2 yếu tố nguy cơ

≥ 41 tuổi + 1 yếu tố nguy cơ

1.4.2.3. Dinh dưỡng

- + Nhu cầu calo
- + Chất béo
- + Chất xơ
- + Vitamin và khoáng chất

1.4.2.4. Uống rượu bia quá mức

Ảnh hưởng của rượu bia: Rượu gây tổn thương nhiều cơ quan như tim mạch, tiêu hóa, thần kinh, tâm thần,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Evan W. Kligman và Frank A.Hale- Nguyễn Phương Liên (2004), “Dự phòng bệnh tật”, Y học gia đình các nguyên lí và thực hành, nhà xuất bản Y học.
2. Richard Kent Zimmerman- Nguyễn Phương Liên (2004), “Nâng cao sức khỏe”, Y học gia đình các nguyên lí và thực hành, nhà xuất bản Y học.
3. Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh (2012). Y học gia đình, Nhà xuất bản Y học.

BÀI 10. QUẢN LÝ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ SỨC KHỎE

Mục tiêu:

1. Phân tích được các yếu tố nguy cơ sức khỏe
2. Trình bày được nguyên tắc và nội dung quản lý một số yếu tố nguy cơ sức khỏe.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2004, Tổ chức Y tế Thế giới đã công bố 24 yếu tố nguy cơ sức khỏe toàn cầu và 234 bệnh có liên quan, theo đó có thể gây ra 44% các ca tử vong trên toàn cầu và 34% gánh nặng bệnh tật. Năm yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra tử vong trên thế giới bao gồm: tăng huyết áp, hút thuốc lá, đường huyết cao, ít vận động và thừa cân/béo phì. Những yếu tố này cũng đồng thời làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tính, như bệnh tim và ung thư. Năm yếu tố nguy cơ này ảnh hưởng đến tất cả các quốc gia: thu nhập cao, thu nhập trung bình và thu nhập thấp. Dựa trên chỉ số đo lường gánh nặng bệnh tật, hoặc năm sống khỏe mạnh mất đi (chỉ số DALYs), Tổ chức Y tế thế giới đã xác định những nguy cơ hàng đầu gây ra gánh nặng bệnh tật trên thế giới bao gồm: suy dinh dưỡng, quan hệ tình dục không an toàn, sử dụng rượu và nước không an toàn, vệ sinh môi trường và vệ sinh thực phẩm, đặc biệt ảnh hưởng nhiều đến các nước có thu nhập thấp, như các khu vực Đông Nam Á và châu Phi.

Hiểu rõ vai trò của các yếu tố nguy cơ và tầm quan trọng của việc kiểm soát yếu tố nguy cơ là vấn đề then chốt để nâng cao và cải thiện sức khỏe cộng đồng.

1. YẾU TỐ NGUY CƠ SỨC KHỎE

1.1 Khái niệm

Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa: “Yếu tố nguy cơ là bất kỳ 1 thuộc tính (trong con người đó), hoặc 1 đặc điểm (giới, tuổi), hoặc sự tiếp xúc (tác động từ bên ngoài) của một chủ thể làm tăng khả năng phát triển thành bệnh hoặc chấn thương.

Theo nghĩa rộng hơn, yếu tố nguy cơ là các vấn đề xã hội, kinh tế, sinh học, hành vi hoặc môi trường có liên quan, thông qua mối quan hệ nhân quả, làm tăng khả năng mắc bệnh, tăng tính tổn thương đến sức khỏe hoặc thương tích.

1.2. Các yếu tố nguy cơ sức khỏe toàn cầu (WHO - 2004)

Năm 2004, Tổ chức Y tế thế giới đã đưa ra 24 yếu tố nguy cơ sức khỏe toàn cầu và 234 bệnh có liên quan, xếp theo 6 nhóm dưới đây:

1.2.1. Suy dinh dưỡng mẹ và trẻ em

1. Nhẹ cân

Nhẹ cân có nguy cơ gây ra các bệnh nhiễm khuẩn, suy dinh dưỡng ở trẻ em; ở người lớn gây ra đẻ non, đẻ nhẹ cân. Khoảng một phần ba các bệnh tiêu chảy, sỏi, sốt rét và các nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới ở trẻ em là do thiếu cân. Trong số 2,2 triệu trẻ em tử vong do thiếu cân trên toàn cầu trong năm 2004, gần một nửa, hoặc 1,0 triệu trẻ, xảy ra trong khu vực của châu Phi, và hơn 800.000 trong khu vực Đông Nam Á.

2. Thiếu chất khoáng

Thiếu chất khoáng có nguy cơ gây ra nhiều bệnh, trong đó đặc biệt quan trọng là thiếu máu do thiếu sắt. Ước tính có khoảng 41% phụ nữ mang thai và 27% trẻ em mầm non trên toàn thế giới bị thiếu máu do thiếu sắt.

Thiếu máu, thiếu sắt làm giảm trí thông minh; nó cũng có thể dẫn đến chậm phát triển và khuyết tật. Khoảng 18% tử vong mẹ ở các nước thu nhập thấp và trung bình - gần 120.000 người chết - là do thiếu sắt. 40% tổng số gánh nặng toàn cầu do thiếu sắt xảy ra ở khu vực châu Á, khu vực Đông Nam và các khu vực châu Phi

3. Thiếu vitamin A

Thiếu vitamin A gây nguy cơ đẻ non, đẻ thiếu cân, đặc biệt quan trọng là gây mù lòa ở trẻ em. Khoảng 33% trẻ em trên thế giới bị thiếu hụt vitamin A (retinol huyết thanh <0,70 mmol/l), chủ yếu ở Đông Nam Á và châu Phi.

4. Thiếu kẽm

Thiếu kẽm làm tăng nguy cơ tiêu chảy, sốt rét và viêm phổi, cao nhất là khu vực Đông Nam Á và Châu Phi. Đối với trẻ em dưới 5 tuổi, thiếu kẽm được ước tính gây ra 13% các bệnh nhiễm trùng đường hô hấp dưới (chủ yếu là viêm phổi và cúm), 10% sốt rét và 8% của tiêu chảy trên toàn thế giới.

5. Nuôi con bằng sữa mẹ dưới mức tối ưu

Ở các nước đang phát triển, chỉ có 24-32% trẻ sơ sinh được bú sữa mẹ trung bình 6 tháng, và tỷ lệ này thấp hơn nhiều ở các nước phát triển.

Cho con bú làm giảm nguy cơ của nhiều bệnh nhiễm trùng sơ sinh, nhiễm trùng đường hô hấp dưới cấp tính và tiêu chảy ở trẻ dưới 23 tháng. Con bú sữa mẹ không tối ưu gây ra 45% các ca tử vong nhiễm trùng sơ sinh, 30% các ca tử vong tiêu chảy và 18% các ca tử vong hô hấp cấp tính ở trẻ em dưới 5 tuổi.

1.2.2. Yếu tố nguy cơ liên quan hoạt động thể lực và dinh dưỡng khác

6. Tăng huyết áp

Huyết áp tăng làm thay đổi cấu trúc của các động mạch, hậu quả: làm tăng nguy cơ đột quỵ, bệnh tim, suy thận và các bệnh khác.

7. Mỡ máu cao

Cholesterol làm tăng nguy cơ bệnh tim, đột quỵ và các bệnh tim mạch khác. Trên toàn cầu, một phần ba số bệnh tim là do cholesterol trong máu cao.

8. Đái tháo đường

Trên toàn thế giới, 6% các ca tử vong là do lượng đường trong máu cao, với 83% các ca tử vong xảy ra ở các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình. Đường trong máu tăng gây ra các ca tử vong do bệnh đái tháo đường, 22% bệnh tim thiếu máu cục bộ và 16% các ca tử vong do đột quỵ.

9. Thừa cân, béo phì

WHO ước tính rằng, trong năm 2005, hơn 1 tỷ người trên thế giới bị thừa cân (BMI \geq 25) và hơn 300 triệu người béo phì (BMI \geq 30). Thừa cân và béo phì làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh tim, mạch vành, đột quỵ thiếu máu cục bộ và bệnh đái tháo đường type 2, cũng như những nguy cơ của ung thư vú, đại tràng, tuyến tiền liệt và các cơ quan khác. Thừa cân góp phần vào viêm xương khớp - một nguyên nhân chính của tình trạng

khuyết tật. Trên toàn cầu, 44% gánh nặng bệnh đái tháo đường, 23% gánh nặng bệnh tim thiếu máu cục bộ và 7-41% gánh nặng bệnh ung thư có liên quan đến thừa cân và béo phì. Tại Đông Nam Á và châu Phi, 41% số ca tử vong do thừa cân và béo phì xảy ra dưới 60 tuổi, so với 18% ở các nước có thu nhập cao.

10. Ăn ít rau và hoa quả

Khoảng 1,7 triệu người (2,8%) tử vong trên toàn thế giới là do ăn ít trái cây và rau. Trên toàn thế giới, ăn ít trái cây và rau quả ước tính gây 14% tử vong do ung thư dạ dày ruột, khoảng 11% số ca tử vong do bệnh tim thiếu máu cục bộ và khoảng 9% số ca tử vong do đột quy.

11. Không hoạt động thể lực

Ít hoạt động thể lực được coi là yếu tố nguy cơ tử vong thứ tư trên thế giới (6%). Nó được ước tính gây ra khoảng 21-25% ung thư vú và ung thư đại tràng, 27% bệnh đái tháo đường và khoảng 30% bệnh tim thiếu máu cục bộ.

1.2.3. Sử dụng chất gây nghiện

12. Hút thuốc lá

Hút thuốc làm gia tăng đáng kể nguy cơ tử vong do ung thư phổi và các bệnh ung thư khác, bệnh tim, đột quy, bệnh hô hấp tính. Trên toàn thế giới, hút thuốc lá gây ra khoảng 71% ung thư phổi, 42% các bệnh hô hấp tính và gần 10% bệnh tim mạch. Hút thuốc lá gây ra 12% các ca tử vong nam và 6% các ca tử vong phụ nữ trên thế giới. Thuốc lá gây ra ước tính khoảng 5,1 triệu ca tử vong trên toàn cầu vào năm 2004. Ở Ấn Độ, 11% các ca tử vong ở nam giới trong độ tuổi từ 30-59 năm là do hút thuốc lá.

13. Uống rượu, bia

Trên thế giới, rượu gây hại nhiều đến nam giới (6,0% các ca tử vong) so với nữ giới (1,1% các ca tử vong). Bên cạnh những thiệt hại trực tiếp về sức khỏe do nghiện rượu, rượu gây ra cho khoảng 20% các ca tử vong do tai nạn xe cơ giới, 30% các ca tử vong do ung thư thực quản, ung thư gan, động kinh và giết người, và 50% số ca tử vong do bệnh xơ gan.

14. Sử dụng ma túy trái phép

Gánh nặng của việc sử dụng ma túy bất hợp pháp gây nhiều hậu quả: nghiện, nhiễm HIV, tai nạn thương tích.

1.2.4. Sức khỏe sinh sản và tình dục

15. Tình dục không an toàn

Năm 2004, quan hệ tình dục không an toàn được ước tính gây ra 99% trường hợp nhiễm HIV ở Châu Phi - khu vực duy nhất mà phụ nữ nhiễm HIV nhiều hơn nam giới. Ở những nơi khác, tỷ lệ tử vong do HIV/AIDS do quan hệ tình dục không an toàn dao động từ khoảng 50% (ở các quốc gia thu nhập thấp và thu nhập trung bình của khu vực Tây Thái Bình Dương) đến 90% (ở các nước thu nhập thấp và thu nhập trung bình của các nước châu Mỹ). HIV/AIDS gây hậu quả nặng nề: tuổi thọ trung bình ở khu vực châu Phi là 49 tuổi vào năm 2004 (nếu không mắc AIDS tuổi thọ trung bình sẽ là 53).

16. Nhu cầu tránh thai không được đáp ứng

Không sử dụng, sử dụng không hiệu quả các phương pháp tránh thai làm tăng nguy cơ mang thai ngoài ý muốn và dẫn đến hậu quả phá thai không an toàn. Các quốc gia ở châu Phi, Đông Nam Á có gánh nặng bệnh tật cao nhất do thiếu biện pháp tránh thai - chiếm khoảng 0,5% các ca tử vong.

1.2.5. Yếu tố nguy cơ môi trường

17. Nước bẩn, vệ sinh kém

Hầu hết các trường hợp tử vong tiêu chảy trên thế giới (88%) là do nước không an toàn, vệ sinh môi trường kém. Nhìn chung, hơn 99% các ca tử vong ở các nước đang phát triển, và khoảng 84% trong số đó xảy ra ở trẻ em.

18. Ô nhiễm không khí đô thị ngoài trời

Các ngành công nghiệp, xe hơi và xe tải phát ra hỗn hợp các chất gây ô nhiễm không khí có hại cho sức khỏe. Trên toàn thế giới, ô nhiễm không khí ước tính gây ra khoảng 8% các ca tử vong ung thư phổi, 5% các ca tử vong tim mạch và khoảng 3% các ca tử vong nhiễm trùng hô hấp.

19. Khói trong nhà từ nhiên liệu rắn

Hơn một nửa dân số thế giới vẫn nấu ăn bằng gỗ, phân, than đá hoặc chất thải nông nghiệp trên bếp. Sử dụng nhiên liệu rắn dẫn đến rủi ro cao với khói trong nhà và nguy cơ sức khỏe liên quan đến phụ nữ và trẻ em.

Sử dụng nhiên liệu rắn có chứa một loạt các chất có hại, chất gây ung thư từ các hạt vật chất nhỏ, tất cả đều gây hại cho phổi. Trên toàn thế giới, khói từ nhiên liệu rắn gây ra khoảng 21% các ca tử vong do nhiễm trùng đường hô hấp dưới, 35% các ca tử vong do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và khoảng 3% tử vong do ung thư phổi. Trong số những người chết, khoảng 64% xảy ra ở các nước có thu nhập thấp, đặc biệt là ở khu vực Đông Nam Á và châu Phi.

20. Tiếp xúc chì

Tiếp xúc với chì trong giai đoạn mang thai và trong thời thơ ấu làm giảm trí thông minh của trẻ nhỏ (IQ), với người lớn nó làm tăng huyết áp. Khi xăng pha chì vẫn được sử dụng, có thể gây ra mối đe dọa, chủ yếu là cho trẻ em ở các nước đang triển. Nhìn chung, 98% người lớn và 99% trẻ em bị ảnh hưởng bởi việc tiếp xúc với chì thuộc về các quốc gia thu nhập thấp và thu nhập trung bình.

21. Biến đổi khí hậu toàn cầu

Biến đổi khí hậu được ước tính gây ra 3% tiêu chảy, 3% bệnh sốt rét và sốt xuất huyết, 3,8% trường hợp tử vong do sốt trên toàn thế giới trong năm 2004.

22. Rủi ro nghề nghiệp

Nhìn chung, hơn 350.000 công nhân tử vong mỗi năm do tai nạn lao động không chủ ý. Hơn 90% gánh nặng chấn thương xảy ra ở đàn ông làm việc trong khu Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Ở nam giới trong độ tuổi từ 15-59 năm, 8% tổng gánh nặng thương tích không chủ ý là do tai nạn lao động ở các nước thu nhập cao, và 18% ở các nước có thu nhập thấp và trung bình.

Ít nhất 150 tác nhân hóa học và sinh học trong lao động có thể gây ra bệnh ung thư, mặc dù bệnh ung thư nghề nghiệp có thể ngăn ngừa được thông qua loại bỏ, thay thế

các vật liệu an toàn, quy trình và hệ thống thông gió. Trên thế giới, ung thư phổi là phổ biến nhất của ung thư nghề nghiệp.

1.2.6. Yếu tố nguy cơ khác

23. Tiêm chằm sóc sức khoẻ không an toàn

WHO ước tính hàng năm có tới 21 triệu ca nhiễm viêm gan B, 2 triệu ca nhiễm viêm gan C và 260.000 trường hợp nhiễm HIV/AIDS có thể do tái sử dụng kim tiêm và kim tiêm không khử trùng.

24. Lạm dụng tình dục trẻ em

Tổ chức Y tế Thế giới (năm 2002) ước tính có 73 triệu trẻ em trai và 150 triệu trẻ gái dưới 18 tuổi bị bạo lực tình dục với hình thức khác nhau. Một nghiên cứu được thực hiện trong năm 2009 đã phân tích dựa trên 65 nghiên cứu ở 22 quốc gia và ước tính một "con số quốc tế tổng thể". Các phát hiện chính của nghiên cứu là: Ước tính 7,9% nam giới và 19,7% nữ giới bị lạm dụng tình dục trước khi 18 tuổi; Tỷ lệ cao nhất đã được thấy ở Châu Phi (34,4%); Châu Âu, Châu Mỹ và Châu Á có tỷ lệ là 9,2%, 10,1% và 23,9%.

1.3. Yếu tố nguy cơ đối với một số bệnh mạn tính

Tổ chức Y tế Thế giới đã xác định một số yếu tố nguy cơ chính gây bệnh mạn tính; theo đó béo phì có nguy cơ gây ra cả 5 bệnh mạn tính, rượu và thuốc lá có nguy cơ gây ra 4 bệnh mạn tính, ít hoạt động thể lực và dinh dưỡng có nguy cơ gây ra 3 bệnh mạn tính.

Yếu tố nguy cơ	Tim mạch	Đái tháo đường	Ung thư	COPD	Bệnh miệng	răng
Thuốc lá	x		x	x	x	
Rượu	x	X	x		x	
Ít hoạt động thể lực	x	X	x			
Dinh dưỡng	x	X	x			
Béo phì	x	X	x	x	x	
Tăng huyết áp	x	X				
Ăn chất béo/ Lipid máu	x	X	x			
Đường máu	x	X	x			

2. QUẢN LÝ YẾU TỐ NGUY CƠ SỨC KHOẺ

2.1 Nguyên tắc quản lý yếu tố nguy cơ sức khỏe

Quản lý yếu tố nguy cơ sức khỏe phải đảm bảo các nguyên tắc sau:

- Phát hiện, đánh giá yếu tố nguy cơ: cán bộ y tế cần chỉ ra cho người bệnh biết họ có những yếu tố nguy cơ sức khỏe nào và mức độ của nguy cơ đó (nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình, nguy cơ cao).

- Tư vấn, giáo dục cho người bệnh về nguy cơ gây bệnh: Giải thích cho người bệnh biết về khả năng gây ra các bệnh lý của yếu tố nguy cơ mà họ đang có (kể cả những người đã loại bỏ được yếu tố nguy cơ).
- Tư vấn can thiệp: Tư vấn cho người bệnh làm thế nào để họ có thể loại bỏ hoặc giảm yếu tố nguy cơ.
- Hỗ trợ, giám sát quá trình can thiệp kiểm soát yếu tố nguy cơ của người bệnh.
- Thúc đẩy cải thiện các yếu tố ảnh hưởng sức khỏe theo hướng tích cực (tốt cho sức khỏe): vận động chính sách, gia đình, cộng đồng,...
- Sàng lọc phát hiện sớm các bệnh liên quan đến yếu tố nguy cơ.

2.2. Nội dung quản lý một số yếu tố nguy cơ sức khỏe

Phần lớn các yếu tố nguy cơ sức khỏe muốn quản lý được đòi hỏi phải có sự tham gia của cả hệ thống chính trị, hoặc của cả cộng đồng, ví dụ: yếu tố nguy cơ ô nhiễm không khí, môi trường, nước bẩn.... Tuy nhiên, một số yếu tố nguy cơ liên quan đến hành vi cá nhân có thể quản lý được với sự quyết tâm của cá thể cùng với sự hướng dẫn, hỗ trợ, can thiệp của cán bộ y tế.

Hầu hết các bệnh không lây là hậu quả của bốn yếu tố nguy cơ chính liên quan đến hành vi (sử dụng thuốc lá, ít vận động, thừa cân/béo phì và việc sử dụng có hại của rượu). Chính vì vậy, quản lý yếu tố nguy cơ là biện pháp quan trọng để dự phòng các bệnh mạn tính.

2.2.1 Quản lý yếu tố thừa cân béo phì

2.2.1.1 Phát hiện thừa cân, béo phì

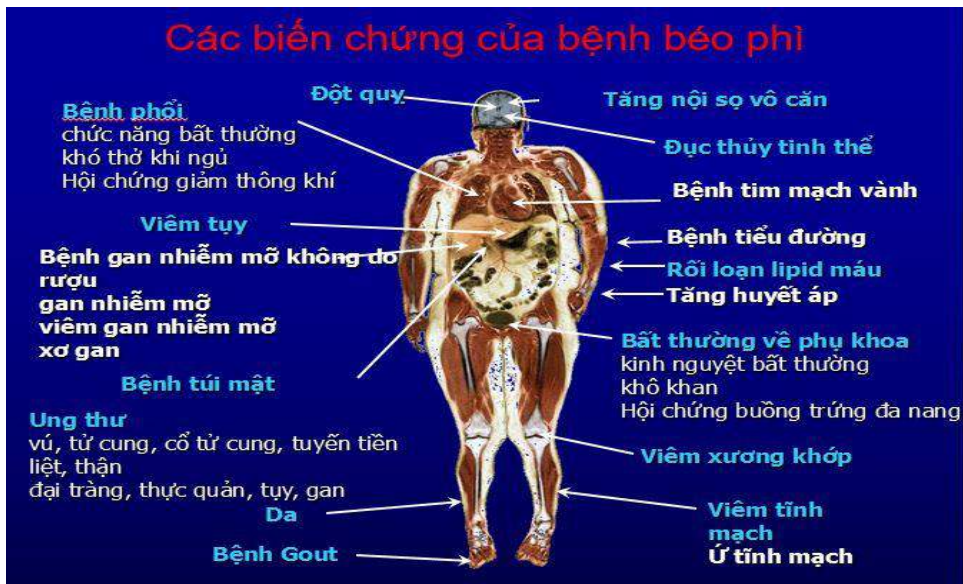
Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa: thừa cân, béo phì là tình trạng tích lũy mỡ quá mức và không bình thường tại một vùng cơ thể hay toàn thân đến mức ảnh hưởng tới sức khỏe. Thừa cân, béo phì được tính theo chỉ số khối cơ thể (BMI):

$$\text{BMI} = \text{Trọng lượng cơ thể (kg)} / \text{chiều cao (m)}^2$$

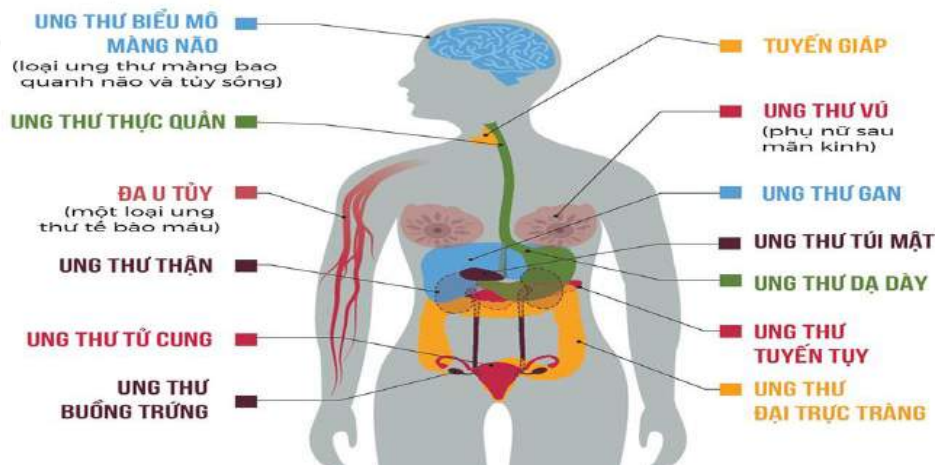
Tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường Đông Nam Á năm 2001:

- + Thiếu cân: BMI < 18,5
- + Bình thường: BMI từ 18,5 - 22,9
- + Thừa cân: BMI từ 23 - 24,9
- + Béo phì độ I: BMI từ 25 - 29,9
- + Béo phì độ II: BMI \geq 30

2.2.1.2 Nguy cơ gây bệnh của thừa cân/béo phì



13 LOẠI UNG THƯ CÓ LIÊN QUAN ĐẾN THỪA CÂN VÀ BÉO PHÌ



2.2.1.3. Tư vấn, giáo dục giảm cân

- Lượng calo ăn vào cân bằng lượng calo tiêu thụ
- Chế độ ăn ít calo (nhu cầu 1 ngày khoảng 2000 - 2500 Kcalo đối với 1 người bình thường, nặng 50 kg)
- Hạn chế sử dụng thực phẩm chứa nhiều lipid như mỡ, bơ, dầu thực vật, hạt có dầu....;
- Chọn thực phẩm ít calo như rau, quả, một số loại củ.
- Hoạt động thể lực: Có vai trò tiêu thụ calo, giúp giảm cân.
- Dùng thuốc: gây cảm giác no, hạn chế thèm ăn

2.2.2 Quản lý yếu tố ít hoạt động thể lực

Tổ chức Y tế thế giới định nghĩa: hoạt động thể lực là bất kỳ chuyển động nào được thực hiện bởi cơ xương gây ra tăng tiêu thụ năng lượng. Hoạt động thể lực bao gồm: lao động hằng ngày, hoạt động thể chất, giải trí, tập thể dục. Tư vấn, giáo dục về hoạt động thể lực bao gồm:

2.2.2.1 Lợi ích hoạt động thể lực:

Thể lực tốt hơn (cơ bắp, cơ tim, sức mạnh của xương)
Tạo sức bền bỉ
Kiểm soát tốt hơn về trọng lượng
Giảm nguy cơ loãng xương và viêm khớp
Giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch (giảm huyết áp, mỡ máu)
Giảm mắc bệnh động mạch vành
Giảm nguy cơ một số ung thư
Giảm căng thẳng và tăng sự tự tin
Tăng mức năng lượng và cảm giác khỏe khoắn
Cải thiện chất lượng cuộc sống
Cải thiện chất lượng giấc ngủ
Cải thiện sự nhạy cảm insulin và vì vậy kiểm soát đường huyết tốt hơn
Làm tăng việc sử dụng glucose
Làm giảm sự sản sinh glucose từ gan

2.2.2.2 Mức độ hoạt động thể lực:

Hoạt động thể lực nhẹ: Đi bộ, dọn nhà, chơi Golf, đi săn... 1 phút hoạt động thể lực nhẹ tiêu thụ 4 kcal.

Hoạt động thể lực trung bình: Giải trí các môn xe đạp, chạy, bơi, tennis, Joking... 1 phút hoạt động thể lực trung bình tiêu thụ 8 kcal.

Hoạt động thể lực nặng: Chuyên nghiệp các môn xe đạp, chạy, bơi, tennis, Joking... 1 phút hoạt động thể lực nặng tiêu thụ 16 kcal.

Nhịp tim khi hoạt động thể lực nên được duy trì từ 60 đến 85% nhịp tim tối đa. Người không chuyên nghiệp chỉ nên giữ cho nhịp tim đạt 60% tối đa, 70% cho người đã quen luyện tập và 85% cho những chuyên gia thể thao. Nhịp tim tối đa khi hoạt động thể lực/1 phút = $220 - \text{độ tuổi (năm)}$

Ví dụ: $220 - 55 (\text{tuổi}) = 165$ nhịp/1 phút.

2.2.2.3 Thời gian hoạt động thể lực

Tổ chức y tế thế giới (2018) khuyến cáo thời gian hoạt động thể lực nên ít nhất 150 phút/tuần, đều đặn trong các ngày. Mức độ hoạt động thể lực phụ thuộc vào nhu cầu giảm calo, độ tuổi và tình trạng bệnh của từng cá thể.

2.2.2.4 Đối tượng cần hoạt động thể lực:

Tất cả mọi người đều cần phải hoạt động thể lực, trừ một số trường hợp bệnh lý nặng. Trẻ em cần hoạt động thể lực nhiều hơn.

2.2.3 Quản lý yếu tố hút thuốc lá

2.2.3.1 Nguy cơ gây bệnh của thuốc lá

Theo báo cáo của WHO, hút thuốc lá có thể gây ra 23 bệnh lý liên quan, trong đó đáng kể nhất là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, các loại ung thư và bệnh tim mạch.

2.2.3.2 Tư vấn cai thuốc lá

a/ Giai đoạn “có ý định” – “chuẩn bị”

Phân tích “lợi – hại” của hút/cai thuốc lá

So sánh: “ích lợi” của cai thuốc nhiều hơn “ích lợi” của hút thuốc; “tác hại” của hút thuốc nhiều hơn “tác hại” của cai thuốc

Tạo môi trường thuận lợi cho cai thuốc lá: hỗ trợ, giúp đỡ, chia sẻ của người thân

b/ Giai đoạn cai: Giải pháp cho các tình huống như sau

	TÌNH HUỐNG	GIẢI PHÁP
1	Ham muốn hút thuốc lá đột ngột	Uống một ly nước mát. Đi bộ một vòng. Hít thở thật sâu ba lần.
2	Thèm thuốc lá khi thấy người khác hút thuốc	Tránh đi đến những nơi có nhiều người hút thuốc Nói trước với bạn bè về chuyện cai thuốc lá. Tìm cách lánh khỏi nơi có nhiều người hút thuốc
3	Thèm hút thuốc lá khi uống cà phê, sau ăn cơm	Thay đổi địa điểm, thời gian, bạn bè cùng uống cà phê. Uống cà phê nhanh thay vì uống cả 30 phút. Ăn cơm xong đứng lên nhanh đi chải răng.
4	Quá khó chịu khi cai thuốc lá vì hội chứng cai nghiện	Bác sỹ có thể kê đơn và hướng dẫn sử dụng thuốc hỗ trợ cai thuốc lá (nicotin thay thế, bupropion, varenicline) và thuốc chống lo âu trầm cảm.

c/ Thuốc hỗ trợ cai thuốc lá:

- Nicotine thay thế
 - Chống chỉ định tương đối ở người bệnh tim mạch có nguy cơ cao (vừa mới bị nhồi máu cơ tim cấp).
 - Các dạng thuốc: dạng xịt mũi, họng, viên ngậm, viên nhai, miếng dán da.
 - Thời gian dùng thuốc tùy thuộc vào mức độ nghiện thuốc lá (mức độ phụ thuộc nicotine): thông thường từ 2-4 tháng, có thể kéo dài hơn.
 - Tác dụng phụ: gây kích ứng da khi dán, khi uống có thể gây khô miệng, nấc, khó tiêu...
- Bupropion: tác dụng tăng cường phóng thích noradrenergic và dopaminergic ở hệ thần kinh trung ương giúp làm giảm ham muốn hút thuốc.
 - Không dùng cho người bệnh động kinh, rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi ăn uống, dùng thuốc nhóm IMAO, đang điều trị cai nghiện rượu, suy gan nặng.
 - Thời gian điều trị 7 - 9 tuần, có thể kéo dài 6 tháng.
 - Liều cố định không vượt quá 300 mg/ngày:
 - Tuần đầu: 150 mg/ngày uống buổi sáng;
 - Từ tuần 2 - 9: 300mg/ngày chia 2 lần.
 - Tác dụng phụ: mất ngủ, khô miệng, nhức đầu, kích động, co giật.
- Varenicline: có tác dụng giảm triệu chứng khi cai thuốc lá và giảm sáng khoái khi hút thuốc.
 - Chống chỉ định tương đối khi suy thận nặng (thanh thải Creatinine < 30ml/phút).
 - Thời gian điều trị 12 tuần, có thể kéo dài đến 6 tháng.

- Liều điều trị:
 - ✓ Ngày 1 đến 3: 0,5mg/ngày uống buổi sáng;
 - ✓ Ngày 4 đến 7: 1mg/ngày chia 2 lần sáng-chiều;
 - ✓ Tuần 2 đến 12: 2mg/ngày chia 2 lần sáng-chiều.
- Tác dụng phụ: buồn nôn, rối loạn giấc ngủ, ác mộng, trầm cảm, thay đổi hành vi.

2.2.3.3 Đối phó với việc tăng cân khi cai thuốc lá

- 2/3 người cai thuốc lá tăng cân trong đó mức tăng cân trung bình là 2,8 kg ở nam và 3,8 kg ở nữ (nghiên cứu William). Nicotin có trong thuốc lá làm tăng tiêu thụ năng lượng dẫn đến gầy, khi cai thuốc lá có hiện tượng ngược lại.
- Can thiệp: Chế độ ăn và hoạt động thể lực

2.2.4 Quản lý yếu tố uống nhiều rượu, bia

2.2.4.1 Nguy cơ gây bệnh của rượu

Thông cáo báo chí của WHO: năm 2016, lạm dụng rượu đã dẫn đến hơn 3 triệu ca tử vong, tương đương với 1 trường hợp tử vong trên 20 người ở đàn ông. Lạm dụng rượu chiếm hơn 5% gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Rượu gây ra các bệnh về hệ thần kinh; bệnh gan (viêm gan, xơ gan, suy gan); viêm tụy (cấp tính hoặc tính); nội tiết (đái tháo đường); bệnh tim mạch (tăng huyết áp, suy tim); tiêu hóa (viêm dạ dày, xuất huyết tiêu hóa)... Ngoài ra, lạm dụng rượu còn gây ra bạo lực, chấn thương, các vấn đề sức khỏe tâm thần và các bệnh ung thư và đột quỵ.

2.2.4.2 Tư vấn về uống rượu:

Hướng dẫn uống rượu giới hạn hợp lý ở một số quốc gia:

Nước	Số gam cồn /1 đơn vị cồn chuẩn	Khuyến nghị cho nam giới người lớn (đvc= đơn vị cồn)	Khuyến nghị cho Nữ giới người lớn
Úc	10	2 đvc /ngày (20 g/ngày)	2 đvc /ngày (20 g/ngày)
Áo	8	24 g/ ngày (3 đvc)	16 g/ngày
Bulgaria	15	< 20 mL = 16 g/ngày	< 10 mL = 8 g/ngày
Canada	13.6	2 đvc/ngày (27.2 g) cho tới 14 đvc/tuần (190.4 g/tuần)	2 đvc/ngày (27.2 g) cho tới 9 đvc/tuần (122.4 g/tuần)
Đan Mạch	12	21 đvc/ tuần (252 g/tuần)	14 đvc/ tuần (168g)
Pháp	10	3 đvc/ngày (30 g/ngày)	2 đvc/ngày (20 g/d)
Anh	8	3-4 đvc/ ngày (24-32 g/ngày)	2-3 đvc/ngày (16-24 g/ngày)

4.2.4.3 Phát hiện hội chứng ngưng rượu:

Do nồng độ cồn trong máu giảm. Các triệu chứng thường bắt đầu sau khi uống lần cuối 6 giờ (sáng ngủ dậy phải uống rượu), rõ rệt nhất là 24 đến 72 giờ, và cải thiện sau bảy ngày:

Lo lắng, run rẩy, đổ mồ hôi, nôn, nhịp tim nhanh, và sốt nhẹ.

Kích động, loạn thần, la hét, hoang tưởng, ảo tưởng, động kinh

4.2.4.4. Điều trị hội chứng ngưng rượu:

Các thuốc benzodiazepine

Vitamin nhóm B và PP

Thuốc chống co giật

Ngăn ngừa việc uống rượu thêm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hội Y học Dự phòng Việt Nam: các yếu tố nguy cơ sức khỏe toàn cầu <http://www.hoiyhocduphong.vn/tin-tuc/vn/thong-tin-yhdp/tin-quoc-te/cac-yeu-to-nguy-co-toi-suc-khoe-c10725i14064.htm> (Truy cập 06/01/2020)
2. PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng. các yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh tim mạch. Hội tim mạch học quốc gia, www.vnha.org.vn
3. Bộ Y tế, Hội Y học dự phòng Việt Nam: các yếu tố nguy cơ tới sức khỏe. https://www.moh.gov.vn/web/phong-chong-benh-nghe-nghiep/thong-tin-hoat-dong/-/asset_publisher/xjpQsFUZRw4q/content/-cac-yeu-to-nguy-co-toi-suc-khoe?inheritRedirect=false (truy cập 06/01/2020)
4. WHO, global health risks, Mortality and burden of disease attributable to selected major risks http://www.who.int/topics/risk_factors/en/

BÀI 11. SÀNG LỌC PHÁT HIỆN BỆNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm, ý nghĩa của sàng lọc trong phát hiện sớm bệnh.
2. Trình bày được nguyên tắc lựa chọn test sử dụng để sàng lọc phát hiện sớm bệnh.
3. Mô tả và thực hiện được sàng lọc 6 bệnh thường gặp: tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư vú, ung thư cổ tử cung.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc bệnh là phương pháp phát hiện bệnh hoặc các tổn thương ở giai đoạn sớm chưa có biểu hiện rõ rệt trên lâm sàng thông qua khám lâm sàng, các xét nghiệm hoặc các phương pháp khác. Sàng lọc bệnh có thể được thực hiện một cách nhanh chóng, đơn giản trên các đối tượng khỏe mạnh hoặc những người có yếu tố nguy cơ.

Ở các nước phát triển, sàng lọc bệnh là một trong những nhiệm vụ quan trọng hàng đầu của các trung tâm kiểm soát và dự phòng bệnh tật (CDC). Các CDC thực hiện sàng lọc bệnh và đưa ra các khuyến cáo quốc gia về sàng lọc bệnh. Ngoài các trung tâm kiểm soát và dự phòng bệnh tật, các phòng khám bác sỹ gia đình cũng đóng vai trò không nhỏ trong sàng lọc bệnh.

Ở Việt Nam, trong những năm trước đây, các hoạt động sàng lọc bệnh chưa được quan tâm đúng mức, do vậy, các bệnh mạn tính đặc biệt là bệnh ung thư được phát hiện rất muộn, điều đó dẫn tới hiệu quả điều trị bị hạn chế và chi phí tốn kém cho cả người bệnh và hệ thống y tế.

Bộ Y tế đã có Quyết định số 4299/2016/QĐ-BYT phê duyệt “Dự án chủ động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh bệnh ung thư, tim mạch, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh không lây nhiễm khác giai đoạn 2016 – 2020”, với mục tiêu là: 50% số người bị tăng huyết áp được phát hiện; 50% số người bị bệnh đái tháo đường và 55% số người tiền đái tháo đường được phát hiện; 20% số người mắc ung thư khoang miệng, vú, cổ tử cung, buồng trứng, đại trực tràng được phát hiện ở giai đoạn sớm; 80% trung tâm y tế dự phòng tỉnh, 80% trung tâm y tế huyện triển khai các hoạt động dự phòng, phát hiện sớm bệnh.

Bài học sàng lọc bệnh sẽ giúp cán bộ y tuyến cơ sở hiểu được vai trò, tầm quan trọng, ý nghĩa của sàng lọc bệnh, đồng thời cung cấp kiến thức để cán bộ y tế cơ sở có khả năng triển khai một số kỹ thuật sàng lọc thông thường đối với một số bệnh thường gặp ở địa phương.

1. VAI TRÒ, Ý NGHĨA CỦA SÀNG LỌC PHÁT HIỆN SỚM BỆNH

1.1. Khái niệm sàng lọc bệnh

Sàng lọc bệnh là một quá trình mà ở đó có hiện tượng cho lọt qua rất nhiều người và giữ lại một số người. Đối tượng “không cho lọt qua” (đối tượng ta cần thu được) là những người có nguy cơ, có khả năng mắc bệnh hoặc đã mắc bệnh ở giai đoạn sớm. Quá trình này đòi hỏi phải được thực hiện theo các trình tự y học. Sàng lọc bệnh là qui trình tách những đối tượng có nguy cơ, có khả năng mắc bệnh hoặc đã mắc bệnh ở giai đoạn sớm trong cộng đồng để có biện pháp can thiệp thích hợp nhằm ngăn ngừa bệnh tật xảy ra hoặc phát hiện sớm bệnh tật.

Theo Bộ Y tế: Sàng lọc bệnh là việc sử dụng các biện pháp thăm dò đơn giản, dễ áp dụng, có độ chính xác tương đối cao để phát hiện các cá thể trong một cộng đồng nhất định có nguy cơ mắc, hoặc mắc một bệnh nào đó ở giai đoạn sớm.

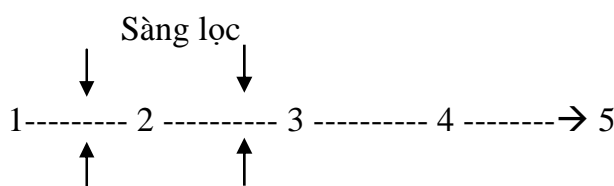
Tổ chức Y tế thế giới định nghĩa: Sàng lọc bệnh là quá trình xác định những cá nhân đang có nguy cơ cao về một rối loạn cụ thể để đảm bảo điều tra thêm hoặc can thiệp trực tiếp cho cá nhân đó. Sàng lọc bệnh được cung cấp một cách có hệ thống cho một quần thể dân cư mà họ không tìm kiếm sự chăm sóc y tế do các triệu chứng của bệnh chưa xuất hiện rõ. Sàng lọc bệnh thường do các cơ quan y tế khởi xướng chứ không phải do yêu cầu của người bệnh để được giúp đỡ. Mục đích của sàng lọc là để mang lại lợi ích cho những người được sàng lọc.

Sàng lọc bệnh là một cuộc kiểm tra ban đầu. Công cụ sàng lọc bệnh gọi là test sàng lọc. Sàng lọc bệnh là một phần quan trọng trong chăm sóc sức khỏe dự phòng.

1.2. Vai trò của sàng lọc bệnh

Tiến triển tự nhiên của bệnh diễn ra theo 5 giai đoạn sau:

- 1: Giai đoạn tiếp xúc môi nguy
- 2: Giai đoạn bắt đầu có rối loạn sinh học (Giai đoạn tiền lâm sàng)
- 3: Giai đoạn có triệu chứng lâm sàng xuất hiện
- 4: Giai đoạn biến chứng
- 5: Tử vong



Giai đoạn tiền lâm sàng

Sàng lọc bệnh có vai trò hết sức quan trọng trong việc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, giai đoạn tiền lâm sàng, khi chưa có triệu chứng lâm sàng xuất hiện, thậm chí sớm hơn, ở giai đoạn sau khi tiếp xúc môi nguy (yếu tố nguy cơ). Việc sàng lọc bệnh ung thư đại trực tràng, ung thư cổ tử cung...có thể phát hiện bệnh sớm từ 10-15 năm so với thời điểm triệu chứng lâm sàng xuất hiện.

1.3. Ý nghĩa của sàng lọc bệnh

Do sàng lọc bệnh sử dụng các biện pháp thăm dò đơn giản, dễ áp dụng nên tuyến y tế cơ sở hoàn toàn có thể thực hiện được.

Sàng lọc bệnh không tốn kém, do vậy có thể được thực hiện trên quần thể lớn người dân, kể cả người dân không có điều kiện kinh tế.

Can thiệp phòng bệnh cho những người có yếu tố nguy cơ, giảm tỷ lệ mắc bệnh.

Khi phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, can thiệp sẽ có hiệu quả tốt hơn, giảm tỷ lệ tử vong và tàn tật.

Điều trị bệnh ở giai đoạn sớm sẽ giảm chi phí điều trị cho người bệnh, tiết kiệm các nguồn lực cho hệ thống y tế.

1.4. Các dạng sàng lọc bệnh

- Sàng lọc đại trà: sàng lọc cho một quần thể lớn không tách riêng các đối tượng (khám sức khỏe học sinh trong trường học, người lao động trong doanh nghiệp).
- Đa sàng lọc: sử dụng nhiều test khác nhau trên một đối tượng để sàng lọc nhiều bệnh (vừa sàng lọc tăng huyết áp, đái tháo đường, viêm gan vi rus...).
- Sàng lọc theo mục tiêu: sàng lọc trên nhóm dân số có tiếp xúc đặc biệt (sàng lọc người nghiện chích để tìm ra người nhiễm HIV)
- Sàng lọc cơ hội hay sàng lọc phát hiện bệnh: sàng lọc những người có yếu tố nguy cơ, người có biểu hiện lâm sàng kín đáo...

1.5. Tiêu chí lựa chọn các bệnh để sàng lọc

- Các bệnh mạn tính thường gặp gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, cần phát hiện điều trị sớm;
- Các bệnh không phổ biến nhưng nếu không điều trị sẽ gây ra hậu quả nghiêm trọng (gây ra cái chết, tàn tật, hay tổn thất nặng nề);
- Các vấn đề sức khỏe mang tính cộng đồng, có tỷ lệ mắc cao ở giai đoạn tiền lâm sàng;
- Bệnh đã được biết rõ và được hiểu đầy đủ;
- Các bệnh phải có một khoảng thời gian tiềm ẩn (tiền lâm sàng) mà ở đó bệnh có thể được phát hiện trước khi các triệu chứng xuất hiện, ví dụ các tổn thương tiền ung thư;
- Thời gian tiềm ẩn phải đủ dài thì sàng lọc mới đạt được hiệu quả phòng bệnh;
- Bệnh đó đã có đủ thiết bị chẩn đoán và phương pháp chữa hiệu quả.

1.6. Hạn chế của sàng lọc bệnh

- Kết quả sàng lọc có thể không chính xác cho thấy dương tính giả đối với những người không có bệnh/tật, hoặc âm tính giả đối với những người có bệnh/tật.
- Sàng lọc liên quan đến chi phí và sử dụng các nguồn lực cho một quần thể lớn những người không cần điều trị.
- Tác dụng không mong muốn cho người sàng lọc (căng thẳng, lo lắng, khó chịu, tiếp xúc với bức xạ, hóa chất).

2. NGUYÊN TẮC LỰA CHỌN TEST SỬ DỤNG ĐỂ SÀNG LỌC BỆNH

Khi sử dụng các test sàng lọc bệnh, phải đáp ứng các nguyên tắc sau:

- Đơn giản, dễ thực hiện, có thể áp dụng rộng rãi.
- Chi phí thấp, có thể thực hiện được cho một cộng đồng quần thể lớn.
- Cho kết quả nhanh.
- Đảm bảo tính an toàn, cộng đồng chấp nhận.

- Độ nhạy (tính giá trị) tương đối cao: Test sàng lọc có khả năng phát hiện ra những người dương tính trong tổng số những người mắc bệnh với tỷ lệ tương đối cao. Hay nói cách khác: tỷ lệ bỏ sót bệnh thấp, tức là tỷ lệ âm tính giả thấp.
- Độ đặc hiệu (độ tin cậy) tương đối cao: Test sàng lọc có khả năng phát hiện ra những người âm tính trong tổng số những người không mắc bệnh với tỷ lệ tương đối cao. Tỷ lệ phát hiện nhầm bệnh thấp, tức là tỷ lệ dương tính giả thấp.

3. SÀNG LỌC MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP

3.1. Sàng lọc tăng huyết áp

3.1.1. Đối tượng sàng lọc

a/ Tất cả những người có nguy cơ tăng huyết áp và nguy cơ tim mạch, bao gồm:

- Tuổi >55 đối với nam, >65 đối với nữ
- Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào
- Vận động thể lực <30 phút/ngày, dưới 5 ngày/tuần (bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay)
- Ăn >5 gam muối (tương đương 01 thìa cà phê)/người/ngày
- Ăn ít rau, trái cây
- Uống nhiều rượu bia
- Bố, mẹ, anh, chị em ruột mắc bệnh tim mạch ở độ tuổi nam < 55, nữ < 65 tuổi
- Hay bị stress và căng thẳng tâm lý
- Thừa cân, béo phì
- Mắc bệnh đái tháo đường (đã được cơ sở y tế chuẩn đoán)
- Rối loạn lipid máu (đã được cơ sở y tế chẩn đoán)

b/ Tất cả những người có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh tăng huyết áp: huyết áp tâm thu từ 130 - 139mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương từ 80 - 89mmHg.

3.1.2. Phương pháp và xử lý kết quả sàng lọc

- Thiết kế bảng câu hỏi dành cho người bệnh để điều tra thu thập thông tin.
- Đo huyết áp để xác định chỉ số huyết áp.
- Nếu huyết áp $\geq 140/90$ mmHg: Cần đo lại ít nhất 2 lần khám, mỗi lần khám gồm 2 lượt đo huyết áp để chẩn đoán. Nếu người bệnh có tăng huyết áp nhưng y tế cơ sở không đủ điều kiện đánh giá tổn thương cơ quan đích thì chuyển người bệnh lên tuyến trên để xác định, sau đó quản lý tại y tế cơ sở.
- Nếu huyết áp trong khoảng 130-139/85-89 mmHg: Cần đo huyết áp 24h (holter), nếu tuyến y tế cơ sở không có thiết bị đo huyết áp 24h thì chuyển người bệnh lên tuyến trên để xác định, sau đó quản lý tại y tế cơ sở.
- Nếu huyết áp trong khoảng 120-129/80-85 mmHg: Cần sàng lọc định kỳ 1 năm/1 lần.
- Nếu huyết áp <120/80 mmHg = huyết áp bình thường: Cần sàng lọc định kỳ 2 năm/1 lần.

3.1.3. Một số khuyến cáo khác về sàng lọc tăng huyết áp

Sàng lọc tăng huyết áp theo khuyến cáo quốc gia của Mỹ:

- Người lớn từ 40 tuổi trở lên và những người có nguy cơ cao bị tăng huyết áp nên được sàng lọc 1 năm/1 lần.
- Người trưởng thành từ 18 đến 39 tuổi có huyết áp bình thường, không có các yếu tố nguy cơ khác nên được sàng lọc 3 đến 5 năm/1 lần.
- *Sàng lọc tăng huyết áp theo khuyến cáo của JNC 7:*
- Sàng lọc 2 năm /1 lần với những người có huyết áp 120/80 mmHg.
- Sàng lọc 1 năm/1 lần với những người có huyết áp 120-139/80-89 mmHg.

3.2. Sàng lọc đái tháo đường

3.2.1. Đối tượng sàng lọc

a/ Tất cả những người có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường typ 2, bao gồm:

- Tuổi ≥ 45
- Thừa cân, béo phì
- Tăng huyết áp (*đã được cơ sở y tế chuẩn đoán*)
- Bố, mẹ, anh, chị em ruột mắc bệnh đái tháo đường typ 2
- Rối loạn mỡ máu (*đã được cơ sở y tế chẩn đoán*)
- Vận động thể lực <30 phút/ngày, dưới 5 ngày/tuần (*bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay*)
- Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào
- Phụ nữ bị buồng trứng đa nang hoặc đã mắc đái tháo đường thai kỳ.

b/ Tất cả những người có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh đái tháo đường mà chưa được chẩn đoán: tiểu nhiều, uống nhiều nước, ăn nhiều, sút cân không rõ nguyên nhân.

3.2.2. Phương pháp và xử lý kết quả sàng lọc

- Thiết kế bảng câu hỏi dành cho người bệnh để điều tra thu thập thông tin.
- Định lượng đường trong máu: Tùy theo điều kiện chuyên môn của y tế cơ sở, có thể định lượng đường máu mao mạch lúc đói hoặc nghiệm pháp dung nạp glucose (NPDNG) sau 2 giờ.
- Đánh giá kết quả sàng lọc ở người không có thai:
 - Đường máu $\geq 7,0$ mmol/l (đói) hoặc $\geq 11,1$ mmol/l (NPDNG): nghi ngờ mắc bệnh đái tháo đường typ 2, chuyển người bệnh lên tuyến trên để chẩn đoán xác định.
 - Đường máu <5,6mmol/l (đói) và <7,8mmol/l (NPDNG): không đái tháo đường, sàng lọc lại 1-3 năm/1 lần, tùy theo đối tượng.
 - Đường máu từ 5,6mmol/l đến 6,9mmol/l (đói) và/hoặc $\geq 7,8$ mmol/l (NPDNG): nghi ngờ tiền đái tháo đường, sàng lọc lại 1 năm/1 lần.

3.2.3 Khuyến cáo của Hội đái tháo đường Mỹ:

- Người không có yếu tố nguy cơ, bắt đầu sàng lọc từ 45 tuổi, nếu đường máu bình thường thì sàng lọc lại 3 năm/1 lần.
- Người trên 30 tuổi có 1 yếu tố nguy cơ đái tháo đường thì sàng lọc 1 năm/1 lần.
- Người có huyết áp >135/80 mmHg: cần sàng lọc ngay không chờ 1 năm.

3.3. Sàng lọc hen phế quản

3.3.1. Đối tượng sàng lọc

a/ Tất cả những người có nguy cơ mắc bệnh hen phế quản, bao gồm:

- Có tiền sử mắc các bệnh dị ứng (*chàm, viêm mũi dị ứng, mày đay, phù mạch...*)
- Gia đình có người bị hen và/ hoặc các bệnh dị ứng kể trên.
- Thừa cân, béo phì.
- Thường xuyên tiếp xúc với khói bụi, hoặc lông thú, hoặc phấn hoa, hoặc nấm mốc, hoặc một số thuốc, hoặc hóa chất.

b/ Tất cả những người có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh hen phế quản mà chưa được chẩn đoán:

- Ho khan hoặc ho khạc đờm trắng, dính.
- Nặng ngực, khò khè (thở rít, cò cữ), khó thở (thở ngắn, khó thở ra).
- Các triệu chứng tái đi tái lại nhiều lần, nặng về đêm và sáng hoặc khi thay đổi thời tiết, khi gắng sức hoặc khi tiếp xúc khói, bụi nhà, phấn hoa, nấm mốc, lông chó mèo, hóa chất, một số loại thuốc.

3.3.2. Phương pháp và xử lý kết quả sàng lọc

Phương pháp: Sử dụng bảng câu hỏi tầm soát hen phế quản của IPCRG (chăm sóc tuyến đầu toàn cầu nhóm bệnh phổi) và của GINA (sáng kiến toàn cầu về bệnh hen).

Xử lý kết quả: Nếu có từ 2 câu trả lời CÓ trở lên thì gửi người bệnh lên tuyến trên để chẩn đoán xác định.

a/ Bảng câu hỏi tầm soát hen theo IPCRG

	Câu hỏi	Chọn câu trả lời	
1	Ông/bà có bao giờ bị khò khè trong lồng ngực bất cứ lúc nào trong 12 tháng vừa qua không ?	Có	Không
2	Ông/bà có bao giờ bị thức giấc giữa đêm vì cơn khó thở bất cứ lúc nào trong 12 tháng vừa qua không ?	Có	Không
3	Ông/bà có bao giờ bị thức giấc giữa đêm vì cơn ho bất kỳ lúc nào trong 12 tháng vừa qua không?	Có	Không
4	Ông/bà có bao giờ bị thức giấc vì cảm giác nặng ngực bất kỳ lúc nào trong 12 tháng vừa qua không?	Có	Không

5	Ông/bà có bao giờ bị khó thở sau hoạt động gắng sức không?	Có	Không
6	Ông/bà có bao giờ bị khó thở cả ngày khi mà ông/bà nghỉ ngơi không?	Có	Không
7	Nếu ông /bà trả lời “Có” bất kỳ câu hỏi nào trên đây, các triệu chứng của ông/ bà có ít đi hay biến mất trong những ngày nghỉ làm việc hay trong kỳ nghỉ?	Có	Không

b. Bảng câu hỏi tầm soát hen theo GINA

	Câu hỏi	Chọn câu trả lời	
1	Ông/bà có những cơn khò khè/ thở rít hay những đợt khò khè/ thở rít tái đi tái lại	Có	Không
2	Ông/bà có bị ho gây khó chịu lúc đêm khuya	Có	Không
3	Ông/bà có bị thức giấc vì cơn ho hay khó thở bất cứ khi nào	Có	Không
4	Ông/bà có bị ho, khò khè hay thở rít sau khi vận động thể lực (chạy, tập thể dục)	Có	Không
5	Ông/bà có vấn đề hô hấp vào mùa nhất định nào đó trong năm	Có	Không
6	Ông/bà có bị ho, khò khè hay nặng ngực khi hít phải chất kích thích trong không khí	Có	Không
7	Ông/bà có những đợt cảm lạnh “nhập vào phổi” HOẶC phải điều trị hơn mười ngày mới khỏi	Có	Không
8	Khi có những triệu chứng hô hấp, ông/bà có cải thiện với điều trị hen thích hợp	Có	Không

3.4. Sàng lọc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

3.4.1. Đối tượng sàng lọc

a/ Tất cả những người có nguy cơ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bao gồm:

- Người mắc hen phế quản không được kiểm soát.
- Người hút thuốc lá hoặc thuốc lào.
- Người thường xuyên tiếp xúc với khói, bụi hoặc hóa chất, ô nhiễm không khí do dùng bếp than, bếp ga, bếp củi...
- Người bị nhiễm trùng đường hô hấp tái diễn nhiều lần.

b/ Tất cả những người có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính mà chưa được

- Ho, khạc đờm mạn tính (thường ho khạc đờm vào sáng sớm, đờm nhầy, trắng).
- Khó thở tăng dần.

3.4.2. Phương pháp và xử lý kết quả sàng lọc

Phương pháp: Sử dụng bảng câu hỏi tầm soát BPTNMT của GOLD 2018 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease = Sáng kiến toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) và của IPCRG (International Primary Care Respiratory Group = chăm sóc tuyến đầu toàn cầu nhóm bệnh phổi).

Xử lý kết quả: nếu có từ 3 câu trả lời CÓ trở lên (theo GOLD) hoặc 3 câu trả lời đều ≠ 0 (theo IPCRG) thì gửi người bệnh lên tuyến trên để chẩn đoán xác định.

a/ Bảng câu hỏi tầm soát COPD theo GOLD 2018

	Câu hỏi	Chọn câu trả lời	
		Có	Không
1	Ông/bà có ho vài lần trong ngày ở hầu hết các ngày.	Có	Không
2	Ông/bà có khạc đờm ở hầu hết các ngày.	Có	Không
3	Ông/bà có dễ bị khó thở hơn những người cùng tuổi.	Có	Không
4	Ông/bà có trên 40 tuổi.	Có	Không
5	Ông/bà vẫn còn hút thuốc lá hoặc đã từng hút thuốc lá.	Có	Không

Nếu có từ 3 câu trả lời CÓ trở lên, chuyển người bệnh lên tuyến trên để chẩn đoán xác định.

b/ Bảng câu hỏi tầm soát COPD theo IPCRG

	Câu hỏi	Chọn câu trả lời	Điểm
1	Ông/bà hiện bao nhiêu tuổi	40-49 tuổi	0
		50-59 tuổi	4
		60-69 tuổi	8
		≥ 70 tuổi	10
2	Số điếu thuốc lá ông/bà hiện đang hút hoặc đã từng hút (nếu đã cai thuốc lá) mỗi ngày? Ông bà đã hút thuốc trong bao nhiêu năm? Tổng số ông bà đã hút thuốc bao nhiêu gói - năm? (Số gói/ngày = số điếu thuốc hút mỗi ngày: 20 Số gói-năm = số gói/ngày x số năm hút thuốc)	0-14 gói-năm	0
		15-24 gói-năm	2
		25-49 gói-năm	3
		≥ 50 gói-năm	7

3	Ông/bà cân nặng bao nhiêu (kg) ? Ông/bà cao bao nhiêu (mét)? Cách tính: BMI = cân nặng(kg)/(chiều cao) ² (m ²)	BMI < 25,4	5
		BMI = 25,4-29,7	1
		BMI >29,7	0
4	Thời tiết có ảnh hưởng đến triệu chứng ho của ông/bà không?	Có	3
		Không	0
		Tôi không bị ho	0
5	Có bao giờ ông/bà bị ho khạc đàm từ ngực khi không bị cảm lạnh?	Có	3
		Không	0
6	Ông/bà có thường bị ho khạc đàm từ ngực vào buổi sáng khi vừa thức dậy không?	Có	0
		Không	3
7	Ông/bà có thường bị thở khò khè không?	Chưa bao giờ	0
		Thỉnh thoảng/tăng dần	4
8	Ông/bà đang đã hoặc từng bị dị ứng không?	Có	0
		Không	3
	Tổng điểm		

Nếu có từ 3 câu trả lời đều $\neq 0$ trở lên, chuyển người bệnh lên tuyến trên để chẩn đoán xác định.

3.5. SÀNG LỌC UNG THƯ VÚ

Ung thư vú là tình trạng tăng trưởng bất thường của các tế bào lót ống dẫn sữa ở vú (gọi là ung thư tuyến vú) hoặc tế bào biểu mô tiêu thụ/thùy vú (gọi là ung thư biểu mô tiêu thụ). Theo thống kê toàn cầu về ung thư năm 2008, ung thư vú đứng thứ hai (chiếm 10,9%) sau ung thư phổi (chiếm 12,7%) về tần số mắc. Theo thống kê năm 2010 của Việt Nam, ung thư vú đứng thứ năm về tần số mắc (chiếm 6,1%), sau ung thư gan, phổi, dạ dày, đại trực tràng và đứng hàng đầu về tần số mắc ung thư ở phụ nữ.

Ung thư vú có thời gian tiềm ẩn khá dài gần như không có triệu chứng, hoặc có triệu chứng kín đáo, ít người bệnh nhận thấy sự bất thường. Chẩn đoán ung thư vú và can thiệp sớm sẽ mang lại hiệu quả điều trị rất tốt, các nghiên cứu trên thế giới cho

thấy tỷ lệ sống sau 5 năm đối với ung thư vú là trên 90%, trong khi đó các ung thư gan, phổi, tụy... chỉ có dưới 20%.

3.5.1 Các yếu tố nguy cơ ung thư vú

- Tuổi càng cao nguy cơ mắc càng cao
- Một số gen ung thư vú (BRCA1 và BRCA2).
- Sử dụng lâu dài của liệu pháp thay thế hormone.
- Tiền sử cá nhân ung thư vú, bệnh vú
- Tiền sử gia đình mắc bệnh ung thư vú
- Điều trị bằng xạ trị vú / ngực.
- Tuyến vú dày đặc
- Uống rượu.
- Công việc làm đêm.
- Một số phụ nữ phát triển ung thư vú không có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào.

3.5.2 Một số dấu hiệu cảnh báo ung thư vú

- Sờ thấy khối u mới ở vú hoặc ở nách.
- Dày lên hoặc sưng 1 phần của vú.
- Thâm nhiễm da tạo hình ảnh "sần da cam"
- Da đỏ hoặc dễ bong ở núm vú hoặc vú.
- Kéo tụt mắt núm vú hoặc đau ở vùng núm vú.
- Chảy dịch, hoặc máu ở núm vú.
- Thay đổi kích thước hoặc hình dạng của vú.
- Đau ở bất kỳ khu vực của vú.
- Một số người không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào.

3.5.3. Các giai đoạn của ung thư vú

Giai đoạn 0: Các tế bào ung thư chỉ phát triển tại chỗ và sau khi được cắt bỏ thì các tế bào này sẽ không còn lan rộng được nữa. Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ khối u + xạ trị hoặc theo dõi thêm.

Giai đoạn I: Khối u có kích thước <2cm và đã bắt đầu di căn đến vùng lân cận (hạch ở nách). Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ khối u + xạ trị

Giai đoạn II: Khối u đã xâm lấn sang các hạch nách và các hạch nội tiết gần vú. Kích thước khối u từ 2-5cm. Điều trị: phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú + xạ trị

Giai đoạn III: Tế bào ung thư xâm lấn các mô xung quanh vú như da, cơ bắp, xương đòn. Kích thước khối u >5cm. Điều trị: hóa chất trị liệu trước, sau đó mới phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú và xạ trị.

Giai đoạn IV: Khối u lan rộng đến các bộ phận khác của cơ thể như cổ, phổi, gan, xương, hoặc não. Điều trị: hóa chất trị liệu là chính.

3.5.4. Đối tượng và phương pháp sàng lọc

(Khuyến cáo của trung tâm kiểm soát và dự phòng bệnh tật (CDC) Hoa Kỳ)

3.5.4.1. Tự khám vú

Tất cả phụ nữ trên 30 tuổi tự kiểm tra vú 1 tháng/1 lần để tự phát hiện cục, u, hoặc những thay đổi khác.

Phương pháp tự khám vú: theo hướng dẫn tự khám vú của bệnh viện Phụ Sản Trung ương, gồm 4 bước:

Bước 1: Kiểm tra ngoại hình vú: nhìn vú 2 bên để đánh giá sự cân đối, nhìn da, nhìn núm vú.

Bước 2: Kiểm tra vú tư thế đứng: Sờ tuyến vú phát hiện khối u, sờ đầu vú phát hiện dịch núm vú, tụt núm vú.

Bước 3: Kiểm tra vú tư thế nằm, đầu không gối, bàn tay: giống tư thế đứng

Bước 4: Kiểm tra hạch

Chú ý: Dùng 3 ngón tay của 1 bàn tay ấn, xoay tròn, miết trượt. Bàn tay kia để phía sau gáy.

Bước 1: Kiểm tra ngoại hình	Bước 2: Đứng kiểm tra bằng cách sờ
 <p>Bước 1</p> <ol style="list-style-type: none">1. Hai bên ngực trái và phải có đối xứng không?2. Da vùng ngực có bị nhăn nheo, căng, viêm loét hay sần sùi không?3. Đầu vú có lõm xuống, tiết dịch lạ hay không?	 <p>Bước 2</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dùng ngón tay cái và ngón trỏ vẽ nhẹ đầu ngực2. Ấn đầu ngực xuống, xem có thấy xuất hiện khối u hay không?3. Bóp nhẹ núm vú kiểm tra xem có tiết dịch không?
Bước 3: Nằm sờ	Bước 4: Chú ý
 <p>Bước 3</p> <ol style="list-style-type: none">1. Khi nằm xuống dưới đầu không kê gối;2. Đệm một chiếc gối nhỏ dưới cẳng tay trái, bàn tay trái để ở vị trí sau não;3. Phương thức kiểm tra ung thư vú giống như vừa mô tả ở phần đứng kiểm tra.	 <p>Bước 4</p> <p>Nên kiểm tra theo hướng ấn, xoay tròn, miết trượt trên da. Sau đó dùng ngón trỏ, ngón giữa, ngón đeo nhẫn của tay còn lại để kiểm tra tương tự.</p>

3.5.4.2. Khám vú lâm sàng

Tất cả phụ nữ trên 40 tuổi cần khám vú lâm sàng định kỳ 1 năm/1 lần. Phụ nữ từ 30-40 tuổi thì 2 năm/1 lần

Bác sĩ hay y tá kiểm tra vú người bệnh bằng bàn tay để phát hiện cục, u, hoặc những thay đổi khác.

3.5.4.3. Chụp Xquang tuyến vú

Xquang tuyến vú là cách tốt nhất để tìm ung thư vú giai đoạn sớm, có khi sớm đến 3 năm trước khi phát hiện trên lâm sàng.

+ Người từ 50-74 tuổi: chụp định kỳ mỗi 2 năm /1 lần.

+ Người từ 40 - 49 tuổi: chụp khi trong gia đình có người ung thư vú.

3.6. SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là bệnh lý ác tính của biểu mô lát (biểu mô vảy) hoặc biểu mô tuyến cổ tử cung, thường gặp từ độ tuổi 30 trở đi, đứng hàng thứ hai trong các ung thư sinh dục ở nữ giới về tỷ lệ mắc cũng như tỷ lệ tử vong. Năm 2010, tại Việt Nam có 5.664 phụ nữ mắc ung thư cổ tử cung, tỷ lệ mắc mới ung thư cổ tử cung là 13,6/100.000 phụ nữ.

Nhiễm một hoặc nhiều typ Human Papillomavirus (HPV) nguy cơ cao đã được khẳng định là nguyên nhân tiên phát của UTCTC. HPV là tác nhân truyền qua đường tình dục. Nguy cơ nhiễm HPV ít nhất 1 lần trong đời của người phụ nữ là khoảng 80%, với tỷ lệ nhiễm cao nhất xảy ra trong độ tuổi 20-30, có thể lên đến 20-25% trong quần thể. Sau lần nhiễm HPV đầu tiên, khoảng 5-10% các trường hợp có thể hình thành các biến đổi ở cổ tử cung do HPV nhưng đại đa số các trường hợp sẽ tự khỏi. Nếu người phụ nữ nhiễm HPV nguy cơ cao và phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác, tổn thương ban đầu có thể tồn tại và tiến triển trong khoảng 10 - 20 năm qua các giai đoạn tân sản nội biểu mô để hình thành ung thư cổ tử cung xâm lấn.

Ung thư cổ tử cung là bệnh nguy hiểm nhưng có thể làm giảm tử vong và gánh nặng cho gia đình và xã hội nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Do khoảng thời gian hình thành và tồn tại tổn thương tiền ung thư cổ tử cung tương đối dài; yếu tố nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ đã được xác định; mặt khác cổ tử cung là bộ phận có thể tiếp cận trực tiếp để quan sát, thăm khám, lấy bệnh phẩm và thực hiện các can thiệp điều trị, vậy nên, đại đa số các trường hợp UTCTC có thể được phòng ngừa bằng cách sàng lọc, phát hiện sớm và điều trị các thương tổn tiền ung thư.

3.6.1. Tiến triển của ung thư cổ tử cung

Các yếu tố nguy cơ ung thư cổ tử cung:

Nhiễm HPV là yếu tố nguy cơ chính được xác định là nguyên nhân gây bệnh, ngoài ra còn một số yếu tố nguy cơ kết hợp sau: hút thuốc, nhiễm HIV, sử dụng thuốc tránh thai kéo dài (>5 năm), đẻ nhiều, quan hệ tình dục với nhiều người, viêm nhiễm cổ tử cung

Một số dấu hiệu cảnh báo ung thư cổ tử cung:

Có thể không có bất kỳ triệu chứng/dấu hiệu nào. Khi ung thư tiến triển có thể thấy:

- Chảy máu âm đạo sau khi giao hợp, sau khi kinh, giữa các kỳ kinh.
- Chảy dịch, máu âm đạo có thể nhiều và mùi hôi.
- Đau xương chậu tự nhiên hoặc đau khi giao hợp.

Khi bệnh đã tiến triển, khám lâm sàng bằng mỏ vịt, có thể thấy tổn thương, đó là các mụn sùi hay loét ở cổ tử cung hoặc đôi khi cả sùi và loét.

Các giai đoạn của ung thư cổ tử cung:

- Giai đoạn nhiễm HPV: gây ra những biến đổi ở mức độ tế bào, thâm nhập vào bên trong tế bào cổ tử cung, phát triển và làm biến đổi gen của tế bào. Các tế bào bị đột biến gen sẽ phát triển thành các tế bào ác tính.

- Giai đoạn tiền lâm sàng = tiền ung thư: Từ nhiễm HPV đến tiền ung thư kéo dài từ 10 đến 15 năm, tiến triển qua 3 giai đoạn:

+ Loạn sản nhẹ, các tế bào bất thường giới hạn ở 1/3 ngoài lớp tế bào biểu mô cổ tử cung (CIN I = cervical intraepithelial neoplasia).

+ Loạn sản mức độ vừa, các tế bào bất thường đã chiếm một nửa lớp tế bào biểu mô cổ tử cung (CIN II).

+ Loạn sản nặng ở toàn bộ lớp tế bào biểu mô, nhưng chưa xuyên qua lớp tế bào đáy để xâm nhập vào các tổ chức dưới biểu mô. Ở giai đoạn này, nếu không điều trị các tế bào loạn sản nặng sẽ xuyên qua lớp tế bào đáy của cổ tử cung và lan sang các cơ quan, tổ chức khác của cổ tử cung (CIN III).

- Giai đoạn ung thư: khối u sẽ lan rộng nhanh chóng trong thời gian ngắn.

3.6.2 Đối tượng sàng lọc ung thư cổ tử cung

Theo khuyến cáo của các nước trên thế giới: nên sàng lọc sớm từ tuổi 25,30 cho đến 70 tuổi, định kỳ 3 năm/1 lần.

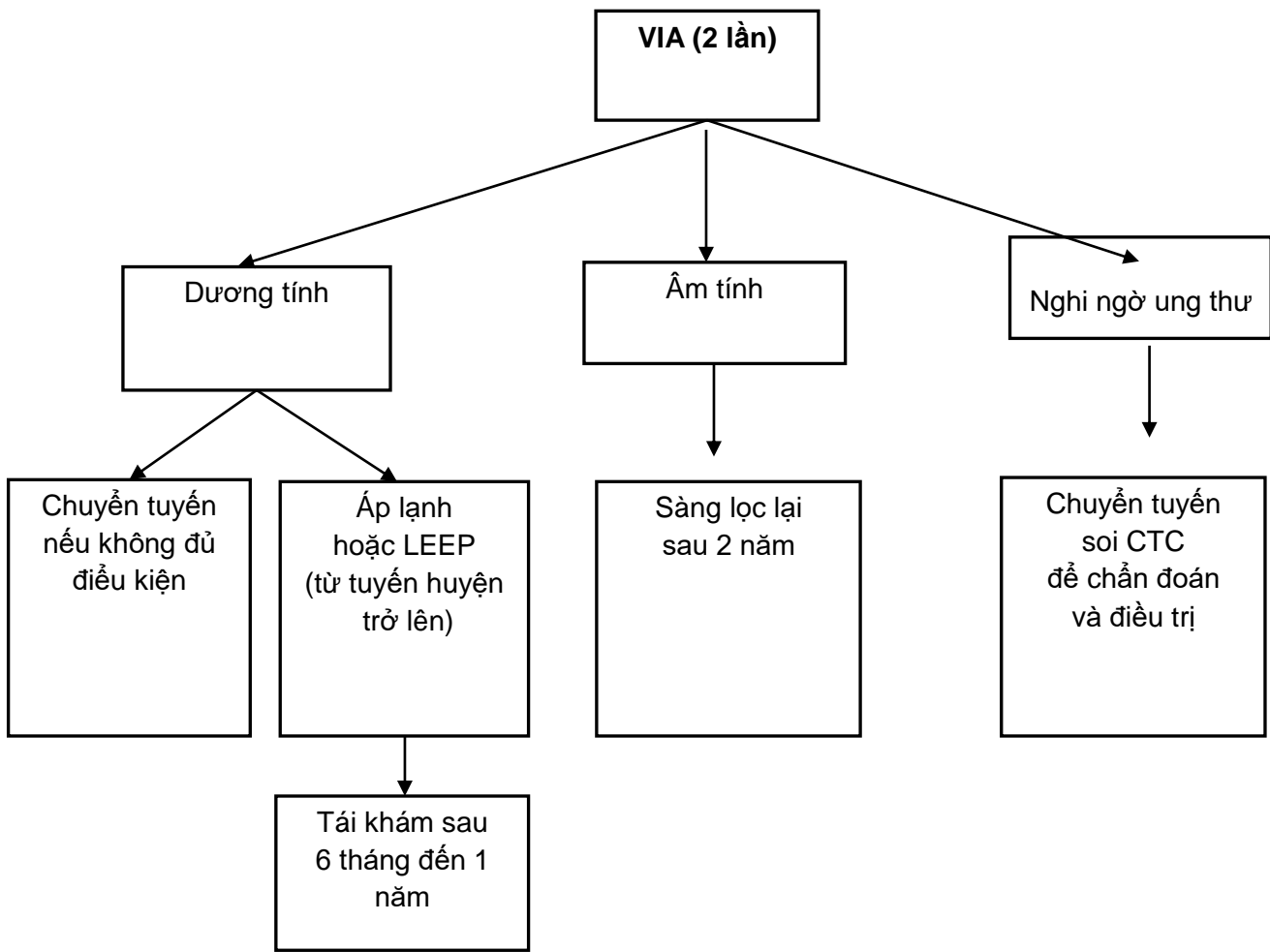
Bộ Y tế Việt Nam đưa ra mục tiêu là:

- Tỷ lệ phụ nữ 30-54 tuổi được sàng lọc ung thư cổ tử cung đạt 60% vào năm 2025;

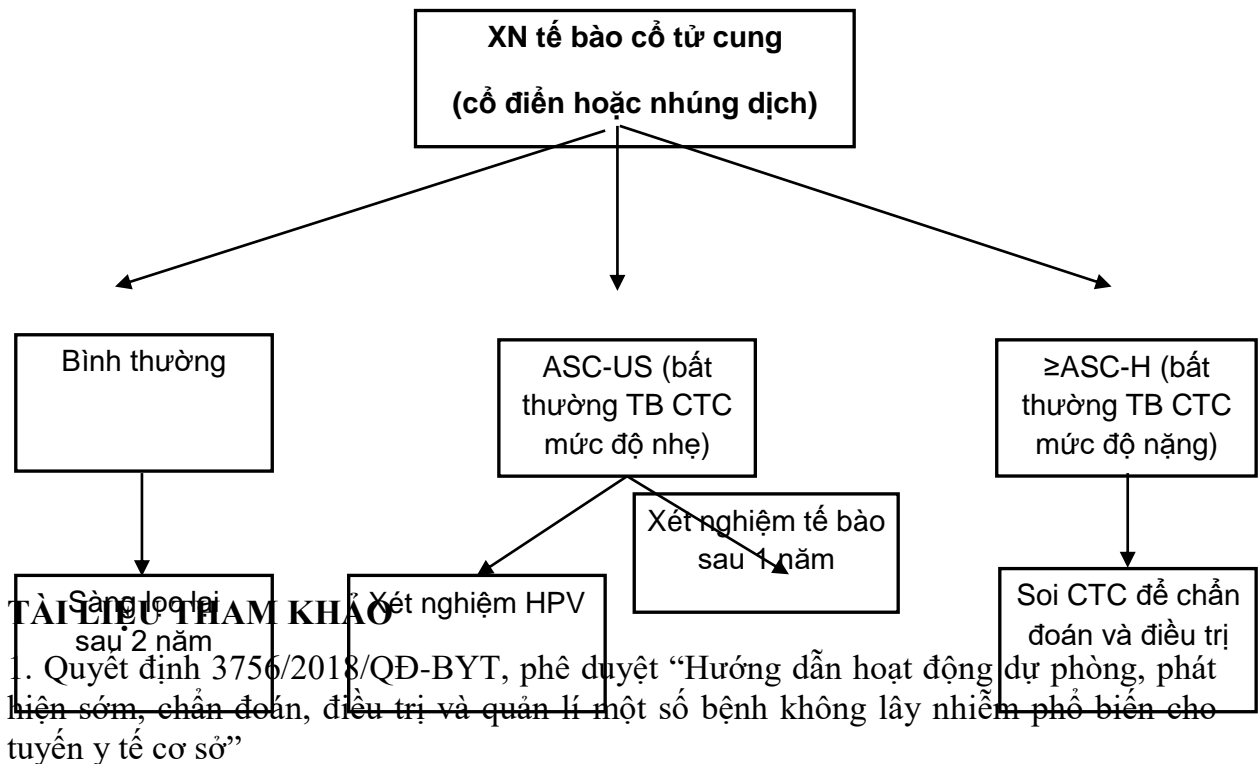
3.6.3 Các phương pháp sàng lọc ung thư cổ tử cung ở tuyến y tế cơ sở

Sàng lọc dựa vào test VIA (quan sát cổ tử cung với acid acetic) hoặc có thể lấy bệnh phẩm tế bào học (PAP smear) và gửi đến labo để xét nghiệm.

Phương pháp VIA: Dùng dung dịch acid acetic loãng (3-5%) bôi vào cổ tử cung, quan sát bằng mắt thường sau 1 phút, dung dịch acid acetic sẽ làm đông kết protein tế bào tiền ung thư tạo phản ứng trắng trên bề mặt cổ tử cung, và có thể quan sát bằng mắt thường. Đây là phương pháp dễ thực hiện, không cần máy móc, ít vật tư tiêu hao, cho kết quả nhanh. Khuyến khích các trạm y tế sử dụng phương pháp sàng lọc này theo sơ đồ dưới đây:



Phương pháp PAP smear : Chỉ các bệnh viện mới triển khai được kỹ thuật này hoàn chỉnh, các trạm y tế có thể lấy bệnh phẩm (phết tế bào cổ tử cung) rồi gửi lên tuyến trên xét nghiệm, sau đó quản lý người bệnh tại trạm y tế theo sơ đồ dưới đây:



2. Quyết định số 5240/2016/QĐ-BYT phê duyệt "Kế hoạch hành động quốc gia về dự phòng và kiểm soát ung thư cổ tử cung giai đoạn 2016-2025"
3. Hội hen miễn dịch dị ứng lâm sàng, Bảng câu hỏi tầm soát Hen – COPD, <http://www.hoihendumdlstphcm.org.vn/3>. Piper MA, Evans CV, Burda BU,
4. Screening for high blood pressure in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25632496>
5. World Health Organization and International Diabetes Federation: Screening for Type 2 Diabetes Report. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68614> (06/01/2020).

BÀI 12. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

Mục tiêu:

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ và biện pháp chăm sóc sức khỏe tâm thần trong thực hành Y học gia đình
2. Trình bày được nguyên tắc phát hiện sớm một số rối loạn tâm thần thường gặp

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tâm thần là một loại bệnh phổ biến. Người ta nhận thấy rằng xã hội càng phát triển thì tỷ lệ mắc bệnh tâm thần càng cao (ở các nước phát triển là 10%, ở Việt Nam 10,6-16,6%). Các bệnh tâm thần hay gặp là: Tâm thần phân liệt, trầm cảm, loạn thần do nghiện chất (Rượu, ma túy) rối loạn lo âu, rối loạn stress sau sang chấn...

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) thì trên thế giới cứ 4 người thì có 1 người sẽ có 1 hay nhiều rối loạn tâm thần hoặc hành vi trong suốt cuộc đời. Hiện trên thế giới có khoảng 450 triệu người bệnh có các rối loạn tâm thần, trong đó 120 triệu người bệnh trầm cảm, 50 triệu người bệnh động kinh và 40 triệu người bệnh tâm thần phân liệt, 1 triệu người tự sát...

Hiện sức khỏe tâm thần được tổ chức y tế thế giới xếp hạng thứ 4 trong các vấn đề sức khỏe, dự kiến đến năm 2020 sức khỏe tâm thần sẽ được xếp hạng thứ 2 sau các bệnh về tim mạch.

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ SỨC KHOẺ TÂM THẦN

Sức khỏe tâm thần là một trạng thái không chỉ không có rối loạn hay dị tật tâm thần mà còn là trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái: muốn có một trạng thái tâm thần hoàn toàn thoải mái cần có chất lượng nuôi sống tốt, có được sự cân bằng và hoà hợp giữa cá nhân, người xung quanh và môi trường xã hội, có chất lượng cuộc sống tốt.

Một định nghĩa khác “sức khỏe tâm thần là khả năng của bộ máy tâm lý hoạt động một cách hoàn toàn hợp lý, có hiệu quả và đương đầu một cách mềm dẻo trước những tình huống khó khăn mà vẫn có thể tìm lại được sự cân bằng của mình”. Để đánh giá đúng sức khỏe tâm thần, chúng ta đưa ra 6 tiêu chuẩn:

- Thái độ tích cực với bản thân, hiểu được giá trị đích thực của mình
- Có khả năng làm việc và trao đổi kinh nghiệm của mình với người khác
- Giữ được sự điều hòa cảm xúc
- Phản ứng đúng mức trước các sự kiện, có khả năng tự chủ
- Tự quyết định được những công việc cần làm, có khả năng hiểu biết được những gì đã xảy ra trong thực tế xung quanh
- Có khả năng tạo được mối quan hệ tốt với mọi người, trong gia đình cũng như ngoài xã hội.

2. TÌNH HÌNH BỆNH TÂM THẦN

3.1. Khái niệm

Bệnh tâm thần là bệnh do hoạt động não bộ bị rối loạn gây nên những biến đổi bất thường về lời nói, ý tưởng, tư duy, hành vi, tác phong, tình cảm, cảm giác...

Bệnh tâm thần làm giảm sút khả năng lao động, học tập, làm đảo lộn sinh hoạt trong gia đình, gây ra căng thẳng cho các thành viên trong gia đình, thiệt hại kinh tế, tình cảm của gia đình ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Bệnh tâm thần là loại bệnh phổ biến. Kinh tế ngày càng phát triển, sự tập trung dân cư vào thành thị ngày càng đông, môi trường ô nhiễm, tiếng ồn gia tăng, cuộc sống ngày càng căng thẳng thì bệnh tâm thần cũng ngày một gia tăng.

Giữa các hoạt động tâm thần bình thường và các rối loạn tâm thần có một giới hạn nhất định. Có nhiều người trong cuộc sống bình thường có những thời điểm chúng ta có các cách ứng xử, cảm xúc không bình thường. Nhưng đó không phải là rối loạn, mà là cuộc sống thực của con người. Rối loạn tâm thần và hoạt động tâm thần bình thường khác nhau ở 3 điểm cơ bản:

- Các biểu hiện quá mức.
- Kéo dài
- Ảnh hưởng đến công việc/học tập, gia đình và xã hội.

3.2. Dịch tễ

Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) thì trên thế giới cứ 4 người thì có 1 người sẽ có 1 hay nhiều rối loạn tâm thần hoặc hành vi trong suốt cuộc đời. Hiện trên thế giới có khoảng 450 triệu người bệnh có các rối loạn tâm thần, trong đó 120 triệu người bệnh trầm cảm, 50 triệu người bệnh động kinh và 40 triệu người bệnh tâm thần phân liệt, 1 triệu người tự sát...

Ở Việt Nam, chỉ tính riêng 10 bệnh tâm thần thường gặp là tâm thần phân liệt, trầm cảm, động kinh, rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ, sa sút trí tuệ ở người già, rối loạn tâm thần do rượu, các rối loạn tâm thần ở trẻ em (tăng động giảm chú ý, tự kỉ,...), các rối loạn tâm thần liên quan tới thời kì sinh đẻ ...đã chiếm khoảng 15% dân số, tương đương với khoảng 13 triệu người.

3.3. Nguyên nhân gây bệnh tâm thần

Cho đến nay mới chỉ có một số trường hợp rối loạn tâm thần là xác định được nguyên nhân. Nhiều rối loạn tâm thần khác, ví dụ, tâm thần phân liệt, rối loạn khí sắc, rối loạn nhân cách, nguyên nhân của chúng mới còn đang ở mức độ giả thuyết.

Nhìn chung các tác giả cho rằng sự phát sinh, tiến triển và kết thúc của bệnh tâm thần phụ thuộc vào các mối quan hệ của những tác nhân bên ngoài và bên trong cơ thể. Yếu tố nội sinh là các trạng thái thể chất và sinh lí của cơ thể, bao gồm:

- Loại hình hoạt động thần kinh của mỗi cá nhân.
- Trạng thái của loại hình thần kinh trong lúc có tác động gây hại.
- Giới tính của cá nhân.
- Lứa tuổi của cá nhân.
- Các nhân tố di truyền gồm: các mầm móng di truyền, gen di truyền, đặc điểm miễn dịch – sinh học, đặc điểm phản ứng cơ thể,...

Ý nghĩa của tác nhân ngoại sinh và nội sinh ở trong các bệnh tâm thần và ở mỗi cá nhân là rất khác nhau. Thí dụ: đối với rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não thì tác động trực tiếp từ bên ngoài chiếm ưu thế. Ngược lại, đối với rối loạn tâm thần nhiễm khuẩn thì các phản ứng nội sinh của cơ thể chiếm ưu thế. Các yếu tố này gây ra sốt cao, nhiễm độc và xuất hiện các triệu chứng đa dạng như: hội chứng mê sảng, hội chứng lú lẫn, hội chứng suy nhược thần kinh và cơ thể.

Trong một số bệnh tâm thần khác thì diễn biến của bệnh cũng không phù hợp với nguyên nhân sinh ra nó như: bệnh tâm thần phân liệt chẳng hạn thì các hiện tượng bệnh lí dường như do trạng thái sinh lí cơ bản của bệnh tự phát sinh mà không xác định được rõ rệt. Do vậy, có thể khẳng định rằng yếu tố nguyên nhân gây rối loạn tâm thần là có, nhưng không phải bao giờ cũng quyết định toàn bộ sự phát triển của bệnh.

Trong nhiều trường hợp nguyên nhân gây bệnh chỉ là yếu tố phát động khởi đầu của bệnh. Về sau, sự tiến triển của quá trình bệnh lí cùng với những biến dạng hoặc biến chứng của bệnh diễn ra trong giới hạn của những qui luật nhất định không có liên quan gì với nguyên nhân ban đầu gây ra bệnh. Điều này thường xảy ra với các bệnh tâm thần phân liệt và động kinh.

Sau khi nghiên cứu và khẳng định sự tác động qua lại phức tạp và tinh tế giữa các yếu tố ngoại sinh và nội sinh, có thể thấy một số nguyên nhân thường gặp sau:

3.3.1. Nhiễm khuẩn

Các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính và mạn tính đều có thể gây ra rối loạn tâm thần. Nhiễm khuẩn có thể trực tiếp tác động tới tổ chức não như viêm não, viêm màng não do não mô cầu, do virus, do xoắn khuẩn giang mai, do trực khuẩn lao, ... Nhiễm khuẩn cũng có thể là toàn thân gây rối loạn tâm thần do não bị tác động gián tiếp của nguyên nhân gây bệnh do các độc tố của vi khuẩn gây nên, như: bệnh thương hàn, sốt mò, sởi,... Mặt khác, cũng có thể nhiễm khuẩn trực tiếp tác động tới não thứ phát sau nhiễm khuẩn toàn thân, như nhiễm khuẩn huyết. Một số trường hợp khác nhiễm khuẩn tiềm tàng ở hốc mũi, xoang mặt, tai giữa có thể làm phát triển rối loạn tâm thần.

3.3.2. Nhiễm độc

Nhiễm độc là nguyên nhân thường gặp nhất. Nhiễm độc mạn tính có thể gặp ở những người tiếp xúc trực tiếp với hoá chất công nghiệp do nghề nghiệp như: nhiễm độc chì, thủy ngân, thuốc đạn, thuốc trừ sâu, oxytácbon... Cũng có thể gặp nhiễm độc mạn tính ở những người nghiện rượu, nghiện ma tuý, nghiện thuốc ngủ... Các rối loạn tâm thần ở đây trực tiếp do tác động của chất độc được tích lũy lại và cũng có thể gián tiếp do nhiễm độc gây ra các rối loạn chuyển hoá trong cơ thể.

Nguyên nhân nhiễm độc còn bao gồm cả những người tiếp xúc với sóng siêu cao tần, chất phóng xạ, tia X do không chấp hành các qui tắc bảo vệ an toàn lao động có thể ảnh hưởng đối với cơ thể và hệ thần kinh trung ương.

3.3.3. Chấn thương sọ não

Các chấn thương sọ não có thể do chiến tranh, do tai nạn lao động do tai nạn giao thông.

Chấn thương sọ não có thể là chấn thương kín hoặc chấn thương hở ở sọ não đều có thể là nguyên nhân trực tiếp gây ra các rối loạn tâm thần. Các rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não ở giai đoạn xa đều là những di chứng nặng nề, đồng thời là thiệt thòi lớn cho bản thân người bệnh, là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

3.3.4. U não và các rối loạn tuần hoàn não

U não và các rối loạn tuần hoàn não có thể là các nguyên nhân trực tiếp do tổn thương tổ chức não gây ra các rối loạn tâm thần. Vị trí các tổn thương khu trú ở não kèm theo biểu hiện rối loạn tâm thần khác nhau. Dựa vào các rối loạn này, người ta có thể chẩn đoán xác định được định khu của các tổn thương.

3.3.5. Các nguyên nhân tâm lý

- Sang chấn tâm lý (stress) cấp và mạn tính

Sang chấn tâm lý là những nguyên nhân hay gặp; tùy theo cường độ, thời gian tác động và loại hình thần kinh mà có thể gây ra những mức độ, trạng thái rối loạn tâm thần khác nhau. Có nhiều trường hợp dẫn đến mất khả năng lao động, tàn phế về chức năng tâm thần. Việc tiến hành các biện pháp vệ sinh tâm thần có ý nghĩa to lớn trong việc dự phòng các bệnh trên.

- Rối loạn hành vi ở thanh thiếu niên do giáo dục không đúng, môi trường xã hội không thuận lợi.

- Phản ứng bất toại.

3.3.6. Các nguyên nhân cấu tạo thể chất bất thường và phát triển tâm thần bệnh lý gây ra

- Chậm phát triển tâm thần
- Nhân cách bệnh.

3.3.7. Các nguyên nhân chưa rõ ràng

Do có sự kết hợp phức tạp của nhiều nguyên nhân khác nhau (di truyền, chuyển hóa, miễn dịch, cấu tạo thể chất...) nên khó xác định nguyên nhân chủ yếu, do vậy một số bệnh tâm thần được coi là các bệnh loạn thần nội sinh.

4. Một số yếu tố thuận lợi cho việc phát sinh bệnh tâm thần

Ngoài những nguyên nhân chủ yếu nói trên, còn có một số yếu tố có thể tác động như một nguyên nhân hoặc hình thành yếu tố thuận lợi cho bệnh tâm thần phát sinh như yếu tố di truyền, miễn dịch, yếu tố về lứa tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe toàn thân đều có ảnh hưởng nhất định đến sự hình thành và diễn biến của từng loại bệnh và các thể bệnh tâm thần.

4.1. Di truyền

Yếu tố di truyền cũng có khi là nguyên nhân nhưng cũng có khi chỉ là yếu tố thuận lợi cho việc phát triển bệnh. Người ta chú ý đến yếu tố di truyền trong những bệnh như: tâm thần phân liệt, bệnh rối loạn cảm xúc lưỡng cực... Tuy nhiên di truyền trong những trường hợp này cũng chỉ là yếu tố thuận lợi cho bệnh phát sinh mà thôi. Thí dụ: có gia đình cả bố và mẹ bị rối loạn tâm thần mà các con của họ thì bình thường và ngược lại có người bị bệnh tâm thần mà trong tiền sử gia đình không có ai bị bệnh tương tự. Khi nghiên cứu rối loạn tâm thần ở các cặp song sinh cùng trứng và khác trứng, người ta nhấn mạnh vai trò di truyền trong các bệnh tâm thần.

Tuy nhiên, các nghiên cứu không xác định được gen di truyền mà người ta chỉ tìm được các yếu tố di truyền về thể tạng và cơ địa. Trên cơ sở đó, dưới tác động của các yếu tố khác hoặc tác nhân có hại, có thể phát sinh ra các bệnh tâm thần khác nhau. Những yếu tố nguy cơ này đóng một vai trò quan trọng trong việc xuất hiện các yếu tố mang tính di truyền. Thí dụ: trong khởi phát tâm thần phân liệt có người bắt đầu sau nhiễm khuẩn, có người bắt đầu sau một chấn thương tâm lý hoặc chấn thương sọ não, đôi khi còn gặp sau khi sinh đẻ. Mặc dù vậy, vấn đề di truyền trong bệnh lý tâm thần còn là một vấn đề bí ẩn. Do người ta chưa tìm thấy gen di truyền và phương thức di truyền bệnh này.

4.2. Nhân cách

Nhân cách bao gồm toàn bộ đặc điểm tâm lí của một con người, là tổng hợp những nét riêng biệt của một con người, làm cho người này có những nét khác hẳn với người kia. Nhân cách bao gồm nhiều thành phần như: xu hướng (khuyh hướng, ham thích), khí chất, tính cách, năng lực, loại hình thần kinh.

Nếu nhân cách mạnh, bền vững thì khả năng chống đỡ bệnh tật tốt hoặc nếu bị bệnh thì khả năng hồi phục cũng nhanh hơn so với người có nhân cách yếu và nhân cách không thăng bằng.

Đôi khi loại hình thần kinh đóng một vai trò quyết định trong các thể lâm sàng của bệnh. Thí dụ: như bệnh tâm căn hysteria thường chỉ xuất hiện ở người có loại hình thần kinh yếu, không thăng bằng và có xu hướng nghệ sĩ, ích kỉ.

4.3. Lứa tuổi

Mỗi lứa tuổi đều có một đặc điểm tâm lí và sinh lí khác nhau. Vì vậy khi bị bệnh tâm thần thì tùy theo lứa tuổi mà biểu hiện lâm sàng, tiến triển và tiên lượng của bệnh cũng khác nhau.

Trẻ em là những yếu tố nguy cơ phát sinh các bệnh tâm căn như: rối loạn tâm căn lo âu hoặc tâm căn ám ảnh sợ. Tuổi dậy thì và tuổi thanh niên dễ phát sinh bệnh tâm thần phân liệt và các trạng thái stress tâm lí. Ngược lại, ở tuổi già dễ bị các bệnh loạn tâm thần thực tổn như: teo não, xơ vữa mạch não, cao huyết áp,...

4.4. Giới tính

Giới tính ảnh hưởng rất lớn đến việc phát sinh các bệnh tâm thần. Nữ giới thường có những rối loạn tâm thần ở các thời kì khác nhau trong quá trình hoạt động của tuyến sinh dục.

Trong các thời kì dậy thì, bắt đầu có kinh nguyệt, thời kì sinh đẻ, thời kì kinh thường hay phát sinh các bệnh tâm thần nhất. Đây là thời kì khủng hoảng cả về sinh lí và tâm lí dễ bị tác động bởi các yếu tố ngoại lai. Ở nữ giới thường hay gặp một số bệnh tâm thần như: tâm căn hysteria, rối loạn khí sắc chu kì, rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu. Ngược lại ở nam giới hay gặp các bệnh rối loạn tâm thần do rượu, rối loạn tâm thần do nhiễm độc, rối loạn tâm thần do chấn thương sọ não.

4.5. Các yếu tố cơ thể

Giai đoạn khởi phát các bệnh rối loạn tâm thần thường xuất hiện khi sức khỏe cơ thể bị giảm sút do thiếu dinh dưỡng kéo dài, làm việc quá sức, mất ngủ kéo dài, sau một bệnh nhiễm khuẩn nặng hoặc các bệnh khác,... Ngược lại, chính các rối loạn tâm thần cũng làm cho cơ thể suy sụp tạo thành vòng luẩn quẩn. Vì vậy trong điều trị các bệnh rối loạn tâm thần cần phải điều trị toàn diện thì bệnh mới nhanh hồi phục.

5. MỘT SỐ BỆNH TÂM THẦN VÀ RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP

5.1. Bệnh tâm thần phân liệt

Tâm thần phân liệt là một bệnh tâm thần nặng có tính chất tiến triển từ từ, căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng, làm biến đổi nhân cách người bệnh theo kiểu từ từ, làm cho họ dần dần tách ra khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong (thế giới tự kỷ), làm cho tình cảm của họ khô lạnh dần, khả năng làm việc ngày một sút kém và có những hành vi lập dị khó hiểu. Bệnh chiếm tỷ lệ 0,3-1% dân số thế giới, ở

Việt Nam khoảng 0,7%. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trẻ (18-40 tuổi) tỷ lệ mắc ở nam cũng tương tự như ở nữ giới.

Biểu hiện lâm sàng thường gặp

5.1.1. Rối loạn tư duy: Bệnh nhân thường cảm thấy ý nghĩ của mình như bị người khác biết hay lấy bớt, hay ý nghĩ của mình vang thành tiếng hay bị phát thanh. Trong một số trường hợp tư duy trở nên gián đoạn hay thêm từ khi nói hoặc lời nói không thích hợp.

5.1.2. Hoang tưởng:

- Người bệnh nghĩ rằng có một người nào đó, hoặc một lực lượng nào đó đang kiểm tra, chi phối hoạt động của người bệnh hoặc đang theo dõi, làm hại người bệnh.

- Người bệnh cảm thấy có sức mạnh tự nhiên hay siêu nhiên đang hoạt động làm ảnh hưởng đến ý nghĩ, cảm xúc hay hành vi của mình.

5.1.3 Ảo giác

Người bệnh nghe thấy những lời bình luận về người bệnh hoặc những tiếng nói xuất phát từ một bộ phận nào đó từ cơ thể người bệnh (ảo thanh). Người bệnh nhìn thấy, ngửi thấy, cảm thấy những gì mà người khác không thấy (ảo thị ảo khứu...)

5.1.4. Một số biểu hiện khác:

Nét đặc trưng của cảm xúc là nông cạn, thất thường hay không thích hợp. Tác phong có thể trở nên rối loạn trầm trọng, kích động hay sững sờ giữ nguyên tư thế, tập tính cá nhân có thể biến đổi, trở nên mất thích thú, thiếu mục đích, lười nhác và cách ly xã hội. Điều trị chủ yếu bằng các thuốc an thần kinh phối hợp với liệu pháp lao động thích ứng xã hội.

5.2. Bệnh trầm cảm

Trầm cảm là một hội chứng của rối loạn cảm xúc biểu hiện đặc trưng bởi khí sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn tới sự mệt mỏi và giảm hoạt động. Rõ rệt nhất là sự giảm hoạt động chỉ sau một cố gắng nhỏ, tồn tại trong một khoảng thời gian ít nhất là 2 tuần.

5.2.1. Giai đoạn khởi phát

Bệnh tiến triển từ từ với các biểu hiện:

- Mất ngủ, đau đầu, mệt mỏi giống như một hội chứng suy nhược thần kinh.

- Sau vài tuần, vài tháng xuất hiện cảm giác mất khả năng làm việc, hay do dự, mất giá trị bản thân, người bệnh không thiết gì tới công việc, thói quen, sở thích cũ và người thân. Người bệnh nghiễm ngẫm và lo lắng về sức khỏe, về tương lai. Có thể xuất hiện ý tưởng và hành vi tự huỷ hoại, tự sát.

5.2.2. Giai đoạn toàn phát

Bệnh có thể biểu hiện một hội chứng trầm cảm điển hình với bộ 3 triệu chứng:

- *Cảm xúc bị ức chế:* khí sắc giảm, người bệnh buồn rầu, ủ rũ, mất thích thú cũ, bi quan về tiền đồ. Nét mặt trở nên cau có, đôi khi nước mắt lưng tròng, thờ dài và tăng sự mệt mỏi.

- *Tư duy bị ức chế*: người bệnh suy nghĩ chậm chạp, liên tưởng khó khăn, thiếu tự tin cho mình là hèn kém. Trường hợp nặng có hoang tưởng tự buộc tội đưa đến ý tưởng và hành vi tự sát.
- *Vận động bị ức chế*: người bệnh ít đi lại, ít nói, ăn uống kém, thường hay ngồi lâu trong một tư thế, có thể có hiện tượng bất động sững sờ. Đôi lúc trở nên lẫn lộn, vật vã, khóc lóc.

Thể không điển hình: Biểu hiện rất đa dạng và phong phú, thường được che lấp bởi các triệu chứng mất ngủ hoặc các triệu chứng cơ thể khác, đau ở nhiều cơ quan khác nhau như: đau đầu, đau bụng, đau cơ xương khớp, rối loạn tiêu hóa (chán ăn, táo bón dai dẳng, sút cân) và các rối loạn thần kinh thực vật: nhịp tim nhanh, hồi hộp đánh trống ngực, ra mồ hôi chân tay, giảm huyết áp, giảm tình dục, mất kinh nguyệt.

Trầm cảm là một bệnh lý thực sự ảnh hưởng cả thể xác lẫn tinh thần người bệnh. Người bệnh không thể tự thoát khỏi trạng thái trầm cảm hoặc tự chống chọi với nó, cho nên những lời khuyên khích lệ, động viên vượt lên hoàn cảnh dường như không có giá trị gì đối với người bệnh trầm cảm.

Hội chứng trầm cảm có thể gặp trong nhiều bệnh tâm thần khác nhau. Trầm cảm là một hội chứng cần theo dõi chặt chẽ và cấp cứu, đặc biệt đối với trầm cảm có ý tưởng và hành vi tự sát. Điều trị trầm cảm chủ yếu bằng các thuốc chống trầm cảm, kích thích từ xuyên sọ, điều chỉnh khí sắc, liệu pháp tâm lý... trong trường hợp trầm cảm nặng có thể dùng biện pháp sốc điện.

5.3. Rối loạn lo âu

Rối loạn lo âu là sự sợ hãi quá mức, không có nguyên nhân do chủ quan người bệnh và không thể giải thích do một bệnh tâm thần khác hoặc do một bệnh cơ thể, là một rối loạn mà người bệnh không thể kiểm soát được.

Đặc điểm của lo âu là:

- Lo âu không có chủ đề rõ ràng, không khu trú vào một hoàn cảnh sự kiện nào, không có căn cứ rõ ràng.
- Lo âu thường kéo dài nhiều ngày, nhiều tuần nhiều tháng khiến người bệnh mất ăn mất ngủ.
- Lo âu thường kèm theo các triệu chứng cơ thể khác.

Các biểu hiện cơ thể của rối loạn lo âu:

- **Tim mạch:** Hồi hộp, huyết áp không ổn định, đau, bồng vùng trước tim, cảm giác co thắt trong lồng ngực
- **Dạ dày – ruột:** Nôn, cảm giác trống rỗng trong dạ dày, chướng bụng ; Khô miệng ; Tăng nhu động ruột; Cảm giác có “hòn, cục” ở trong cổ
- **Hô hấp:** Tăng nhịp thở; Cảm giác thiếu không khí, cảm giác khó thở
- **Các biểu hiện khác:** Tăng trương lực cơ, run ; Mệt mỏi, cảm giác yếu, thiếu lực; Ra mồ hôi; Chóng mặt; Đau đầu; Đái buốt, đái dắt, đái nhiều lần. Rét run, nóng bừng; Giãn đồng tử
- Hay cáu gắt

Một số rối loạn lo âu thường gặp

- **Rối loạn hoảng sợ:** là những cơn tái diễn lo âu trầm trọng, không báo trước, bắt đầu nhanh, đột ngột, kéo dài vài phút với tần số thay đổi. Các triệu chứng thường bắt đầu với đánh trống ngực, tim đập nhanh, đau ngực, cảm giác bị choáng, chóng mặt, không thực, thở nông, ngắn, cảm giác ngẹt thở, vã mồ hôi, người bệnh bắt

đầu cảm thấy sợ hãi, sợ chết, sợ mình sắp bị điên và muốn thoát ra khỏi hoàn cảnh đó. Con hoảng sợ thường tiếp theo sau bằng một nỗi lo sợ dai dẳng sẽ có một cơn như thế xảy ra.

- **Ám ảnh sợ biệt định:** là những ám ảnh sợ khu trú vào các tình huống đặc biệt như sợ gần động vật, sợ độ cao, sợ sấm, sợ đi máy bay, sợ nơi kín, sợ bị bệnh hiểm nghèo... Khi có kích thích ám ảnh sợ sẽ dễ dàng dẫn đến đáp ứng lo âu. Người bệnh sợ hãi và người bệnh né tránh các kích thích đó, gây trở ngại rõ rệt đến cuộc sống hàng ngày, hoạt động nghề nghiệp và xã hội.
- **Rối loạn ám ảnh cưỡng chế:** Người bệnh có những ý nghĩ lặp lại một cách vô nghĩa mà không kiểm soát được gây ra rối loạn lo âu rõ rệt. Người bệnh nhận thức được ám ảnh là vô lý và cố gắng tìm cách xua đuổi ngăn chặn ý nghĩ đó nhưng không được. Hành vi cưỡng bức cũng là những hành vi lặp đi lặp lại như rửa tay, đếm, sắp xếp đồ đạc... để đáp lại sự ám ảnh với mục đích giảm bớt các lo âu căng thẳng nhưng không đạt được sự thoải mái.
- **Rối loạn lo âu lan toả:** Người bệnh lo lắng quá mức về các sự kiện hay hoạt động như công việc hay học tập. Người bệnh khó khăn trong việc kiểm soát lo lắng. Kèm theo người bệnh có một số triệu chứng khác như bồn chồn, căng thẳng, bực dọc, dễ mệt mỏi, khó tập trung, rối loạn giấc ngủ, vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt... Biểu hiện lo âu kéo dài ít nhất 6 tháng.

5.4. Rối loạn giấc ngủ

5.4.1. Mất ngủ: Là khi người trưởng thành ngủ ít hơn 5 giờ/ngày. Biểu hiện bằng những than phiền khó đi vào giấc ngủ hoặc chất lượng ngủ kém (ngủ không sâu giấc, trằn trọc, dễ thức giấc, khó ngủ trở lại hoặc thức giấc sớm). Xảy ra ít nhất 3 lần / tuần, kéo dài ít nhất một tháng. Có sự bận tâm về giấc ngủ và lo lắng quá mức về hậu quả ban ngày và ban đêm của giấc ngủ. Gây ra sự đau khổ hoặc gây trở ngại trong hoạt động chuyên môn hoặc xã hội (mệt mỏi, khó tập trung học tập, lao động, chất lượng công việc kém)

5.4.2. Ngủ nhiều

Ngủ nhiều là ngủ trên 10 tiếng mỗi ngày, kéo dài trong ít nhất một tháng. Ngủ quá nhiều phải đủ nặng để gây ra các triệu chứng khó chịu, ảnh hưởng đến các chức năng nghề nghiệp, xã hội và các chức năng quan trọng khác. Người bệnh thường ngủ 8 – 12 giờ mỗi ngày và thường khó thức dậy vào buổi sáng. Mặc dù ngủ nhiều nhưng khi ngủ dậy vẫn không thỏa.

5.4.3. Hoảng sợ khi ngủ

Là những cơn hoảng sợ và sợ hãi tột độ về ban đêm. Người bệnh hốt hoảng và lo âu kịch phát. Người bệnh kêu thốt thanh, đôi khi tỉnh giấc ngay lập tức với cảm giác hoảng sợ mạnh. Người bệnh thường ngủ tiếp hoặc có miên hành và quên trong cơn.

Hoảng sợ trong khi ngủ thường bắt đầu ở trẻ 4 - 12 tuổi và tự hết ở tuổi vị thành niên. ở người lớn, khởi phát phổ biến nhất ở lứa tuổi 20 - 30 và tiến triển tính. Cơn hoảng sợ thường xảy ra một lần sau vài ngày hoặc vài tuần, nhưng cũng có thể xảy ra hàng đêm.

5.4.4. Miên hành

Tỷ lệ miên hành ở trẻ em là 10%-30%, ở người lớn là 1%-7%. Cơn đầu tiên hay gặp ở lứa tuổi 4 - 8. Đỉnh cao xảy ra ở tuổi 12. Miên hành ở trẻ em thường tự hết khi

đến tuổi vị thành niên. Nhưng hầu hết các trường hợp, miên hành kéo dài trong vài năm.

Miên hành là trạng thái ý thức biến đổi đặc biệt, trong đó trạng thái thức và ngủ kết hợp với nhau. Người bệnh đi trong trạng thái vắng ý thức hoàn toàn. Người bệnh ngồi dậy, có thể có những vận động phức tạp như đi, mặc quần áo, nói, la hét thậm chí lái xe. Các hành vi thường kết thúc khi người bệnh thức dậy sau vài phút rồi loạn ý thức, người bệnh có thể quay lại giường và ngủ tiếp.

Miên hành thường bắt đầu ở 1/3 đầu của đêm. Nếu tỉnh dậy trong giai đoạn này (hoặc sáng hôm sau), người bệnh chỉ nhớ lại một số chi tiết hạn chế những gì xảy ra trong giai đoạn.

5.4.5. Ác mộng

Ác mộng đặc trưng bởi giấc mơ dài gây hoảng sợ, người bệnh tỉnh dậy trong hoảng hốt.. Khoảng một nửa số trường hợp, ác mộng phối hợp với các bệnh tâm thần khác như rối loạn lo âu, tâm thần phân liệt, rối loạn stress sau sang chấn và trầm cảm. Người bệnh khi tỉnh dậy, hoàn toàn tỉnh táo và có thể nhớ từng chi tiết của giấc mơ. Rối loạn thần kinh thực vật thường có nhưng biểu hiện nhẹ và nhanh chóng trở về bình thường. Khoảng 50% số người lớn thường có ác mộng. Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam từ 2-4 lần.

5.5. Sa sút trí tuệ ở người cao tuổi

Sa sút trí tuệ (SSTT) là một hội chứng được đặc trưng bởi sự suy giảm nhiều chức năng cao cấp của vỏ não với biểu hiện cốt lõi là sự suy giảm trí nhớ. Làm suy giảm và trở ngại đáng kể cho các hoạt động nghề nghiệp, xã hội và các hoạt động sống hàng ngày của người bệnh.

Có rất nhiều nguyên nhân khác có thể dẫn đến các triệu chứng sa sút trí tuệ trong đó phổ biến nhất là bệnh Alzheimer (chiếm 50 đến 60% các trường hợp), các bệnh lý về mạch máu là nguyên nhân suy giảm trí nhớ phổ biến thứ hai.

5.5.1. Nguyên nhân

<p>Thoái hóa thần kinh: Bệnh Alzheimer Sa sút trí tuệ thể Lewy Bệnh Parkinson Sa sút trí tuệ thùy trán và thùy TD</p>	<p>Rối loạn TK và chấn thương Chấn thương sọ não Khó khăn choán chỗ Xơ cứng rải rác</p>
<p>Bệnh mạch máu: Nhồi máu não Xuất huyết não Bệnh tim mạch</p>	<p>Bệnh nhiễm khuẩn: Giang mai, HIV Viêm não Bệnh Creutzfeldt- Jakob</p>
<p>Rối loạn nội tiết: Đái tháo đường Suy giáp/ cường giáp</p>	<p>Sử dụng thuốc, lạm dụng chất: Thuốc an thần, kháng cholinergic,... Rượu, ma túy</p>

Bệnh tuyến cận giáp	
Thiếu vitamin: B12, thiamin (B1), acid nicotin	Rối loạn chuyển hóa khác: Tăng/ hạ Canxi máu Bệnh não gan

5.5.2 Các biểu hiện lâm sàng

* *Sự suy giảm trí nhớ*

Thời kỳ đầu thường quên những sự việc vừa mới xảy ra và không nhớ lại được, cũng có thể quên ngay những điều vừa mới nghe hoặc những điều vừa mới dự định làm dần dần suy giảm trí nhớ ngày càng nặng hơn, người bệnh quên cả các sự kiện xảy ra trước đó, quên tên người quen cũ, đồng nghiệp, quên các kiến thức đã học... rồi quên cả các sự kiện quan trọng liên quan đến cuộc sống cá nhân của mình.

* *Rối loạn định hướng*

Trí nhớ là một nhân tố quan trọng trong việc định hướng, do vậy khi bị sa sút trí tuệ thì khả năng định hướng sẽ bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Người bệnh bị lạc đường, không nhớ được cách họ đi đến một nơi cụ thể và quên cách để trở về nhà, dần dần mất hoàn toàn khả năng định hướng không gian và thời gian.

* **Vong ngôn:** BN mất khả năng sử dụng ngôn ngữ trong khi bộ máy phát âm bình thường.

Giai đoạn sớm: Khó tìm từ, nói quanh co, mô tả sự vật...Không gọi được tên các đồ vật, tên người quen thuộc, đôi khi người bệnh nói về tác dụng đồ vật thay cho tên đồ vật, dùng các từ chung chung, mơ hồ, nói lặp từ.

Phát âm vẫn rõ ràng, chính xác, đúng cú pháp, giao tiếp đơn giản vẫn tốt. Các câu hỏi phức tạp thì cần có sự hỗ trợ của người thân (dấu hiệu quay đầu)

Giai đoạn toàn phát: Nói sai ngữ pháp, nói không lưu loát, tạo ra nhiều từ mới, khó hoặc mất giao tiếp bằng ngôn ngữ. Ngôn ngữ của người bệnh nghèo nàn dần. Về sau, người bệnh chỉ sử dụng được một số từ đơn giản, thậm chí là mất hẳn ngôn ngữ (chỉ còn kêu ú ớ)

* **Vong tri:** Mất khả năng nhận biết trong khi các giác quan bình thường.

Giai đoạn sớm: dễ bị lạc đường do rối loạn nhận biết địa hình, môi trường mới lạ, mất nhận biết đồ vật thông dụng, khuôn mặt người quen cũ, lạc ngay cả trong môi trường quen thuộc

Giai đoạn cuối: không nhận ra con cháu, không nhận ra chính mình trong gương, bệnh nhân đi lạc ngay trong nhà, không tìm ra giường mình sau khi đi vệ sinh

Hội chứng Capgras: Thấy như có người lạ trong nhà mình. Cho rằng người thân đã bị người giả dạng, thay thế; đối xử với người trong TV như người thật

* *Vong hành*

Không thực hiện được các hoạt động có mục đích trong khi không có tổn thương ở hệ thống vận động hay cảm giác.

Người bệnh có thể không còn nhớ cách ăn uống hoặc không thể tự ăn uống được, nặng hơn, người bệnh không thể tự vệ sinh cá nhân mà cần phải có sự giúp đỡ của gia đình, lệ thuộc vào sự giúp đỡ của gia đình trong các công việc, sinh hoạt. Ở giai đoạn bệnh nặng, người bệnh không biết cách ăn uống, vệ sinh cá nhân.... Về sau, người bệnh mất luôn khả năng đi lại.

*** Giảm khả năng tư duy trừu tượng**

Người bệnh có thể không nhận ra được các con số hoặc không thực hiện được các phép tính đơn giản. Khả năng suy luận, phán đoán và giải quyết vấn đề cũng bị suy giảm, ảnh hưởng đến hoạt động nghề nghiệp, các quan hệ xã hội và ngay cả trong cuộc sống gia đình, hoạt động sống hàng ngày của người bệnh.

*** Thay đổi về nhân cách:**

Là các triệu chứng gây khó khăn cho gia đình trong việc chăm sóc và chịu đựng đối với BN

Cùng với tình trạng quên, người bệnh thường âu lo, buồn phiền, giận dữ, dễ kích động, nghi ngờ hoặc sợ sệt và mất tự chủ...

- BN trở nên thu mình lại, ít hoặc không quan tâm đến hậu quả của các hành vi mà họ gây ra, mất dần các ham thích hứng thú cũ, độc đoán, cáu kỉnh ...
- Có BN trở nên bủn xỉn, hoài nghi, ghen tuông vô lý, nhi tính
- Tác phong ăn mặc cầu thả, có xu hướng góp nhặt bủn xỉn
- Có BN có hành vi thù địch với người thân
- Có BN dễ bùng nổ, kích động, đi lang thang (tổn thương thùy trán - TD)

CÁC DẤU HIỆU CẢNH BÁO ALZHEIMER

1. Trí nhớ thay đổi có thể gây khó khăn cho sinh hoạt hàng ngày.

Một trong những dấu hiệu phổ biến nhất của bệnh Alzheimer's, đặc biệt ở giai đoạn đầu, là quên các thông tin đã biết gần đây. Những người khác còn quên cả các ngày tháng hoặc sự kiện quan trọng; hỏi đi hỏi lại nhiều lần một thông tin, dựa vào các thiết bị trợ giúp trí nhớ (ví dụ: ghi chú báo nhắc hoặc thiết bị điện tử) hoặc các thành viên trong gia đình để nhắc nhở những việc mà họ thường tự thực hiện. Triệu chứng điển hình? Thỉnh thoảng quên tên hoặc các cuộc hẹn nhưng sau đó nhớ lại chúng.

2. Thách thức trong việc lập kế hoạch hoặc giải quyết vấn đề

Một số người có thể cảm nhận các thay đổi về khả năng phát triển và theo đuổi một kế hoạch hay làm việc với các con số. Họ có thể gặp khó khăn khi bắt kịp một công thức quen thuộc hay theo dõi hóa đơn hàng tháng. Họ có thể khó tập trung và mất nhiều thời gian hơn để làm những việc mà họ đã từng làm lúc trước.

3. Khó hoàn thành những công việc quen thuộc ở nhà, tại nơi làm việc hoặc khi rảnh rỗi.

Người bệnh Alzheimer's thường cảm thấy khó hoàn thành các công việc hàng ngày. Đôi khi họ có thể gặp khó khăn khi lái xe đến một địa điểm quen thuộc, quản lý một ngân sách tại nơi làm việc hay ghi nhớ luật chơi của một game yêu thích.

4. Nhầm lẫn thời gian hoặc địa điểm.

Người bệnh Alzheimer's có thể quên mất ngày tháng, mùa và sự chuyển biến thời gian. Họ có thể gặp khó khăn khi hiểu một điều gì đó nếu nó không xảy ra ngay lập tức. Đôi khi họ có thể quên mất mình đang ở đâu hoặc họ đã đến đó bằng cách nào.

5. *Gặp khó khăn khi hiểu các hình ảnh trực quan và các mối quan hệ trong không gian.*

Đối với một số người, dấu hiệu mắc bệnh Alzheimer's chính là các vấn đề về thị giác. Họ có thể gặp khó khăn trong việc đọc sách, đánh giá khoảng cách và xác định màu sắc hoặc độ tương phản. Về mặt nhận thức, họ có thể đi ngang qua một chiếc gương và nghĩ rằng có ai khác ở trong phòng. Họ có thể không nhận ra chính cái bóng của mình.

6. *Những vấn đề mới với từ ngữ khi nói hoặc viết.*

Người bệnh Alzheimer's có thể gặp khó khăn khi theo dõi hay tham gia một cuộc trò chuyện. Họ có thể dừng lại khi đang trò chuyện và không có ý tưởng để làm sao tiếp tục cuộc trò chuyện hoặc họ có thể lặp lại chính bản thân họ. Họ có thể đánh vật với vốn từ vựng, gặp khó khăn khi tìm kiếm từ thích hợp hay gọi sai tên sự vật (ví dụ: gọi "đồng hồ đeo tay" là "đồng hồ tay").

7. *Đặt đồ vật sai vị trí và mất khả năng nhớ lại các bước thực hiện*

Người bệnh Alzheimer's có thể đặt đồ vật ở những nơi khác lạ. Họ có thể làm mất đồ vật và không thể nhớ các bước thực hiện để tìm lại các đồ vật đó. Đôi khi họ có thể cáo buộc người khác ăn cắp. Điều này có thể xảy ra thường xuyên hơn theo thời gian. Triệu chứng điển hình? Thịnh thoảng đặt đồ vật sai vị trí, chẳng hạn như một cặp kính hoặc thiết bị điều khiển từ xa.

8. *Giảm khả năng phán đoán hoặc phán đoán kém*

Người bệnh Alzheimer's có thể cảm nhận các thay đổi về khả năng phán đoán hoặc trong việc đưa ra quyết định. Chẳng hạn, họ có thể phán đoán kém khi giao dịch bằng tiền, đưa một số tiền lớn cho nhân viên tiếp thị qua mạng. Họ có thể ít quan tâm đến việc chải chuốt hoặc giữ vệ sinh cá nhân sạch sẽ.

9. *Rút lui khỏi công việc hoặc các hoạt động xã hội*

Người bệnh Alzheimer's có thể bắt đầu từ bỏ các sở thích, các hoạt động xã hội, các dự án công việc hay các môn thể thao. Họ có thể gặp khó khăn khi theo dõi một đội thể thao yêu thích hay ghi nhớ cách hoàn thành một thú vui yêu thích. Họ cũng có thể tránh giao tiếp xã hội do các thay đổi mà họ gặp phải.

10. *Thay đổi về tâm trạng và tính cách*

Tâm trạng và tính cách của người bệnh Alzheimer's có thể thay đổi. Họ có thể trở nên bối rối, nghi ngờ, chán nản, sợ hãi hay lo lắng. Họ có thể dễ dàng nổi nóng ở nhà, tại nơi làm việc, khi ở với bạn bè hoặc ở những nơi mà họ cảm thấy không thoải mái.

5.6. Một số bệnh tâm thần ở trẻ em

5.6.1. *Tăng động giảm chú ý(ADDH)*

Tăng động giảm chú ý (ADHD) là một nhóm các triệu chứng như giảm sự chú ý, tăng hoạt động và có những hành động có tính chất xung động...

Theo DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) của Mỹ, thì:

* **Giảm chú ý:** Trẻ bị giảm chú ý khi có ít nhất 6 triệu chứng, biểu hiện kéo dài ít nhất 6 tháng, làm cho trẻ thích ứng kém hoặc không phù hợp với mức phát triển tâm thần:

- Thường không thể chú ý kỹ lưỡng vào các chi tiết, hoặc phạm những lỗi do câu thả trong học tập, trong công việc hoặc trong các hoạt động khác.
- Thường khó khăn duy trì sự chú ý trong nhiệm vụ hoặc trong các hoạt động vui chơi.
- Thường có biểu hiện như không hề lắng nghe những gì người khác nói trực tiếp với trẻ.
- Thường không thể làm theo toàn bộ những chỉ dẫn hoặc không hoàn thành bài tập, công việc trong gia đình, những nhiệm vụ ở nơi làm việc (không phải vì hành vi chống đối hoặc không hiểu được các chỉ dẫn).
- Thường khó khăn trong cách tổ chức công việc và các hoạt động.
- Thường tránh né, không thích hoặc miễn cưỡng thực hiện các nhiệm vụ đòi hỏi phải duy trì những nỗ lực tinh thần (như làm bài tập trường hoặc ở nhà).
- Thường đánh mất những vật dụng cần thiết (như vở bài tập ở trường, bút chì, sách, đồ chơi và các dụng cụ khác).
- Thường dễ bị sao nhãng bởi những kích thích bên ngoài.
- Thường quên các hoạt động hằng ngày.

* **Tăng hoạt động:** Khi trẻ có ít nhất 6 triệu chứng của tăng hoạt động, xuất hiện ít nhất 6 tháng với mức độ làm trẻ thích ứng kém hoặc không phù hợp với mức độ phát triển tâm thần.

- Cử động chân tay liên tục, không ngồi yên.
- Rời khỏi chỗ trong lớp hoặc trong các tình huống khác mà cần phải ngồi yên một chỗ.
- Thường xuyên chạy quanh hoặc leo trèo quá mức, không thích hợp (ở thanh thiếu niên, có thể chỉ biểu hiện cảm giác bồn chồn).
- Thường khó khăn trong khi chơi hoặc gặp khó khăn trong các hoạt động yêu cầu giữ yên lặng.
- Thường hoạt động liên tục hoặc hoạt động như được “gắn động cơ”.

* **Xung động**

- Thường buột miệng trả lời trước khi các câu hỏi được đặt ra hoàn chỉnh.
- Thường khó khăn chờ đợi theo hàng hoặc chờ đến lượt trong các trò chơi lần lượt hoặc trong các tình huống sinh hoạt nhóm.
- Thường ngắt lời hoặc xâm phạm vào vấn đề của người khác (Ví dụ: Xen vào cuộc nói chuyện của người khác hoặc các trò chơi của trẻ khác).

5.6.2. Tự kỷ

Tự kỷ là một tập hợp các rối loạn ở mức độ khác nhau từ nhẹ đến nặng, khởi phát sớm từ khi trẻ trước 3 tuổi và diễn biến kéo dài. Biểu hiện chung của tự kỷ bao gồm những khiếm khuyết trong 3 lĩnh vực là kém tương tác xã hội, kém giao tiếp và hành

vi bất thường. Bên cạnh đó trẻ thường có rối loạn cảm giác. Nhiều trẻ tự kỷ có kèm theo tăng động và chậm phát triển trí tuệ.

*** *Kiểm khuyết về quan hệ xã hội***

Thiếu hụt những kỹ năng tương tác xã hội là vấn đề cơ bản của tự kỷ như trẻ như không biết chỉ tay, ít giao tiếp bằng mắt, kéo tay người khác cần, ít cử chỉ giao tiếp, không làm theo hướng dẫn, chơi một mình không chia sẻ, chỉ làm theo ý thích của mình, không khoe, không để ý đến thái độ và tình cảm của người khác... Một số trẻ chẳng biết lạ ai, đến nơi mới nào cũng không để ý đến sự đổi thay của môi trường, nhưng lại có những trẻ rất sợ người lạ sợ chỗ lạ. Trẻ thường gắn bó và để ý tới đồ vật nhiều hơn là để ý tới mọi người xung quanh.

*** *Kiểm khuyết về sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp.***

Bất thường về ngôn ngữ: chậm nói, hoặc đã nói được nhưng sau lại không nói, phát âm vô nghĩa. Dạy không nói theo. Nếu trẻ nói được thì lại nói nhại lời, nhại quảng cáo, chỉ nói khi đòi ăn, đòi đi... Ngôn ngữ thụ động, không biết đặt câu hỏi, hoặc hỏi lại nhiều lần một câu hỏi. Không biết đối đáp hội thoại, không biết kể chuyện lại những gì đã chứng kiến. Giọng nói khác thường như nói giọng lơ lớ, thiếu diễn cảm, nói nhanh, nói riu riu, nói rất to... Trẻ không biết chơi giả vờ tưởng tượng mang tính xã hội, không biết trò chơi có luật. Chậm nói là lý do chủ yếu để các cha mẹ đưa con đi khám bệnh vì đó là dấu hiệu dễ nhận thấy nhất.

*** *Những bất thường về hành vi, thói quen và ý thích thu hẹp:***

Hành vi định hình như đi kiễng gót, quay tròn người, ngẩng nhìn tay, nhìn nghiêng, lắc lư người, nhảy chân sáo, chạy vòng quanh, nhảy lên... Những thói quen rập khuôn thường gặp là: đi về theo đúng một đường, ngồi đúng một chỗ, nằm đúng một vị trí, thích mặc đúng bộ quần áo đó, luôn làm một việc theo một trình tự...

Những ý thích thu hẹp như: cách chơi đơn điệu kéo dài, cuốn hút nhiều giờ xem tivi quảng cáo, băng hình, điện thoại, quay bánh xe, hay ngẩng nhìn hoặc tay luôn cầm một thứ như bút, que, tăm, giấy, chai lọ, đồ chơi có màu ưa thích hoặc có độ cứng mềm khác nhau... Nhiều trẻ ăn vạ khóc lãn ra nếu không vừa ý do trẻ không biết nói và do thiếu kiểm chế. Có khoảng trên 70% trẻ tự kỷ có biểu hiện tăng động, không phản ứng với nguy hiểm.

*** *Rối loạn cảm giác:*** do thần kinh quá nhạy cảm như: sợ khi nghe tiếng động to nên khóc thét hoặc bịt tai, che mắt hoặc chui vào góc do sợ ánh sáng, sợ một số mùi vị, thính tai với âm thanh quảng cáo nên chạy vào nhanh để nghe, sợ cắt tóc, sợ gội đầu, không thích ai sờ vào người, đi kiễng gót, ăn không nhai và kén ăn... Ngược lại trẻ kém nhạy cảm lại có những biểu hiện như: thích sờ đồ vật, thích được ôm giữ thật chặt, giảm cảm giác đau, quay tròn người, gõ hoặc ném các thứ tạo ra tiếng động, nhìn vật chuyển động hoặc phát sáng... Một số trẻ có khả năng đặc biệt như có một số khả năng và trí nhớ rất cao như nhớ số điện thoại, nhớ các loại xe ô tô, nhớ vị trí đồ vật hoặc nơi chốn, bấm trò chơi trên máy rất giỏi, thuộc lòng nhiều bài hát, đọc số chữ rất sớm, làm toán cộng nhẩm nhanh, bắt chước động tác nhanh... nên dễ nhầm tưởng là trẻ quá thông minh.

Có thể chẩn đoán tự kỷ khi trẻ có một số dấu hiệu xếp được đủ vào 3 lĩnh vực trên.

5 dấu hiệu nguy cơ của tự kỷ là:

- Khi 12 tháng trẻ không nói bập bẹ
- Khi 12 tháng trẻ vẫn chưa biết chỉ ngón tay hoặc không có những cử chỉ điệu bộ giao tiếp phù hợp
- 16 tháng chưa nói từ đơn
- Khi 24 tháng chưa nói được câu 2 từ hoặc nói chưa rõ
- Trẻ bị mất đi kỹ năng ngôn ngữ hoặc kỹ năng xã hội đã có ở bất kỳ lứa tuổi nào.

Hiện nay vẫn chưa có xét nghiệm sinh học đặc hiệu để chẩn đoán tự kỷ

5.7. Rối loạn tâm thần liên quan tới thời kì sinh đẻ

Dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn tâm thần sau khi sinh có thể xuất hiện bất cứ lúc nào nhưng biểu hiện lại khác nhau tùy thuộc vào từng loại.

5.7.1. Các rối loạn mang tính chất tâm căn khi mang thai

- Nôn và buồn nôn, tăng tiết nước bọt.
- Lo âu nhẹ, chóng mặt, co thắt tức ngực, trống ngực, sợ chết khi đẻ, sợ con bị bệnh tật....
- Trầm cảm nhẹ: buồn bã, ngủ kém, ăn uống kém,...

5.7.2. Trầm cảm sau sinh

Các triệu chứng như:

- Ăn không ngon
- Mất ngủ
- Khó chịu và tức giận
- Quá mệt mỏi
- Không quan tâm đến vấn đề tình dục
- Thiếu niềm vui trong cuộc sống
- Cảm giác xấu hổ hoặc tội lỗi, khóc lóc.
- Tâm trạng bất an
- Khó khăn khi liên kết với bé, không chăm sóc con.
- Suy nghĩ gây tổn thương bé, tự sát.

5.7.3. Rối loạn loạn thần sau sinh (thường sau sinh 2-4 tuần):

Các dấu hiệu và triệu chứng của rối loạn tâm thần sau sinh bao gồm:

- Có hoang tưởng hoặc ảo giác
- Bạo lực đối với đứa trẻ
- nỗ lực để làm hại bản thân hoặc em bé

5.8. Các rối loạn tâm thần do rượu

5.8.1. Nghiện rượu mạn tính

- Người bệnh có dung mạo đặc trưng: mặt đỏ bừng, ra mồ hôi, hơi thở hôi.
- Các triệu chứng cơ thể: chán ăn, suy dinh dưỡng, bệnh lý gan-mật, bệnh lý thần kinh (co giật giống động kinh...).
- Tâm thần: rối loạn nhân cách với các biểu hiện ích kỷ, thiếu trách nhiệm, suy đồi đạo đức, nhân phẩm. Rối loạn trí nhớ, trí tuệ (sa sút trí tuệ từng phần).

5.8.2. Say rượu bệnh lý

- Tình trạng say rượu bệnh lý xảy ra ở người có trạng thái phụ thuộc rượu rõ rệt, không phụ thuộc lượng rượu đó uống và thường xuất hiện sau khi dùng 1 lượng rượu nhỏ.

- Biểu hiện rối loạn ý thức xảy ra đột ngột: rối loạn ý thức kiểu mù mờ, cảm giác và tri giác bị rối loạn nghiêm trọng. Các ảo giác thị giác, thính giác xuất hiện lẻ tẻ. Hoang tưởng tản mạn mang tính chất đe dọa, bị theo dõi. Cảm xúc sợ hãi, giận dữ. Hành vi mang tính chất công kích, đôi khi có kích động và thường là do hoang tưởng và ảo giác chi phối.

5.8.3. Hội chứng cai rượu

Xuất hiện một thời gian ngắn sau khi không uống rượu với các biểu hiện như:

- Rối loạn thần kinh – cơ: đau mỏi, run tay, chuột rút.
- Rối loạn tiêu hoá: buồn nôn, nôn, chán ăn, tiêu chảy
- Vã mồ hôi, mạch nhanh
- Rối loạn tâm thần: lo âu, trầm cảm, rối loạn trí nhớ

5.8.4. Hoang tưởng, ảo giác do rượu

- Ảo thanh đe dọa, tố cáo... Có thể là ảo thị rùng rợn, ghê sợ hay sinh động (ảo thị khổng lồ, tý hon...) hoặc ảo tưởng thị giác kết hợp.
- Ảo giác thường kết hợp lo âu, sợ hãi
- Hoang tưởng thường gặp là ghen tuông, bị theo dõi, bị hại kết hợp với ảo giác mạn tính

5.8.5. Sảng rượu

*** Rối loạn tâm thần**

- Rối loạn ý thức nặng: định hướng về thời gian, không gian không rõ ràng.
- Rối loạn tri giác: ảo giác với nội dung lạ lùng, ghê sợ, rùng rợn và thường kết hợp với hoang tưởng cảm thụ (bị hại).
- Rối loạn hành vi: kích động nguy hiểm và thường do hoang tưởng và ảo giác chi phối.
- Rối loạn cảm xúc: căng thẳng, lo âu, hoảng hốt.

Các rối loạn trên thường tăng lên về chiều và đêm, kèm theo là người bệnh có rối loạn trí nhớ (nhớ rời rạc, từng mảng và không đều các sự việc mới xảy ra).

*** Biểu hiện thần kinh**

- Run: mạnh, thường xuyên không đều, run toàn thân.
- Khó nói, mất phối hợp động tác, cử chỉ nặng nề, hay ngó.
- Nặng hơn: rối loạn nuốt, tăng trương lực cơ.

*** Biểu hiện toàn thân**

- Sốt cao hoặc dao động, mạch nhanh
- Buồn nôn, nôn, tiêu chảy
- Rối loạn nước - điện giải
- Rối loạn chức năng gan

6. GIÁO DỤC PHÒNG NGỪA BỆNH TÂM THẦN TẠI CỘNG ĐỒNG

6.1. Dự phòng các nguyên nhân gây bệnh

Cần có các biện pháp loại trừ nguyên nhân gây bệnh tâm thần bao gồm nhiều lĩnh vực.

- Phòng chống các nguyên nhân gây tổn thương tổ chức não như: phòng chống các bệnh nhiễm trùng thần kinh, đặc biệt các bệnh viêm não, màng não và các bệnh nhiễm độc thần kinh như nhiễm độc rượu, ma túy, nhiễm độc nghề nghiệp. Bảo đảm an toàn lao động, an toàn giao thông để phòng chấn thương sọ não.
- Hạn chế và loại trừ các sang chấn tâm lý, tạo môi trường trong sạch. Trong gia đình cần tránh những mâu thuẫn, những xung đột giữa cha mẹ hoặc anh chị em, giáo dục con đúng phương pháp, không quá nghiêm khắc hoặc quá chiều chuộng, trong cơ quan đơn vị cần tránh những mâu thuẫn căng thẳng kéo dài,....
- Để giảm căng thẳng hay tránh stress, mỗi người cần duy trì lối sống lành mạnh: Có chế độ dinh dưỡng hợp lý, không hút thuốc lá, hạn chế sử dụng rượu bia và các chất kích thích, tăng cường hoạt động thể lực, kết hợp cân bằng giữa làm việc và nghỉ ngơi...
- Nâng cao hiểu biết về SKTT, phát hiện sớm những triệu chứng như: thay đổi tính nết, thay đổi về giấc ngủ, ăn uống, sinh hoạt hàng ngày, căng thẳng, lo âu...để kịp thời đưa đến khám tại các cơ sở y tế chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Một số nguyên nhân các rối loạn tâm thần và biện pháp phòng ngừa

TT	Nguyên nhân	Phòng ngừa
1	Chấn thương tâm lý trong cuộc sống gia đình, xã hội, từ công việc	Tạo nên một môi trường sống và làm việc lành mạnh, mỗi người tự thích ứng với hoàn cảnh, tránh mọi căng thẳng lo âu
2	Chấn thương sọ não do tai nạn giao thông, tai nạn lao động	Chấp hành luật lệ giao thông, đội mũ bảo hiểm, an toàn trong lao động và các biện pháp phòng tránh tai nạn khác
3	Các tệ nạn xã hội như ma túy, nghiện rượu	Phòng tránh và loại trừ các chất gây nghiện trong cuộc sống
4	Nhiễm trùng, nhiễm độc thần kinh trung ương	Khám, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời
5	Các rối loạn nội tạng, nội tiết tố	Chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời bệnh tật
6	Yếu tố di truyền	Hỏi tiền sử gia đình, phòng tránh các chấn thương tâm lý, sống lành mạnh
7	Tâm thần tuổi già	Sống lành mạnh, thoải mái, đủ dinh dưỡng, tập luyện thể lực để hạn chế quá trình già

6.2. Dự phòng tái phát

6.2.1. Đối với gia đình

- Động viên, an ủi, nâng đỡ người bệnh, cho uống thuốc đều, đúng chỉ định, không bỏ thuốc.
- Gia đình cần có thái độ xem người bệnh như những thành viên khác, không phân biệt đối xử.
- Khuyến khích người bệnh làm một số công việc trong gia đình, hoặc tạo cho họ có việc làm mới phù hợp với khả năng của người bệnh. Không để cho người bệnh ngồi không.
- Cần kiên trì giúp đỡ người bệnh, không bi quan chán nản.
- Không nên cưỡng ép, giận dữ, nên dịu dàng hướng dẫn người bệnh trong xử sự giao tiếp.

- Không nên phê bình ngay khi người bệnh sai trái, tránh tranh cãi, trừng phạt mà nên dịu dàng khuyên bảo từ từ.
- Nếu người bệnh sa sút không tự phục vụ bản thân được thì gia đình nên đôn đốc, giúp đỡ người bệnh trong những công việc: ăn uống, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo đi lại trong làng, ngoài phố, uống thuốc theo y lệnh.

6.2.2. Đối với cộng đồng xã hội

- Cần tăng cường truyền thông hiểu biết về bệnh tâm thần và tích cực tham gia vào việc chữa bệnh và phục hồi chức năng cho người bệnh.
- Tạo điều kiện xây dựng cơ sở y tế, trang thiết bị, thuốc chữa bệnh, chế độ chăm sóc cả vật chất lẫn tinh thần cho người bệnh.
- Phục hồi chức năng giao tiếp, tạo điều kiện cho người bệnh vui chơi giải trí như mọi người.
- Tôn trọng và lắng nghe ý kiến của người bệnh không nên tranh luận. Giúp đỡ họ khi họ gặp khó khăn. Không phân biệt, coi thường, trêu chọc và ngược đãi người bệnh.
- Phục hồi chức năng lao động, tạo cho người bệnh có việc làm phù hợp với khả năng của họ. Mục tiêu là làm sao người bệnh cảm thấy mình vẫn là người có ích, không đặt cao chất lượng và năng suất lao động đối với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chăm sóc sức khỏe tâm thần tại cộng đồng cho các bệnh loạn thần mạn tính, Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng, Ngành tâm thần học Việt nam, Hà nội 2010
2. Đặng Hoàng Hải. Dịch tễ học bệnh tâm thần. Tài liệu giảng dạy sức khỏe tâm thần, Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch.
3. Đào Trần Thái. Tâm thần, 2007.
4. Bệnh học và chăm sóc bệnh truyền nhiễm-thần kinh tâm thần- Bộ Y Tế, Vụ khoa học và đào tạo. 1995.
5. Strub RL, Black FW. The Mental Status Examination in Neurology, 2nd ed, FA Davis, Philadelphia 1989.
6. Lezak MD. Neuropsychological Assessment, 4th ed, Oxford University Press, New York 2004.
7. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, et al; The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. J Am Geriatr Soc. 2002 Mar;50(3):530-4
8. Murtagh J, General, medicine 5th ed, Mc Grawhill Australia, 2011

BÀI 13. KỸ NĂNG GIAO TIẾP – TƯ VẤN CỦA BÁC SỸ GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được các kỹ năng giao tiếp cơ bản
2. Ứng dụng được các kỹ năng giao tiếp cơ bản vào giao tiếp nghề nghiệp
3. Ứng dụng được các kỹ năng giao tiếp cơ bản để thu thập thông tin.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong cuộc sống, trong giao tiếp hàng ngày con người luôn phải ứng phó với biết bao tình huống, có lúc dễ dàng xử lí, có lúc thật phức tạp, khó xử. Xã hội càng văn minh thì nhu cầu trong giao tiếp của con người càng cao. Ứng xử một cách thông minh, khôn khéo, tế nhị, kịp thời, có hiệu quả, đạt tới mức độ nghệ thuật, ngày nay còn được coi như bí quyết thành công trong cuộc đời, công việc.

Có 2 hình thức sử dụng trong giao tiếp:

- Giao tiếp bằng lời
- Giao tiếp không lời

Trong đó ngôn ngữ là phương tiện giao tiếp chủ yếu của con người, bằng ngôn ngữ con người có thể truyền đi bất cứ một loại thông tin nào, như diễn tả tình cảm, ám chỉ, miêu tả sự vật.

- Giao tiếp không lời chiếm từ 55-65%
- Giao tiếp bằng lời chỉ chiếm khoảng 7%
- Sự kết hợp giữa giao tiếp bằng lời và không lời chiếm khoảng 38%
- Giao tiếp bằng lời và không lời ít khi tách rời nhau, mà thường bổ sung cho nhau.
- Giao tiếp bằng lời và không lời phối hợp với nhau tạo ra hiệu quả cao nhất.
- Khi ngôn ngữ và hành vi phi ngôn ngữ trái ngược nhau thì điều gì quyết định ý nghĩa của thông điệp?

1. KHÁI NIỆM VÀ TẦM QUAN TRỌNG CỦA GIAO TIẾP

1.1 Khái niệm

Từ “giao tiếp” (communication) xuất phát từ tiếng Latin có nghĩa là “điểm chung” hay “chia sẻ” (communi).

Khái niệm về giao tiếp có thể được hiểu rất đơn giản:” Giao tiếp là hành động truyền và nhận thông tin”

Ví dụ: Bác sĩ trao đổi tình hình bệnh tật của người bệnh với người bệnh.

Bạn bè trao đổi thông tin qua điện thoại hoặc thư điện tử.

Phân loại phương pháp giao tiếp: có hai loại phương pháp giao tiếp là giao tiếp trực tiếp và giao tiếp gián tiếp.

Giao tiếp gián tiếp là phương pháp mà người truyền đạt thông tin và người nhận thông tin không tiếp xúc trực tiếp với nhau và nội dung giao tiếp được truyền tải thông qua phương tiện nào đó.

Giao tiếp trực tiếp là phương pháp mà người truyền đạt thông tin và người tiếp nhận thông tin tiếp xúc trực tiếp hay con gọi là tiếp xúc mặt đối mặt với nhau.

Theo công cụ giao tiếp có thể chia hai loại giao tiếp có lời và không lời.

Giao tiếp có lời là giao tiếp được thực hiện thông qua lời nói.

Giao tiếp không lời là giao tiếp được thể hiện thông qua sự vận động của cơ thể như nét mặt, cử chỉ, dáng điệu, tư thế, giọng nói...

Trong bài viết này chỉ tập trung những kỹ năng giao tiếp trực tiếp.

1.2. Tầm quan trọng của rèn luyện kỹ năng giao tiếp

Giao tiếp hiệu quả trong chăm sóc sức khỏe có thể:(a) – Nâng cao kết quả chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, (b) – Giảm tác động của các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe và chăm sóc sức khỏe, và (c) – Nâng cao hiệu quả của các hoạt động phòng bệnh. Các nguyên tắc giao tiếp trong chăm sóc sức khỏe thường được sử dụng cho các chiến lược phòng và kiểm soát bệnh, bao gồm vận động cho các vấn đề sức khỏe, quảng bá các kế hoạch và sản phẩm sức khỏe, giáo dục người bệnh về chăm sóc sức khỏe, lựa chọn điều trị và giáo dục về các chính sách chất lượng trong chăm sóc sức khỏe.

Vai trò của giao tiếp trong chăm sóc sức khỏe:

- Nâng cao kiến thức và nhận thức của cá nhân, cộng đồng về các vấn đề và giải pháp về sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng .

- Ảnh hưởng đến nhận thức, niềm tin, thái độ và chuẩn mực xã hội liên quan đến sức khỏe và chăm sóc sức khỏe
- Thúc đẩy hành động chăm sóc sức khỏe
- Giải thích và minh họa các kỹ năng cần thiết cho chăm sóc sức khỏe
- Chỉ ra những lợi ích của thay đổi hành vi có hại, thực hành hành vi có lợi cho sức khỏe
- Cung cố kiến thức, thái độ và hành vi về chăm sóc sức khỏe
- Bác bỏ niềm tin hoang đường và quan niệm sai lệch về sức khỏe, bệnh tật
- Giúp phát triển mối quan hệ trong tổ chức, tạo điều kiện thuận lợi cho phát triển sức khỏe.
- Vận động cho các vấn đề sức khỏe hoặc cho các hoặc cho các hành động hướng đến sức khỏe cộng đồng

Ngày nay, có rất nhiều bằng chứng cho thấy cán bộ y tế có giao tiếp tốt với người bệnh đưa ra nhưng chẩn đoán chính xác và đầy đủ hơn, đồng thời cũng làm cho người bệnh giảm lo lắng và hài lòng hơn. Người bệnh tuân thủ theo lời khuyên và tuân thủ theo phác đồ điều trị dẫn đến tỉ lệ phục hồi và cải thiện về sức khỏe nhiều hơn. Ngược lại cũng có những bằng chứng chỉ ra rằng giao tiếp không tốt giữa người bệnh và cán bộ y tế có thể dẫn đến hậu quả không tốt cho sức khỏe của người bệnh. Giao tiếp giữa bác sĩ và người bệnh không tốt, không đầy đủ vẫn là nguyên nhân chính dẫn đến sự không hài lòng của người bệnh. Hầu hết các lời than phiền của bác sĩ đều liên quan đến ít giao tiếp và không chú ý lắng nghe người bệnh.

Giao tiếp không tốt giữa cán bộ y tế và người bệnh có thể do cán bộ y tế không được đào tạo đầy đủ về giao tiếp khi còn là sinh viên. Một trong những lý do chính là kỹ năng giao tiếp chưa được quan tâm đầy đủ trong một chương trình đào tạo đại học và kỹ năng này không được xác định chính thức và rõ ràng. Chính vì vậy, ngày nay đã có nhiều bằng chứng ủng hộ hoạt động giảng dạy kỹ năng giao tiếp sin viên y khoa và trên thực tế đã cải thiện được chất lượng giao tiếp giữa cán bộ y tế và người bệnh.

Để giao tiếp hiệu quả với người khác thì đòi hỏi phải có nhiều kỹ năng khác nhau. Trong chăm sóc sức khỏe, hầu hết các kỹ năng giao tiếp đều liên quan đến kỹ năng đặt câu hỏi, nói, lắng nghe, phản ánh, thể hiện sự đồng cảm, cung cấp thông tin, kiểm tra nhận thức và phản hồi, giải thích, khuyến khích... Các kỹ năng này đều cần được dạy - học cho sinh viên tại các cơ sở đào tạo y khoa.

1.3. Rèn luyện kỹ năng giao tiếp

Dickson và cộng sự đã đưa ra 4 cách chính để rèn luyện kỹ năng giao tiếp bao gồm

- Học theo mô phỏng công việc (doing the job): Là phương pháp truyền thống hay được sử dụng. Phương pháp này yêu cầu các cán bộ y tế mới vào nghề sẽ tự tìm hiểu kiến thức để nâng cao kỹ năng giao tiếp khi tiếp xúc với người bệnh. Tuy nhiên phương pháp này có hạn chế là việc học kỹ năng giao tiếp chỉ được thực hiện trên các tình huống , nên có thể không có được cảm xúc thật như khi đứng trước một người bệnh.
- Đào tạo trực tiếp (Directed training): Là mô hình đào tạo kỹ năng giao tiếp trên lớp học và thường liên quan nhiều lý thuyết hơn là thực hành. Mô hình này chủ yếu hướng dẫn học viên học cách tư duy. Điểm hạn chế của phương pháp này là học tập chỉ diễn ra trên lớp và không có hoàn cảnh thực tế, do đó, các kỹ năng được học có thể không được áp dụng trên thực tế.

Quan sát những đồng nghiệp có kinh nghiệm (Model the master): Mô hình này là mô hình học tập cổ điển, yêu cầu các nhân viên mới phải quan sát những đồng nghiệp

hoặc những người có kinh nghiệm về giao tiếp khi họ tiếp xúc với người bệnh. Điểm yếu của phương pháp này là làm cho người bệnh rập khuôn theo cách của người đi trước mà thiếu đi tính sáng tạo. Người học có xu hướng chỉ thực hiện những kỹ năng mà họ quan sát thấy và có thể sẽ học cả những lỗi sai và điểm yếu của đồng nghiệp.

- Đào tạo dựa trên công việc (Doing-based training): Cách tiếp cận này hướng người bệnh vào thực hành. Người học thực hành những kỹ năng được đào tạo và nhận được những phản hồi của giáo viên và những người quan sát về phần thực hành của họ. Những phản hồi đó sẽ được sử dụng để rút kinh nghiệm cho những lần tiếp theo.

Cách tốt nhất là nên kết hợp nhiều kỹ năng khác nhau để rèn luyện kỹ năng giao tiếp chứ không nên chỉ áp dụng một phương pháp. Điều quan trọng để rèn luyện các kỹ năng giao tiếp hiệu quả cần phải có các điều kiện sau:

- Thu thập thông tin thông qua các khóa đào tạo về các kỹ năng sẽ được sử dụng để cải thiện phương pháp đào tạo kỹ năng giao tiếp.
- Có cơ hội để thực tập những kỹ năng này trên thực tế hay thực tập dựa trên các tình huống đóng vai dưới những điều kiện được kiểm soát.
- Sau khi thực tập cần nhận được thông tin phản hồi của giáo viên, bạn bè và đồng nghiệp
- Rút kinh nghiệm cho những lần giao tiếp tiếp theo.

2. KỸ NĂNG CƠ BẢN TRONG GIAO TIẾP

2.1. Giao tiếp không lời

2.1.1 Phân loại giao tiếp không lời

Giao tiếp không lời được chia làm những loại sau đây:

Cử chỉ: là ngôn ngữ cơ thể gồm chuyển động của bàn tay, cánh tay, đầu, chân, bàn chân, cử chỉ, ánh mắt, nét mặt.

Từ tượng thanh: thường không có nội dung mà chỉ có âm thanh và kết hợp với âm sắc, âm độ, âm sắc khi nói chẳng hạn như ngưng ngưng , nghỉ, im lặng, ngắt quãng

Tiếp xúc về mặt thể chất: bao gồm các dạng tiếp xúc của cơ thể như bắt tay ôm vai,... Trong tất cả các ngôn ngữ không lời thì tiếp xúc là hành vi không có hiệu quả nhất. Tiếp xúc có thể diễn đạt các mức thang tình cảm như sự mềm yếu, tình yêu, sự giận giữ, sự chia sẻ.

Trên thực tế ở một số nền văn hóa, bất kỳ sự tiếp xúc có chủ đích nào giữa hai người cũng có thể xem như là tác động tình cảm và có thể gây hiểu nhầm. Một số nền văn hóa khác tiếp xúc giữa hai người lớn ở nơi công cộng rất hiếm và không được phép. Ở một số nền văn hóa lại cho tiếp xúc tiếp xúc về mặt thể chất như ôm, hôn tạm biệt là biểu hiện của sự thân mật. Do vậy cần phải sử dụng tiếp xúc một cách phù hợp, đúng nơi, đúng lúc.

Khoảng cách giữa các cá nhân trong giao tiếp xã hội: là khoảng cách giữa các cá nhân và tiêu chuẩn của xã hội. Trong giao tiếp, khoảng cách giữa hai người đối thoại cũng có ý nghĩa nhất định.

- Khoảng cách công cộng (đứng cách nhau ít nhất 3,5m): Khoảng cách này phù hợp với tiếp xúc đám đông tụ tập thành một nhóm.
- Khoảng cách xã hội (đứng cách nhau từ 1,2m đến 3,5m): khoảng cách này thường được sử dụng khi hai người lạ tiếp xúc với nhau.

- Khoảng cách cá nhân (đứng cách nhau từ 0.45m đến 1.5m): Khoảng cách này được sử dụng trong mối quan hệ bạn bè và đồng nghiệp. Ví dụ: bạn bè gặp mặt nhau.
- Khoảng cách thân mật (đứng cách nhau từ 0 đến 0.45m): Khoảng cách này sử dụng với những người rất thân thiết, gần gũi.
- Đồ trang điểm, trang trí bên ngoài cơ thể như nước hoa, quần áo, trang sức, tóc giả. Quần áo và vật dụng đi kèm thể hiện nghề nghiệp của từng cá nhân, có thể nhận biết nghề nghiệp của một người thông qua trang phục, hoặc quần áo thể hiện đó là một người gọn gàng hay lười thôi.

Hoàn cảnh giao tiếp: là bối cảnh diễn ra quá trình giao tiếp bao gồm cả khía cạnh vật lý (địa điểm, kích thước, không gian gặp gỡ, tiếng ồn, màu sắc, đồ vật xung quanh,..) và khía cạnh xã hội (mục đích giao tiếp, quan hệ giao tiếp).

2.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến giải nghĩa giao tiếp không lời

Cụm cử chỉ

Khi giải nghĩa giao tiếp không lời cần phải giải nghĩa theo cụm cử chỉ chứ không nên theo một cử chỉ đơn độc, tách biệt với cử chỉ khác.

Cử chỉ phải được đặt trong ngữ cảnh giao tiếp

Một trong những vấn đề chính khi giải nghĩa giao tiếp không lời là thường tách biệt giao tiếp không lời khỏi hoàn cảnh, độc lập với hoàn cảnh giao tiếp. Điều này dẫn đến việc giải nghĩa và hiểu giao tiếp không lời chính xác. Ý nghĩa của phi ngôn ngữ nhất thiết phải được xem xét trong hoàn cảnh diễn ra giao tiếp không lời.

Sự phù hợp

Quan sát các cụm, cử chỉ của giao tiếp không lời và kết hợp với ngôn ngữ là chìa khóa để giải thích chính xác hơn về ý nghĩa của giao tiếp.

2.2. Kỹ năng nói

Nói là khả năng sử dụng ngôn ngữ để truyền đạt thông tin, biểu đạt ý tưởng, thể hiện tình cảm một cách chính xác, phù hợp, sinh động và có sức thuyết phục.

Khi nói, cần phải sử dụng phong cách nói cho phù hợp. Có một số phong cách nói như sau:

- Nói thẳng: thể hiện trực tiếp ý nghĩa, tình cảm, nội dung thông tin, không quanh co, vòng vèo, ẩn ý.
- Nói ẩn ý: Nói một điều khác ẩn chứa một điều muốn nói.
- Nói lịch sự: sử dụng ngôn từ hợp lý để cảm nghĩ và thái độ được biểu hiện một cách nhã nhặn.
- Nói mỉa mai, châm chọc: sử dụng ngôn từ nhằm mục đích đàm tiếu, chế giễu.
- Nói hài hước: sử dụng các câu chuyện vui, câu nói vui tạo không khí vui vẻ.

Để đảm bảo kỹ năng nói tốt, cần phải rõ ràng, đầy đủ, chính xác, ngắn gọn và nói theo hệ thống logic. Khi nói cần quan tâm đến âm tốc, âm lượng và âm sắc của lời nói.

- Âm tốc: là tốc độ của lời nói. Nói với tốc độ vừa phải và phù hợp với đối tượng đang nghe, tránh nói quá nhanh hoặc quá chậm.
- Âm lượng: là mức độ to / nhỏ của lời nói. Nói với mức độ vừa phải, không nói quá to cũng không nói quá nhỏ, nói đủ để mọi người nghe rõ.
- Âm sắc: là ngữ điệu của lời nói. Khi nói cần phải thể hiện điểm nhấn trong lời nói, ngắt, dừng đúng chỗ, đúng lúc.

Rèn luyện kỹ năng nói bao gồm rèn luyện kỹ năng nói có lời và không lời. Giao tiếp không lời là kỹ năng thể hiện giọng nói, cách đi đứng, cử chỉ, điệu bộ, ánh mắt, nét mặt, trang phục, khoảng cách.. đi kèm với lời nói nhằm giúp tăng thêm giá trị diễn đạt của ngôn từ, hiểu chính xác hơn thái độ của người nói và đem lại hiệu quả cao cho lời nói.

Âm lượng, âm sắc, âm tốc của lời nói có thể trở thành ngôn ngữ không lời và qua đó diễn đạt suy nghĩ thực sự của người nói, có thể diễn đạt thái độ mỉa mai, châm chọc, thẳng thắn, cầu thị, cảm thông, chia sẻ.

2.3 Kỹ năng nghe

Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng con người sử dụng 45% thời gian giao tiếp để nghe. Với cùng một khối lượng thông tin, mỗi người có khả năng nghe khác nhau. Cần phải nghe có hiệu quả để có thể hiểu được toàn bộ và chính xác những vấn đề và những cảm nhận của người bệnh. Những lợi ích chính của lắng nghe có kết quả là:

- Nâng cao sự hài lòng của người bệnh
- Tăng cường khả năng nhận thức của cán bộ y tế, hiểu biết người bệnh
- Nâng cao sự gắn kết với phác đồ điều trị của người bệnh, làm tăng niềm tin của người bệnh.

Lắng nghe có hiệu quả là có khả năng nghe nhận thông tin xử lý giải nghĩa thông tin và lĩnh hội thông tin chính xác một thông điệp theo đúng những nội dung mà người gửi truyền đi có lời và không lời. Phải đồng thời nghe và quan sát người nói để giải nghĩa thông điệp. Như vậy, phải tập trung cao độ thì mới có thể nghe có hiệu quả.

Quá trình lắng nghe có hiệu quả bao gồm các bước sau:

- Chuẩn bị nghe;
- Tập trung lắng nghe;
- Hiểu;
- Ghi nhớ;
- Phản hồi;

Tuy nhiên không phải ai cũng có thể tỉnh táo và tập trung cao độ để lắng nghe liên tục. Đôi khi có nhiều vấn đề làm bức tức và làm ảnh hưởng đến sự chú ý lắng nghe.

Kỹ năng lắng nghe có hiệu quả có thể học và rèn luyện được, mặc dù đây là một trong những kỹ năng khó rèn luyện nhất. Rèn luyện kỹ năng này không chỉ để nghe mà còn thể hiện cho người nói biết được mình đang chăm chú lắng nghe thông qua: đặt những câu hỏi tiếp theo phù hợp; tổng hợp lại thông tin hoặc kiểm tra lại thông tin và thể hiện qua ngôn ngữ không lời.

Một số gợi ý rèn luyện thể hiện lắng nghe chủ động:

- Duy trì tiếp xúc bằng mắt.
- Gật đầu.
- Thu hẹp khoảng cách hai mắt, trán nhìn lại hoặc mí mắt thể hiện sự tập trung.
- Thỉnh thoảng di chuyển ánh mắt để hấp thụ thông tin (thể hiện sự tập trung như hít thở sâu, đầu nghiêng về phía sau).
- Người hơi thấp xuống, hỗ trợ bằng những từ tượng thanh hoặc những cụm từ: *uh huh, ah, mmm, tôi hiểu, vậy sao (sử dụng khi diễn tả sự ngạc nhiên)*.
- Thay đổi cử chỉ cơ thể sang một trạng thái tập trung khác(ví dụ như đặt khủy tay lên bàn, lồng hai bàn tay vào nhau và chống vào cằm).
- Tiếp tục giữ im lặng và nên có một khoảng trống để phán ánh ý kiến hay đưa ra câu trả lời.

2.4. Kỹ năng đặt câu hỏi

Kỹ năng đặt câu hỏi có hiệu quả là một kỹ năng chính của hầu hết những người làm trong lĩnh vực y tế vì kỹ năng này giúp xác định những thông tin cơ bản của người bệnh và của người khác trước khi có thể bắt đầu đưa ra chẩn đoán hoặc tư vấn.

Theo nghĩa rộng, câu hỏi là bất kỳ một câu nói nào hoặc một hành động không lời nào đưa ra đòi hỏi phải trả lời.

Mục đích của đặt câu hỏi

Đặt câu hỏi trong chăm sóc sức khỏe có thể có các mục đích sau:

- Mở đầu cho cuộc thảo luận, tiếp xúc ban đầu.
- Thu thập thông tin cho chẩn đoán bệnh.
- Đánh giá tình trạng người bệnh.
- Chẩn đoán xác định bệnh và quyết định hoạt động chăm sóc cho người
- Có thể sử dụng để suy luận thái độ và cảm nhận của người bệnh
- Thể hiện sự quan tâm và duy trì mối quan hệ chuyên môn giữa cán bộ và người bệnh

Các loại câu hỏi

Câu hỏi có thể được phân tích dựa trên ba mức độ ngôn ngữ chính: hình thức biểu hiện, nội dung và mục đích. Dựa vào sự khác biệt như vậy, các hệ thống phân loại câu hỏi khác nhau đã được xây dựng. Các loại câu hỏi được cụ thể hóa thành câu hỏi mở, câu hỏi đóng, câu hỏi dẫn dắt trả lời, câu hỏi đuôi, câu hỏi nhiều lựa chọn, câu hỏi phát hiện sự thật.

Câu hỏi mở

Câu hỏi mở là câu hỏi bắt đầu bằng những từ để hỏi như cái gì, ở đâu, như thế nào,... và khuyến khích câu trả lời dài không có cấu trúc. Nói cách khác câu hỏi mở thì cho câu trả lời rộng và dài hơn. Câu hỏi mở cho phép người bệnh nói được vấn đề của họ theo cách diễn đạt và sử dụng từ ngữ của họ, họ có thể nói rõ cảm nhận của mình.

Phân loại câu hỏi mở:

Câu hỏi mở chia thành 2 loại: Câu hỏi mở hỏi nghĩa rộng và hỏi nghĩa hẹp:

- Câu hỏi mở hỏi theo nghĩa hẹp là những câu hỏi tìm kiếm những thông tin cụ thể có giới hạn.
- Câu hỏi mở theo nghĩa rộng là những câu hỏi yêu cầu phải trả lời nhiều thông tin hơn

Ưu điểm:

- Nhìn chung, ưu điểm của câu hỏi mở là khuyến khích đối tượng được hỏi nói nhiều hơn và sâu hơn về vấn đề của họ. Do vậy, câu hỏi mở dường như được sử dụng nhiều hơn trong tư vấn
- Câu hỏi mở tạo điều kiện để giải nghĩa sâu hơn về mặt quan điểm, thái độ, suy nghĩ và cảm xúc trong khi đó người đặt ra câu hỏi cần kết hợp nghe và quan sát đối tượng.
- Người được hỏi có thể được cung cấp thêm thông tin mà người đặt câu hỏi không dự kiến trước.
- Làm tăng khả năng kiểm soát của người trả lời và làm tăng khả năng khai thác thông tin về các vấn đề cần thảo luận, tìm hiểu người hỏi.
- Đối tượng được hỏi cảm thấy được tham gia nhiều hơn trong cuộc nói chuyện

Nhược điểm:

- Đặt câu hỏi mở có thể mất nhiều thời gian
- Những đối tượng nói nhiều thì có thể cung cấp thông tin dài dòng, không phù hợp.
- Cuộc nói chuyện có thể kéo dài hơn và khó kiểm soát.
- Cần tập trung chú ý để ghi chép tóm tắt đầy đủ các ý của đối tượng trả lời

Câu hỏi đóng

Câu hỏi đóng có đặc điểm là câu trả lời ngắn gọn và thường yêu cầu trả lời thông tin cơ bản và hạn chế. Thường sẽ cần phải đặt ra nhiều câu hỏi đóng vì một câu hỏi đóng tiếp tục sinh ra những câu trả lời tiếp theo. Câu hỏi đóng có rất nhiều ứng dụng đặc biệt là trong trường hợp tìm kiếm sự thật với mục tiêu là giới hạn về mặt thông tin.

Câu hỏi đóng có giá trị riêng của nó và thường được sử dụng rất khác nhau trong nghiên cứu cũng như trong phỏng vấn đề khẳng định vấn đề.

Phân loại câu hỏi đóng

- Câu hỏi đóng thường được sử dụng là câu hỏi trả lời có / không: Câu hỏi này cho phép câu trả lời chỉ là *có* hoặc *không*.
- Câu hỏi đóng có hai lựa chọn trả lời: Với câu hỏi dạng này, người trả lời chỉ được lựa chọn trong số những câu trả lời được đưa ra. *Ví dụ: Anh thích đi du lịch bằng ô tô hay tàu hỏa.* Như vậy, câu trả lời đã được đưa ra ở câu hỏi và người trả lời chỉ cần lựa chọn để trả lời.
- Câu hỏi đóng để xác định: đây là dạng mở rộng hơn của câu hỏi hai sự lựa chọn. trong trường hợp này, câu trả lời sẽ theo hướng mở rộng hơn.
- Câu hỏi đóng để khẳng định hoặc nghi vấn những thông tin đang được hỏi

Ưu điểm

- Câu hỏi đóng rất hữu ích để thu được những thông tin thật sự trong một khoảng thời gian giới hạn hoặc khi rất cần thu thập thông tin cụ thể mà người bệnh không cung cấp.

Nhược điểm

- Những thông tin thu thập được phụ thuộc vào những câu được hỏi.
- Có thể làm cho người bệnh thất vọng khi họ có rất ít cơ hội để bày tỏ lo lắng và cảm giác của họ
- Những cán bộ y tế thường đặt câu hỏi có/không thì có thể không có những hiểu biết đầy đủ về người bệnh và các người bệnh này cũng có thể không được khuyến khích để gợi mở những thông tin hữu ích.

Câu hỏi gợi ý

Câu hỏi gợi ý là câu hỏi trong đó có giả định các khả năng có thể xảy ra.

Thông qua cách dùng từ ngữ, câu hỏi gợi ý hướng người trả lời vào các câu trả lời được mong đợi. Câu hỏi gợi ý hướng người trả lời đưa ra câu trả lời trùng với mong đợi của người hỏi. Câu trả lời dự đoán trước được hàm ý hoặc giả định trong câu hỏi.

Phân loại câu hỏi gợi ý

Có bốn loại câu hỏi gợi ý chính. Các câu hỏi này có mục đích khác nhau nhưng đều có chung mục đích là khả năng định hướng người trả lời để người trả lời hướng đến câu trả lời được biết trước như dự kiến.

- Gợi ý đàm thoại: Có thể sử dụng để gợi mở hoặc khuyến khích cuộc nói chuyện.
- Dẫn dắt đơn giản: dẫn dắt đơn giản được hình thành trên giả định không chắc chắn rõ ràng. Câu hỏi dẫn dắt đơn giản có thể thỉnh thoảng hướng dẫn sự tham gia của người trả lời nhằm hiệu chỉnh lại những quan điểm sai lệch. Có 2 loại câu hỏi dẫn dắt đơn giản:

Câu hỏi dẫn dắt đơn giản phủ định trong đó có 1 từ không.

Câu hỏi hai lần phủ định trong đó có 2 từ không.

Với những câu hỏi như vậy có thể có kết quả là phủ định hoặc khẳng định.

- Dẫn dắt khôn khéo: Định hướng được đưa ra có thể ít rõ ràng hơn trong câu hỏi và hình thành không dự kiến trước thông qua cách hình thành câu hỏi hoặc cách sử dụng từ.

Trên thực tế, hầu hết các giao tiếp trong chăm sóc sức khỏe sẽ thu được lợi ích từ việc sử dụng kết hợp giữa câu hỏi mở và câu hỏi đóng.

2.5 Kỹ năng kiểm tra nhận thức và phản hồi

Một quá trình giao tiếp hoàn chỉnh là gửi thông điệp và phản hồi về thông điệp. Giao tiếp không chỉ đơn giản là gửi thông điệp. Người gửi có trách nhiệm đảm bảo

thông điệp được nhận và người nhận hiểu được. Quá trình giao tiếp chỉ hoàn chỉnh khi thông điệp được phản hồi. Không có phản hồi, chúng ta sẽ không bao giờ chắc chắn là thông điệp được nhận và được hiểu theo đúng ý định của người gửi.

Phương pháp cơ bản để kiểm tra nhận thức trong mọi hoàn cảnh là hỏi chủ động theo cách này hay cách khác. Kiểm tra nhận thức cần phải được tiến hành khéo léo để người bệnh không nghĩ rằng khả năng thu nhận thông tin của họ có vấn đề. Việc kiểm tra cần phải được nói cho người bệnh biết.

Phản hồi là cách mà chúng ta kiểm tra những thắc mắc của chúng ta được giải quyết. Tuy nhiên, phản hồi có thể còn có nhiều tác dụng hơn. Phản hồi có thể chuẩn bị để chuyên phương thức hội thoại từ thăm hỏi sang thuyết phục. Phản hồi cũng có thể giúp kết thúc cuộc hội thoại, tóm lại những gì người nói vừa nói và tạo ra nguyên tắc cho hành động đối thoại.

Có hai loại phản hồi: tích cực và tiêu cực. Phản hồi tích cực là để nói rằng chúng tôi thích, đánh giá cao ý kiến người nói. Phản hồi tiêu cực là để nói chúng tôi không thích, trái quan điểm với họ.

Hai loại phản hồi này còn có ý rộng hơn. Phản hồi tích cực khuyến khích người khác tiếp tục suy nghĩ. Phản hồi tiêu cực là để làm cho người khác dừng lại không suy nghĩ gì nữa. Phản hồi tích cực cũng khuyến khích người nói đánh giá cao về suy nghĩ của họ, phản hồi tiêu cực nói cho họ biết suy nghĩ của họ không có giá trị gì.

Đề thu nhận thông tin phản hồi và kiểm tra nhận thức cần phải thực hiện thường xuyên với người bệnh thông qua hành động và lời nói của họ:

- Đánh giá mức độ hiểu thông tin của người bệnh thông qua mức độ chú ý, phản hồi có lời và không lời.
- Hỏi lại nếu thông điệp được hiểu đúng: *“Anh đã thấy rõ ràng chưa?”*, *“Anh có hiểu điều đó không?”*. Đây là mức độ thắc mắc thấp nhất vì có thể là người bệnh nghĩ họ đã hiểu nhưng thực tế họ lại hiểu lầm.
- Yêu cầu người bệnh nhắc lại thông điệp: *“Hãy nói lại cho tôi biết anh sẽ sử dụng thuốc này như thế nào?”*, *“Anh nói lại cho tôi biết tôi vừa giải thích điều gì?”*.

Nếu người bệnh không đưa ra thông tin phản hồi thì cần phải hỏi lại điều đó. Có thể hỏi lại theo cách sau:

2.6 Kỹ năng giải thích

Cũng như khía cạnh khác của giao tiếp hiệu quả, để giải thích hiệu quả thì không bao giờ được thực hiện sự giải thích dập khuôn với tất cả các cá nhân mà phải được thực hiện phù hợp với nhu cầu và khả năng của từng cá nhân cụ thể.

Chia sẻ thông tin thông qua giải thích là cách hiệu quả để xây dựng lòng tin và niềm tin với người bệnh. Đây cũng là cách hiệu quả để xây dựng mối quan hệ tốt và để xây dựng lòng tin và niềm tin với người bệnh. Đây cũng là cách quan trọng để nâng cao kiến thức và lòng tin của người bệnh trong chăm sóc sức khỏe.

Mục đích là giải thích là để:

- Duy trì sự hiểu biết.
- Dẫn dắt hành động.
- Thay đổi một số hành vi (thường là những hành vi gắn chặt với điều trị như chế độ ăn kiêng).

Đối với một người cán bộ y tế giải thích chẩn đoán bệnh hoặc giải thích quá trình bệnh hoặc phác đồ điều trị và những khía cạnh khác của chăm sóc sức khỏe đều yêu

cầu kỹ năng giải thích tốt. Kỹ năng này đòi hỏi cán bộ y tế phải hiểu đầy đủ và rõ ràng về chủ đề họ sẽ giải thích và hiểu rõ về khả năng và cảm nhận của người bệnh.

Giải thích hiệu quả cần phải chú ý những vấn đề sau:

- Xác định chủ đề được giải thích rõ ràng.
- Nắm rõ tình hình thực tế của chủ đề đó.
- Hiểu rõ chủ đề đó được giải thích như thế nào, kết quả mong muốn là gì.
- Lựa chọn những thông tin tối thiểu, những thông tin cơ bản được giải thích.
- Đánh giá kiến thức cung của người bệnh, niềm tin, khả năng ngôn ngữ và mức độ hiểu biết về chủ đề đó.
- Giải thích cho người bệnh hiểu tại sao việc hiểu rõ chủ đề là cần thiết và cái gì cần đạt được.
- Nhận ra được các thuật ngữ cơ bản sử dụng trong lúc giải thích mà có thể không rõ ràng với người bệnh (ví dụ: đột quy, mạch vành,...)
- Trình bày thông tin giải thích rõ ràng, logic và hợp lý để người bệnh có khả năng tiếp thu và xử lý thông tin.
- Sử dụng các tài liệu được in ấn hoặc hình ảnh minh họa để mô tả hoặc làm rõ chủ đề và các khía cạnh đang được giải thích.
- Kiểm tra lại sự hiểu biết của người bệnh.
- Tìm kiếm những phản hồi về nội dung và quá trình.
- Đề nghị người bệnh đặt ra câu hỏi liên quan đến nội dung (nếu cần).
- Cung cấp các tài liệu hỗ trợ tổng kết lại những thông tin đã giải thích để người bệnh có thể xem lại sau đó.
- Đánh giá hiệu quả giải thích.

2.7 Kỹ năng khuyến khích

Khuyến khích nhằm cố gắng để động viên người khác đưa ra ý kiến của họ hoặc hành động nào đó, làm cho họ tự tin và mạnh dạn hơn trong trình bày ý kiến và thực hiện hành động. Khuyến khích mang lại nhiều lợi ích trong giao tiếp như:

- Thể hiện sự quan tâm của mình đến người đang nói.
- Khuyến khích người nói tiếp tục cung cấp thông tin.
- Thể hiện được sự đánh giá những điểm cụ thể mà người nói thấy là quan trọng.
- Thể hiện được sự ghi nhận về cảm xúc và tình cảm thực sự.

Những điểm khuyến khích, động viên dù là nhỏ nhất là những lời nói và hành động động viên và hỗ trợ ngắn gọn mà truyền đạt được sự chú ý và hiểu biết.

Thể hiện sự khuyến khích có thể bằng âm đệm như “uh-huh”, “mm”; bằng cụm từ như: “đúng thế”, “thật sao”, “tôi hiểu”; hoặc lặp lại những từ chính mà họ vừa nói. Bên cạnh đó, có thể thể hiện sự khuyến khích bằng hành động như: xu hướng ngồi hướng về phía trước; tập trung giao tiếp bằng ánh mắt với người nói hoặc gật đầu thể hiện sự đồng ý.

2.8. Kỹ năng thể hiện sự đồng cảm

Đồng cảm cho phép chúng ta chấp nhận và đáp lại hiệu quả và chính xác những nhu cầu của người khác bằng cách nhìn nhận họ đúng như bản chất của họ và như họ nhìn nhận chính bản thân họ. Đồng cảm còn có ý nghĩa rộng hơn, đồng cảm là khả năng suy luận để cố gắng hiểu những ý nghĩa đằng sau từ ngữ, hành vi và động lực của người khác, để tìm kiếm xem họ nhìn nhận và cảm giác như thế nào trong hoàn cảnh của họ. Thể hiện sự đồng cảm là một kỹ năng cần có và cần được cán bộ y tế rèn luyện, xuất phát từ đặc điểm nghề nghiệp và đối tượng phục vụ của cán bộ y tế. Sự đồng cảm là

khả năng , kinh nghiệm hiểu những gì mà người khác đang suy nghĩ và hành động và hiểu nội tại bên trong vấn đề của họ một cách chính xác.

Sự đồng cảm yêu cầu:

- Chú ý đến các khía cạnh bên ngoài của con người và suy nghĩ tình cảm bên trong của họ trong bối cảnh cụ thể của họ.
- Linh cảm hòa hợp với sự tiếp nhận thông tin phức tạp từ cuộc sống bên trong con người.
- Khả năng đề đáp lại chính xác và hữu ích theo cách phù hợp với thực tế tình cảm của người khác, hiểu được cuộc sống của riêng họ và vấn đề họ đang đối mặt.

Chỉ khi nào chúng ta hiểu một cách thấu đáo về người khác, chúng ta mới có thể có kế hoạch giao tiếp phù hợp với nhu cầu của người đó. Lấy một ví dụ về cảm giác bệnh tật và chấn thương: cán bộ y tế có thể lung túng vì những phản ứng tiêu cực và lo lắng của người bệnh với phác đồ điều trị phẫu thuật – họ lưỡng lự, không hợp tác và không đồng ý hẹn gặp, trì hoãn các quyết định: điều gì sẽ tiếp tục diễn ra. Trong trường hợp này cần phải tìm hiểu lý do để có thể tìm cách tiếp cận, thuyết phục người bệnh đúng với những gì họ đang suy nghĩ và hành động.

Cần lắng nghe và quan sát người bệnh với thái độ đồng cảm. Tìm hiểu và giải thích được cá dấu hiệu, cố gắng để cảm nhận những gì không thể hiện ra bên ngoài của người bệnh; nhìn nhận vấn đề bên trong tiềm ẩn và giải quyết vấn đề. Như vậy có thể làm người bệnh sẽ cảm thấy dễ chịu và sẽ hợp tác.

Một người bệnh lưỡng lự điều trị, cán bộ y tế đồng cảm có thể hiểu và nói: *“Tôi có cảm giác là bạn đang lo sợ điều này và tôi không thực sự hiểu tại sao lại như vậy. Hãy nói cho tôi biết lý do”*. Nếu cán bộ y tế nói điều đó là đúng, nghĩa là cảm giác lo sợ chính mình là cảm giác của người bệnh, thì cán bộ y tế có thể đã làm cho người bệnh cảm thấy được chia sẻ và cán bộ y tế có thể khám phá được suy nghĩ tiếp theo của người bệnh để thuyết phục được họ thực hiện điều trị.

2.9. Kỹ năng quan sát

Quan sát và lắng nghe là hai kỹ năng rất quan trọng và được sử dụng trong giao tiếp. Kỹ năng quan sát là kỹ năng sử dụng mắt để thu thập thông tin. Trong giao tiếp với người bệnh cần lắng nghe lời nói của họ và đặc biệt chú ý quan sát kỹ ngôn ngữ không lời của họ qua quan sát tư thế, cử chỉ, dáng điệu, quần áo, ánh mắt, sự cử động có thể có ía trị giúp hiểu các triệu chứng và nhu cầu của người bệnh.

Người bệnh và đồng nghiệp (hoặc gia đình và bạn bè) sẽ thể hiện sự khác nhau giữa ngôn ngữ có lời và ngôn ngữ không lời của người bệnh, giúp cho cả quá trình chẩn đoán , điều trị và chăm sóc cho người bệnh.

Bằng quan sát tinh tế, cán bộ y tế có thể thu thập được những thông tin chỉ sử dụng kỹ năng lắng nghe thì không thu thập hết được. Điểm mấu chốt là phải nhận ra những cảm giác không diễn đạt bằng ngôn ngữ, quan tâm đến điều đó và chú ý đến điều đó có thể đáp ứng được tốt nhu cầu của người bệnh. Sự kết hợp đó chính xác và sâu sắc giữa lắng nghe và quan sát là công cụ rất hữu hiệu để hiểu được người bệnh.

Khi quan sát cần phải chú ý:

- Bao quát được toàn bộ đối tượng.
- Phát hiện được những biểu hiện bất thường ở đối tượng để điều chỉnh.
- Nhắc nhở, thu hút sự chú ý của đối tượng.
- Động viên sự tham gia tích cực của đối tượng, đáp ứng tốt nhu cầu của họ.

2.10. Kỹ năng thuyết trình

Thuyết trình là trình bày trước nhiều người một vấn đề và giải thích nội dung của vấn đề của một chủ thể nào đó cho người nghe sử dụng giao tiếp có lời một cách rõ ràng, mạch lạc. Lời nói đảm bảo tính hợp lý của âm tốc, âm lượng và âm sắc trong các điều kiện và hoàn cảnh, đối tượng cụ thể.

Tám điểm cần chú ý để thuyết trình có hiệu quả:

- Xác định rõ ràng mục đích của thuyết trình trước khi làm tất cả những việc khác.
- Sử dụng nhiều thời gian vào chuẩn bị cho bài thuyết trình được hiệu quả nhất.
- Tác động vào sự chú ý của người nghe ngay từ lúc ban đầu của bài thuyết trình, như vậy sẽ khuyến khích họ chú ý lắng nghe ở những phần sau.
- Nói cho người nghe mục đích của bài thuyết trình ngay từ đầu.
- Sử dụng các câu chuyện ví dụ minh họa làm cho bài nói chuyện song động.
- Sau mỗi lần thuyết trình, hãy đánh giá phần trình bày của mình, như vậy, sẽ có thể rút kinh nghiệm và cải tiến hơn trong các lần sau.
- Không bao giờ ngừng rèn luyện kỹ năng thuyết trình.

Khi thuyết trình cần chú ý đến một số kỹ năng giao tiếp không lời:

- Trang phục: gọn gàng, lịch sự, phù hợp với chủ đề thuyết trình và đối tượng khán giả.
- Nét mặt: thể hiện sự thân thiện, gần gũi với khán giả.
- Ánh mắt: giữ giao tiếp bằng mắt, nhìn theo hình chữ W tức là nhìn từ phía dưới cùng rồi tiể dần lên trên và tiếp tục di chuyển theo hình chữ W hoặc M tức là nhìn từ trên tiến dần xuống dưới và tiếp tục di chuyển theo hình chữ M.
- Dùng cử chỉ để minh họa thay cho lời nói.
- Tư thế nghiêm túc, tạo sự thoải mái.
- Chuyển động thích hợp.

2.11. Kỹ năng tóm tắt

Kỹ năng tóm tắt là kỹ năng tổng kết ngắn gọn vấn đề chính vừa được trình bày.

Tóm tắt là một kỹ năng rất quan trọng, đặc biệt trong giao tiếp giữa cán bộ y tế và người bệnh. Quá trình giao tiếp có thể diễn ra trong thời gian dài khiến người bệnh đôi khi không nhớ hết được những thông tin mà họ trao đổi. Tóm lại thông tin giúp người bệnh hiểu rõ hơn, hiểu đúng hơn và nhớ kỹ hơn những gì mà họ vừa được trao đổi, giúp người bệnh thực hành tốt hơn những gì mà cán bộ y tế trao đổi.

Yêu cầu khi tóm tắt cần phải:

- Tóm tắt rõ ràng, chính xác, ngắn gọn, xúc tích và đầy đủ.
- Nhấn mạnh những điểm chính cần phải nhớ và phải làm.
- Không bổ sung thêm thông tin mới mà tập vào các điểm cốt lõi.
- Không tóm tắt lan man, rườm rà và không đi sâu vào chi tiết.
- Không lồng ghép đưa ra các ví dụ minh họa hay hình ảnh diễn giải.
- Không sử dụng từ ngữ và thuật ngữ chuyên môn.

Kết luận: Giao tiếp là quá trình thay đổi thông tin, vì vậy, kỹ năng giao tiếp là một trong những “kỹ năng mềm” vô cùng quan trọng với con người trong đời sống hàng ngày cũng như trong công việc, đặc biệt là đối với các bác sĩ vì đối tác làm việc của các bác sĩ là con người. Muốn có kỹ năng giao tiếp tốt, ngoài việc hiểu rõ các lý thuyết cơ bản và bản chất quá trình giao tiếp, bác sĩ còn phải vận dụng, trải nghiệm thực tế, quan sát, tự rút ra các bài học cho chính mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dự án đẩy mạnh huấn luyện kỹ năng tiền lâm sàng tại 8 trường/khoa Y Việt Nam, *Kỹ năng y khoa cơ bản*, Nhà xuất bản y học.
2. Trường Đại học Y Hà Nội (2013), *Bài giảng kỹ năng y khoa*, Nhà xuất bản y học.
3. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng (2007), *Bài giảng kỹ năng y khoa*, Nhà xuất bản y học.
4. Gil Z Shlamovitz, MD, Paracentesis, <http://emedicine.medscape.com/article/80944-overview#showall>
5. Todd W. Thomsen, M.D., Robert W. Shaffer, M.D., Benjamin White, M.D., and Gary S. Setnik, M.D (2006), *Paracentesis*, N Engl J Med.

BÀI 14. XÁC ĐỊNH NHU CẦU VÀ NỘI DUNG TƯ VẤN, GIÁO DỤC SỨC KHOẺ

Mục tiêu:

1. *Xác định được nhu cầu và nội dung tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh tại gia đình và người bệnh ở phòng khám ngoại trú*
2. *Trình bày được một số nội dung giáo dục sức khỏe hay thực hiện ở cộng đồng*

1. NHU CẦU GIÁO DỤC SỨC KHOẺ CHO CÁ NHÂN TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ VÀ GIA ĐÌNH

1.1. Khái niệm nhu cầu

Có hai khái niệm về nhu cầu:

- Khái niệm thứ nhất, nhu cầu là một danh từ, nhu cầu là khoảng cách giữa hai cái gọi là tình trạng sức khỏe hiện tại với cái "nên là" hay chính là tình trạng sức khỏe mong muốn. Khái niệm nhu cầu ở đây hàm ý về sự khỏe mạnh;
- Khái niệm thứ hai nhu cầu được xem là một động từ với nghĩa là làm gì và làm như thế nào? Đó chính là giải pháp, cách thức nhằm đạt mục tiêu cuối cùng. Trong phạm vi chúng ta quan tâm, nhu cầu là các vấn đề sức khỏe và những vấn đề có liên quan đến hành vi sức khỏe.

1.2. Khái niệm đánh giá nhu cầu

Đánh giá nhu cầu là tập hợp thông tin có kế hoạch, có hệ thống về các cá nhân, kiến thức, thái độ, niềm tin, nhận thức, động lực, kỹ năng và hành vi cũng như các yếu tố môi trường có thể ảnh hưởng đến sức khỏe.

Đánh giá nhu cầu là rất quan trọng để thiết kế các chương trình giáo dục sức khỏe phù hợp, phù hợp với sự phát triển và văn hóa. Đánh giá nhu cầu một cách hợp lý trước khi lập kế hoạch và thực hiện các mục tiêu và chiến lược của chương trình giáo dục sức khỏe.

Trong các đánh giá nhu cầu, các nhà giáo dục sức khỏe thu thập và phân tích thông tin để xác định mục tiêu và chiến lược của chương trình giáo dục sức khỏe cho phù hợp với từng cá nhân, gia đình và cộng đồng cụ thể.

Nhu cầu cá nhân có thể là cơ bản - những nhu cầu thiết yếu cho việc học tập, tăng trưởng và phát triển (ví dụ: thực phẩm, nước, nơi trú ẩn, ấm áp). Tuy nhiên, chúng có thể phức tạp hơn (ví dụ: ý thức về an toàn, an ninh và hỗ trợ cảm xúc, năng lực bản thân) và bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố gia đình, trường học và cộng đồng (ví dụ: cấu trúc gia đình, nguồn lực cộng đồng sẵn có, cơ hội đóng góp).

* Phát hiện nhu cầu của người bệnh:

Một người bệnh nam giới 65 tuổi thấy đau đầu chóng mặt đến phòng khám BSGĐ khám có HA là 160/90 mmHg, ngoài ra không phát hiện vấn đề sức khỏe đặt biệt gì khác. Tiền sử người bệnh: Chưa phát hiện bệnh lý gì. Bố, mẹ mất từ khi người bệnh còn nhỏ. Nghe nói bố mất do đột quỵ não vì tăng huyết áp không điều trị. Mẹ thì không rõ lí do bị mất. Người bệnh rất hoang mang khi được chẩn đoán bị tăng huyết áp. Vạy nhu cầu của người bệnh là các vấn đề liên quan đến bệnh lý tăng huyết áp

* Xác định nhu cầu chăm sóc cơ bản của người bệnh:

Trong ví dụ trên người bệnh có nhu cầu được hướng dẫn thực hiện chế độ ăn nhạt cho người bệnh và gia đình (vợ con nấu ăn hàng ngày), được tư vấn về quá trình khám, theo dõi và quản lý huyết áp.

*Phát hiện nguy cơ cho các cá nhân, gia đình và cộng đồng:

Ví dụ: Tại xã Linh Sơn có chị Hoa 42 tuổi sắp đẻ con so và chị Thanh có thai tháng thứ 8 có chiều cao cơ thể 1,40m. Nguy cơ của 2 bà mẹ là vấn đề sinh đẻ, cán bộ y tế cần theo dõi, chăm sóc tốt thai nghén cho chị Hoa và chị Thanh tại Linh Sơn và tư vấn cho hai chị những nguy cơ có thể xảy ra trong quá trình sinh đẻ.

1.3. Xác định nhu cầu tư vấn, giáo dục sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng

Khi xác định nhu cầu tư vấn cho cá nhân, gia đình và cộng đồng, chúng ta cần dựa vào phương pháp lượng giá cá nhân và kỹ năng của y tế cộng đồng, đó là:

- Xác định ra các nhu cầu sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng đang hướng tới.
- Xác định ra các năng lực của các cá nhân trong việc đáp ứng các nhu cầu sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng đó.
- So sánh các năng lực hiện tại của các cá nhân với năng lực cần có để thực hiện các nhu cầu sức khỏe
- Xác định mục tiêu của tư vấn giáo dục sức khỏe cho cá nhân, gia đình và cộng đồng.

1.4 Xác định nội dung tư vấn giáo dục sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng

* Lựa chọn nội dung tư vấn giáo dục sức khỏe:

- Nội dung tư vấn GDSK là những nội dung chi tiết về lý thuyết, thực hành liên quan đến mục tiêu tư vấn GDSK.
- Nguồn thông tin để lựa chọn nội dung tư vấn GDSK bao gồm tài liệu, sách tham khảo, những ý kiến của chuyên gia.
- Tiêu chuẩn lựa chọn nội dung tư vấn GDSK: nội dung tư vấn GDSK phải có tính chính xác, cập nhật, liên quan trực tiếp đến các mục tiêu tư vấn GDSK, thiết yếu đối với việc phát triển năng lực của mỗi cá nhân trong gia đình, cộng đồng thực hiện nhiệm vụ của đối tượng.

3. NỘI DUNG GDSK THƯỜNG TỔ CHỨC TẠI CỘNG ĐỒNG

Chiến lược quốc gia y tế dự phòng của nước ta từ nay đến năm 2020, trong đó định hướng đến năm 2030 bao gồm:

1) Tiếp tục triển khai các hoạt động nhằm khống chế, loại trừ tiên tới thanh toán các bệnh truyền nhiễm gây dịch lưu hành như các bệnh lây truyền theo đường tiêu hoá (tả, lỵ, thương hàn, giun, sán...); các bệnh do côn trùng truyền (sốt xuất huyết, sốt rét, viêm não Nhật Bản...); bệnh dại. Đồng thời áp dụng các biện pháp tích cực để ngăn chặn có hiệu quả các bệnh dịch nguy hiểm và các bệnh mới xuất hiện (HIV/AIDS, SARS, cúm A (H5N1, H1N1, H7N9..), chân tay miệng, MERS-CoV..); sẵn sàng chủ động đối phó với nguy cơ khủng bố sinh học, hoá học.

2) Giữ vững thành quả thanh toán bệnh bại liệt và loại trừ bệnh uốn ván trẻ sơ sinh. Tiếp tục đẩy mạnh hoạt động của chương trình tiêm chủng mở rộng nhằm loại trừ và thanh toán các bệnh truyền nhiễm hay gặp ở trẻ em như sởi, bạch hầu, ho gà, viêm não

Nhật Bản, viêm gan vi rút...., đồng thời mở rộng việc sử dụng vắc-xin để phòng ngừa các bệnh khác.

3) Chủ động phòng, chống các bệnh không lây nhiễm (như THA, đái tháo đường), các bệnh liên quan tới môi trường, nghề nghiệp, học đường, chế độ dinh dưỡng, lối sống có hại, tai nạn và thương tích.

4) Nâng cao năng lực mạng lưới y tế dự phòng theo hướng hiện đại hoá. Xây dựng và củng cố trung tâm kiểm soát bệnh tật tuyến tỉnh, tuyến huyện.

Để thực hiện chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020, các vấn đề chính cần TT - GDSK bao gồm các nội dung sau:

2.1. Truyền thông giáo dục bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em

Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam đến năm 2010 và định hướng đến năm 2020 đã được Thủ tướng phê duyệt, trong đó có thực hiện các chương trình chăm sóc sức khỏe trẻ em như: phòng chống suy dinh dưỡng, phòng chống tiêu chảy nhiễm khuẩn hô hấp cấp, thấp tim và phòng chống giun sán, chương trình sức khỏe vị thành niên và y tế học đường. Triển khai các hoạt động phòng chống suy dinh dưỡng tại cộng đồng cung cấp vitamin A để giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi. Duy trì công tác phòng, chống bướu cổ nhằm thanh toán các rối loạn do thiếu iốt. Giảm tỷ lệ phụ nữ mang thai bị thiếu máu do thiếu sắt. TT - GDSK về bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em bao gồm rất nhiều nội dung, dưới đây là những nội dung cơ bản cần tập trung TT - GDSK để góp phần chăm sóc sức khỏe cho bố mẹ và trẻ em.

- Theo dõi thường xuyên sự phát triển trẻ em

- Giáo dục bù nước kịp thời bằng đường uống cho trẻ khi bị tiêu chảy

Khi trẻ mắc tiêu chảy có nhiều dấu hiệu khác nhau tùy theo mức độ mất nước. Mất nước nhẹ trẻ chỉ quấy khóc, kém ăn, mắt nước汪汪 hơn trẻ môi khô, da hơi nhăn, khóc nhiều, nặng hơn thì thóp của trẻ có thể lõm, mắt trũng, dấu hiệu Casper (+), tinh thần li bì, có thể đưa đến sốc mất nước và đe dọa đến tính mạng của trẻ.

Nhờ biện pháp dùng Oresol và các dung dịch bù nước khác mà tỉ lệ tử vong do tiêu chảy đã giảm rõ rệt.

Chỉ định dùng thuốc cho trẻ tiêu chảy phải theo ý kiến của cán bộ y tế. Chống lạm dụng thuốc khi bị tiêu chảy, đặc biệt là thuốc kháng sinh vì có thể làm cho tiêu chảy nặng hơn, trừ khi ta biết chắc chắn tiêu chảy do vi khuẩn sau khi có kết quả làm kháng sinh đồ.

Đặc biệt cần chú ý TT - GDSK cho các bà mẹ, người chăm sóc trẻ, cộng đồng biết và thực hiện các biện pháp phòng chống tiêu chảy thông thường tại cộng đồng như vệ sinh cá nhân vệ sinh môi trường, vệ sinh ăn uống, nuôi con bằng sữa mẹ, tiêm chủng đầy đủ các loại vắc-xin phòng bệnh cho trẻ.

- Giáo dục nuôi con bằng sữa mẹ và nuôi dưỡng trẻ

Sữa mẹ là thức ăn tốt nhất cho trẻ em sữa mẹ bảo đảm sự phát triển bình thường cho trẻ cả thể lực và trí tuệ. Cần giáo dục các bà mẹ biết bảo vệ nguồn sữa mẹ, cách nuôi trẻ bằng sữa mẹ.

Ngoài việc giáo dục các bà mẹ nuôi con bằng sữa mẹ, cán bộ y tế cần hướng dẫn cho các bà mẹ cho trẻ ăn dặm đúng, biết cách lựa chọn, chế biến và cho trẻ ăn các

thức ăn bổ sung, thực hiện "Tô màu bát bột" hoặc ô dinh dưỡng thức ăn đầy đủ, tránh tình trạng cho trẻ ăn kiêng không cần thiết.

Thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, vệ sinh ăn uống phòng chống tiêu chảy và các bệnh lây truyền khác mà trẻ hay mắc.

- Giáo dục về tiêm chủng phòng bệnh

Tiêm chủng là một nội dung dự phòng tích cực, quan trọng trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, một biện pháp dự phòng mang tính hiệu quả cao để phòng 8 bệnh lây truyền nặng (Bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, sởi, lao, viêm gan B và viêm não Nhật Bản) và một số bệnh khác như Rubella, quai bị...ở trẻ em.

Tiêm chủng mở rộng nhằm tạo miễn dịch chủ động trong cơ thể trẻ, giúp trẻ có khả năng chống lại các bệnh lây truyền hay mắc.

- Giáo dục cho các bà mẹ các kiến thức về phòng chống một số bệnh khác và các tai nạn thương tích mà trẻ em hay mắc

- Giáo dục kiến thức bảo vệ sức khỏe bà mẹ

Bà mẹ cần được chú trọng giáo dục các nội dung liên quan đến các giai đoạn sinh lý đặc biệt (như mang thai, sinh đẻ) có nhiều nguy cơ cao có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của cả mẹ và con.

1) Giáo dục các kiến thức về chương trình Làm mẹ an toàn:

2) Giáo dục về Dân số kế hoạch hoá gia đình:

TT- GDSK về chăm sóc bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em là nội dung rất quan trọng và phong phú. Nội dung giáo dục có thể tóm tắt vào chương trình: GOBIFFF:

G: Theo dõi sự phát triển của trẻ bằng ghi biểu đồ tăng trưởng.

O: Bù nước và điện giải bằng đường uống cho trẻ khi bị tiêu chảy.

B: Nuôi trẻ bằng sữa mẹ.

I: Thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng.

F: Cung cấp thực phẩm bổ sung cho trẻ em và bà mẹ khi có thai và nuôi con nhỏ.

F: Thực hiện kế hoạch hoá gia đình.

F : Giáo dục nhằm tăng khả năng hiểu biết chung của phụ nữ.

Truyền thông - Giáo dục sức khỏe bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em cần chuyển tải được 10 thông điệp quan trọng nhất của Tổ chức y tế thế giới: "Những điều cần cho cuộc sống" đến với các bà mẹ và cộng đồng.

2.2. Giáo dục dinh dưỡng

Dinh dưỡng là nhu cầu thiết yếu, vấn đề của đời sống hàng ngày, liên quan đến tất cả mọi người. Để giải quyết vấn đề dinh dưỡng cần phải có chính sách, chiến lược và các biện pháp phối hợp hoạt động đồng bộ, trong đó không thể nào thiếu được hoạt động truyền thông giáo dục về dinh dưỡng.

** Nội dung chủ yếu về giáo dục dinh dưỡng*

- Giáo dục kiến thức nuôi con cho các bà mẹ theo cuốn sách "Làm mẹ" do Viện Dinh dưỡng biên soạn.

- Giáo dục ăn uống của bà mẹ có thai và cho con bú.
- Giáo dục bảo vệ và nuôi con bằng sữa mẹ.
- Cung cấp thức ăn bổ sung cho trẻ.
- Ăn uống của trẻ khi bị đau ốm.
- Cách phòng các bệnh thông thường ở trẻ em dẫn đến suy dinh dưỡng.
- Tạo nguồn thức ăn bổ sung cho bữa ăn: Xây dựng ô dinh dưỡng trong hệ sinh thái VAC (vườn, ao, chăn nuôi) gia đình.
- Nâng cao vệ sinh an toàn thực phẩm vệ sinh ăn uống, phòng chống ngộ độc thức ăn, nước uống..
- Giáo dục phòng chống các bệnh có liên quan đến dinh dưỡng ăn uống, các bệnh do thừa dinh dưỡng hoặc ăn uống không hợp lý gây ra.

Những nội dung giáo dục dinh dưỡng và nội dung giáo dục bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em gắn liền với nhau. Vì vậy, cần lồng ghép với nhau và với những nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu khác.

2.3. Giáo dục sức khỏe ở trường học

Giáo dục sức khỏe ở trường học có tác động rất lớn đến hình thành các hành vi sức khỏe, lối sống lành mạnh cho học sinh, vì giai đoạn học ở trường của mỗi học sinh thường rất dài. Với tất cả mọi người, thời gian học ở trường là thời gian quan trọng có ảnh hưởng lớn trên toàn bộ sự phát triển toàn diện, cả về thể chất, tinh thần và nhân cách, vì đây là giai đoạn nhạy cảm, rất dễ tiếp thu, học hỏi những kiến thức mới, hình thành thái độ và hành vi vững bền của mỗi người.

Giáo dục ở thời kỳ này dễ đem lại hiệu quả cao, nó không chỉ tác động đến học sinh mà thông qua học sinh tác động đến những người xung quanh như những người trong gia đình, cộng đồng xã hội. Mỗi học sinh có thể trở thành nhân tố tích cực như một nhà giáo dục sức khỏe tự nguyện trong cộng đồng.

** Nội dung chủ yếu Truyền thông- giáo dục sức khỏe ở trường học*

**Kiến thức: Các kiến thức cần trang bị cho học sinh bao gồm:*

- Những kiến thức cơ bản và đại cương về: Giải phẫu, sinh lý, phát triển thể lực, tinh thần của người bình thường.
- Các bệnh lây nhiễm từ môi trường, các bệnh thường mắc ở tuổi học sinh.
- Các nguy cơ gây TNTT đặc biệt là tai nạn giao thông và đuối nước.
- Ảnh hưởng của lối sống không lành mạnh.
- Các vấn đề sức khỏe sinh sản vị thành niên.
- Các biện pháp vệ sinh phòng các bệnh thông thường và NCSK học sinh.
- Phòng chống một số bệnh lý học đường như cận thị, gù vẹo cột sống, răng miệng, rối loạn tâm chí ở học sinh tiểu học, trung học cơ sở và các vấn đề về sức khỏe sinh sản vị thành niên, phòng chống nạo phá thai... ở học sinh các lớp lớn hơn...
- Một số luật lệ vệ sinh liên quan đến bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng....

**Thái độ: Tạo cho học sinh có thái độ:*

- Mong muốn đạt được mức sức khỏe tốt nhất, quý trọng giá trị cuộc sống khỏe mạnh.
- Sẵn sàng thực hành các biện pháp có lợi cho sức khỏe của mình cũng như của gia đình và cộng đồng xã hội.
- Chấp nhận trách nhiệm bảo vệ sức khỏe cho cá nhân mình và cho những người khác.

- Sẵn sàng cống hiến quyền lợi cá nhân vì sức khỏe của những người khác.
- Sẵn sàng thực hiện các luật lệ về bảo vệ sức khỏe và góp phần nâng cao thực hiện các luật lệ đó.

*Thực hành:

- Thực hành các biện pháp vệ sinh, các thói quen lành mạnh cho sức khỏe ở trường học, ở nhà cũng như ở cộng đồng. Thực hành phòng chống bệnh học đường.
- Tham gia các hoạt động bảo vệ môi trường, phòng chống bệnh tật.
- Sử dụng các dịch vụ y tế cần thiết để bảo vệ và NCSK ...

Đặc biệt là tình dục an toàn ở vị thành niên...

2.4. Giáo dục vệ sinh và bảo vệ môi trường

Đây là vấn đề đang được toàn thế giới quan tâm, nhất là chống gây ô nhiễm, cung cấp nước sạch, giải quyết các chất thải, các vấn đề đô thị hóa, sử dụng và quản lý môi trường lao động hợp lý..

** Nội dung chủ yếu về giáo dục vệ sinh và bảo vệ môi trường*

Các nội dung truyền thông - giáo dục vệ sinh và bảo vệ môi trường rất rộng và rất phong phú. Cần tập trung ưu tiên giáo dục vào các nội dung sau:

- Vai trò quan trọng của môi trường với sức khỏe cá nhân và cộng đồng.
- Giải quyết các chất thải bỏ của người và súc vật, đây vẫn là vấn đề cần được ưu tiên, vì nguy cơ lây lan bệnh tật do các chất thải bỏ của người và súc vật vẫn còn tồn tại rất lớn cả ở các vùng đô thị và nông thôn.
- Giữ gìn vệ sinh nơi công cộng.
- Giải quyết các chất thải bỏ trong sản xuất công nghiệp và nông nghiệp.
- Cung cấp và sử dụng nước sạch, đi đôi với việc giải quyết xử lý các nguồn nước thải để đảm bảo an toàn cho sức khỏe.
- Khống chế và tiêu diệt các vật trung gian truyền bệnh.
- Vệ sinh an toàn lương thực và thực phẩm.
- Vệ sinh nhà ở.
- Trồng nhiều cây xanh, bảo vệ môi trường tự nhiên.
- Thực hiện các luật lệ về bảo vệ môi trường.

2.5. Giáo dục vệ sinh lao động, phòng chống tai nạn và bệnh nghề nghiệp

Giáo dục vệ sinh lao động, phòng chống tai nạn và bệnh nghề nghiệp sẽ góp phần làm giảm các nguy cơ gây nên bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động. Hiện nay, một số các bệnh nghề nghiệp hay gặp như bệnh bụi phổi ở các nhà máy dệt sợi, ở hầm mỏ; ung thư ở các nhà máy sản xuất hoá chất; điếc do tiếng ồn ở các nhà máy cơ khí,... có thể giảm được nếu công nhân có đủ kiến thức và ý thức phòng tránh.

** Nội dung chủ yếu về giáo dục vệ sinh lao động, phòng chống tai nạn, bệnh nghề nghiệp*

Cần giáo dục nâng cao sự hiểu biết về các biện pháp phòng chống tác hại nghề nghiệp, loại trừ nguy cơ gây bệnh nghề nghiệp và tai nạn lao động cho người lao động, tập trung vào một số nội dung quan trọng như sau:

- Giáo dục công nhân ý thức bảo vệ môi trường lao động an toàn.
- Giáo dục công nhân thực hiện quy định về an toàn vệ sinh lao động, ý thức sử dụng các phương tiện phòng hộ lao động.

- Giáo dục công nhân thấy được ảnh hưởng của yếu tố tác hại nghề nghiệp, có ý thức phòng chống các bệnh nghề nghiệp đặc trưng cho các ngành sản xuất cụ thể.
- Giáo dục công nhân ý thức phòng chống tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp.
- Giáo dục cách sơ cứu ban đầu các tai nạn và ngộ độc trong lao động sản xuất.
- Giáo dục cho người lao động ý thức chủ động tự bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bản thân và những người xung quanh.

2.6. Giáo dục phòng chống bệnh tật nói chung

Giáo dục phòng chống bệnh tật nói chung góp phần trang bị các kiến thức cơ bản về bệnh tật mà mỗi người cần có để phòng chống bệnh tật, làm tăng trách nhiệm của cá nhân, cộng đồng về bảo vệ và NCSK. Một số bệnh tật thường gặp nhất là các bệnh theo mùa, có tỷ lệ mắc và chết cao vẫn cần được giáo dục thường xuyên cho cộng đồng ý thức phòng chống, nếu lơ là bệnh có thể bùng phát thành dịch và gây hậu quả nghiêm trọng. Nội dung giáo dục phòng chống bệnh tật nói chung khá rộng bao gồm:

**Giáo dục phòng chống các bệnh lây và không lây nhiễm:*

- Các bệnh tật phổ biến theo mùa, thành dịch: Sốt xuất huyết, tả, lỵ, thương hàn, cúm sởi, viêm não v.v...
- Các bệnh do ký sinh trùng gây ra: Giun sán, amip, nấm, vv...
- Các bệnh xã hội: Sốt rét, lao, phong, HIV/AIDS, hoa liễu.
- Các bệnh dịch mới nổi như cúm gia cầm, SARS, H5N1, H1N1, H7N9, Tay chân miệng, gần đây là MERS CoV...

**Giáo dục phòng chống các bệnh của nước phát triển:*

- Bệnh tim mạch nhất là phòng chống tăng huyết áp.
- Bệnh đái tháo đường
- Các bệnh ung thư.
- Bệnh tâm thần nhất là hội chứng trầm cảm.
- Các loại tai nạn, thảm họa.
- Tránh lạm dụng thuốc, sử dụng an toàn hợp lý về thuốc.

2.7. Giáo dục nâng cao sức khỏe

Tập trung vào các vấn đề sau:

- Phòng chống hút thuốc lá
- Phòng chống lạm dụng rượu bia
- Xây dựng lối sống lành mạnh, tăng cường luyện tập thể dục thể thao theo các lứa tuổi phân đấu NCSK thực hiện chiến lược con người Việt nam mới to cao về tầm vóc, dẻo dai về thể lực

Tóm lại: Xác định nhu cầu giáo dục sức khỏe là một bước mở đầu cần thiết cho việc thu thập thông tin để xác định vấn đề, hiểu rõ tác dụng của các giải pháp đưa ra và xác định được giải pháp hợp lý nhất để giải quyết vấn đề. Sự thành công của một chương trình GD&NCSK phụ thuộc rất nhiều vào việc xác định nhu cầu giáo dục sức khỏe một cách có hệ thống.

Nội dung truyền thông giáo dục sức khỏe rất phong phú, bao gồm những vấn đề liên quan trực tiếp hoặc gián tiếp ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng, cả sức khỏe về thể chất, tâm thần và xã hội. Việc lựa chọn vấn đề sức khỏe bệnh tật và nội dung giáo dục sức khỏe cụ thể phải tùy theo từng thời gian địa điểm, nhu cầu của đối tượng và phù hợp với khả năng nguồn lực hiện có của các địa phương. Tuy nhiên, cũng có

những kiến thức cơ bản, phổ cập về sức khỏe, phòng chống bệnh tật và chăm sóc sức khỏe mà mọi người trong cộng đồng đều cần biết, đó cũng là những nội dung ưu tiên, cần được lập kế hoạch truyền thông giáo dục sức khỏe thường xuyên.

3. THỰC HÀNH XÁC ĐỊNH NHU CẦU VÀ NỘI DUNG TƯ VẤN CHO CÁ NHÂN, HỘ GIA ĐÌNH

Tình huống:

Ông Long năm nay 82 tuổi, hiện đang sống cùng con trai, con dâu và 2 cháu. Ông Long có lương hưu và các con cháu đều rất bận rộn với công việc. Vợ ông mới mất được 3 tháng vì biến chứng đái tháo đường. Ông có vẻ ít nói hơn từ khi bà mất, cũng không tham gia tập thể dục cùng các ông bà trong khu phố như trước.

Ông Long cũng bị đái tháo đường như vợ mình, tuy nhiên ông còn bị tăng huyết áp và COPD. Trước đây khi bà còn sống, 2 ông bà thường xuyên đi khám và uống thuốc đều đặn. Từ khi bà mất, ông đến không đều và thuốc ông cũng không uống đầy đủ như trước. Hôm nay ông gọi điện đến phòng khám BSGĐ để mời BS đến nhà khám cho ông vì ông thấy người quá mệt, con cái không có nhà. BS đến ông trong tình trạng kích động, khám thấy ông có dấu hiệu mất nước, đường máu mao mạch cao, HA: 140/90 mmHg. BS đã đưa ông đến viện, rồi liên lạc với con trai.

Bạn là BS hãy xác định nhu cầu và nội dung tư vấn cho người bệnh và gia đình sau khi ông ra viện.

Gợi ý thảo luận:

- Xác định nhu cầu của người bệnh và con cháu họ :
 - + Dựa vào các thông tin đã thu thập được có thể nhận thấy người bệnh đang không tuân thủ điều trị và không kiểm soát được mục tiêu điều trị. Người bệnh đang có những vấn đề sức khỏe mới: sức khỏe tinh thần. Vậy điều gì đã làm cho người bệnh trở lên như vậy? Người bệnh mong muốn gì? Tại sao ?
 - + Con cháu: biết gì về sức khỏe của bố, họ mong muốn sức khỏe của bố thế nào? Làm sao để đạt được điều đó? Sự phối hợp của con cháu với BS và người bệnh trong quá trình quản lý bệnh của người bệnh như thế nào.
- Xác định nội dung tư vấn:
 - + Tư vấn tâm lý cho người bệnh
 - + Tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị, sự phối hợp giữa BS và gia đình
 - + Tư vấn các vấn đề liên quan đến bệnh, biến chứng bệnh và kiểm soát bệnh cho người bệnh và con cháu.
 - + Tư vấn thay đổi lối sống cho con cái và người bệnh
 - + Tư vấn kiểm soát các yếu tố nguy cơ cho con cháu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thủ tướng chính phủ (2006). Quyết định số 255/2006/QĐ-TTg Về việc phê duyệt Chiến lược quốc gia y tế dự phòng Việt Nam
2. Phạm Thị Phương Thảo, Giáo trình Truyền thông và giáo dục sức khỏe

BÀI 15. LẬP KẾ HOẠCH, THỰC HIỆN TƯ VẤN CHO CÁ NHÂN VÀ HỘ GIA ĐÌNH VỀ PHÒNG CHỐNG MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

Mục tiêu:

1. *Lập được kế hoạch tư vấn, giáo dục sức khỏe cho cá nhân về biện pháp phòng chống một số bệnh không lây nhiễm*
2. *Thực hiện được tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người dân biện pháp phòng chống một số bệnh không lây nhiễm phổ biến.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các *bệnh không lây nhiễm* là bệnh không truyền từ người sang người, không do vi khuẩn, vi rút...gây nên. Chúng diễn ra trong thời gian dài, tiến triển thường chậm và hay tái phát trở lại. Ban đầu bệnh không gây ra triệu chứng rõ rệt nhưng khi phát bệnh thường gây ra những hậu quả nghiêm trọng. Hầu hết các bệnh không lây nhiễm đều khó xác định được nguyên nhân cụ thể và không điều trị được triệt để. Do đó, hiểu về các biện pháp dự phòng và có ý thức khám sàng lọc để phát hiện và điều trị bệnh ở giai đoạn sớm là điều vô cùng quan trọng. Người ta ước tính rằng, nếu loại bỏ được các yếu tố nguy cơ chính, thì 80% các trường hợp mắc bệnh tim, đột quỵ, bệnh đái tháo đường typ 2 và 40% ung thư có thể được ngăn chặn. Can thiệp nhằm vào các yếu tố nguy cơ chính có một tác động đáng kể vào việc giảm gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới.

Để làm được điều này, công tác tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng rất cần được đầu tư, chú trọng, vì nó tác động đến nhận thức, suy nghĩ và tình cảm từ đó thay đổi thái độ và hành vi của mỗi người. Giáo dục sức khỏe (GDSK) là nhằm giúp mọi người trong cộng đồng xây dựng lòng tự tin và những kỹ năng để tự bảo vệ sức khỏe cho chính mình và có thể giúp đỡ được mình khi ốm đau.

Lập kế hoạch là một quá trình hệ thống hoá và hợp lý hoá toàn bộ những hoạt động, giải pháp dẫn tới mục tiêu của những vấn đề đã được xác định, lựa chọn và dự kiến các bước đi. Nó là một chức năng cơ bản nhất trong tất cả các chức năng quản lý và thường luôn được thực hiện trước các chức năng quản lý khác. Trình độ quản lý được thể hiện trong việc lập và thực hiện kế hoạch. Các nhà nghiên cứu khác nhau trong lĩnh vực sức khỏe đã nhìn nhận về vai trò và tầm quan trọng của lập kế hoạch cho các chương trình y tế nói chung và giáo dục-NCSK nói riêng. Lập kế hoạch đóng một vai trò rất quan trọng trong việc cải thiện kinh tế, chi phí cũng như hiệu quả cho các chương trình. Ngoài ra, lập kế hoạch còn góp phần vào việc thay đổi hành vi liên quan tới sức khỏe.

Bài này sẽ giúp cán bộ y tế tuyến cơ sở hiểu được vai trò, tầm quan trọng, ý nghĩa và các bước của việc lập kế hoạch tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe ở địa phương mình. Đồng thời hiểu thêm về các kỹ năng cần thiết cho 1 buổi tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe.

1. TRUYỀN THÔNG-GIÁO DỤC SỨC KHỎE

1.1. Khái niệm tư vấn, truyền thông - giáo dục sức khỏe

Truyền thông là cách thông tin hai chiều, trong đó thông tin phản hồi từ đối tượng đến nguồn phát (thông tin ngược từ bên ngoài) là hết sức quan trọng vì nó cho

biết rõ các phản ứng khác nhau của đối tượng tiếp nhận thông tin, do đó giúp người phát tin kịp thời điều chỉnh việc đưa thông tin tiếp theo cho phù hợp hơn, như vậy, nó mang tính điều khiển cao, quan trọng hơn nữa là nó giúp đối tượng tự hiểu mình bằng các thông tin ngược bên trong.

Giáo dục sức khỏe là một quá trình tác động có kế hoạch đến tình cảm và lí trí của con người nhằm giúp họ thay đổi hành vi sức khỏe.

- Là quá trình nên nó đòi hỏi phải có thời gian mới có kết quả mong muốn, nhưng một khi kết quả đã đạt được nó sẽ có kết quả lâu bền, mang lại hiệu quả cao.
- Tác động qua lại giữa nhân viên truyền thông, giáo dục sức khỏe với đối tượng càng nhiều càng tốt, nhằm nâng cao tính điều khiển của quá trình này, cần tác động vào tình cảm trước rồi lí trí sau thì dễ tiếp thu hơn, hợp logic hơn.

Như vậy, mối quan hệ giữa thông tin truyền thông với giáo dục sức khỏe là mối quan hệ giữa các phương tiện với mục đích.

1.2. Mục đích của giáo dục sức khỏe

Giúp các cá nhân:

- Xác định vấn đề của bản thân và nhu cầu của họ về sức khỏe
- Hiểu rõ những điều có thể làm để tăng cường sức khỏe
- Quyết định hành động thích hợp nhất để tạo ra sức khỏe cho một cuộc sống lành mạnh cho bản thân và phù hợp với gia đình, cộng đồng, xã hội. Nhân viên giáo dục sức khỏe chỉ giúp đỡ và tạo điều kiện cho quyết định đó.

1.3. Vai trò của giáo dục sức khỏe

Càng ngày người ta càng thấy vai trò của giáo dục sức khỏe có vị trí quan trọng trong chăm sóc sức khỏe nói chung và chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) nói riêng. Từ kinh nghiệm thực tế đã chỉ ra rằng các dịch vụ về chăm sóc sức khỏe thấp nếu không có sự hỗ trợ của giáo dục sức khỏe và phối hợp với giáo dục sức khỏe.

Để có cuộc sống khỏe mạnh, mỗi người cần hiểu rõ và phân biệt giữa những thực hành có lợi và thực hành có hại cho sức khỏe. Từ đó quyết định lựa chọn những phương thức thực hành có lợi nhất cho sức khỏe. Duy trì tình trạng sức khỏe phụ thuộc vào những hiểu biết về các yếu tố có lợi cho sức khỏe và các yếu tố gây ra bệnh tật, biết tạo điều kiện thuận lợi để phát huy những yếu tố có lợi cho sức khỏe và loại trừ các yếu tố gây bệnh.

Chúng ta thường nói “sức khỏe là tài sản quý giá nhất của con người”. Nhưng trong thực tế cuộc sống có thể thấy có nhiều hành vi do chủ quan hay khách quan, do thiếu hiểu biết hay cố ý đã làm tổn hại đến “tài sản quý giá của con người”. Tìm hiểu những suy nghĩ và hành động của con người để giúp họ nhận rõ và thực hiện những điều có lợi cho sức khỏe là nhiệm vụ quan trọng của người giáo dục sức khỏe.

Các hành vi của con người có thể là nguyên nhân của vấn đề sức khỏe, nhưng hành vi cũng là giải pháp để giải quyết vấn đề sức khỏe của họ. Thông qua giáo dục sức khỏe chúng ta giúp mọi người hiểu được hành vi của họ và các hành vi đó có ảnh hưởng đến sức khỏe của họ như thế nào. Chúng ta giúp mọi người có những lựa chọn cá nhân thích đáng chứ không ép buộc mọi người phải thay đổi.

Giáo dục sức khỏe không thể nào thay thế các dịch vụ y tế khác, nhưng giáo dục sức khỏe cần thiết để tăng cường sử dụng hợp lý các dịch vụ y tế này.

Giáo dục sức khỏe là một phần của chăm sóc sức khỏe, nó liên quan đến tăng cường hành vi lành mạnh. Giáo dục sức khỏe có liên quan đến tất cả các nội dung khác của CSSKBD vì tất cả các nội dung CSSKBD đều có nội dung về giáo dục sức khỏe. Làm tốt công tác giáo dục sức khỏe sẽ là tiền đề vững chắc để thực hiện các nội dung khác nhau của CSSKBD. Ngược lại nếu các nội dung của CSSKBD được thực hiện tốt sẽ tạo điều kiện thuận lợi thực hiện các chương trình giáo dục sức khỏe.

1.4. Vai trò giáo dục sức khỏe trong phòng chống bệnh không lây nhiễm

Phòng, chống bệnh không lây nhiễm hiệu quả sẽ hạn chế số người mắc bệnh này trong cộng đồng, ngăn chặn tàn tật tử vong và giảm quá tải cho bệnh viện. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, lạm dụng đồ uống có cồn, dinh dưỡng không hợp lý, thực phẩm không an toàn, thiếu hoạt động thể lực, cùng với chủ động giám sát, phát hiện sớm, điều trị, quản lý liên tục và lâu dài tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu là yếu tố quyết định hiệu quả trong công tác phòng, chống bệnh không lây nhiễm. Một trong những hoạt động vô cùng quan trọng góp phần lớn vào thành công của chương trình là công tác truyền thông giáo dục sức khỏe trong CSSKBD cho cá nhân, cộng đồng để thay đổi hành vi bỏ những hành vi không tốt, không lành mạnh thay vào đó là những hành vi lành mạnh giúp kiểm soát các yếu tố nguy cơ, có ý thức trong phát hiện sớm bệnh, tham gia điều trị và quản lý lâu dài.

1.5. Các bước thay đổi hành vi sức khỏe

Khi người cán bộ Y tế thực hiện một chương trình Giáo dục sức khỏe, đối tượng được truyền thông sẽ trải qua các bước thay đổi hành vi như sau:

Bước 1: Nhận ra vấn đề mới

Nhận ra được hành vi hiện có gây hại cho sức khỏe bản thân và những khó khăn do hành vi đó gây ra, không tự vừa ý với tình trạng hiện tại và thấy cần phải thay đổi hành vi hiện có. Từ chỗ chưa nhận ra đến khi nhận ra được hành vi bản thân là sai trái không phải là dễ, vì mỗi người đều có xu hướng tự coi hành vi vốn có của mình là đúng đắn, không cần thiết phải thay đổi. Do đó cần có những thông tin từ bên ngoài tác động vào giúp cho đối tượng dễ tự nhận thức hơn về hành vi có hại cho sức khỏe của bản thân.

Bước 2: Quan tâm đến vấn đề mới

Quan tâm đến hành vi có hại cho sức khỏe của mình và bắt đầu tìm kiếm các thông tin về hành vi sức khỏe mới đó, suy nghĩ nghiêm chỉnh về hành vi đó nhưng chưa có ý định thay đổi. Bước này có thể kéo dài vài tháng hoặc tới hàng năm, và thực tế có những người không bao giờ vượt qua được bước này.

Bước 3: Thử nghiệm hành vi mới

Giai đoạn hành động. Đây là bước khó khăn nhất cho đối tượng mà nhiều khi họ không tự vượt qua nổi do những thói quen hành vi trước đó của họ.

Bước 4: Đánh giá kết quả hành vi mới

Đánh giá kết quả và hiệu quả việc thực hiện hành vi mới về các mặt sức khỏe, thể chất, tâm thần, xã hội, kinh tế,... Việc tự đánh giá này cũng không kém phần khó khăn, vì đối tượng phải tự hiểu rõ bản thân mình hơn ai hết trong quá trình thay đổi

hành vi của chính mình, tự nhận ra những lợi ích và những điều bất lợi do sự thay đổi hành vi sức khỏe đem lại, so với những chi phí mình phải bỏ ra để đạt được kết quả như thời gian, tiền, những cảm giác khó chịu, thái độ không đồng tình (hay ủng hộ) của những người khác.

Bước 5: Quyết định duy trì hành vi mới hay từ chối

Chấp nhận hay từ chối hành vi mới sau khi đã cân nhắc chi phí/lợi ích, đã cố công khắc phục mọi trở lực từ bên trong và bên ngoài bản thân.

- Nếu từ chối thì đối tượng sẽ quay lại bất cứ bước nào trước đó.
- Chấp nhận hành vi mới đối tượng duy trì hành vi đã thay đổi, đây là giai đoạn củng cố và nâng cao kết quả đạt được, đối tượng phải tự kiểm soát được hành vi mới của mình và tin chắc khả năng có thể thực hiện được hành vi đó một cách bền vững, để tránh quay lại hành vi cũ.

1.6. Một số nguyên tắc khi truyền thông – giáo dục sức khỏe

- Tính khoa học:

Việc giáo dục sức khỏe là sự vận dụng một loạt những kiến thức khoa học rất rộng lớn bao gồm cơ sở khoa học y học vì TT- GDSK được coi là một phần của y học, có nhiệm vụ phổ biến kiến thức của khoa học y học như: các dấu hiệu bệnh, nguyên nhân, các yếu tố ảnh hưởng, xử trí, và dự phòng,... vào trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân kết hợp với tâm lý học giáo dục, tâm lý học nhận thức, sức khỏe cộng đồng. Đây được coi là chìa khóa cho người làm truyền thông giáo dục sức khỏe mở cửa bước vào con đường của mình.

- Tính đại chúng:

Giáo dục sức khỏe không những được tiến hành cho mọi người và vì lợi ích của mọi người trong cộng đồng xã hội, mà còn được mọi người tham gia thực hiện. Mọi người vừa là đối tượng của giáo dục sức khỏe vừa là người tiến hành giáo dục sức khỏe. Đối tượng giáo dục sức khỏe rất đa dạng, không thể cùng một lúc chúng ta có thể làm thay đổi hành vi sức khỏe của tất cả mọi người với mọi vấn đề sức khỏe. Việc nghiên cứu đối tượng trong một hoạt động TT-GDSK là việc làm hết sức quan trọng cho phép chúng ta đạt được mục tiêu và hiệu quả của giáo dục sức khỏe.

- Tính trực quan:

Mọi yếu tố tác động đến con người trước hết trực tiếp vào các giác quan như: mắt, tai, mũi v.v... Tác động trực quan thường gây ấn tượng mạnh, sâu sắc đến tình cảm, niềm tin, làm thay đổi hành vi sức khỏe nhanh chóng và bền vững.

Bản thân người cán bộ y tế và cơ sở y tế với toàn bộ những hoạt động của mình đã là những mẫu hình trực quan sinh động có tác dụng giáo dục mạnh mẽ nhất đối với nhân dân, sẽ phản chiếu hai mặt tích cực và tiêu cực cho sự hình thành hay thay đổi hành vi sức khỏe của đối tượng. Công tác GDSK cần thiết phải chú ý phát huy mặt tích cực của những hình mẫu này.

- Tính thực tiễn:

Giáo dục sức khỏe phải góp phần tích cực giải quyết các vấn đề sức khỏe một cách, thiết thực, cụ thể bằng việc NCSK, giảm tỷ lệ mắc bệnh, tử vong thì mới có sức thuyết phục cao.

Nguyên tắc thực tiễn còn được thể hiện trong quá trình tự giáo dục. Chính nhân dân phải thực sự bắt tay vào làm những công việc nhằm biến đổi hiện thực chất lượng cuộc sống, trong đó có sức khỏe của họ. Lấy thực tiễn của các kết quả hành động đó để giáo dục, đánh giá và cải tiến toàn bộ hệ thống giáo dục sức khỏe.

- Nguyên tắc lồng ghép:

Lồng ghép không những là nguyên tắc quan trọng trong giáo dục sức khỏe mà còn là phương pháp công tác trong lĩnh vực chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho nhân dân nói chung và của ngành y tế nói riêng.

Lồng ghép trong giáo dục sức khỏe là sự phối hợp các mặt hoạt động trong quá trình giáo dục sức khỏe; phối hợp một số hoạt động của các chương trình giáo dục sức khỏe có tính chất giống nhau hoặc có liên quan mật thiết với nhau nhằm tạo điều kiện hỗ trợ và tăng cường lẫn nhau để đạt hiệu quả chung tốt hơn. Lồng ghép trong giáo dục sức khỏe còn là phối hợp các hoạt động của giáo dục sức khỏe với các lĩnh vực hoạt động khác của ngành y tế và các ngành khác, các giới và các đoàn thể nhân dân thành một quá trình chung nhằm tạo được các hành vi sức khỏe lành mạnh, từ bỏ được các hành vi sức khỏe lạc hậu, có hại cho sức khỏe mọi người.

1.7. Phương pháp và phương tiện sử dụng trong truyền thông giáo dục sức khỏe

Phương pháp GDSK: Là cách thức mà người giáo dục sức khỏe thực hiện một chương trình giáo dục sức khỏe.

Phương tiện GDSK: Là công cụ mà người giáo dục sức khỏe sử dụng để thực hiện một phương pháp giáo dục sức khỏe và qua đó truyền đạt lại nội dung giáo dục sức khỏe tới đối tượng được giáo dục, phương tiện còn gọi là đường (kênh).

Mỗi phương pháp, phương tiện đều có những ưu nhược điểm nhất định, nên trong một chương trình TT-GDSK cần phối hợp các phương pháp và phương tiện khác nhau để nâng cao hiệu quả của truyền thông.

Người giáo dục sức khỏe phải biết lựa chọn các phương pháp và phương tiện giáo dục phù hợp với nhau và với điều kiện thực tế (nguồn lực, thời gian, địa điểm, nội dung, đối tượng đích).

Phương pháp giáo dục sức khỏe trực tiếp:

Phương pháp này còn gọi là giáo dục sức khỏe mặt đối mặt, người giáo dục sức khỏe trực tiếp tiếp xúc với đối tượng giáo dục sức khỏe. Người giáo dục sức khỏe có thể nhanh chóng nhận được các thông tin phản hồi từ đối tượng giáo dục nên tính điều khiển cao.

Thực hiện TT-GDSK trực tiếp luôn có hiệu quả tốt nhất trong việc giúp đỡ đối tượng học kỹ năng và thay đổi hành vi. Thực hiện phương pháp này đòi hỏi cán bộ TT-GDSK phải được đào tạo tốt về các kỹ năng giao tiếp. Các phương pháp TT-GDSK trực tiếp có tác dụng tốt nhất đến bước 3,4,5 của quá trình thay đổi hành vi. Trên thực tế, cần phối hợp phương pháp này với phương pháp TT-GDSK gián tiếp để nâng cao hiệu quả.

Có thể tổ chức buổi nói chuyện trực tiếp, tổ chức thảo luận nhóm, tư vấn, thăm hộ gia đình, tổ chức các buổi trình diễn, triển lãm...

Phương pháp giáo dục sức khỏe gián tiếp: Đây là phương pháp giáo dục mà người giáo dục không trực tiếp tiếp xúc với đối tượng được giáo dục. Các nội dung giáo dục được chuyển tải tới đối tượng thông qua các phương tiện thông tin đại chúng.

Phương pháp này hiện nay vẫn được sử dụng rộng rãi trên thế giới và ở nước ta, phương pháp này có tác dụng tốt khi chúng ta cung cấp, truyền bá các kiến thức thông thường về bảo vệ và tăng cường sức khỏe cho quảng đại quần chúng nhân dân một cách có hệ thống.

Tuy nhiên phương pháp gián tiếp thông qua các phương tiện thông tin đại chúng thường đắt tiền, đòi hỏi có kỹ thuật cao để vận hành, sử dụng các phương tiện. Phương pháp gián tiếp chủ yếu là quá trình phát thông tin một chiều và khó khăn trong việc lựa chọn đối tượng đích.

Các phương tiện đại chúng thường được sử dụng trong phương pháp giáo dục sức khỏe gián tiếp là: Đài phát thanh, vô tuyến truyền hình, video, báo tạp chí, pano, áp phích, tờ rơi...

1.8. Kỹ năng truyền thông giao tiếp trong giáo dục sức khỏe

Yêu cầu cần có của người làm truyền thông - giáo dục sức khỏe

Để có được kỹ năng truyền thông, trong đó đặc biệt là giao tiếp tốt người làm công tác giáo dục sức khỏe cần phải nắm được các kiến thức cơ bản sau:

- Kiến thức về y học.
- Kiến thức về tâm lý học
- Kiến thức về khoa học hành vi
- Kiến thức về giáo dục học nói chung và kiến thức về giáo dục học nói riêng.
- Các hiểu biết về nền văn hoá địa phương, dân tộc
- Những hiểu biết thông thường về thời sự, chính trị, xã hội

Kỹ năng giao tiếp cơ bản cần phải rèn luyện.

Giao tiếp là sự tiếp xúc tâm lý để chia sẻ các ý tưởng cảm xúc, thông tin... với người khác

Để giao tiếp tốt, tránh sự hiểu lầm cần phải.

- Thiết lập được mối quan hệ tốt
- Giao tiếp một cách rõ ràng
- Động viên được sự tham gia của đối tượng, cộng đồng

- Tránh định kiến và thiên vị trong quá trình giao tiếp. Đồng thời phải luôn rèn luyện các kỹ năng nói, nghe, đặt câu hỏi, kỹ năng giải thích, khuyến bảo. Cũng có thể thông qua ngôn ngữ không lời là các cử động, động tác của một bộ phận cơ thể: mắt, tay, chân của đối tượng được truyền thông để đánh giá hiệu quả của buổi truyền thông GDSK.

2. CÁC BƯỚC LẬP KẾ HOẠCH TƯ VẤN, TT-GDSK

2.1 Các điểm cần chú ý khi lập kế hoạch truyền thông-giáo dục sức khỏe

Các nhà nghiên cứu khác nhau trong lĩnh vực sức khỏe đã nhìn nhận về vai trò và tầm quan trọng của lập kế hoạch cho các chương trình y tế nói chung và giáo dục-NCSK nói riêng. Lập kế hoạch đóng một vai trò rất quan trọng trong việc cải thiện kinh tế, chi phí cũng như hiệu quả cho các chương trình.

Trước khi lập kế hoạch cần phải xem xét trước những yếu tố bên ngoài vì những yếu tố này thường làm tốt lên hoặc hạn chế tiến trình lập kế hoạch.

2.1.1 Xác định rõ vấn đề cần giáo dục:

Vấn đề cần giáo dục là vấn đề thường gặp và có nhu cầu giải quyết.

Ví dụ 01: 1 người bệnh tăng huyết áp cần xác định xem vấn đề nào của người bệnh cần giáo dục, sắp xếp ưu tiên cho các vấn đề cần giáo dục.

Ví dụ 02: Tại 1 xã A có tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp là 13%. Cần xác định xem vấn đề nào của người dân xã cần được giáo dục như ăn nhạt, hoạt động thể lực, tham gia sàng lọc phát hiện sớm, điều trị bệnh và tuân thủ điều trị. Hoạt động nào là giáo dục cộng đồng, hoạt động nào là giáo dục nhóm, cá nhân.

2.1.2 Dự kiến các nguồn lực có thể sử dụng trong giáo dục sức khỏe

Những nguồn lực sẵn có ở địa phương và khả năng huy động cho chương trình GDSK sẽ thực hiện (Nhân lực, vật lực, tài chính)

Đặt ra những câu hỏi về nguồn lực có thể hỗ trợ cho chương trình: Bao nhiêu? Nguồn lực ở đâu? Nguồn lực nào sẵn có? Nguồn lực nào cần hỗ trợ?

Có đủ ngân sách để thực hiện kế hoạch truyền thông hay không? Nếu không, có thể huy động từ nguồn lực nào? Bao nhiêu?

2.1.3 Sắp xếp thời gian hợp lý:

Thời gian để thực hiện buổi truyền thông giáo dục sức khỏe phải thuận lợi cho cả hai phía, người làm truyền thông và đối tượng được truyền thông. Có như vậy, đối tượng được truyền thông mới tham gia tích cực, đầy đủ và buổi truyền thông mới có thể đạt được hiệu quả.

2.1.4 Kết hợp chương trình giáo dục sức khỏe với các hoạt động CSSKBĐ

Cán bộ y tế cơ sở nên khéo léo lồng ghép chương trình GDSK vào chương trình y tế - xã hội của địa phương, coi đó là phần không thể tách rời, phải gắn và hỗ trợ cho một chương trình y tế - xã hội nhất định. GDSK phải tiến hành trước, trong và sau khi thực hiện mỗi chương trình đó. Như vậy, vừa có thể huy động được sự tham gia của cộng đồng, vừa tiết kiệm được nhiều nguồn lực cho chương trình trong các chương trình y tế nói chung và giáo dục sức khỏe nói riêng.

2.1.5 Đưa các nguyên lý của CSSKBĐ vào chương trình giáo dục sức khỏe.

Kế hoạch GDSK phải là công trình tập thể: phải cùng bàn bạc với chính quyền, đoàn thể và các tổ chức xã hội và các thành viên trong cộng đồng nhằm:

- Tranh thủ sự hỗ trợ về mọi mặt của các ngành, các tổ chức xã hội, các tổ chức tôn giáo, từ thiện...
- Nâng cao được lòng tin của quần chúng và tính tự nguyện của họ trong việc tham gia vào quá trình thay đổi hành vi của chính họ.
- Tranh thủ sự ủng hộ của các cấp ủy Đảng, chính quyền, của những người có uy tín và ảnh hưởng trong cộng đồng, tạo thuận lợi cho mọi hoạt động GDSK.

- Khai thác và sử dụng hợp lý các nguồn lực sẵn có và có thể tạo ra tại cộng đồng, cũng như sự hỗ trợ từ cấp trên, từ bên ngoài.

Hợp tác với các cơ quan ngoài y tế:

- Các cơ quan truyền thông đại chúng, văn hóa, xã hội để phổ cập kiến thức và kỹ năng bảo vệ sức khỏe cho toàn thể cộng đồng.
- Các nhà trường đóng trên địa bàn: đưa chương trình GDSK vào giảng dạy chính thức, đồng thời kết hợp với GDSK cho các bậc cha mẹ để góp phần duy trì và củng cố kiến thức mà học sinh đã học được ở trường.
- Các cơ quan kinh tế đóng trên địa bàn để tạo cơ sở vật chất lâu dài cho công tác GDSK.
- Phối hợp mọi lực lượng y tế trên địa bàn, có phân công trách nhiệm rõ ràng, có huấn luyện đào tạo việc sử dụng các phương tiện và phương pháp GDSK.
- Có thể tiến hành trong một phạm vi hẹp, bắt đầu bằng các phương pháp đơn giản, để đạt hiệu quả để gây được lòng tin của cộng đồng, sau đó rút kinh nghiệm để mở rộng các hoạt động đa dạng và phong phú hơn.

2.2 Các bước lập kế hoạch truyền thông-giáo dục sức khỏe

Việc xây dựng kế hoạch TT-GDSK gắn với chương trình mục tiêu ngày nay đang được áp dụng rộng rãi vì nó mang lại hiệu quả thiết thực như tập trung mọi nguồn lực để sử dụng một cách thích đáng nhằm thực hiện dứt điểm từng mục tiêu ưu tiên trong hệ thống các mục tiêu đã được chọn ra.

Bước 1: Thu thập thông tin, xác định vấn đề sức khỏe cần giáo dục:

Vấn đề sức khỏe ở đây có thể là tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm cao, tỷ lệ biến chứng và tử vong do bệnh không lây nhiễm có xu hướng gia tăng...

Để thu thập những thông tin này, có thể dùng một số phương pháp sau:

- Nói chuyện với các đại diện của chính quyền địa phương, đại diện của các tầng lớp nhân dân, các tổ chức và đoàn thể quần chúng
- Quan sát: Quan sát cẩn thận, kỹ càng. Phải có kế hoạch quan sát những gì? Quan sát thế nào? Quan sát khi nào? Có thể sử dụng cách quan sát toàn diện và chính xác thông qua các giác quan.
- Tổ chức diễn đàn tại cộng đồng: phỏng vấn để thu thập thông tin bao quát các vấn đề, thông qua đó để cán bộ y tế nhìn nhận thực trạng đang xảy ra trong cộng đồng và có thể xác định được những người có quan tâm và tự nguyện tham gia vào chương trình GDSK.
- Sử dụng thông tin từ các nghiên cứu và những số sách, báo cáo đang có sẵn tại địa phương mình để xác định gánh nặng bệnh tật của cộng đồng.

Ví dụ: Với các bệnh mạn tính không lây cần thông qua tất cả các kênh có thể lấy được thông tin được như lãnh đạo địa phương, các tổ chức, nói chuyện với người dân, các báo cáo chuyên môn, kết quả nghiên cứu và quan sát để có bức tranh toàn cảnh nhất về thực trạng các bệnh đó tại cộng đồng.

Bước 2. Chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên cần giáo dục sức khỏe:

Cùng một lúc không thể đặt kế hoạch giải quyết được tất cả các vấn đề sức khỏe vừa phát hiện mà phải lựa chọn xem vấn đề nào có tính cấp bách, có tầm quan trọng hàng đầu, do đó phải xếp loại các vấn đề ưu tiên để giải quyết. Việc lựa chọn ưu tiên phải có quan điểm hiện thực. Trong “Giáo dục sức khỏe” WHO (1998) đã đưa ra 4 vấn đề để xét chọn ưu tiên trên cơ sở đó Việt Nam đã vận dụng. Để xác định các vấn đề sức khỏe ưu tiên người ta dựa vào các tiêu chí sau đây:

- Mức độ phổ biến: dựa vào chỉ số mới mắc và chỉ số hiện mắc
- Mức độ trầm trọng: dựa chủ yếu vào tỷ suất mắc bệnh và tỷ suất chết của từng loại bệnh theo lứa tuổi.
- Mức độ quan tâm của nhiều người trong cộng đồng: vấn đề được chọn ưu tiên phải là vấn đề mà có nhiều người trong cộng đồng chấp nhận, có như vậy mới có khả năng huy động được nhiều người tham gia giải quyết.
- Có khả năng giải quyết được: các điều kiện hậu cần sẵn có, dễ thực hiện và vấn đề nằm trong chủ trương, công tác y tế của địa phương

Sau đó tính điểm để chọn ưu tiên: dùng 4 mức điểm 0,1,2,3 để cho điểm mỗi tiêu chuẩn. Vấn đề sức khỏe nào có tổng số điểm cao nhất thì được ưu tiên số một rồi đến các vấn đề sức khỏe có tổng số điểm thấp dần.

Vấn đề SK	Tính phổ biến	Mức độ trầm trọng	Mức độ quan tâm của xã hội	Có khả năng giải quyết được
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Bước 3. Xác định đối tượng và mục tiêu giáo dục sức khỏe.

Trong giáo dục sức khỏe, xác định đối tượng truyền thông phụ thuộc vào vấn đề cần giáo dục, đó chủ yếu là các đối tượng nguy cơ cao.

Ví dụ: Tăng huyết áp là bệnh hay gặp ở người cao tuổi, do đó đối tượng được tư vấn khám sàng lọc thường là những người có nguy cơ như >65 tuổi đối với nam, >55 tuổi đối với nữ hoặc đối tượng sàng lọc của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính bao gồm: Người mắc hen phế quản không được kiểm soát, người hút thuốc lá, thuốc lào, người thường xuyên tiếp xúc với khói, bụi, hóa chất, người bị nhiễm trùng đường hô hấp tái diễn nhiều lần...

Các mục tiêu GDSK: vì các hành vi của con người ảnh hưởng đến sức khỏe của bản thân họ và có thể ảnh hưởng tới sức khỏe cộng đồng, có một số hoạt động mà cộng đồng và các thành viên phải thực hiện để giải quyết được vấn đề sức khỏe của chính họ. Những hoạt động như vậy được gọi là mục tiêu giáo dục của một chương trình. Ví dụ mục tiêu giáo dục đối với chương trình phòng chống đái tháo đường là tăng cường:

- Tỷ lệ người dân thực hiện chế độ ăn, lối sống lành mạnh để phòng bệnh
- Tỷ lệ đối tượng nguy cơ cao đi khám sàng lọc để phát hiện bệnh sớm
- Tỷ lệ người mắc đái tháo đường biết cách sử dụng thuốc và thay đổi thói quen ăn uống, sinh hoạt để phòng tránh các biến chứng do bệnh
- Tỷ lệ người mắc bệnh được điều trị và không có biến chứng

Một mục tiêu GDSK cụ thể bao gồm:

- Một hành động hay việc làm cụ thể phải hoàn thành
- Một đối tượng nhân dân được hưởng thụ thành quả của hành động đó mang lại (đối tượng đích)
- Một mức độ hoàn thành mong muốn đối tượng đạt được
- Các điều kiện cần thiết cho việc hoàn thành đó: thời gian dự kiến, địa điểm tiến hành các điều kiện phương tiện vật chất.

Một mục tiêu GDSK có thể chỉ nhằm làm thay đổi nhận thức, thái độ hoặc kỹ năng hoặc thay đổi cả 3 mặt đó ví dụ:

- Trong 6 tháng đầu năm 2020, giải thích cho tất cả phụ nữ trong xã A hiểu rõ tầm quan trọng và sự cần thiết của việc khám sàng lọc Ung thư vú
- Trong quý I năm 2020, hướng dẫn cho tất cả phụ nữ trong xã A biết cách tự khám vú tại nhà
- Kết thúc năm 2020, thuyết phục 75% phụ nữ xã A quan tâm đến các biện pháp phòng bệnh Ung thư vú

Bước 4: Xác định nội dung giáo dục sức khỏe.

Nội dung GDSK cần phù hợp với mục tiêu và đối tượng giáo dục, chú ý tới trình độ nhận thức, khả năng thực hành của họ, cũng như phong tục tập quán, truyền thống và các chuẩn mực ở địa phương. Khi xác định nội dung trên nên cân nhắc xem với đối tượng GDSK thì nội dung nào phải biết, nội dung nào cần biết và nội dung nào nên biết.

Bước 5: Xác định nguồn lực, phương tiện, phương pháp giáo dục sức khỏe.

Cần tìm hiểu khả năng và sở trường của từng thành viên để phân công xem ai sẽ đảm nhiệm GDSK cho đối tượng nào thì đạt kết quả tốt hơn. Có khả năng huy động thêm ai hỗ trợ cho chương trình.

Cần xem xét sẽ sử dụng những phương tiện nào, những phương tiện đó lấy ở đâu, có khả năng huy động được không? nếu không sẽ phải thay thế ra sao?

Nguồn kinh phí để đáp ứng các yêu cầu sẽ lấy ở đâu, hiện có bao nhiêu, sẽ huy động ở nguồn nào, khả năng hiện thực ra sao. Tất cả đều phải tính toán, cân đối sao cho có thể đạt hiệu quả cao nhất với chi phí thấp nhất.

Bước 6: Thử nghiệm các phương pháp và phương tiện giáo dục sức khỏe: để đảm bảo tính khả thi và hiệu quả của các hoạt động

Bước 7: Xây dựng chương trình hoạt động giáo dục sức khỏe cụ thể.

Sau khi đã xác định các hoạt động cần sắp xếp bảo đảm sao cho chúng phát triển và bổ sung cho nhau từ khi bắt đầu đến khi kết thúc một cách logic và hợp lý, theo bảng sau:

Các hoạt động	Ai sẽ làm	Khi nào làm	Ở đâu	Phương tiện và phương pháp	Kinh phí

Lịch hoạt động dự kiến:

- Cột dọc ghi các hoạt động và việc làm cụ thể
- Cột ngang ghi thời gian dự kiến tiến hành, người thực hiện...

Căn cứ vào bảng trên, tiến hành triển khai thực hiện các hoạt động theo kế hoạch dự kiến. Như vậy, bảng trên vừa là công cụ để lập kế hoạch vừa là công cụ để đánh giá cụ thể tiến trình thực hiện. Nếu như có kế hoạch đào tạo, huấn luyện về nghiệp vụ thì sử dụng bảng sau:

Đối tượng	Mục tiêu	Nội dung? Ai dạy?	Khi nào? Bao lâu?	Ở đâu?	Kinh phí

2.3. Lập kế hoạch đánh giá chương trình giáo dục sức khỏe

Nội dung bản kế hoạch cần vạch rõ các tiêu chuẩn hoàn thành và các cách đánh giá thích hợp so với mục tiêu đã định. Trong kế hoạch đánh giá cần chuẩn bị:

- Các chỉ số đánh giá
- Các phiếu quan sát, đánh giá có thang điểm kèm theo
- Bộ câu hỏi thăm dò
- Các câu hỏi phỏng vấn

Đồng thời phải có kế hoạch cụ thể cho việc đánh giá (nhân lực, tiền, phương tiện). Cần chú ý: xây dựng kế hoạch đánh giá phải bảo đảm tính khách quan và chính xác trên cơ sở các tiêu chuẩn đánh giá đã xác định.

Như vậy, khi tổ chức một hoạt động TT- GDSK nào ở cộng đồng, trực tiếp hay gián tiếp, cho cá nhân hay nhóm, cần chú ý thực hiện theo ba bước chính sau đây để đảm bảo cho hoạt động TT-GDSK đạt kết quả tốt.

*** Bước 1: Chuẩn bị**

Chuẩn bị là bước đầu tiên quan trọng quyết định đến sự thành công của hoạt động TT-GDSK. Những nội dung cần chú ý:

- Chọn thời gian thích hợp.
- Chọn địa điểm thích hợp.
- Chuẩn bị chủ đề và nội dung cụ thể phù hợp.
- Chuẩn bị các phương tiện cần thiết.
- Xác định đối tượng cần được TT-GDSK.
- Bố trí những người tổ chức và phối hợp hỗ trợ thực hiện hoạt động TT- GDSK.
- Lập kế hoạch chi tiết, cụ thể cho từng hoạt động TT-GDSK.

*** Bước 2: Thực hiện**

Khi thực hiện TT-GDSK cần chú ý một số điểm sau:

- Làm quen, giới thiệu cả người thực hiện TT-GDSK và đối tượng.
- Nêu rõ mục tiêu của buổi TT-GDSK.
- Thực hiện các nội dung TT- GDSK theo đúng kế hoạch đã được chuẩn bị.
- Khuyến khích, động viên các đối tượng tham gia.
- Sử dụng ngôn ngữ phù hợp với văn hoá, phong tục tập quán của đối tượng.
- Phối hợp sử dụng các phương tiện, tài liệu và các ví dụ minh họa, đặc biệt các ví dụ thực tế của từng cộng đồng.
- Sau mỗi phần nội dung cần tóm tắt và nhấn mạnh những điều cốt lõi.

*** Bước 3: Kết thúc**

- Kiểm tra lại nhận thức của đối tượng nếu TT-GDSK trực tiếp.
- Tóm tắt các nội dung chủ chốt.
- Cảm ơn sự tham gia của các đối tượng.
- Tiếp tục tạo điều kiện hỗ trợ nếu có yêu cầu.

BÀI TẬP TÌNH HUỐNG

Tại xã A, huyện X, theo thống kê của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh năm 2018 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi là 24,2%. Anh (chị) hãy lập kế hoạch tư vấn, truyền thông giáo dục sức khỏe người đối tượng này ở xã A để cải thiện tình trạng trên.

KẾ HOẠCH THAM KHẢO

1. Đặt vấn đề

Tăng huyết áp (THA) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng do tính phổ biến của bệnh và xu hướng ngày càng gia tăng tại tất cả các nước trên thế giới. Theo định nghĩa của WHO người bệnh được chẩn đoán THA khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg. Năm 2000 có khoảng 972 triệu người trưởng thành (chiếm khoảng 26,4% dân số thế giới) mắc bệnh THA và ước tính đến năm 2025 số ca mắc THA sẽ lên đến 1,56 tỷ người. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc bệnh THA khoảng 15%-19%, cứ trung bình 10 người lớn thì có 4 người bị THA. Tỷ lệ này đang ngày càng tăng lên theo các năm với những con số rất đáng báo động. Diễn hình tại xã A, huyện X, TP Hải Phòng tính đến tháng 12 năm 2018, tỷ lệ THA là 24,2%, tập trung ở nhóm người cao tuổi. Kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về phòng chống bệnh THA còn thấp do thói quen ăn uống, sinh hoạt không điều độ, ăn mặn, nghiện rượu, hút thuốc lá... Đồng thời kinh tế kém phát triển và điều kiện địa lý khó khăn đã trở thành rào cản để người dân tiếp cận các dịch vụ CSSK. Vì vậy chúng tôi lập kế hoạch “Truyền thông phòng chống tăng huyết áp ở người cao tuổi xã A năm 2019” để nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống bệnh THA.

2. Mục tiêu:

2.1. Mục tiêu chung

- Không chế tỷ lệ mới mắc nhằm giảm tỷ lệ mắc bệnh THA tại xã A
- Hạn chế biến chứng, tàn tật và tử vong do THA
- Tăng tỷ lệ người dân được sàng lọc và phát hiện sớm THA tại cộng đồng
- Nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống THA

2.2. Mục tiêu cụ thể buổi truyền thông

Sau khi kết thúc buổi truyền thông:

- Giải thích cho 90% NCT xã A hiểu về khái niệm tăng huyết áp, biến chứng, các yếu tố nguy cơ của THA
- Thuyết phục 70% NCT xã A quan tâm đến việc khám sàng lọc, và các biện pháp phòng chống bệnh THA liên quan đến YTNC
- Hướng dẫn 50% NCT xã A thực hiện được việc đo huyết áp tại nhà và chế độ ăn uống, sinh hoạt để phòng bệnh THA.

3. Đối tượng, thời gian, địa điểm

- Đối tượng: Nam giới >55 tuổi, nữ giới >65 tuổi
- Thời gian: 8h-11h, thứ hai ngày 03/2/2019
- Địa điểm: Hội trường Ủy ban nhân dân xã A

4. Nội dung hoạt động

4.1. Chuẩn bị

T	Tên hoạt động	Người thực hiện	Người phối hợp	Thời gian bắt đầu-kết thúc	Công cụ hỗ trợ	Dự kiến kết quả	Dự kiến kinh phí
1)	Lập danh sách các hộ gia đình có	UBND xã	Hội người	20/01-23/01		Lập DS đầy đủ các	

	người cao tuổi tại xã A		cao tuổi	2019		hộ có người cao tuổi	
2)	Gửi giấy mời đến từng hộ gia đình theo danh sách	Trưởng thôn	Hội người cao tuổi	25/01-27/01/2019		Gửi trực tiếp giấy mời cho từng hộ	
3)	Chuẩn bị bàn ghế, âm thanh, thiết bị UBND xã A	UBND xã A	Hội thanh niên	30/01-31/01/2019		Chuẩn bị đầy đủ đồ dùng cần thiết	
4)	Thiết kế backdrop và tài liệu truyền thông	Trạm Y tế xã	Đài phát thanh xã	25/01-30/01/2019		Tài liệu đầy đủ thông tin, dễ hiểu, dễ nhớ.	
5)	Soạn thảo nội dung truyền thông	Trưởng TYT xã	Cán bộ TYT	26/01-28/01/2019		Đầy đủ nội dung cần TT	

4.2. Tổ chức thực hiện

STT	Tên hoạt động	Người thực hiện	Người phối hợp	Thời gian bắt đầu-kết thúc	Công cụ hỗ trợ	Dự kiến kết quả	Dự kiến kinh phí
1)	Làm quen, giới thiệu bản thân, mục tiêu và các nội dung buổi TT	Cán bộ TYT		8h-8h15'	Slides trình chiếu	Tạo môi trường thoải mái cho đối tượng	
2)	Giới thiệu kiến thức chung về bệnh THA, chỉ số huyết áp và tình hình mắc bệnh trên TG, ở VN và tại xã A.	Cán bộ TYT		8h15-8h45'	Video truyền thông		
3)	Trình bày về các yếu tố nguy cơ của	Cán bộ TYT		8h45'-9h00'	Tài liệu truyền thông		

	bệnh THA, hậu quả và gánh nặng bệnh tật.						
4)	Cung cấp thông tin về các biện pháp phòng chống bệnh THA liên quan đến chế độ ăn, sinh hoạt	Cán bộ TYT		9h00'-9h30'	Tài liệu truyền thông		
5)	Hướng dẫn cách đo huyết áp tại nhà bằng máy đo huyết áp điện tử	Cán bộ TYT		9h30'-9h45'	Video hướng dẫn		
6)	Tổ chức trò chơi giao lưu nhắc lại kiến thức về THA	Cán bộ TYT		9h45'-10h00'			
7)	Giải đáp thắc mắc	Cán bộ TYT	Cán bộ TTYT huyện	10h00'-10h30'			
8)	Đánh giá kết quả	Cán bộ TYT	Cán bộ TTYT huyện	10h30-10h45'	Bảng hỏi, bảng kiểm		
9)	Tóm tắt nội dung chủ chốt, cảm ơn sự tham gia của đối tượng và tạo điều kiện hỗ trợ họ khi họ cần	Cán bộ TYT		10h45'-11h00'			

4.3. Đánh giá kết quả

- Thiết kế bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về THA và cách phòng chống, thái độ quan tâm đến các yếu tố nguy cơ của người cao tuổi xã A
- Thiết kế bảng kiểm đánh giá thực hiện chế độ ăn uống, sinh hoạt phòng chống yếu tố nguy cơ của đối tượng.

HỌC PHẦN III.
LẬP KẾ HOẠCH QUẢN LÝ, CHĂM SÓC SỨC KHỎE
CÁ NHÂN THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH

BÀI 16. LẬP KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Trình bày được nguyên tắc xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên và xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe
2. Trình bày được nội dung quản lý sức khỏe cá nhân theo nguyên lý Y học gia đình
3. Phân tích được các hình thức lập và sử dụng hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lập kế hoạch là một trong những chức năng cơ bản của quản lý, nhằm định ra chương trình, mục tiêu, chiến lược mà quản lý cần đạt được. Kế hoạch là một bản trình bày cụ thể về các hoạt động, nguồn lực và mốc thời gian cần thiết để đạt được mục tiêu. Lập kế hoạch là việc xác định các mục tiêu và tìm ra cách thức để đạt được những mục tiêu đó. Các hoạt động đề ra trong bản kế hoạch cần phải sắp xếp theo một cách thức, trình tự nhất định nhằm đạt mục tiêu đề ra. Lập kế hoạch là một hoạt động cần làm định kỳ. Chuyên ngành Y học gia đình với nguyên lý CSSK liên tục, toàn diện và phối hợp sẽ giúp triển khai kế hoạch chăm sóc sức khỏe được hiệu quả.

1. CÁC BƯỚC XÂY DỰNG KẾ HOẠCH CHĂM SÓC SỨC KHỎE

1.1. Thu thập thông tin, đánh giá tình hình sức khỏe

Thu thập thông tin đóng vai trò rất quan trọng trong quản lý và lập kế hoạch. Thu thập thông tin để đánh giá tình trạng hiện tại, giúp trả lời câu hỏi: “Chúng ta đang ở đâu”. Để đánh giá được tình hình hiện tại chúng ta phải xác định rõ các thông tin cần thu thập, biết các phương pháp và các nguồn thu thập thông tin để đảm bảo thu thập đúng và đủ các thông tin cần thiết.

1.2. Xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

Vấn đề cần can thiệp: là khoảng cách tồn tại thực tế về tình trạng sức khỏe hay các vấn đề liên quan đến sức khỏe và chỉ tiêu/tiêu chuẩn mong muốn của con người

Ví dụ: tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại huyện Sapa, Lào cai 6 tháng đầu năm 2017 còn cao (25%).

Tiêu chuẩn khi nêu một vấn đề: Vấn đề gì; đối tượng nào; ở đâu; khi nào; bao nhiêu?

Vấn đề ưu tiên can thiệp: Sau khi xác định được vấn đề sức khỏe của cộng đồng, các cán bộ y tế sẽ lập kế hoạch để giải quyết những vấn đề đó. Trong thực tế nguồn lực y tế có hạn nên cần phải xác định vấn đề nào cần giải quyết trước và vấn đề nào sau.

Các phương pháp xác định vấn đề ưu tiên can thiệp

- Phương pháp Delphi: một nhóm chuyên gia cùng nhau thảo luận để thống nhất xác định các vấn đề sức khỏe ưu tiên của cộng đồng
- Phương pháp dựa trên gánh nặng bệnh tật: dựa vào các con số, tỷ lệ mắc bệnh để xác định vấn đề sức khỏe ưu tiên

- Phương pháp cho điểm: dựa vào 4 tiêu chuẩn: Chỉ số vượt quá mức bình thường; cộng đồng biết đến và đã có phản ứng; đã có dự kiến giải quyết của nhiều ban ngành; ngoài CBYT có người thông thạo vấn đề đó
- Phương pháp của WHO: cho điểm dựa vào 6 tiêu chí:
 - ✓ Mức độ phổ biến của vấn đề
 - ✓ Gây tác hại lớn
 - ✓ Ảnh hưởng đến tầng lớp người khó khăn
 - ✓ Đã có kỹ thuật, phương tiện giải quyết
 - ✓ Kinh phí chấp nhận được
 - ✓ Cộng đồng sẵn sàng tham gia giải quyết
- Phương pháp xác định ưu tiên theo thang điểm cơ bản:
 - ✓ Yếu tố A: Phạm vi của vấn đề
 - ✓ Yếu tố B: tính nghiêm trọng của vấn đề
 - ✓ Yếu tố C: Ước lượng hiệu quả của giải pháp can thiệp
 - ✓ Các yếu tố khác: tính phù hợp với chức năng và nhiệm vụ, sự sẵn có về nguồn lực...
 - ✓ Công thức: $BPRS = (A + 2B)C$

Gợi ý về cho điểm phạm vi vấn đề:

<i>Tỷ lệ quần thể đích bị tác động bởi VĐSK</i>	<i>Phạm vi vấn đề (Thang điểm)</i>
≥25%	9 hoặc 10
10-24,9%	7 hoặc 8
1-9,9%	5 hoặc 6
0,1-0,9%	3 hoặc 4
0,01-0,09	1 hoặc 2
<0,01%	0

Gợi ý để lượng hóa tính nghiêm trọng của vấn đề

<i>Tính nghiêm trọng của vấn đề</i>	<i>Tính nghiêm trọng (Thang điểm)</i>
Rất nghiêm trọng (tỷ lệ tử vong cao, tử vong sớm, có ảnh hưởng lớn với người khác)	9 hoặc 10
Nghiêm trọng	6, 7 hoặc 8
Tương đối nghiêm trọng	3, 4 hoặc 5
Không nghiêm trọng	0, 1 hoặc 2

Gợi ý lượng hóa tính hiệu quả

<i>Hiệu quả của can thiệp sẵn có trong phòng bệnh</i>	<i>Hiệu quả (Thang điểm)</i>
Rất hiệu quả (hiệu quả 80-100%)	9 hoặc 10
Tương đối hiệu quả (hiệu quả 60-80%)	7 hoặc 8
Hiệu quả (hiệu quả 40-60%)	5 hoặc 6
Tương đối hiệu quả (hiệu quả 20-40%)	3 hoặc 4
Tương đối không hiệu quả (hiệu quả 5-20%)	1 hoặc 2
Không hiệu quả	0

1.3. Xây dựng mục tiêu

Sau khi đã xác định được vấn đề sức khỏe ưu tiên cần can thiệp, cần xác định tiếp những vấn đề đó phải giảm đi/ giải quyết bao nhiêu. Ngay cả những vấn đề có thể giải quyết triệt để cũng cần đặt ra các mục tiêu cho từng giai đoạn, giải quyết từng bước để đạt đích cuối cùng.

Xác định mục tiêu không chỉ giúp cho việc lập kế hoạch mà còn giúp cho quản trình đánh giá thực hiện kế hoạch. Một mục tiêu tốt là một mục tiêu được xây dựng trên cơ sở khoa học rõ ràng và tin cậy. Mục tiêu tốt phải đảm bảo đầy đủ các tiêu chuẩn: có đối tượng; hoạt động rõ ràng cụ thể; có thời gian, địa điểm phù hợp; có tính khả thi; đo lường được

1.4. Phân tích vấn đề sức khỏe

Mục tiêu của phân tích vấn đề là tìm ra các nguyên nhân gốc rễ, nguyên nhân trực tiếp, nguyên nhân gián tiếp, nguyên nhân có thể can thiệp được, nguyên nhân không thể can thiệp được để từ đó có các giải pháp thích hợp.

1.5. Lựa chọn giải pháp

Sau khi biết được các nguyên nhân gốc rễ và xác định được mục tiêu cần đạt tới, chúng ta cần phải tìm cách giải quyết các nguyên nhân đó. Cách giải quyết vấn đề được gọi là các giải pháp và thực hiện thông qua các phương pháp cụ thể. Sau khi lựa chọn được các giải pháp và phương pháp cụ thể phải phân tích khó khăn, thuận lợi của các phương pháp thực hiện.

1.6. Viết kế hoạch hành động

Trước khi viết kế hoạch cần lưu ý xem xét cân bằng giữa khả năng và nhu cầu, dự tính xem những nguồn lực hiện có và những nguồn lực có thể huy động được, những khó khăn và thuận lợi hiện tại và tương lai để xây dựng được kế hoạch hành động phù hợp.

2. NGUYÊN TẮC LẬP KẾ HOẠCH

2.1. Tính mục tiêu

Trên cơ sở xác định đúng và rõ mục tiêu cần đạt, người quản lý ở các cấp khác nhau sẽ có khả năng lựa chọn các giải pháp, phương pháp thực hiện cũng như các điều kiện hỗ trợ một cách phù hợp và xác định vị trí ưu tiên cho từng mục tiêu. Tính mục tiêu trong lập kế hoạch giúp đảm bảo được hiệu quả hoạt động, tránh lãng phí hoặc sử dụng nguồn lực không phù hợp, làm cơ sở cho theo dõi, giám sát và đánh giá

2.2 . Tính khoa học

Mọi sản phẩm của quá trình lập kế hoạch chỉ có hiệu quả nếu nó đạt đến những mức độ nhất định về căn cứ khoa học. Tính khoa học chính là yếu tố đảm bảo chất lượng và độ tin cậy của các kế hoạch được thảo ra

2.3 . Tính cân đối

Tính cân đối là một nguyên tắc xuyên suốt quá trình lập kế hoạch để đảm bảo kế hoạch đạt được các mục tiêu đề ra. Cân đối ở đây không chỉ là cân đối giữa nhu cầu và khả năng trong lập kế hoạch mà còn là sự cân đối giữa các yếu tố, các bộ phận, các lĩnh vực và quá trình trong hệ thống tổ chức để đảm bảo thuận lợi nhất cho việc thực hiện mục tiêu đã lựa chọn

2.4 . Tính chấp nhận

Kế hoạch được lập ra phải được sự chấp nhận của không chỉ của chính quyền, các cấp lãnh đạo, những người lập kế hoạch mà cả những người trực tiếp thực hiện và đối tượng can thiệp (cộng đồng). Chấp nhận ở đây bao gồm cả chấp nhận về chính trị, văn hóa, đạo đức... giúp đảm bảo các kế hoạch theo ra là hiệu quả, khả thi và phù hợp với tính hình thực tế của địa phương.

4. QUY TRÌNH QUẢN LÝ SỨC KHỎE TRONG Y HỌC GIA ĐÌNH

4.1 Khái niệm

Quản lý sức khỏe là một quá trình liên tục thực hiện các chức năng quản lý nhằm đạt được các mục tiêu đề ra do phối hợp hữu hiệu các nguồn lực. Không phải tất cả các người dân/ người bệnh đều cần có chế độ quản lý toàn diện như các bước nêu dưới đây. Tuy vậy, với các trường hợp, như người cao tuổi, mắc đồng thời nhiều loại bệnh và có khả năng phải dùng nhiều loại thuốc khác nhau thì việc thực hiện theo qui trình quản lý sức khỏe là hết sức cần thiết. Bên cạnh đó, ở Việt Nam, ngày càng có nhiều chỉ định điều trị ngoại trú, kể cả với các bệnh có tiên lượng liên quan chặt chẽ đến tuân thủ điều trị, như HIV/AIDS, lao phổi, các bệnh động kinh, tâm thần, tăng huyết áp,... thì việc áp dụng quy trình quản lý càng trở nên quan trọng hơn.

Mục tiêu của quản lý sức khỏe trong y học gia đình:

- Đảm bảo cho người dân/người bệnh có được các chế độ chăm sóc, theo dõi và điều trị phù hợp, hạn chế tối đa các nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Đánh giá quá trình tiến triển của sức khỏe có hướng tới đạt các mục tiêu đề ra hay không.
- Đánh giá xem người dân/người bệnh có bị ảnh hưởng hay nguy cơ gì khác từ các chăm sóc điều trị hay không
- Đánh giá chi tiết với từng loại dịch vụ ở những đối tượng bị ảnh hưởng
- Giám sát quá trình và hỗ trợ các đối tượng tuân thủ các chế độ chăm sóc, theo dõi và điều trị.
- Đơn giản hoá quá trình chăm sóc, theo dõi, điều trị, tư vấn, giảm giá thành, đảm bảo đạt được mục tiêu sức khỏe và an toàn trong việc sử dụng các dịch vụ.

4.2 . Các bước quản lý sức khỏe

4.2.1. Đánh giá nhu cầu

Quản lí sức khỏe trong y học gia đình cần thực hiện một cách toàn diện và có hệ thống để đảm bảo đạt được mục tiêu sức khỏe đề ra. Vì vậy, các bước đánh giá nên được áp dụng trên từng đối tượng cụ thể trong từng hoàn cảnh cụ thể. Việc đánh giá cần được tiến hành toàn diện đối với tất cả các điều kiện y tế người bệnh đang có hoặc sử dụng.

Việc đánh giá là rất quan trọng, nhất là với hệ thống bệnh án điện tử hiện nay, và tiến tới là kê đơn điện tử, sẽ dễ bỏ qua những thuốc và các dịch vụ do người bệnh có được từ các nguồn khác. Hơn nữa, hệ thống điện tử có ưu điểm là đầy đủ thông tin về các yếu tố liên quan đến sức khỏe của bệnh nhân, nhưng thường không có được thông tin về việc liệu người bệnh có tuân theo các chế độ chăm sóc, điều trị và theo dõi đã đặt ra hay không, hay tuân theo như thế nào.

Đánh giá bắt đầu bằng việc tìm hiểu những trải nghiệm sức khỏe của người dân/người bệnh, bao gồm *niềm tin, mối quan tâm, hiểu biết và mong đợi* của người dân/ người bệnh về vấn đề sức khỏe của bản thân và gia đình. Đánh giá giúp xác định họ sẽ quyết định thế nào:

- *Liệu người bệnh có tuân theo những chỉ định điều trị hay không?*
- *Người bệnh sẽ gặp những khó khăn gì khi thực hiện những chỉ định đó?*
- *Người bệnh cần phải làm gì và phối hợp với ai để tuân thủ được các chỉ định?*
- *Trong bao lâu thì người bệnh đạt được những mục tiêu sức khỏe đề ra?*

Mục tiêu của việc quản lí sức khỏe là đảm bảo người dân/ người bệnh đạt được các mục tiêu sức khỏe đề ra, do vậy, cần có sự hợp tác của người dân/ người bệnh, nhất là trong việc ra các quyết định liên quan.

Đánh giá *tiền sử* của người dân/ người bệnh, với các câu hỏi như:

- *Người dân/ người bệnh đã từng gặp những vấn đề sức khỏe gì và đã được xử lý như thế nào?*
- *Những biện pháp y tế nào đã được người dân/ người bệnh áp dụng và hiệu quả của nó?*
- *Dịch vụ y tế nào đã gây ra các tác dụng không mong muốn hay vấn đề khác?*
- *Dịch vụ y tế nào mà người dân/ người bệnh muốn tránh, không muốn tiếp tục dùng? Tại sao lại không muốn dùng nữa?*

Việc đánh giá cũng cần xem xét đến các dịch vụ y tế người dân/ người bệnh đang sử dụng trong bệnh án (hoặc y bạ), chủ yếu xem trên thực tế người dân/ người bệnh đang sử dụng dịch vụ như thế nào, và tại sao, có sự thay đổi nào không so với y lệnh? Các mối quan tâm hoặc câu hỏi của người dân/ người bệnh, đều cần được ghi chép lại cho từng loại dịch vụ.

4.2.2 Xác định vấn đề liên quan đến sức khỏe

Đánh giá sẽ giúp cho việc xác định được liệu có vấn đề nào liên quan đến các dịch vụ y tế có thể ảnh hưởng tới liệu pháp chăm sóc, điều trị và theo dõi cho người dân/ người bệnh sắp tới. Việc xác định cần được thực hiện một cách toàn diện và có trình tự logic, giúp cho chỉ định điều trị tiếp theo được hợp lý, do vậy, cần chú ý:

- Mức độ phù hợp của các dịch vụ, các câu hỏi cần chú ý như: *Liệu các dịch vụ dự kiến trong điều trị ngoại trú có còn phù hợp với tình trạng sức khỏe hiện tại? Có vấn đề sức khỏe mới phát sinh? Có nên chỉ định một loại dịch vụ mới không?*
- Hiệu quả của các dịch vụ, các câu hỏi cần chú ý như: *Liệu dịch vụ được dùng đã là dịch vụ có hiệu quả nhất cho tình trạng này? Đã phù hợp đảm bảo đạt được mục tiêu sức khỏe đặt ra? Có loại dịch vụ nào tốt hơn, phù hợp hơn?*
- Sự an toàn của các dịch vụ, các câu hỏi cần chú ý như: *Trải nghiệm của người dân/ người bệnh trước đó với dịch vụ này?*
- Tuân thủ điều trị, các câu hỏi chú ý như: *liệu người dân/ người bệnh có thể và sẵn sàng sử dụng dịch vụ như đã chỉ định không?*

Có rất nhiều lý do khiến một người dân/ người bệnh có thể liên quan đến một hay nhiều yếu tố nêu trên trong việc sử dụng dịch vụ y tế. Điều quan trọng là cần xác định liệu những vấn đề này có tồn tại ở người dân/ người bệnh cụ thể này không, để có cách giải quyết đáp ứng mong đợi của người dân/ người bệnh và đạt mục tiêu sức khỏe đề ra.

4.2.3. Xây dựng kế hoạch quản lý sức khỏe cho từng người dân

Xây dựng kế hoạch là phương thức xác lập mục tiêu và các bước cần thiết để đạt mục tiêu đó bao gồm kế hoạch ngắn hạn (kế hoạch vận hành), dài hạn (chiến lược). Xác lập đúng các biện pháp y tế và xã hội để ngăn ngừa nguy hại và tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát triển của sức khỏe.

Ví dụ. Mục tiêu trong quản lý các yếu tố nguy cơ cho bệnh tim thiếu máu ổn định¹

Yếu tố nguy cơ	Mục tiêu quản lý
Tăng huyết áp	Huyết áp dưới 140/90mmHg Với người bệnh có thêm đái tháo đường và/hoặc bệnh thận, dưới 130/80mmHg
LDL cholesterol	Dưới 100 mg/dl, cố gắng đạt mức dưới 70mg/dl Xem xét liều cao statins
Non-HDL, cholesterol (cholesterol toàn phần trừ HDL cholesterol)	Nếu mức triglyceride từ 200-400mg/dL, giảm non-HDL cholesterol xuống dưới 130mg/dL
Đái tháo đường	Đạt mức HbA1c gần bình thường, dưới 7%. Thay đổi lối sống và dùng thuốc

Kế hoạch quản lý sức khỏe cho từng người dân/ người bệnh được xây dựng cần có sự tham gia của chính người dân/ người bệnh nhằm:

- Can thiệp kịp thời để giải quyết các vấn đề liên quan đến sức khỏe, điều chỉnh các dịch vụ cho phù hợp với điều kiện và tình trạng sức khỏe hiện tại.
- Thiết lập được mục tiêu sức khỏe cho từng trường hợp, dựa trên cơ sở các dữ liệu về tình trạng sức khỏe hiện tại, các liệu pháp sử dụng, sự ưa thích của người dân/ người bệnh hoặc chủ ý của thầy thuốc.

- Thiết lập được kế hoạch giáo dục cho người dân/ người bệnh và can thiệp đảm bảo tối ưu hoá chế độ chăm sóc, điều trị và theo dõi cho mỗi cá thể.
- Xây dựng các chỉ số đo lường được kết quả chăm sóc và điều trị
- Xác định được khoảng thời gian phù hợp cho việc giám sát hiệu quả sử dụng các dịch vụ để không bỏ sót các nguy cơ mà các dịch vụ y tế có thể gây ra cho người dân/ người bệnh.

Với những người bệnh có nhiều hơn một bệnh, có thể cần nhiều cán bộ y tế tham gia điều trị ngoại trú, việc xây dựng kế hoạch quản lý sức khỏe càng cần thiết hơn.

4.2.4. Tổ chức thực hiện

Là phương thức hoạt động của nhân viên y tế phối hợp cùng người dân/ người bệnh để đạt được các mục tiêu sức khỏe.

Chỉ đạo, theo dõi, giám sát: là phương thức ảnh hưởng đến người dân/ người bệnh để đạt mục tiêu. Kỹ năng lãnh đạo hiệu quả là giao tiếp và phản hồi, động viên người dân/ người bệnh cũng như sử dụng các lối lãnh đạo thích hợp cho từng trường hợp. Đảm bảo mọi việc đều theo đúng kế hoạch và tiến hành hiệu chỉnh khi cần.

Tư vấn và giáo dục sức khỏe cá nhân là thế mạnh trong chuyên ngành y học gia đình, cần được phát huy và kết hợp với các can thiệp khác.

Cần xây dựng cơ chế phản hồi để thu nhận thông tin phản hồi thường xuyên và dễ dàng, thuận tiện nhất cho người dân/ người bệnh đối với bác sĩ: qua email, điện thoại, các liên kết với nhóm đa ngành (dược sĩ, điều dưỡng, chuyên khoa khác,...).

4.2.5. Kiểm tra sức khỏe định kỳ

Kiểm tra sức khỏe từng giai đoạn là cần thiết giúp thầy thuốc có thể xác định được các kết quả đã đạt được sau một thời gian can thiệp. Điều này cũng giúp phát hiện những vấn đề sức khỏe mới phát sinh để gợi ý cho thầy thuốc về việc điều chỉnh các dịch vụ cho quá trình điều trị tiếp theo được an toàn và hiệu quả hơn. Thời điểm cần đánh giá khác nhau cho từng người dân/ người bệnh cụ thể, tùy hoàn cảnh, tình trạng sức khỏe và dịch vụ y tế mà người dân/ người bệnh đang sử dụng.

Với người bệnh ngoại trú việc CSSK thường liên quan đến nhiều chuyên ngành, khi đánh giá kết quả điều trị cũng nên chú ý đến vai trò của các cán bộ y tế liên quan (bác sĩ chuyên khoa khác, điều dưỡng, dược sĩ...) và người nhà người bệnh để đạt được kết quả sát với thực tế nhất và có thể phối hợp tốt hơn.

Kiểm tra kết quả đạt được so với yêu cầu của các tiêu chuẩn qui định. Có các quyết định về đánh giá: hiệu quả hay kết quả đã đạt được so với mục tiêu đã đề ra. Hiệu suất khi hoàn thành các hoạt động và tiết kiệm nguồn lực.

5. QUẢN LÝ SỨC KHỎE TRONG Y HỌC GIA ĐÌNH

5.1. Lợi ích của quản lý sức khỏe

Y học gia đình là sự kết hợp giữa y học lâm sàng, y học dự phòng, tâm lý học và khoa học hành vi. Với sáu nguyên lý là chăm sóc sức khỏe liên tục, chăm sóc sức khỏe toàn diện, chăm sóc sức khỏe phối hợp, dự phòng và nâng cao sức khỏe, hướng gia đình và hướng cộng đồng, mô hình y học gia đình đã chứng tỏ hiệu quả trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe có chất lượng cao với mức chi phí hợp lý và khả năng dễ tiếp cận. Công việc của BSGĐ khác với công việc của các bác sĩ trong

bệnh viện, họ là người đầu tiên tiếp xúc với người dân/ người bệnh và nếu họ làm tốt công việc của mình thì chi phí cho người bệnh sẽ thấp hơn rất nhiều. Ở những nước tiên tiến, BSGĐ có thể xử lý đến hơn 90% bệnh tật. Sự can thiệp sớm trong điều trị là giải pháp an toàn nhất để tránh các biến chứng và di chứng về sau.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh lợi ích của việc quản lý sức khỏe trong y học gia đình như góp phần tăng tuổi thọ, giảm tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch, rối loạn chuyển hóa và tử vong sơ sinh... Quản lý sức khỏe theo mô hình y học gia đình là cách hiệu quả giảm tải cho các bệnh viện, đã được chứng minh tại nhiều nước tiên tiến. Và khi đó các bệnh viện sẽ có thời gian khám chữa bệnh cho các ca bệnh nặng đúng với vai trò chuyên sâu, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe.

Quản lý sức khỏe trong y học gia đình giải quyết được nhiều vấn đề sức khỏe, bệnh tật xảy ra đồng thời trên một người bệnh; chăm sóc toàn diện, liên tục từng cá thể, cả gia đình trong suốt thời kỳ ốm đau, giai đoạn phục hồi, khi khỏe mạnh; phát hiện các vấn đề sức khỏe của người bệnh ở giai đoạn sớm; xử lý các tình huống phức tạp về tâm lý và các yếu tố xã hội cho người bệnh. Với các vấn đề ngoài khả năng, bác sĩ gia đình có trách nhiệm lựa chọn cho các bác sĩ chuyên khoa khác phù hợp, để tiếp tục chăm sóc cho bệnh nhân. Các thầy thuốc chuyên khác sẽ phối hợp với bác sĩ gia đình cùng chăm sóc sức khỏe để đạt hiệu quả điều trị cao nhất và tiết kiệm nhất.

5.2 Vai trò của thông tin trong quản lý sức khỏe

Những thông tin cần thiết:

Những nhóm thông tin trực tiếp liên quan đến quản lý sức khỏe:

- Các vấn đề sức khỏe mà người dân/ người bệnh từng trải qua, kể cả sự hiểu biết, mối quan tâm, sự ưa thích, niềm tin, hành vi của họ.
- Tiền sử tiêm chủng, và sự quản lý sức khỏe trước đây của người dân/ người bệnh, hiệu quả và những trở ngại khi thực hiện quá trình quản lý đó.
- Tình trạng sức khỏe cả về thể chất lẫn tinh thần hiện tại của người dân/ người bệnh. Điều kiện sống và làm việc của người dân/ người bệnh.
- Các nguy cơ, rủi ro của liệu pháp điều trị hiện tại, nguyên nhân có thể gây ra những nguy cơ này để chú ý trong giám sát và quản lý điều trị.
- Kế hoạch điều trị có sự tham gia của người bệnh.

Duy trì thông tin giữa thầy thuốc và người bệnh:

Trong điều kiện hiện nay, công nghệ thông tin, như điện thoại, email, bệnh án điện tử đã tạo điều kiện rất tốt về thông tin cho quản lý sức khỏe trong y học gia đình. Điều quan trọng là thông tin trực tiếp của thầy thuốc đối với người dân/ người bệnh, để tránh sự lầm lẫn và sai lạc thông tin, vốn rất dễ xảy ra với người bệnh ngoại trú. Bác sĩ gia đình có lợi thế nhất trong duy trì thông tin trực tiếp, cần chú ý:

- Trả lời câu hỏi tại sao lại cần sử dụng liệu pháp cụ thể này, thời gian, kết quả thực tế đạt được cho mỗi tình trạng sức khỏe cụ thể.
- Thông tin xác định, giải quyết và ngăn ngừa các vấn đề :
 - *Sự phù hợp*: liệu pháp đã phù hợp chưa, có thể bỏ các dịch vụ không cần thiết, thêm các dịch vụ cần để đạt mục tiêu sức khỏe nhưng hiện chưa có.
 - *Hiệu quả*: giúp xác định liệu pháp hiệu quả nhất cho người dân/ người bệnh cụ thể, điều chỉnh liệu pháp để đạt hiệu quả điều trị theo yêu cầu.

- *Sự an toàn*: giảm nguy cơ chăm sóc và xử lý không thích hợp cũng như sự quá khác biệt trong chăm sóc giữa các bác sĩ.
- *Tuân thủ điều trị*: tăng sự sẵn sàng của người dân/ người bệnh trong tuân thủ điều trị.
- Ghi chép và đánh giá kết quả thực tế của liệu pháp điều trị: ghi chép lại mục tiêu sức khỏe của từng người dân/ người bệnh và các kết quả thu được trên thực tế với liệu pháp chăm sóc đã dùng, các kết quả xét nghiệm thay đổi theo liệu pháp chăm sóc.
- Tạo cơ hội hỗ trợ người dân/ người bệnh tham gia vào các quyết định trong sử dụng liệu pháp, tuân thủ điều trị, lưu giữ thông tin..
- Cung cấp các thông tin cơ bản và phù hợp về liệu pháp điều trị từng người dân/ người bệnh hoặc người chăm sóc, để cùng tham gia quản lí.

5.3 Vai trò của quản lí sức khỏe

Quản lí sức khỏe trong y học gia đình là một trong các dịch vụ y tế, góp phần quan trọng trong duy trì CSSK liên tục cho người dân/ người bệnh. Việc quản lí sức khỏe cần có sự tham gia của đội chăm sóc đa ngành với hạt nhân là BSGĐ. Cần:

- Xác định những người dân/ người bệnh đã không đạt được mục tiêu sức khỏe
- Ghi nhận được lịch sử và trải nghiệm các dịch vụ y tế của người dân/ người bệnh, sự ưa thích và niềm tin của họ về dịch vụ y tế.
- Đánh giá từng dịch vụ đã dùng về: sự phù hợp, hiệu lực, tính tiện lợi,...
- Kế hoạch quản lí với từng bước cụ thể, bao gồm cả sự điều chỉnh để có thể đạt được mục tiêu tối ưu.
- Người dân/ người bệnh hoặc người nhà chấp thuận, hiểu rõ và tham gia với kế hoạch này
- Có thông tin đầy đủ về tình trạng sức khỏe hiện tại và mục tiêu sức khỏe cần đạt được.
- Đánh giá, giám sát là cần thiết để xác định hiệu quả của sự điều chỉnh, và có thể khuyến nghị điều chỉnh tiếp tục để đạt được kết quả tối ưu.
- Quản lí sức khỏe trong y học gia đình cần sự tham gia của nhiều thành viên như bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng, dược sĩ,... Mỗi thành viên có vai trò nhất định và cần phối hợp chặt chẽ để cùng người dân thực hiện kế hoạch CSSK.

6. HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE CÁ NHÂN

6.1. Giới thiệu về hồ sơ quản lí sức khỏe cá nhân

Hồ sơ quản lí sức khỏe cá nhân rất cần thiết trong trong chăm sóc sức khỏe liên tục theo vòng đời. Trong hồ sơ có đầy đủ các thông tin quan trọng cho công tác CSSK, các thông tin được cập nhật thường xuyên giúp: Đánh giá được tình trạng sức khỏe; phân loại các nhóm nguy cơ sức khỏe; sẵn có thông tin phục vụ cho khám chữa bệnh, CSSK toàn diện, liên tục.

Hồ sơ sức khỏe cá nhân gồm 4 phần thông tin chính:

- + Thông tin hành chính

- + Thông tin về tiền sử và các yếu tố liên quan sức khỏe
- + Thông tin về tiêm chủng
- + Thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng, kết luận về tình trạng sức khỏe

Ngày 11/3/2017, Bộ Y tế đã ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu (quyết định số 831/QĐ-BYT).

Thông tin trong hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân có thể có từ việc khám sức khỏe sàng lọc ban đầu, tận dụng tất cả các nguồn thông tin khác sẵn có như hồ sơ bệnh án, sổ khám sức khỏe, sổ sách hoạt động chuyên môn từ các cơ sở y tế. Tùy theo điều kiện thực tế của địa phương để quyết định hình thức, phương pháp thu thập thông tin sức khỏe lần đầu phù hợp cho từng nhóm đối tượng.

Thông tin sức khỏe cá nhân và hộ gia đình sau đó sẽ được cập nhật, bổ sung theo định kỳ hằng năm từ kết quả khám sức khỏe định kỳ, kết quả hoạt động chuyên môn của cơ sở y tế hoặc bất cứ khi nào đối tượng có sử dụng dịch vụ y tế.

6.2. Triển khai lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân

Tùy thuộc vào nguồn lực (nhân lực, trang thiết bị, kinh phí,...) và tình hình thực tế của từng địa phương mà lựa chọn hình thức **lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân cho từng nhóm dân cư** hoặc **lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân đồng loạt**.

Hồ sơ quản lý sức khỏe có hai hình thức: *hồ sơ giấy* và *hồ sơ điện tử*. Nhiều nước trên thế giới hình thức hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân điện tử (các thông tin được lưu trữ trên phần mềm ở máy tính) đã được áp dụng từ nhiều năm nay và chứng minh được hiệu quả trong công tác CSSK.

6.2.1. Hình thức lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân cho từng nhóm dân cư

Cách thức này được áp dụng đối với trạm y tế không có khả năng, không đủ nguồn lực để triển khai việc lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân cho toàn bộ dân cư trong địa bàn mình quản lý tại cùng một thời điểm (cùng một lúc). Có thể lựa chọn một nhóm đối tượng dân cư nào đó lập hồ sơ trước (có thể từ những người bệnh đang được quản lý điều trị bệnh tại TYT xã, hay nhóm người cao tuổi,...), sau đó bổ sung thêm các thành viên khác hộ gia đình, tiếp theo sẽ mở rộng với cá nhân và các hộ gia đình khác trong xã/ địa bàn quản lý.

Các bước lập hồ sơ cho từng nhóm dân cư

a). Bước 1: Lập danh sách các cá nhân được lựa chọn lập hồ sơ quản lý sức khỏe

- Nếu bắt đầu từ **người bệnh** đang được quản lý điều trị tại TYT: dựa vào hồ sơ bệnh án, sổ quản lý khám chữa bệnh, các sổ sách chuyên môn tại TYT,...
- Nếu bắt đầu bằng **nhóm dân cư** nhất định, như người cao tuổi, phụ nữ đang được quản lý thai sản, trẻ em dưới 5 tuổi,...: dựa vào danh sách của Hội người cao tuổi, nhân khẩu, sổ sách quản lý chuyên môn tại TYT

Sau khi có danh sách, thực hiện việc **gán mã** cho từng cá nhân và từng hộ gia đình có cá nhân đó (việc gán mã cần có quy định nhất quán và mỗi cá nhân có một mã duy nhất, trong trùng nhau). Mã này được sử dụng suốt đời trong cả quá trình quản lý sức khỏe. Ở nhiều nước trên thế giới, mã của hồ sơ quản lý sức khỏe chính là mã định danh cá nhân (tương tự mã của của căn cước công dân gồm thông tin năm sinh, địa bàn, giới tính,...).

b). Bước 2: Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân

Với các thông tin đã có ở bước 1 sẽ hoàn thiện hồ sơ quản lý sức khỏe cho từng cá nhân. Nếu thiếu các thông tin chung, nhân khẩu thì phối hợp với nhân viên y tế thôn bản, các cộng tác viên hoặc khi người bệnh đến TYT tái khám sẽ bổ sung cho đầy đủ.

Với các thông tin y tế khám bệnh, chữa bệnh sẽ bổ sung và cập nhật khi: người bệnh đến TYT tái khám (với người bệnh đang được quản lý). Với nhóm dân cư nhất định: cần thông qua việc khám sàng lọc cho đối tượng đã được lựa chọn.

Tiếp theo lập hồ sơ cho các thành viên khác trong cùng hộ gia đình để hoàn thiện hồ sơ cho tất cả cá nhân trong cùng hộ gia đình. Với thành viên khác trong hộ, lúc đầu có thể chỉ có thông tin nhân khẩu, tiền sử,... các thông tin về sức khỏe có thể bổ sung dần từ các nguồn khác nhau trong quá trình quản lý sức khỏe.

Căn cứ vào tình hình thực tế của địa phương, nguồn lực,... sẽ xây dựng kế hoạch tiếp tục lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho các cá nhân và hộ gia đình khác cho đến khi 100% người dân trên địa bàn được lập hồ sơ quản lý sức khỏe.

c). Bước 3: Quản lý, cập nhật và sử dụng hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân

*Quản lý hồ sơ sức khỏe cá nhân: với hình thức hồ sơ giấy hay hồ sơ điện tử, tính bảo mật thông tin cho người dân/người bệnh cần được bảo đảm. Cần xây dựng quy trình chặt chẽ trong tiếp cận, sử dụng bảo vệ thông tin.

Với hồ sơ điện tử, mỗi người có thể được cấp một tài khoản cùng với mật khẩu để quản lý, tiếp cận và theo dõi thông tin sức khỏe của bản thân. Mỗi người có trách nhiệm quản lý, bảo vệ mật khẩu tài khoản truy cập của cá nhân. Tại TYT, cơ sở y tế, chỉ những người có trách nhiệm và được cấp tài khoản cùng mật khẩu mới có thể tiếp cận được thông tin. Các cán bộ y tế chịu trách nhiệm quản lý và bảo mật thông tin sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.

Với hồ sơ giấy phải thực hiện quản lý, sắp xếp, lưu trữ một cách khoa học theo mã số cá nhân, mã hộ gia đình và theo từng cụm dân cư trong địa bàn.

*Cập nhật thông tin: Thông tin sức khỏe của mỗi cá nhân cần được cập nhật liên tục theo định kỳ ít nhất mỗi năm một lần hoặc bất cứ khi nào đối tượng đến khám chữa bệnh và sử dụng dịch vụ y tế. Nguồn thông tin cập nhật dựa vào kết quả khám sức khỏe định kỳ, khám chữa bệnh, các hoạt động chuyên môn như tiêm chủng, quản lý thai sản, quản lý sức khỏe nghề nghiệp, sức khỏe học đường,...; thông tin sẵn có từ hồ sơ bệnh án, sổ sách của TYT và các cơ sở y tế; thông tin từ các đợt điều tra nếu có,... Số lượng thông tin được cập nhật có thể khác nhau giữa các cá nhân. Nhân viên y tế cần tận dụng mọi cơ hội tiếp xúc với đối tượng để khai thác, thu thập và cập nhật thông tin sức khỏe của cá nhân, hộ gia đình đang được quản lý và bổ sung thường xuyên thông tin của các cá nhân, hộ gia đình mới.

*Sử dụng hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân: cung cấp thông tin nhanh chóng, sẵn có để nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe liên tục, toàn diện. Quản lý tốt thông tin sức khỏe của mỗi cá nhân cho phép thầy thuốc gia đình cung cấp thông tin phục vụ cho khám bệnh, chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe của từng cá thể. Khi được quản lý bằng phần mềm nối mạng với mã số định danh duy nhất cho mỗi người, các cơ sở y tế tuyến trên có thể sử dụng các thông tin sẵn có phục vụ cho việc điều trị, xử trí cấp cứu kịp thời cho người bệnh, hạn chế một số tai biến, giảm chi phí CSSK,...

Đồng thời, mỗi người cũng có thể tiếp cận thông tin theo dõi tình trạng sức khỏe của mình để từ đó đề ra các biện pháp dự phòng, bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bản thân.

6.2.2. Hình thức lập hồ sơ quản lý sức khỏe đồng loạt

Hình thức này áp dụng cho TYT, đơn vị y tế có thể huy động được đầy đủ nguồn lực triển khai việc lập hồ sơ cho toàn bộ người dân trong địa bàn.

Các bước lập hồ sơ sức khỏe đồng loạt:

a). Bước 1. Lập danh sách từng cá nhân và các hộ gia đình trên địa bàn

Lập danh sách từng cá nhân, các hộ gia đình trên địa bàn nhằm làm cơ sở để tổ chức khám sức khỏe sàng lọc lần đầu và cung cấp thông tin cho lập hồ sơ quản lý sức khỏe.

Bước này sẽ thu thập các thông tin về hành chính và nhân khẩu cho toàn bộ các thành viên của tất cả các hộ gia đình trong từng cụm dân cư. Tùy theo điều kiện thực tế của địa phương, thông tin có thể được kết xuất từ hệ thống tư pháp quản lý dân cư hoặc thông qua điều tra hộ gia đình của mạng lưới y tế thôn bản và các cộng tác viên y tế. Với các thông tin còn thiếu, sẽ được bổ sung ở bước tiếp theo.

Sau khi có danh sách, thực hiện việc gán mã số cho từng cá nhân và từng hộ gia đình cũng tương tự như ở hình thức triển khai cho từng nhóm dân cư (trình bày ở trên).

b). Bước 2: Khám sàng lọc và lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân

Tổ chức khám sức khỏe sàng lọc cho 100% người dân trên địa bàn để thu thập thông tin sức khỏe của cá nhân theo hộ gia đình một cách đầy đủ để lập hồ sơ quản lý sức khỏe.

Việc triển khai khám sức khỏe sàng lọc đồng loạt cho người dân trên địa bàn cần chuẩn bị nguồn nhân lực và kinh phí. Đồng thời các TYT phải có sự hỗ trợ của Trung tâm y tế và các đơn vị y tế tuyến trên. Nên tổ chức khám sức khỏe theo hình thức cuốn chiếu cho đội/thôn/tổ dân phố tránh bỏ sót và nhân lực được sử dụng hiệu quả hơn.

Một số xét nghiệm cận lâm sàng chỉ nên chỉ định cho đối tượng cụ thể có các nguy cơ về sức khỏe.

c). Bước 3: Quản lý, cập nhật và sử dụng hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân

Giống bước 3 của hình thức lập hồ sơ cho từng nhóm dân cư (ở phần trên).

Bước 1. Lập danh sách cá nhân, HGD; thu thập thông tin nhân khẩu và gán mã cho cá nhân, HGD



Bước 2. Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân
(Khám sàng lọc cho 100% người dân hoặc không tùy theo cách thức triển khai đồng loạt hay từng nhóm dân cư)



Bước 3. Quản lí, cập nhật và sử dụng thông tin

- *Bảo mật thông tin;*
- *Cập nhật, bổ sung thông tin định kỳ ít nhất 1 năm/lần và khi sử dụng DVYT;*
- *Sử dụng thông tin cho KCB, dự phòng nâng cao SK*

Hình 1. Các bước lập hồ sơ quản lí sức khoẻ cá nhân

Kết luận: lập hồ sơ quản lí sức khoẻ cá nhân đóng vai trò quan trọng trong CSSK liên tục, toàn diện và cá thể hóa cho từng cá nhân phù hợp với hoàn cảnh gia đình và cộng đồng cụ thể. Các TYT xã cần triển khai lập hồ sơ quản lí sức khoẻ cá nhân theo quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11/3/2017 (có mẫu hồ sơ). Cần triển khai hồ sơ quản lí sức khoẻ điện tử để tiết kiệm nhân lực và hiệu quả sử dụng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ môn Quản lí hệ thống y tế- Trường Đại học Y tế công cộng (2010). Bài giảng Quản lí y tế. Nhà xuất bản Y học.
4. Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (2012). Y học gia đình (Tập 1). Nhà xuất bản Y học.

BÀI 17. QUẢN LÝ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI CỘNG ĐỒNG

Mục tiêu:

1. Liệt kê được 15 bệnh không lây nhiễm cần quản lý, chăm sóc tại cộng đồng
2. Trình bày được nội dung quản lý các bệnh không lây nhiễm theo nguyên lý Y học gia đình

1. TỔNG QUAN BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

1.1 Khái niệm

Bệnh không lây nhiễm (BKLN) là bệnh không truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang người. Hầu hết BKLN là bệnh mạn tính, khó chữa khỏi.

Có nhiều loại BKLN khác nhau, tuy nhiên hiện nay nhiều chính sách của Liên Hợp Quốc (UN), WHO tập trung vào 4 nhóm bệnh chính, gồm bệnh tim mạch (tăng huyết áp, đột quỵ não, suy tim, bệnh mạch vành,...), đái tháo đường (chủ yếu là tít 2), ung thư, bệnh đường hô hấp mạn tính (COPD và hen suyễn), do những BKLN này ngoài việc có tỷ lệ mắc lớn và là nguyên nhân chủ yếu gây tàn tật và tử vong ở người trưởng thành, chúng còn có chung các yếu tố nguy cơ (các yếu tố góp phần làm bệnh phát triển).

1.2. Thực trạng bệnh không lây nhiễm

Trên thế giới:

Các bệnh không lây nhiễm (BKLN) đang là một thách thức mang tính toàn cầu, tạo ra gánh nặng rất lớn đối với xã hội và hệ thống y tế, cả ở các nước có thu nhập cao lẫn các nước thu nhập thấp và trung bình. BKLN chiếm 65,5% trong tổng số 52,7 triệu ca tử vong năm 2010 trên toàn cầu, tăng 30% so với năm 1990, chủ yếu do tăng trưởng dân số và giá hóa dân số. Nằm trong 10 nguyên nhân tử vong chung và ba trong số 10 nguyên nhân tử vong sớm trên toàn cầu là do BKLN. Tử vong do bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất so với tổng số ca tử vong liên quan BKLN tại các nước thu nhập cao (39%), thu nhập thấp và trung bình tại Đông Nam Á (43%) và Tây Thái Bình Dương (50%). Ung thư là BKLN gây tử vong đứng thứ hai ở các nước thu nhập cao (31%) và Tây Thái Bình Dương (26%), nhưng đứng thứ 3 tại Đông Nam Á (15%). Trong khi các bệnh tâm thần đứng thứ 3 tại các nước thu nhập cao, chúng chỉ chiếm tỷ lệ thấp (1%-3%) tại các nước thu nhập thấp và trung bình tại châu Á. Ngược lại, các bệnh hô hấp mạn tính chỉ chiếm 7% tổng số tử vong do BKLN tại các nước thu nhập cao, nhưng 13% tại các nước thu nhập thấp và trung bình tại Tây Thái Bình Dương và 18% tại Đông Nam Á.

Dự báo tỷ lệ tử vong do BKLN sẽ tăng 15% trong khoảng thời gian từ 2010–2020 tương ứng với khoảng 44 triệu ca tử vong; tăng cao nhất (khoảng 20%) ở khu vực châu Phi, Đông Nam Á, Đông Âu. Vào năm 2030, số ca tử vong do các BKLN ở các nước có thu nhập thấp sẽ cao hơn 8 lần so với ở các nước có thu nhập cao.

WHO ước tính so với năm 2008 vào năm 2030 tỷ lệ tăng các ca mới mắc ung thư là khoảng 82% ở các nước có thu nhập thấp, 70% ở các nước có thu nhập trung bình

thấp và 58% ở các nước thu nhập trung bình cao, và 40% ở các nước có thu nhập cao.

Tại Việt Nam:

BKLN đang có xu hướng gia tăng nhanh ở Việt Nam. Tỷ trọng những người tử vong do BKLN trong tổng số tử vong đã tăng từ 56% năm 1990 lên 72% năm 2010. Trong đó, bệnh tim mạch chiếm 30% tổng số trường hợp tử vong, ung thư 21%, bệnh đường hô hấp mạn tính 6%, bệnh đái tháo đường 3%, bệnh tâm thần-thần kinh 2%. Do vậy, hiện nay, hoạt động phòng chống BKLN của Việt nam đang tập trung vào các nhóm bệnh chính gồm: THA, bệnh tim mạch (đột quy, suy tim, bệnh mạch vành...), ĐTD, các bệnh ung thư và COPD. Đây là những BKLN có tỷ lệ mắc cao và là nguyên nhân chủ yếu gây tàn tật và tử vong ở người trưởng thành. Bộ Y tế đã đưa 15 bệnh thuộc 5 nhóm bệnh mạn tính cần phải quan tâm phát hiện sớm; điều trị và quản lí tại cộng đồng bao gồm:

- 1) Tăng huyết áp;
- 2) Đái tháo đường typ 2;
- 3) Hen phế quản;
- 4) Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD);
- 5) Tâm thần phân liệt;
- 6) Động kinh;
- 7) Rối loạn trầm cảm;
- 8) Rối loạn lo âu;
- 9) Rối loạn tâm thần do rượu;
- 10) Ung thư vú;
- 11) Ung thư cổ tử cung;
- 12) Ung thư khoang miệng;
- 13) Ung thư phổi;
- 14) Ung thư tuyến tiền liệt;
- 15) Ung thư đại-trực tràng.

2. YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

Đối với các BKLN thường không xác định được nguyên nhân cụ thể mà chỉ có một nhóm yếu tố nguy cơ góp phần làm bệnh phát triển gồm: Yếu tố về hành vi lối sống như hút thuốc lá, lạm dụng rượu, bia, dinh dưỡng không hợp lý và ít hoạt động thể lực. Các yếu tố nguy cơ về hành vi sẽ dẫn tới các biến đổi về sinh lý/chuyển hóa bao gồm: THA, thừa cân béo phì, tăng đường máu và rối loạn lipid máu. Sự gia tăng các yếu tố nguy cơ trên có liên quan với các yếu tố môi trường, kinh tế, xã hội... dưới đây là một số yếu tố nguy cơ chung của các bệnh ung thư, tim mạch, ĐTD, bệnh phổi mạn tính:

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ chung của một số bệnh không lây nhiễm thường gặp

Yếu tố nguy cơ của BKLN	Các BKLN chủ yếu			
	Tim mạch	Đái tháo đường	Ung thư	COPD, HPQ
Hành vi nguy cơ				
Hút thuốc lá	X	X	X	X
Dinh dưỡng không hợp lý	X	X	X	

Ít hoạt động thể lực	X	X	X	
Yếu tố nguy cơ chuyển hóa				
Béo phì	X	X	X	
Tăng huyết áp	X	X	X	
Tăng đường huyết	X	X	X	
Rối loạn lipid máu	X	X	X	

2.1. Hút thuốc lá

Việt nam là một trong 15 nước có số người sử dụng thuốc lá cao nhất thế giới (khoảng gần 16 triệu người). Theo kết quả điều tra năm 2015, tỷ lệ hút thuốc lá ở nam giới từ 15 tuổi trở lên chỉ giảm 2,1% so với năm 2010, vẫn còn ở mức 45,3% (2010 là 47,4%). Trong số những người không hút thuốc, có 55,9% số người đang đi làm có tiếp xúc với khói thuốc tại nơi làm việc; tỷ lệ tiếp xúc thường xuyên với khói thuốc tại gia đình là 67,6%. Mỗi năm, sử dụng thuốc là nguyên nhân gây tử vong của hơn 40.000 người Việt nam, tức là khoảng hơn 100 người trong 1 ngày. Con số này sẽ tăng lên thành 70.000 người vào năm 2030.

2.2. Sử dụng rượu, bia, đồ uống có cồn ở mức có hại

Trong khi mức tiêu thụ của thế giới đang chững lại thì Việt nam là một trong số ít quốc gia có xu hướng gia tăng nhanh về mức tiêu thụ đồ uống có cồn bình quân đầu người. Theo số liệu quy hoạch ngành rượu bia, nước giải khát, mức tiêu thụ rượu, bia bình quân đầu người (trên 15 tuổi) quy đổi theo rượu nguyên chất đã tăng 300% sau 10 năm từ 2001 đến 2010. Theo ước tính của WHO, năm 2010 mức tiêu thụ rượu bia bình quân đầu người của Việt nam đã ở mức 6,6 lít, cao hơn mức trung bình của thế giới. Việt nam luôn nằm trong nhóm các quốc gia có mức tăng trưởng tiêu thụ bia hàng năm cao nhất, mức tăng trưởng tiêu thụ bia năm 2011 so với năm 2010 cao nhất thế giới, với 14,8%.

Đặc biệt, tình trạng sử dụng rượu, bia ở mức có hại ở nam giới và tỷ lệ sử dụng rượu, bia ở vị thành niên, thanh niên và nữ giới đang tăng nhanh và hiện ở mức cao. Theo điều tra năm 2010-2015 trong nhóm tuổi 25-64, tỷ lệ nam giới có uống ít nhất 5 đơn vị rượu/ bia trong 1 ngày bất kỳ trong tuần vừa qua chiếm 25,2% .

2.3. Dinh dưỡng không hợp lý

Dinh dưỡng hợp lý và tăng cường hoạt động thể lực có ý nghĩa quan trọng trong việc phòng ngừa xuất hiện các bệnh mạn tính không lây.

Theo kết quả điều tra STePS (STEP wise approach to Surveillance) năm 2015, tỷ lệ ăn ít rau/trái cây là 57,2% (63,1% ở nam giới; 51,4% ở nữ). Tỷ lệ người luôn luôn hoặc thường xuyên ăn thức ăn chế biến sẵn có nhiều muối là 10,0% (ở nam là 11,8%; nữ là 8,2%).

2.4. Ít hoạt động thể lực

Lợi ích của hoạt động thể lực với sức khỏe sẽ tăng thêm tùy thuộc vào thời gian, cường độ, mức độ thường xuyên của hoạt động thể lực. Muốn phòng được bệnh mạn tính không lây người trưởng thành cần có ít nhất 150 phút hoạt động thể lực trung

bình/tuần. Trẻ em và thanh thiếu niên nên có hoạt động thể lực ít nhất 60 phút/ngày.

Kết quả điều tra STEPS năm 2015, tỷ lệ người trưởng thành ít vận động thể lực là 28,1% (nam giới 20,2%; nữ giới 35,7%); trong đó tỷ lệ ít hoạt động thể lực ở thành thị cao hơn ở nông thôn. Điều tra gần đây của tổ chức Heath Bridge Canada trên 3.600 người dân Hà Nội, Huế, thành phố Hồ Chí Minh cho thấy có đến 34% người không tham gia bất kỳ hoạt động thể thao nào với các nguyên nhân chủ yếu là không có thời gian (84%), ngại dậy sớm, ngại vận động (9%) và thiếu phương tiện, địa điểm tập luyện (2%).

2.5. Tăng huyết áp

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc THA đang gia tăng một cách nhanh chóng. Theo thống kê, năm 1960, tỷ lệ THA ở người trưởng thành phía Bắc Việt Nam chỉ là 1% và hơn 30 năm sau (1992) theo điều tra trên toàn quốc của Trần Đỗ Trinh và cộng sự thì tỷ lệ này đã 11,2%, tăng lên hơn 11 lần. Kết quả điều tra của Chương trình phòng, chống bệnh tim mạch quốc gia cho thấy tỷ lệ THA ở nhóm người từ 25 tuổi trở lên là 25,1% năm 2008 và 47,3% năm 2015.

2.6. Thừa cân, béo phì

Ở Việt Nam, theo Tổng điều tra dinh dưỡng năm 2000 và Tổng điều tra thừa cân béo phì ở người trưởng thành 25-64 tuổi năm 2005 do Viện dinh dưỡng tiến hành cho thấy trong thời gian 5 năm, tỷ lệ thừa cân, béo phì (BMI ≥ 25) và béo phì (BMI ≥ 30) tăng gấp 2 lần tương ứng từ 3,5% và 0,2% (2000) lên 6,6% và 0,4% (2005). Tỷ lệ thừa cân-béo phì năm 2005 cao hơn so với năm 2000 ở cả khu vực thành thị (15,3% so với 10,8%) và nông thôn (5,3% so với 3,0%), tỷ lệ này ở thành thị luôn cao hơn nông thôn ở cả hai thời điểm. Nếu xét theo vùng sinh thái thì tỷ lệ thừa cân, béo phì thấp nhất ở vùng Đồng bằng sông Hồng (1,9% lên 3,3%) và vùng núi Đông Bắc Bộ (0,9% lên 3,1%); cao nhất ở vùng Đông Nam Bộ (từ 8,7% lên 15,2%) và Đồng bằng sông Cửu Long (7,4% lên 10,3%). Nếu sử dụng ngưỡng phân loại BMI khuyến nghị cho người Châu Á (BMI ≥ 23) thì tỷ lệ thừa cân-béo phì tăng từ 11,7% lên 16,3%, trong đó khu vực thành thị tăng từ 24,5% lên 32,4% và ở khu vực nông thôn tăng từ 9,3% lên 13,8% trong giai đoạn 2000-2005. Năm 2010, kết quả điều tra STEPS cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người độ tuổi 25-64 là 26,9%, trong đó tỷ lệ ở thành thị và nông thôn tương ứng là 35,7% và 23%.

2.7. Tăng cholesterol máu

Ở người trưởng thành Việt Nam, theo kết quả điều tra STEPS 2015, tỷ lệ tăng cholesterol ($>5,0\text{mmol/L}$) là 30,2%; trong đó tỷ lệ ở nam giới và nữ giới tương ứng là 25,2% và 35,0%.

2.8. Tăng đường máu

Theo STEPS 2015, tỉ lệ ĐTĐ tại Việt Nam hiện vào khoảng 3%, tương đương 3,5 triệu người. Tỉ lệ rối loạn đường huyết lúc đói là 3,6%

3. QUẢN LÝ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM THEO NGUYÊN LÝ YHGĐ

Tập trung vào một số bệnh thường gặp tại cộng đồng: Tăng huyết áp, đái tháo đường, hen phế quản, COPD, một số ung thư phổ biến, một số rối loạn tâm thần thường gặp

3.1. Nguyên tắc quản lý bệnh mạn tính không lây nhiễm

1. Phát triển mối quan hệ điều trị với người bệnh
2. Tập trung vào mối bận tâm và những vấn đề ưu tiên của người bệnh
3. Sử dụng mô hình 5 chữ A bao gồm : Đánh giá (*Assess*), Đưa lời khuyên (*Advise*), Đồng thuận (*Agree*), Giúp đỡ (*Assist*) và Sắp xếp (*Arrange*).
4. Hỗ trợ người bệnh tự quản lí bệnh tật
5. Tổ chức các hoạt động theo dõi một cách chủ động
6. Gắn kết với các nhân viên y tế khác như nhà giáo dục, nhân viên hỗ trợ, điều dưỡng, cán bộ dược,... với người bệnh để cùng chăm sóc
7. Gắn kết người bệnh với các nguồn lực của cộng đồng
8. Sử dụng các thông tin viết sẵn: đăng kí, kế hoạch điều trị, theo dõi, nhắc nhở
9. Làm việc nhóm giữa các nhân viên y tế (nhóm chăm sóc đa ngành)
10. Đảm bảo tính liên tục trong quản lí, điều trị

3.2. Phối hợp trong quản lí bệnh mạn tính không lây nhiễm

Sự phối hợp 3 bên bao gồm: người bệnh, gia đình người bệnh, nhân viên y tế và đối tác cộng đồng sẽ giúp cho quá trình điều trị và quản lí bệnh mạn tính không lây nhiễm tốt hơn.

Với người bệnh và gia đình người bệnh

- Bày tỏ mối bận tâm của mình
- Thảo luận về kế hoạch điều trị, chăm sóc
- Thương thuyết một kế hoạch điều trị với nhân viên y tế
- Quản lí các vấn đề sức khỏe của bản thân
- Tự theo dõi các triệu chứng chính và điều trị
- Theo dõi và tái khám đều đặn.

Với nhân viên y tế

- Thực hiện đánh giá toàn diện vấn đề của người bệnh và đưa ra chẩn đoán
- Khai thác được những mục tiêu điều trị của người bệnh
- Thống nhất kế hoạch điều trị với người bệnh
- Kiểm tra, thay đổi kế hoạch điều trị nếu cần
- Khơi gợi những mối bận tâm của người bệnh
- Đánh giá tình trạng lâm sàng của người bệnh
- Đánh giá mức độ sẵn sàng chấp nhận kế hoạch điều trị
- Trao đổi, chia sẻ cá thông tin về nguy cơ sức khỏe
- Chuyên tuyến nếu cần đánh giá sâu hơn để đưa ra chẩn đoán và kế hoạch điều trị
- Sắp xếp những buổi tái khám
- Hỗ trợ người bệnh tự quản lí vấn đề sức khỏe của bản thân
- Liên kết với các đối tác như nhà giáo dục, nhân viên xã hội cùng tham gia
- Liên kết với các nguồn lực cộng đồng để theo dõi, hỗ trợ điều trị thường xuyên

3.3. Công cụ áp dụng để quản lí bệnh không lây nhiễm

Triển khai công tác phòng, chống và quản lí bệnh không lây nhiễm rất cần có hồ sơ quản lí sức khỏe cá nhân để thông tin có được một cách đầy đủ và cập nhật. Hồ sơ sức khỏe ghi nhận thông tin về cá nhân trong mối liên quan với gia đình và cộng đồng. Từ dữ liệu cơ bản như giới tính, tiền sử, bệnh sử... đến dữ liệu lâm sàng, thuốc được chỉ định dùng...) và kết quả cận lâm sàng. Hồ sơ quản lí sức khỏe cũng chứa các

thông tin như chẩn đoán, giai đoạn bệnh và phương án điều trị và diễn biến điều trị. Hồ sơ được bổ sung định kỳ qua các lần tái khám.

Với tiến bộ của công nghệ thông tin, nhiều đơn vị đã triển khai hồ sơ quản lý sức khỏe điện tử. Hồ sơ sức khỏe điện tử hiện là được xem là công cụ vô cùng có giá trị, là nguồn dữ liệu vô giá dẫn đến việc quản lý sức khỏe theo nguyên lý YHGD thuận lợi hơn.

3.4. Quản lý người bệnh mắc bệnh không lây nhiễm theo nguyên lý YHGD

Với sáu nguyên lý cơ bản của chuyên ngành Y học gia đình việc quản lý người bệnh mắc bệnh không lây nhiễm sẽ đạt được hiệu quả tốt hơn. Người bệnh sẽ được quản lý, điều trị bệnh liên tục; toàn diện; khi cần BSGĐ sẽ phối hợp với các bác sĩ chuyên khoa/chuyên gia khác; kết hợp điều trị với phục hồi chức năng, công tác dự phòng và nâng cao sức khỏe cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh; cá thể hóa từng người bệnh ở hoàn cảnh gia đình và cộng đồng cụ thể.

Khi có một người bệnh các bác sĩ ở tuyến YTCS cần triển khai các bước sau:

- + Xác định/chẩn đoán bệnh chính và các bệnh kèm theo (có thể cần sự hỗ trợ, phối hợp với các cơ sở y tế tuyến trên)
- + Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân (nếu người bệnh chưa có) hoặc cập nhật tình trạng bệnh lý vào hồ sơ đã có
- + Xây dựng phác đồ điều trị và chăm sóc cho cá thể người bệnh: bao gồm phương pháp dùng thuốc và không dùng thuốc. Xác định mục tiêu điều trị. Lưu ý đến các đặc trưng của người bệnh cụ thể, yếu tố gia đình, cộng đồng. Thống nhất kế hoạch điều trị và chăm sóc với người bệnh và gia đình họ.
- + Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình: các yếu tố nguy cơ, tuân thủ điều trị, cách dùng thuốc, luyện tập, chế độ dinh dưỡng, vệ sinh cá nhân,...
- + Hẹn lịch tái khám: bao gồm cả các dấu hiệu nguy hiểm cần khám lại ngay và lịch tái khám định kỳ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chiến lược quốc gia phòng chống bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015 -2025 – Bộ Y tế. Ban hành kèm quyết định 376/QĐ-Ttg ngày 20/3/2015.
2. Hướng dẫn hoạt động dự phòng, phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến y tế cơ sở - Ban hành theo quyết định 3756/QĐ –BYT ngày 21/6/2018.
3. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2015). Giáo trình Y học gia đình đại cương. Nhà xuất bản Y học.
4. Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Giáo trình Y học gia đình (Tập 1).
5. Bộ môn Y học gia đình, Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.

HỌC PHẦN IV.
CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE
THƯỜNG GẶP TẠI CỘNG ĐỒNG

BÀI 18. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE THƯỜNG GẶP Ở TRẺ EM

Mục tiêu:

1. Trình bày được những vấn đề mới trong phân loại và xử trí một số bệnh thường gặp ở trẻ em theo IMCI
2. Tư vấn được các nội dung chăm sóc trẻ sơ sinh: non tháng, hạ thân nhiệt, chuyển tuyến an toàn

1. TIÊU CHẢY CẤP VÀ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP Ở TRẺ EM

1.1. Phân loại và xử trí tiêu chảy cấp

Tiêu chảy cấp là bệnh thường gặp, đứng hàng thứ hai sau nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. Nếu không xử trí kịp thời sẽ dẫn tới tử vong do mất nước và rối loạn điện giải. Việc điều trị cần đúng và khẩn trương ở các cơ sở y tế.

1.1.1. Sinh lý hấp thu nước và điện giải ở đường tiêu hóa

- Hấp thu nước và điện giải chủ yếu ở ruột non

Đó là dịch được đưa vào cơ thể qua đường miệng, dịch tiêu hoá của dạ dày, ruột (Có 6 – 8 lít dịch/ngày). Số lượng dịch này hầu hết được hấp thu ở ruột non, còn khoảng 100 - 200ml được đào thải theo phân.

Ở ruột non, Natri được hấp thu đơn lẻ và tăng lên khi có mặt đường Glucose hay một vài axit amin.

	ORS 1975	ORS 2002
Glucose	20g/l	13,5g/l
Na+	3,5g/l	2,6g/l
K+	1,5g/l	1,5g/l
Trisodium Citrat	2,9g/l	2,9g/l

So sánh hai loại ORS:

	ORS chuẩn (1975)	ORS nồng độ thẩm thấu thấp (2002)
Công thức	Natri: 90mEq/l NĐTT: 311mosmol/l	Natri: 75mEq/l NĐTT : 245mosmol/l
Ưu điểm	An toàn, có hiệu quả cao Dễ sử dụng và bảo quản, giá thành rẻ	Tương tự ORS cũ và: Giảm 33% truyền TM Giảm 20% lượng phân Giảm 33% tỉ lệ nôn
Hiệu quả ứng dụng	Giảm tỉ lệ tử vong do tiêu chảy cấp ở trẻ em từ 3triệu/năm xuống còn 1,5triệu/năm	Giảm truyền TM 33%, giảm tỉ lệ nhập viện, giảm nhiễm trùng thứ phát, giảm xét nghiệm, giảm chi phí điều trị

Tồn tại	Không giảm lượng phân và thời gian tiêu chảy	Hạ Natri máu tạm thời
---------	--	-----------------------

Trường hợp không có ORS hoặc trẻ không dung nạp được Glucose, có thể dùng nước cháo muối thay thế ORS.

Cách nấu nước cháo muối: Cho một vốc gạo và 6 bát con nước, đun cho đến khi hạt gạo nở hết, cho một nhúm muối ăn và gạn lấy 1 lít nước cháo muối, dùng cho trẻ uống trong 24 giờ.

1.1.2. Nguyên nhân, yếu tố nguy cơ của tiêu chảy cấp

Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân, trong đó có 3 nguyên nhân chính: *Rotavirus*; *E. coli*; *Shigella*. Một số nguyên nhân khác như: campylobacter, trùng roi

Yếu tố nguy cơ

- Tuổi: Hay gặp ở trẻ 6 tháng đến 11 tháng
- Trẻ mắc suy dinh dưỡng nặng.
- Sau khi trẻ mắc sởi
- Mùa: Mùa đông, mùa hè
- Nước ô nhiễm, thức ăn ôi thiu
- Trẻ không được bú sữa mẹ, ăn nhân tạo, ăn bổ sung sớm

1.1.3. Đánh giá và phân loại mất nước

1.1.3.1. Đánh giá các dấu hiệu mất nước

Bốn dấu hiệu đánh giá mất nước: dấu hiệu về toàn trạng, mắt trũng, khát nước, nếp véo da.

Dấu hiệu	Không mất nước	Có mất nước	Mất nước nặng
Toàn trạng	Tỉnh táo	Kích thích, vật vã	Ly bì, mệt lả
Mắt trũng	Không	Trũng	Rất trũng
Khát	Không khát	Khát, uống háo hức	Uống ít, không uống được
Nếp véo da	Mất nhanh	Mất chậm	Mất rất chậm

1.1.3.2 Phân loại mất nước

Mức độ mất nước:

Từ phải sang trái, khi trong một cột có ít nhất 2 dấu hiệu, thì phân loại mất nước ở cột đó, nếu mất nước ở cột mất nước nặng thì phân loại là mất nước nặng, nếu ở cột có mất nước thì phân loại là có mất nước.

Xếp loại mất nước:

- Loại mất nước ưu trương: trẻ kích thích, vật vã. niêm mạc khô, khát nhiều, nếp véo da mất nhanh, sốt cao, nặng có thể có co giật, hoặc xuất huyết não, truy mạch.
ĐGD : $Na^+ > 150mEq/l$
- Loại mất nước đẳng trương: trẻ kích thích, khát, niêm mạc không khô, nếp véo da mất chậm, có sốt
ĐGD: $Na^+ : 130 - 150mEq/l$

- Loại mất nước nhược trương: trẻ li bì, không khát, da ẩm, nếp véo da mắt rất chậm, nặng có thể co giật, hôn mê, sốc truy mạch.
ĐGD: $\text{Na}^+ < 130\text{mEq/l}$

1.1.3.3. Xử trí

Tiêu chảy không mất nước: phác đồ A

Đảm bảo 3 nguyên tắc sau:

- + Cho trẻ uống nhiều dịch hơn bình thường để phòng mất nước.
- + Cho trẻ ăn thức ăn giàu chất dinh dưỡng để phòng suy dinh dưỡng.
- + Đưa trẻ quay trở lại cơ sở Y tế.

Cho trẻ uống nhiều dịch hơn bình thường để phòng mất nước.

- + Dịch uống: oresol, nước sạch, nước cơm, nước cháo muối.
- + Không cho trẻ uống nước đường.
- + Cho trẻ uống sau mỗi lần tiêu chảy:
 - * Dưới 24 tháng: 50 - 100 ml/ sau mỗi lần tiêu chảy
 - * Trên 24 tháng: 100 - 200 ml/ sau mỗi lần tiêu chảy
- + Cách cho trẻ uống: Trẻ lớn cho uống từng ngụm, trẻ nhỏ cho uống từng thìa. Nếu trẻ nôn, dừng lại 10 phút sau đó cho uống tiếp.

Cho trẻ ăn thức ăn giàu chất dinh dưỡng để phòng suy dinh dưỡng:

Nếu trẻ đang bú mẹ, vẫn tiếp tục cho trẻ bú, trẻ đang ăn sữa bột vẫn tiếp tục cho ăn như ngày thường. Nếu trẻ đã ăn bổ xung cần cho trẻ ăn đầy đủ các thành phần trong ô vuông thức ăn. Thức ăn phải nghiền nhỏ, ninh nhừ. Cho trẻ ăn 5 – 6 bữa/ ngày trong thời gian mắc tiêu chảy. Khi ngừng tiêu chảy cho trẻ ăn tăng 1 bữa/ ngày trong 2 tuần.

Đưa trẻ quay trở lại cơ sở y tế khi có các dấu hiệu sau:

Tiêu chảy nhiều hơn, nôn nhiều, khát nước, không ăn được, sốt hoặc ỉa phân có máu, sau 3 ngày bệnh không đỡ.

Chú ý: Vì tiêu chảy không mất nước điều trị tại nhà, nên cần hướng dẫn cẩn thận cho bà mẹ cách pha và cách cho trẻ uống ORS, cách cho trẻ ăn, các dấu hiệu cần đưa trẻ đến cơ sở y tế khám lại.

Tiêu chảy cấp có mất nước: phác đồ B

- Bù dịch bằng uống oresol: trong 4 giờ

Số lượng: Oresol = trọng lượng cơ thể (kg) x 75 ml

Có thể tính lượng dung dịch ORS theo tuổi và theo cân nặng dựa vào bảng sau:

Tuổi	<4 tháng	4 – 11 tháng	12–23 tháng	2 – 4 tuổi	5 – 14 tuổi	≥15 tuổi
Cân nặng	< 5 kg	5 – 7,9 kg	8 – 10,9 kg	11–15,9kg	16 – 29,9 kg	> 30 kg
MI	200 - 400	400 - 600	600 - 800	800- 1200	1200 - 2200	2200 - 4000

Cách cho uống: Uống từng ngụm hoặc từng thìa, nếu trẻ nôn dừng lại 10 phút sau đó tiếp tục uống. Theo dõi hàng giờ số lượng oresol uống được, số lần ỉa và dấu hiệu mất nước

Sau 4 giờ đánh giá lại để thay đổi phác đồ điều trị: nếu trẻ còn mất nước, tiếp tục điều trị phác đồ B lần 2, nếu không mất nước chuyển sang điều trị phác đồ A. Trường hợp bà mẹ phải ra về trước 4 giờ cần phát đủ lượng ORS trong 2 ngày, hướng dẫn bà mẹ cách cho trẻ uống và phát hiện các dấu hiệu cần đưa trẻ đến cơ sở y tế khám ngay.

- Trường hợp thất bại:

- + Trẻ ỉa nhiều, mất trên 15 – 20 ml nước/ kg/ giờ
- + Trẻ nôn nhiều trên 3 lần/ giờ
- + Trẻ chướng bụng, liệt ruột
- + Không dung nạp Glucose
- + Những trường hợp dùng ORS thất bại cần truyền dịch cho trẻ.

Tiêu chảy cấp mất nước nặng: phác đồ C

- Trẻ bị mất nước nặng cần được nhanh chóng bù nước bằng đường TM.
- Dịch truyền:
 - + Lactate Ringer hoặc NaCl 0,9% nếu không có Ringer Lactate
 - + Lượng dịch: 100 ml/ kg

Tuổi	Lúc đầu truyền 30 ml/kg trong	Sau đó truyền 70 ml/kg trong
Trẻ <12 tháng	1 giờ	5 giờ
Trẻ 12 tháng - 5 tuổi	30 phút	2 giờ 30 phút

- Trong khi đang chuẩn bị truyền và khi đang truyền dịch, nếu trẻ uống được cho uống ORS 5 ml/ kg/ giờ

Cứ 1 - 2 giờ, đánh giá lại người bệnh. Nếu tình trạng mất nước không cải thiện tốt thì truyền nhanh hơn.

- Sau 6 giờ (trẻ <12 tháng) hoặc 3 giờ (trẻ >12 tháng) đánh giá lại và phân loại độ mất nước, rồi lựa chọn phác đồ thích hợp (A, B, C) để điều trị.

- Nếu tại trạm y tế cơ sở không có khả năng truyền TM, cần chuyển lên tuyến trên để truyền dịch. Trong thời gian vận chuyển, phải giở giọt ORS qua sonde dạ dày: 20 ml/ kg/giờ.

1.1.3.4. Kháng sinh

- Lý trực khuẩn *Shigella*

Ciprofloxacin 15mg/kg/lần x 2 lần/ngày x 3 ngày (uống)

Trước đây dùng: Trimazol 50mg/kg/ngày chia 2lần x 5 ngày

Hoặc Nalidixic axit 60mg/kg/ngày chia 4 lần x 5 ngày.

- **Lỵ do Amíp:** Metronidazol 30mg/kg/ngày chia 2 lần x 5 ngày

- **Đơn bào *Giardia*:** Metronidazol 30mg/kg/ngày x 5 -10 ngày

- Tả:

Lựa chọn 1: azythromycin 6-20mg/kg x 1 lần duy nhất x 5 ngày

Thuốc thay thế: erythromycin, trẻ em 40mg/kg x 3 ngày

Trước đây dùng: Tetracyclin chia 4 lần x 5ngày

Hoặc Furazolidon 5mg/kg/ngày x 3 ngày

- Khi cấy phân thấy vi khuẩn gây bệnh cần làm kháng sinh đồ và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ

1.1.3.5. Hidrasec (Racecadotril)

Ngày đầu tiên dùng liều khởi đầu 1 liều x 4 lần/ngày. Những ngày sau 3 liều/ngày, tối đa 7 ngày. Dạng gói 10 mg và 30 mg: trẻ 1-9 tháng tuổi (9 kg) 1gói 10 mg/liều. 9-30 tháng (9-13 kg) 2 gói 10mg/liều, 30tháng- 9tuổi (13-27kg) 1gói 30 mg/ngày, trên 9 tuổi (>27 kg) 2 gói 30 mg/ngày. Nuốt nguyên vẹn cả bột trong gói hoặc khuấy đều trong thức ăn, cốc nước uống hoặc bình sữa phải được uống ngay lập tức. Dạng viên 100 mg: người lớn và trẻ em >15 tuổi 1 viên 100 mg x 3 lần/ngày.

1.1.3.6. Bổ sung kẽm

(biệt dược Nutrozin C: 10mg= 5ml)

+ Trẻ <6 tháng: 10mg/ngày

+ Trẻ >6 tháng: 20 mg/ngày

Thời gian: 10-14 ngày

1.1.3.7. Không dùng thuốc chống nôn cầm ỉa, kháng sinh dùng đúng chỉ định.

1.2. Phân loại, xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp

1.2.1. Định nghĩa

NKHHCT ở trẻ em là những bệnh nhiễm trùng cấp tính đường hô hấp do vi khuẩn hoặc virus gây nên

1.2.2. Tác nhân gây bệnh

1.2.2.1. Virus (60-70%): Virus hợp bào hô hấp (Respiratory Syncytial virus); Virus cúm (Influenzae virus); Virus á cúm (Parainfluenzae virus); Virus sởi; Adenovirus; Rhinovirus; Enterovirus; Coronavirus

1.2.2.2. Vi khuẩn: Haemophilus influenzae; Streptococcus pneumoniae; Moracella catarrhalis; Staphylococcus aureus; Bordetella; Klebsiella pneumoniae; Chlamydia trachomatis; Các loại vi khuẩn khác

1.2.3. Yếu tố thuận lợi

- Tuổi: tuổi càng nhỏ càng dễ bị NKHHCT, thường gặp chủ yếu ở trẻ dưới 3 tuổi.
- Thời tiết: bệnh thường gặp vào mùa đông xuân, thời tiết lạnh, thay đổi độ ẩm và chuyển mùa (tháng 4-5 và tháng 9-10 là những tháng chuyển mùa từ xuân sang hè và từ hè chuyển sang thu đông).
- Môi trường: môi trường vệ sinh kém nhà ở chật chội, ẩm thấp, nhiều bụi khói (thuốc lá, bếp than...).
- Yếu tố dinh dưỡng, bệnh tật: NKHHCT hay gặp ở trẻ suy dinh dưỡng, đẻ non, không được bú sữa mẹ, tim bẩm sinh, tiêu chảy kéo dài...
- Cơ địa: những trẻ có cơ địa dị ứng, thể tạng tiết dịch...

1.2.4. Phân loại

1.2.4.1. Phân loại theo vị trí giải phẫu

Có nhiều cách nhưng hiện nay người ta đã thống nhất lấy nắp thanh quản làm ranh giới. Nếu tổn thương trên nắp thanh quản là NKHH trên, tổn thương các bộ phận dưới nắp thanh quản là NKHH dưới.

Nhiễm khuẩn hô hấp trên bao gồm ho, cảm lạnh, viêm tai giữa, viêm mũi họng (trong đó có viêm VA, amidan...) phần lớn các trường hợp NKHHCT ở trẻ em là nhiễm khuẩn đường hô hấp trên (70-80%) và thường là nhẹ.

Nhiễm khuẩn hô hấp dưới ít gặp hơn và thường là nặng bao gồm các trường hợp viêm thanh quản, khí quản, phế quản, tiểu phế quản và viêm phổi màng phổi.

1.2.4.2. Phân loại theo mức độ nặng nhẹ

Thường được sử dụng trong thực tế để xây dựng phác đồ chẩn đoán và xử trí.

- NKHHCT có thể nhẹ (không viêm phổi) không cần dùng kháng sinh, chăm sóc tại nhà.

- NKHHCT thể vừa (viêm phổi) dùng kháng sinh điều trị tại nhà, trạm y tế.

- NKHHCT thể nặng (viêm phổi nặng) đến bệnh viện điều trị.

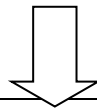
- NKHHCT thể rất nặng (viêm phổi rất nặng hoặc bệnh rất nặng) cần điều trị cấp cứu tại bệnh viện.

Bảng 1. Phân loại và xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (đối với trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi)

Dấu hiệu	- Không uống được - Co giật - Ngủ li bì khó đánh thức - Thở rít khi nằm yên - Suy dinh dưỡng nặng	
Xếp loại	Bệnh rất nặng	
Xử trí	- Gửi cấp cứu đi bệnh viện - Cho liều kháng sinh đầu - Điều trị sốt (nếu có) - Điều trị khò khè (nếu có) - Nếu nghi ngờ sốt rét cho uống thuốc chống sốt rét	

Dấu hiệu	Co rút lồng ngực	- Không co rút lồng ngực - Thở nhanh	- Không co rút lồng ngực - Thở nhanh
Xếp loại	Viêm phổi nặng	Viêm phổi	Không viêm phổi (Ho cảm lạnh)
Xử trí	- Gửi cấp cứu đi bệnh viện - Cho liều kháng sinh đầu	Hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tại nhà - Cho một kháng sinh (T1) - Điều trị sốt (nếu có)	- Nếu ho trên 30 ngày cần đến bệnh viện khám tìm nguyên nhân - Đánh giá và xử trí vấn đề

	<ul style="list-style-type: none"> - Điều trị sốt (nếu có) - Điều trị khò khè (nếu có) - Nếu không có điều kiện chuyên đi bệnh viện phải điều trị với một kháng sinh và theo dõi sát sao. 	<ul style="list-style-type: none"> - Điều trị khò khè (nếu có) - Theo dõi sát sau 2 ngày (hoặc sớm hơn nếu tình trạng xấu) phải đánh giá lại. 	<ul style="list-style-type: none"> tai hoặc họng (nếu có) - Hướng dẫn bà mẹ - Điều trị sốt (nếu có) - Điều trị khò khè (nếu có)
--	--	---	---



Dấu hiệu	Sau 2 ngày điều trị với 1 kháng sinh cần đánh giá lại, nếu:		
	Tình trạng xấu hơn: <ul style="list-style-type: none"> - Không uống được - Co rút lồng ngực - Các dấu hiệu nguy kịch khác 	Không đỡ: (Vẫn thở nhanh nhưng không co rút lõm lồng ngực và dấu hiệu nguy kịch)	Khá hơn: <ul style="list-style-type: none"> - Thở chậm hơn - Giảm sốt - Ăn uống tốt hơn
Xử trí	Gửi cấp cứu đi bệnh viện	Thay kháng sinh hoặc gửi đi bệnh viện	Cho kháng sinh đủ 5 ngày

Bảng 2. Phác đồ xử trí nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (Đối với trẻ dưới 2 tháng tuổi)

Dấu hiệu	<ul style="list-style-type: none"> - Bú kém hoặc bỏ bú - Co giật - Ngủ li bì khó đánh thức - Thở rít khi nằm yên - Khò khè - Sốt hoặc hạ nhiệt độ 	
Xếp loại	Bệnh rất nặng	
Xử trí	<ul style="list-style-type: none"> - Gửi cấp cứu đi bệnh viện - Giữ ấm cho trẻ - Cho liều kháng sinh đầu 	

Dấu hiệu	Co rút lồng ngực mạnh Hoặc thở nhanh (≥ 60 lần/phút)	<ul style="list-style-type: none"> - Không co rút lồng ngực mạnh - Không thở nhanh (< 60 lần/ phút)
----------	---	---

Xếp loại	Viêm phổi nặng	Không viêm phổi (ho, cảm lạnh)
Xử trí	<ul style="list-style-type: none"> - Gửi cấp cứu đi bệnh viện - Giữ ấm cho trẻ - Cho liều kháng sinh đầu (nếu không có điều kiện gửi đi bệnh viện phải điều trị với 1 kháng sinh và theo dõi sát) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hướng dẫn bà mẹ theo dõi - Chăm sóc tại nhà - Tăng cường cho con bú - Làm sạch mũi nếu gây cản trở bú - Đưa trẻ đến bệnh viện nếu: <ul style="list-style-type: none"> + Thở trở lên khó khăn + Nhịp thở nhanh + Ăn kém, cho ăn khó khăn + Trẻ ốm hơn, mệt hơn

1.2.5. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em

1.2.5.1. Kháng sinh

Các loại kháng sinh có tác dụng tốt đối với các vi khuẩn gây bệnh (NKHHCT là penicillin, amoxicillin, cotrimoxazol, gentamycin, chloramphenicol và cephalosporin.

Chỉ định sử dụng kháng sinh tuyến 1 (tại nhà và y tế cơ sở)

- Viêm phổi (không nặng) ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi, cán bộ y tế cơ sở và các bà mẹ có thể dùng 1 trong các kháng sinh sau:

- + Cotrimoxazol uống
 - + Amoxicillin uống
 - + Penicillin G (Benzyl penicillin)
- } Trong thời gian 5-7 ngày

- Trường hợp viêm phổi nặng phải gửi đi bệnh viện điều trị, trước khi gửi đi cần cho trẻ 1 liều kháng sinh đầu tiên (có thể tiêm 1 mũi penicillin hoặc uống 1 liều cotrimoxazol). Nếu bệnh viện gần (khoảng cách từ nhà đến bệnh viện <5 km thời gian đi bộ dưới 1 giờ) thì không cần cho liều kháng sinh đầu mà đưa trẻ đến bệnh viện ngay.

Bảng 3. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh tuyến 1

Tuổi hoặc cân nặng	Cotrimoxazole			Amoxicillin		Benzyl penicilline
	Trimethoprim: 2 lần/ ngày x 5-7 ngày			3 lần/ ngày x 5-7 ngày		
	Viên người lớn 80mgTMP + 400mgSMX	Viên trẻ em 20mgTMP + 100mgSMX	Sirô 40mgTMP + 200mgSMX	Viên 250mg	Sirô 125mg trong 5ml (ml)	Dạng bột pha với nước cất Lọ: 500.000đv 1000.000
Dưới 2 tháng	1/4	1	2.5	1/4	2,5	100.000 đv/kg/lần x 2

(<5kg)						lần/ ngày hoặc 50.000 ^{đv} /lần x 4 lần/ ngày
2 tháng - 12 tháng (6-9kg)	1/2	2	5	1/2	5	
1-5 tuổi (10- 19kg)	1	3	7,5	1	10	

- Theo tổ chức Y tế Thế giới, phenoxymethyl penicilline (pen V) tác dụng rất kém đối với các loại vi khuẩn gây viêm phổi ở trẻ em. Ví dụ đối với *H.influenzae* với liều 5mg/ml thì 10 lần kém nhạy cảm hơn benzyl penicillin. Phenoxymethyl penicillin uống không đảm bảo nồng độ cao trong máu để có thể diệt vi khuẩn vì vậy không dùng điều trị viêm phổi, viêm tai giữa cấp mà chỉ dùng trong điều trị viêm họng liên cầu với liều lượng 12,5mg/kg/ lần, ngày 4 lần hoặc có thể uống ngày 2 lần, mỗi lần 25mg/kg.
- Cotrimoxazol là kháng sinh phổ rộng, tác dụng với nhiều vi khuẩn kể cả tụ cầu, có thể dùng điều trị viêm phổi kê cả dưới 2 tháng tuổi, nhưng không nên dùng cho trẻ sơ sinh đẻ non và có vàng da.

Có thể dùng benzyl penicillin bắp trong trường hợp viêm phổi.

Trường hợp NKHHCT nặng (viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng) cần được điều trị tại bệnh viện và sử dụng kháng sinh tuyến 2.

Có thể sử dụng một trong các công thức điều trị sau đây:

- Benzyl penicillin
- Benzyl penicillin kết hợp gentamycin.
- Chloramphenicol
- Cephalosporin

Nếu nghi ngờ do tụ cầu, ngoài benzyl penicillin kết hợp gentamycin có thể dùng chloxacillin + gentamycin.

Bảng 4. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh tuyến 2

Kháng sinh Tuổi	Benzyl penicillin	Gentamycin TB hoặc TM	Chloramphenicol TB hoặc TM	Oxacillin uống tiêm bắp hoặc TM
2 tháng đến <5 tuổi	Tiêm bắp hoặc TM 50.000 ^{đv} /kg/lần x 4 lần/ ngày hoặc 100.000 ^{đv} /lần x 2 lần/ ngày	2,5mg/kg/ lần x 3 lần/ ngày	25mg/kg/lần x 4 lần/ngày	
< 1 tuần	50.000 ^{đv} /kg/lần x 2 lần/ ngày	2,5mg/kg/lần x 2 lần/ ngày		25mg/kg/lần x 2 lần/ ngày
1 tuần - < 2 tháng	50.000 ^{đv} /kg/lần x 3 lần/ ngày			25mg/kg/lần x 3 lần/ ngày

1.2.5.2. Điều trị triệu chứng

- Nếu sốt dưới 39°C cho trẻ uống nhiều nước, có thể đắp khăn lạnh (trường hợp viêm phổi nặng không nên chườm lạnh).
- Nếu sốt cao (>39°C): dùng paracetamol 10mg/kg/lần cho trẻ trên 3 tuổi, 6 giờ có thể uống 1 lần.
- Điều trị khò khè:
 - Có thể sử dụng salbutamol khí dung liều 0,5ml + 2 ml nước cất.
 - Sau đó cho uống salbutamol viên 2mg - Trẻ dưới 1 tuổi uống 1/2 viên/ lần x 3 lần/ngày. Trẻ trên 1 tuổi 1 viên/lần x 3 lần/ngày.
- Giảm ho: chỉ dùng khi ho nặng kéo dài ảnh hưởng đến sức khỏe, nên dùng các loại thuốc ho dân tộc như hoa hồng bạch, quả quất, mật ong, chanh...
- Trường hợp NKHHCT nặng và rất nặng cần đưa đến bệnh viện để điều trị triệt để, thở oxy, hô hấp hỗ trợ...

1.2.5.3. Hướng dẫn chăm sóc tại nhà

Chăm sóc tại nhà cho trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi

<ul style="list-style-type: none"> - Tiếp tục cho trẻ ăn khi ốm - Bồi dưỡng thêm khi trẻ khỏi bệnh - Làm thông thoáng mũi - Cho trẻ uống đủ nước - Cho bú nhiều lần 	<p>Điều trị ho và đau họng bằng thuốc nam cần chú ý đưa trẻ đến y tế khám lại khi có các dấu hiệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khó thở hơn - Thở nhanh hơn - Bú kém - Mệt nặng hơn.
--	--

Chăm sóc tại nhà cho trẻ dưới 2 tháng

<ul style="list-style-type: none"> - Giữ ấm cho trẻ - Cho bú thường xuyên hơn - Làm thông thoáng mũi 	<p>Đưa trẻ đến y tế khám lại khi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khó thở hơn - Thở nhanh hơn - Bú kém - Mệt nặng hơn
---	--

1.3. Chuyển tuyến

Khi chuyển 1 trẻ đi bệnh viện cần thực hiện 4 bước sau đây:

1.3.1. Giải thích cho bà mẹ lý do cần phải chuyển tuyến để bà mẹ đồng ý đưa trẻ đi

Nếu bà mẹ không muốn đưa trẻ đi bệnh viện, phải tìm hiểu lý do tại sao. Lý do có thể là:

- Bà mẹ nghĩ rằng ở bệnh viện là nơi người bệnh hay chết và sợ rằng con mình cũng sẽ chết tại bệnh viện.
- Bà mẹ không thể ở lại bệnh viện để chăm sóc trẻ vì:
 - + Không có ai chăm sóc trẻ khác ở nhà
 - + Cần làm ruộng, nương...
 - + Có thể bị mất việc làm
- Bà mẹ không có tiền để trả tiền xe đưa con đi bệnh viện, không có tiền thanh toán viện phí hoặc mua thuốc, thức ăn trong thời gian ở lại bệnh viện chăm sóc con.

1.3.2. Làm cho bà mẹ an tâm và giúp bà mẹ giải quyết khó khăn

Chẳng hạn:

- Nếu bà mẹ sợ con mình chết ở bệnh viện, giải thích cho bà mẹ ở bệnh viện thầy thuốc có nhiều kinh nghiệm, có thuốc và trang thiết bị tốt để điều trị cho trẻ.
- Giải thích cho bà mẹ về việc điều trị cho trẻ ở bệnh viện và những điều trị này sẽ giúp trẻ như thế nào
- Nếu bà mẹ cần sự giúp đỡ ở nhà trong khi phải ở viện, hỏi và gợi ý xem ai có thể là thay công việc đó. Ví dụ như chồng, em gái hoặc mẹ có thể trông và chăm sóc những trẻ khác khi bà mẹ phải ở lại bệnh viện.
- Thảo luận với bà mẹ cách chuyển trẻ đi bệnh viện, giúp đỡ phương tiện nếu cần.

Bạn có thể giúp được bà mẹ giải quyết những vấn đề để đảm bảo chắc chắn bà mẹ sẽ đưa trẻ đi bệnh viện. Tuy nhiên, bạn nên làm tất cả những gì có thể được để giúp đỡ bà mẹ. Nếu bà mẹ không thể đưa trẻ đi bệnh viện được bạn cần điều trị trẻ tại sở y tế.

1.3.3. Viết giấy chuyển viện

Nội dung giấy chuyển viện:

- Ngày và giờ chuyển đi bệnh viện
- Tên và tuổi của trẻ
- Lý do chuyển đi bệnh viện (dấu hiệu, triệu chứng để phân loại bệnh nặng)
- Thuốc đã điều trị
- Những thông tin khác mà cán bộ y tế ở bệnh viện rất cần biết để chăm sóc trẻ như điều trị trước khi chuyển viện hoặc tiêm chủng cần thiết...
- Tên trạm y tế và cán bộ chuyển trẻ bệnh

1.3.4. Hướng dẫn cho mẹ chăm sóc trẻ trên đường đi

- Nếu bệnh viện ở xa, cho thêm 1 liều thuốc kháng sinh và nói với bà mẹ khi nào cho trẻ uống trên đường đi (liều dùng theo hướng dẫn điều trị trẻ bệnh). Nếu bạn cho rằng bà mẹ có thể sẽ không đưa trẻ đi bệnh viện, hãy cho trẻ 1 lượng thuốc kháng sinh đủ cho cả đợt điều trị và hướng dẫn bà mẹ cách dùng thuốc cho trẻ.
- Khuyến bà mẹ tiếp tục cho trẻ bú mẹ
- Nếu có mất nước hoặc mất nước nặng hoặc hội chứng sốc, sốt dengue hoặc khả năng sốt xuất huyết dengue nặng, nhắc bà mẹ cho trẻ thường xuyên uống dung dịch ORS bằng thìa trên đường đi tới bệnh viện nếu trẻ có thể uống được.

2. CHĂM SÓC TRẺ SINH NON, HẠ THÂN NHIỆT VÀ CHUYỂN TUYẾN

2.1. Chăm sóc trẻ sinh non

2.1.1. Dấu hiệu nhận biết trẻ đẻ non

Đẻ non là một cuộc chuyển dạ xảy ra từ tuần 22 đến trước tuần thứ 37 của thai kỳ tính từ ngày đầu tiên của kỳ kinh cuối cùng.

Theo tuổi thai:

Sơ sinh non tháng	Tuổi thai
Muộn	34 tuần đến dưới 37 tuần
Vừa	32 tuần đến dưới 34 tuần
Rất non	dưới 32 tuần
Cực non	dưới 28 tuần

Theo cân nặng lúc sinh:

Sơ sinh nhẹ cân	Cân nặng lúc sinh
Vừa	Dưới 2500g
Rất nhẹ cân	Dưới 1500g
Cực nhẹ cân	Dưới 1000g

2.1.2. Những dấu hiệu của trẻ đẻ non

- Cân nặng < 2500g.
- Chiều dài < 45cm.
- Da: càng đẻ non da càng mỏng, đỏ, nhiều mạch máu dưới da rõ, tổ chức mỡ dưới da kém phát triển, trên da có nhiều lông tơ, tổ chức vú và đầu vú chưa phát triển.
- Tóc: ngắn, mềm < 2cm.
- Móng chi mềm, không chùm các ngón.
- Hệ thống xương mềm, đầu to so với tỉ lệ cơ thể (1/4), các rãnh xương sọ chưa liền, thóp rộng, lồng ngực dẹp, tai mềm, sụn vành tai chưa phát triển.
- Các chi luôn ở trong tư thế duỗi, trương lực cơ mềm, cơ nhẽo.
- Sinh dục ngoài:

+ Trẻ trai: tinh hoàn chưa xuống hạ nang, da bìu phù mọng.

+ Trẻ gái: môi lớn không che kín môi bé và âm vật, không có hiện tượng biến động sinh dục như hành kinh sinh lý hoặc rụng trứng.

- Thần kinh: luôn li bì, ức chế, khóc yếu, các phản xạ yếu hoặc chưa có.

2.1.3. Những nguy cơ và biến chứng

Hạ thân nhiệt, suy hô hấp, bệnh màng trong, vàng da nhân, hạ đường huyết, viêm ruột hoại tử, nhiễm trùng, thiếu máu, xuất huyết não, suy dinh dưỡng

2.1.4. Chăm sóc và nuôi dưỡng tại tuyến y tế cơ sở

Sự phát triển của trẻ thấp cân và non tháng phụ thuộc rất nhiều vào sự nuôi dưỡng, chăm sóc và điều kiện môi trường xung quanh trẻ ngay từ khi lọt lòng với nguyên tắc cơ bản là giữ ấm, sữa mẹ và vô khuẩn.

Giữ ấm cho trẻ: vì để lạnh trẻ dễ bị phù cứng bì làm trầm trọng thêm bệnh lý của trẻ, có 2 phương pháp trợ giúp trẻ sơ sinh non tháng và nhẹ cân duy trì thân nhiệt là ủ ấm trong lồng ấp và phương pháp chuột túi.

Lồng ấp

- Trẻ < 2000g cần duy trì nhiệt độ lồng ấp 33 - 34°C.
- Trẻ < 1500g cần duy trì nhiệt độ lồng ấp 34-35°C.
- Nhiệt độ trong phòng nuôi trẻ cần giữ 28 - 32°C.

Phương pháp chuột túi

- Đặt trẻ nằm da áp da trên lồng ngực mẹ phủ áo hoặc chăn bên ngoài, ủ ấm trẻ bằng nhiệt độ của cơ thể người mẹ. Phương pháp này dễ thực hiện, đơn giản, tiện lợi, kinh tế và có nhiều ưu điểm sau:
 - Giảm được tỷ lệ bệnh lây lan trong bệnh viện.
 - Giữ được thân nhiệt cho trẻ.
 - Giúp trẻ thở đều hơn.
 - Tránh nôn, trào ngược từ dạ dày.

- Gắn bó tình cảm giữa mẹ và con.
- Nếu mẹ mệt, bố hay người thân trong gia đình có thể thay thế để chăm sóc trẻ theo phương pháp da áp da.

Dinh dưỡng

- Nguyên tắc cơ bản:
 - Ưu tiên sữa mẹ.
 - Ăn sớm tránh hạ đường huyết cho trẻ.
 - Cho bú nhiều lần trong ngày.
 - Lượng sữa tăng từ từ.
 - Trẻ không bú được phải đồ thìa.
- Trẻ quá non (< 1500g) phải kết hợp truyền dung dịch Glucoza 10% theo đường tĩnh mạch (tại bệnh viện).
- Trẻ < 34 tuần chưa có khả năng mút vú thì cho ăn bằng thìa và cốc sạch, đun sôi hoặc bằng bơm qua ống thông dạ dày (8 - 10 lần/ngày) hoặc vắt sữa mẹ từng giọt vào miệng trẻ.
- Bổ sung:
 - Vitamin D: 80 - 100 đv/ngày.
 - Vitamin C: 50mg/ngày.
 - Vitamin E: 5 - 10UI lần/ngày.
 - Vitamin K1: tiêm bắp 1 lần duy nhất ngay sau đẻ với liều: 0,5mg cho trẻ dưới 1500g, 1mg cho trẻ trên 1500g.

2.1.5. Vệ sinh chăm sóc da và rốn

Vệ sinh chăm sóc phải đảm bảo vô khuẩn.

Tắm bé hàng ngày bằng nước sạch, ấm và khăn mềm, với cháu non tháng vừa cần tắm nửa người trên của bé, lau khô, ủ ấm rồi mới tiếp tục tắm nốt phần còn lại, với trẻ quá non cần có kỹ thuật tắm bé trong lồng ấp.

Thay băng rốn và sát khuẩn bằng cồn 70°eg hàng ngày sau khi tắm bé cho tới khi rốn rụng và khô thành sẹo.

2.1.6. Theo dõi

- Vì trẻ non tháng và nhẹ cân sẽ gặp phải nhiều nguy cơ bệnh lý trong thời kỳ sơ sinh, do vậy ta phải theo dõi sát một số các dấu hiệu rối loạn phát hiện sớm bệnh lý xảy ra như viêm phổi sơ sinh, viêm ruột, xuất huyết não màng não... Để điều trị hoặc chuyển tuyến kịp thời.
- Rối loạn hô hấp: thở nhanh >60 lần/1 phút.
- Nôn, sặc (phải xử trí hút thông đường hô hấp tại chỗ trước khi chuyển).
- Màu sắc da mặt, môi và các đầu chi.
- Rối loạn tiêu hoá: số lần đại tiện, số lượng, tính chất và màu sắc phân.

- Phát hiện sớm các bất thường về cơ, xương, khớp, thị giác, thính giác và vận động của trẻ để điều trị hoặc chuyên tuyến kịp thời.
- Chuyển sơ sinh non tháng và nhẹ cân lên tuyến trên phải ủ ấm bằng phương pháp da áp da.

2.2. Chăm sóc trẻ hạ thân nhiệt

2.2.1. Nguyên nhân, triệu chứng hạ nhiệt độ

- Nguyên nhân: Trẻ sơ sinh non tháng và nhẹ cân do thiếu lớp mỡ dưới da; trẻ không được bú sữa mẹ dẫn tới giảm sinh nhiệt; trẻ suy sinh dưỡng; trẻ dễ ngạt; thời tiết lạnh.

- *Biểu hiện lâm sàng:*

- + Mức độ nhẹ: Thường không có triệu chứng.
- + Mức độ trung bình: Bú kém, chân tay lạnh.
- + Mức độ nặng: Li bì, ít vận động, khóc yếu, có dấu hiệu suy hô hấp.

2.2.2. Các phương pháp ủ ấm

Ổ cuộn

Dụng cụ: 1 chiếc chăn to và 2 chiếc chăn nhỏ hơn. Các bước tiến hành như hình vẽ.



Ủ ấm bằng chăn

- Gập 1 góc chăn lại,
- Đặt toàn bộ cơ thể trẻ lên chăn
- Quấn kín phần đầu cho trẻ rồi quấn toàn bộ thân trẻ trong chăn.

Tiếp xúc da kề da

- Trẻ được đóng bím, đội mũ, đi tất tay, tất chân.
- Bế trẻ bằng một bàn tay nâng dưới cổ và lưng trẻ, tay kia bế nâng phần mông của trẻ.
- Nâng nhẹ phần dưới cằm để giữ đầu, cổ trẻ không bị gập xuống làm cản trở đường thở của trẻ.
- Đặt trẻ lên ngực mẹ, nằm sấp giữa hai bầu vú mẹ ở tư thế thẳng đứng, ngực trẻ áp vào ngực mẹ, đầu trẻ nằm quay về 1 bên, má của trẻ tựa vào phần trên của ngực mẹ, bụng trẻ áp vào phần trên bụng người mẹ; hai tay trẻ dang rộng đặt trên hai bầu vú mẹ, hai chân áp trên bụng mẹ, giống tư thế con ếch bám vào người mẹ.
- Mẹ một tay giữ đầu, tay kia đưa hai bàn chân trẻ ra khỏi phần dưới áo chun, rồi kéo phần trên của áo đến ngang tai trẻ.
- Đổi tay giữ đầu, kéo áo cho hoàn chỉnh. Sau cùng kéo phần dưới áo phủ xuống hai bàn chân trẻ.



Chú ý: Không đặt trẻ ở tư thế nằm ngang; không quấn, bó khăn quanh người trẻ; không chuyển trẻ ra khỏi vị trí quá nhiều lần, nhiều giờ trong ngày sẽ hạn chế môi tương tác mẹ - con và nuôi con bằng sữa mẹ.

2.3. Chuyển tuyến an toàn cho trẻ sơ sinh

2.3.1. Nhận định các dấu hiệu cần chuyển tuyến ở trẻ sơ sinh

- Mục tiêu của chuyển tuyến là cho phép bệnh nhi được điều trị hiệu quả hơn tuy nhiên việc vận chuyển có thể làm tăng nguy cơ rủi ro cho người bệnh do đó cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ trước khi tiến hành vận chuyển bệnh nhi.
- Các nhóm bệnh lý cần chuyển tuyến: đẻ non, bệnh màng trong, các bất thường bẩm sinh: tim mạch, hô hấp, ngoại khoa, thiếu oxy não cục bộ, hội chứng hít phân su
- Xử trí ban đầu cho bệnh nhi trước khi vận chuyển có ý nghĩa vô cùng quan trọng để giảm bớt tỷ lệ tử vong.

- Ưu tiên trước khi xử trí ban đầu cũng như khi vận chuyển là phải nhanh chóng và tôn trọng nguyên tắc theo thứ tự A, B, C, D, E
 - + A: Đường thở: Đánh giá, mở thông đường thở và cố định cột sống cổ trong trường hợp chấn thương.
 - + B – Hô hấp: Đánh giá và đảm bảo hô hấp, kiểm soát thông khí.
 - + C – Tuần hoàn: Đánh giá và hỗ trợ tuần hoàn, kiểm soát chảy máu.
 - + D – Thần kinh: Đánh giá mức độ ý thức và các tổn thương khác.
 - + E – Khám toàn thân: Phát hiện các tổn thương toàn thể.

2.3.2. Chuyển trẻ an toàn

2.3.2.1. Liên hệ với tuyến chuyển đến

- Liên lạc bằng điện thoại trước khi chuyển.
- Các thông tin cần trao đổi: tình trạng bệnh tật, các thuốc điều trị, tham khảo ý kiến chuyên môn, phương tiện chuyển và ước tính thời gian đến.

2.3.2.2. Chuẩn bị cán bộ, phương tiện và trang thiết bị cho chuyển tuyến

- Cán bộ: cán bộ chuyên môn đi kèm biết chăm sóc sơ sinh cơ bản, cấp cứu ngừng tim, ngừng thở.
- Phương tiện vận chuyển: Tùy điều kiện tại TYT, sử dụng các phương tiện vận chuyển thích hợp sẵn có với nguyên tắc là đảm bảo an toàn cho trẻ trong suốt quá trình chuyển tuyến. Nếu có xe cứu thương thì xe phải có đèn đủ sáng để có thể theo dõi, chăm sóc trên đường chuyển, xe phải bảo đảm vệ sinh sạch sẽ.
- Dụng cụ và thuốc cần mang theo: bảo đảm có đủ, vô khuẩn và sử dụng được.

Các loại dụng cụ cần thiết và các loại thuốc thiết yếu

- Bóng, mặt nạ dùng cho trẻ sơ sinh.
- Bình/túi oxygen đủ dùng trong quá trình chuyển.
- Ống thông, bộ dây nối thở oxygen, ống thông dạ dày, hút dịch; bơm tiêm.
- Ống nghe; nhiệt kế, máy hút đờm.
- Dụng cụ/thiết bị ủ ấm.
- Dụng cụ đo độ bão hòa oxygen qua da, nếu có điều kiện.
- Dịch truyền: glucose 10 %; natri clorid 0,9%; natri bicarbonat 4,2 %.
- Phenobacital, Adrenalin 1%, Kháng sinh (gentamicin, penicilin).

2.3.2.3. Chuẩn bị chuyển tuyến

- Bảo đảm đã giải thích kỹ cho gia đình lý do phải chuyển tuyến và được gia đình đồng ý. Nên chuyển mẹ đi cùng trẻ.
- Tình trạng người bệnh tương đối ổn định, có thể duy trì được các chức năng sống trên đường chuyển.

- Trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định nhiễm khuẩn nặng: tiêm bắp (mông) cho trẻ 1 liều kháng sinh: gentamicin 2,5 mg/kg và penicilin 50.000 đv/kg (chú ý phải pha loãng gentamicin trước khi dùng với nồng độ 10 mg/ml).
- Nếu trẻ mất nước nặng: bồi phụ nước và điện giải.
- Giấy chuyển tuyến.

2.3.2.4. Chăm sóc và theo dõi trên đường chuyển tuyến

- Cần đặc biệt chú ý:
 - + Giữ ấm cho trẻ: tốt nhất là đặt trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ hoặc người đi cùng trong suốt quá trình chuyển.
 - + Có nhân viên y tế đi kèm và có các trang thiết bị, thuốc thiết yếu cho cấp cứu trên đường chuyển.
 - Nếu có điều kiện, liên hệ với tuyến trên yêu cầu hỗ trợ đón người bệnh hoặc hướng dẫn và hỗ trợ xử trí tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.
 - Trước khi chuyển:
 - + Giấy chuyển tuyến bao gồm các thông tin về tình trạng bệnh của trẻ, các chăm sóc/xử trí đã làm; các vấn đề liên quan đến cuộc đẻ và tình trạng bà mẹ.
 - + Trường hợp nghi ngờ hoặc đã xác định nhiễm khuẩn nặng: tiêm bắp (mông) cho trẻ 1 liều kháng sinh: gentamicin 2,5 mg/kg và penicilin 50.000 đv/kg (chú ý phải pha loãng gentamicin trước khi dùng với nồng độ 10 mg/ml).
 - + Bảo đảm giữ ấm cho trẻ trước và trong khi chuyển, khuyến khích để trẻ tiếp xúc da kề da với mẹ/người nhà.
 - + Bảo đảm cho ăn và dịch truyền
 - Theo dõi: diễn biến bệnh và các dấu hiệu sinh tồn.

Xử trí các tình huống: nếu trẻ có các vấn đề nghiêm trọng (ngừng thở/tim hoặc co giật) thì cần dừng xe để xử trí. Không nên đi nhanh đến tuyến chuyển tuyến mà không xử trí.

2.3.2.5. Ở cơ sở tiếp nhận tuyến trên

Bàn giao người bệnh, các hồ sơ liên quan, các diễn biến và xử trí trên đường chuyển tuyến.

3. CẤP CỨU NGỪNG THỞ

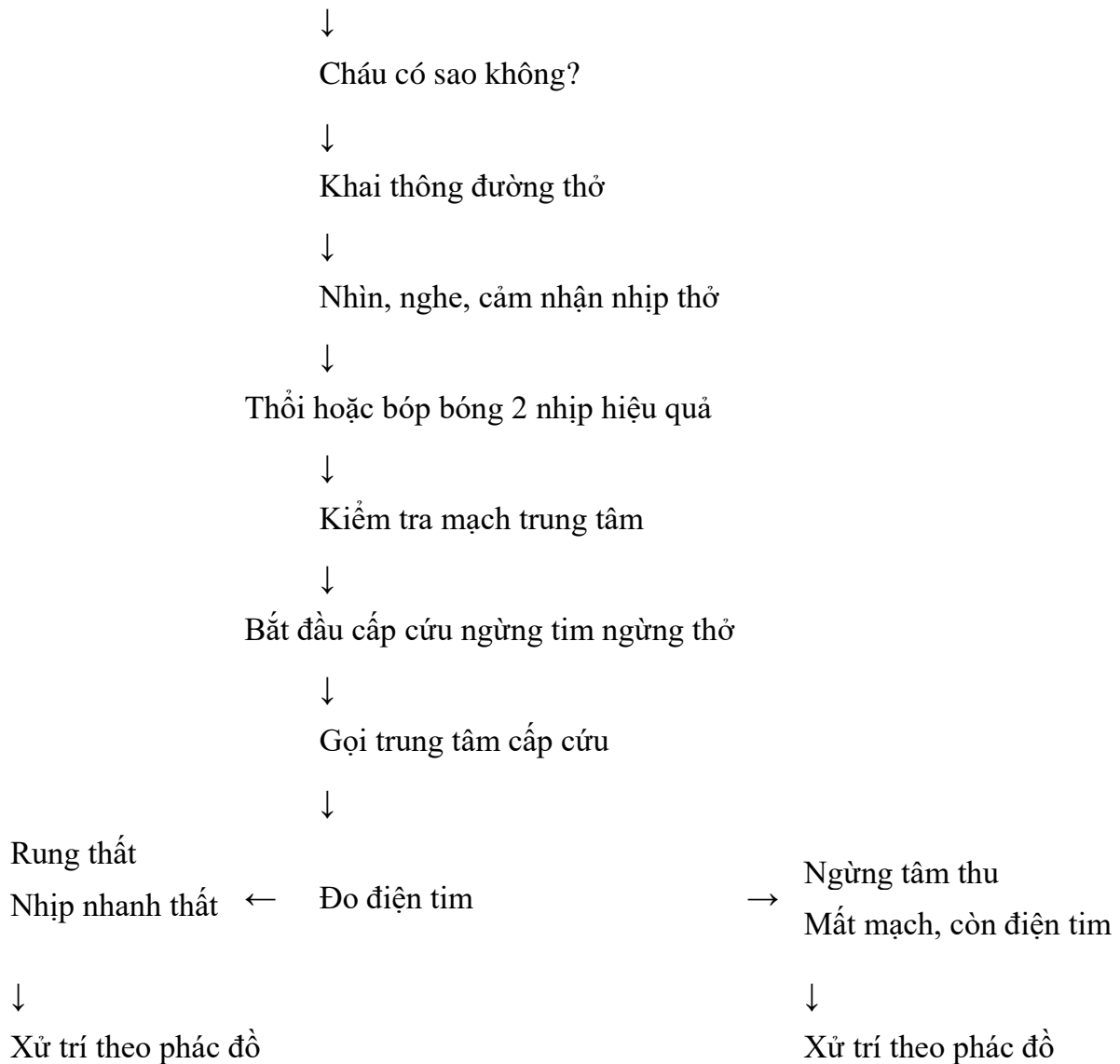
3.1. Đại cương

Ở trẻ em, ngừng thở thường là hậu quả của tình trạng suy hô hấp cấp; ngừng tim thường xảy ra sau ngừng thở.

Nếu ngừng thở ngừng tim trên 4 phút não sẽ bị tổn thương, trên 10 phút não sẽ bị tổn thương nặng nề hoặc tử vong. Vì vậy, khi ngừng tim ngừng thở cần nhanh chóng cung cấp oxygen và máu cho não.

Nguyên tắc hồi sức cấp cứu là phải tiếp cận an toàn (SAFE)

Tiếp cận an toàn (SAFE)



Hình 1. Lưu đồ tiếp cận trong hồi sức cấp cứu

3.2. Chẩn đoán ngừng thở, ngừng tim

- Hôn mê: lay gọi không tỉnh, kích thích đau không đáp ứng.
- Lồng ngực không di động, nghe và cảm nhận không có hơi thở.
- Không mạch trung tâm (ở trẻ nhũ nhi: mạch khuỷu, mạch bẹn; ở trẻ lớn: mạch cảnh, mạch bẹn-đùi).
- Tím tái, chi lạnh.

3.3. Nguyên tắc

Tiếp cận an toàn SAFE (S: nhanh chóng gọi người hỗ trợ, giúp đỡ; A: tiếp cận thận trọng (người cấp cứu không được để mình trở thành nạn nhân 2); F: đưa trẻ phải được đưa ra khỏi sự nguy hiểm càng nhanh càng tốt; E: đánh giá và xử trí bệnh nhi theo trình tự ABC.

Các bước tiến hành hồi sức cơ bản:

3.3.1. Lay gọi trẻ

Đánh giá đáp ứng của trẻ bằng cách đơn giản là hỏi trẻ “*Cháu có bị sao không?*” và/hoặc lay nhẹ vai trẻ. Những trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ dù quá sợ không trả lời

được, vẫn có thể đáp ứng bằng mở mắt hoặc phát âm những tiếng nhỏ nếu trẻ còn tỉnh. Trong trường hợp chấn thương cột sống cổ, người cấp cứu cần cố định cột sống cổ bằng cách dùng 1 tay giữ nhẹ trên trán, 1 tay lắc nhẹ tay trẻ.

Nếu không đáp ứng nghĩa là bệnh nhi hôn mê, nếu nghi ngờ ngừng tim ngừng thở khi hôn mê thì phải **gọi người giúp đỡ**.

3.3.2. Đường thở

Đánh giá sự thông thoáng đường thở bằng cách: *nhìn* di động của lồng ngực và bụng, *lắng nghe* âm thở và *cảm nhận* nhịp thở. Cấp cứu viên nghiêng đầu phía trên mặt của trẻ với tai phía trên mũi-má phía trên miệng trẻ-mắt nhìn dọc theo lồng ngực của trẻ trong vòng 10 giây.

Tắc nghẽn đường thở có thể là nguyên nhân đầu tiên gây ngừng tim ngừng thở, cho nên khi giải quyết được tốt nguyên nhân này thì trẻ có thể hồi phục lại mà không cần can thiệp gì thêm.

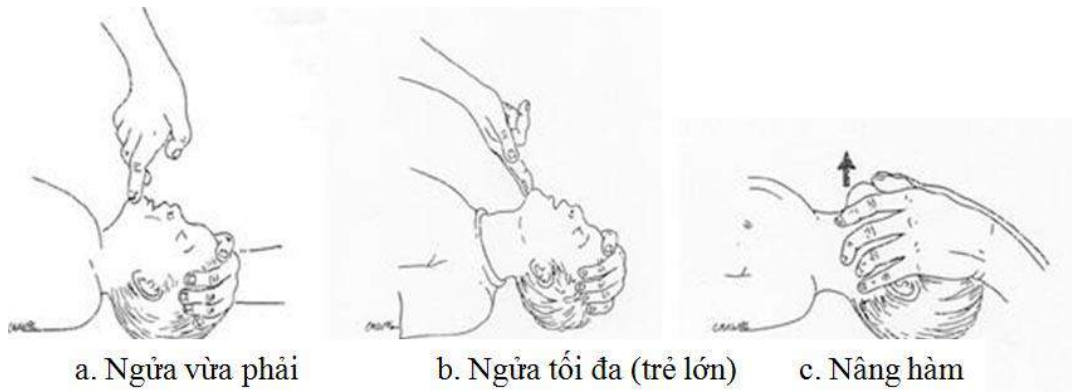


Hình 1: Nhìn, nghe và cảm nhận hơi thở

Nếu trẻ khó thở nhưng vẫn tỉnh táo thì phải đưa trẻ đến bệnh viện càng nhanh càng tốt. Bình thường, trẻ tự tìm một tư thế thoải mái, thích hợp để duy trì sự thông thoáng đường thở. Vì vậy không nên ép trẻ phải ở tư thế không thích hợp. Những nỗ lực nhằm cải thiện từng phần và duy trì sự thông thoáng đường thở ở những nơi không có sẵn các dụng cụ cấp cứu nâng cao sẽ rất nguy hiểm cho bệnh nhi vì có thể dẫn đến tắc nghẽn đường thở hoàn toàn.

Trẻ không thở được có thể do tụt lưỡi về phía sau làm tắc nghẽn hầu họng. Trong trường hợp này cần làm thủ thuật ngửa đầu- nâng cằm để làm thông đường thở (người cấp cứu viên đặt bàn tay vào trán của trẻ rồi từ từ đẩy ngửa đầu ra phía sau, những ngón tay của bàn tay còn lại để dưới cằm và đẩy ra phía trước). Đối với trẻ nữ nhi, đặt cổ ở tư thế trung gian còn đối với trẻ lớn thì đặt cổ ngửa gần tối đa ra phía sau. Tránh gây tổn thương phần mềm và có thể dùng ngón cái để giữ cho miệng không ngậm lại khi làm thủ thuật.

Trong trường hợp nghi ngờ chấn thương đốt sống cổ thì dùng thủ thuật ấn hàm (dùng 2-3 ngón tay đặt dưới góc hàm 2 bên để đẩy hàm ra phía trước, mô cái và mô út của lòng bàn tay tựa nhẹ lên trán và thái dương của bệnh nhi nhưng không làm ngửa đầu). Nếu cột sống cổ được cố định bằng túi cát, nẹp thì có thể làm thủ thuật ngửa đầu-nâng cằm.



Hình 2: Thủ thuật ngửa đầu – nâng cằm

3.3.3. Quan sát di động lồng ngực và nghe để cảm nhận hơi thở

Nếu đã áp dụng các biện pháp mở thông đường thở mà trẻ vẫn không thở lại (lồng ngực không di động, không nghe và cảm nhận được hơi thở) trong vòng 10 giây thì nên bắt đầu thổi ngạt.

Cấp cứu viên phải phân biệt được nhịp thở có hiệu quả hay không hiệu quả, thở ngáp cá hoặc tắc nghẽn đường thở.

3.3.3.1. Hướng dẫn thổi ngạt

Cần thổi ngạt 5 lần để đạt được 2 nhịp thở có hiệu quả. Trong khi vẫn giữ thông thoáng đường thở, người cấp cứu tiến hành thổi theo phương pháp miệng-miệng (2 ngón tay cái và trỏ của bàn tay giữ đầu trẻ, bịt mũi) hoặc miệng-mũi miệng. Người cấp cứu phải hít thở sâu để khi thổi, cung cấp được nhiều oxygen cho trẻ; đồng thời đánh giá kết quả của thổi ngạt bằng cách: nhìn, nghe và cảm nhận vừa mô tả trên.



Hình 3: Thổi ngạt ở trẻ nhỏ

Yêu cầu khi thổi ngạt, lồng ngực phải nở ra (nhô lên), áp lực nở phổi có thể cao do đường thở nhỏ, nhịp thở phải chậm và với áp lực thấp nhất để làm giảm chương bụng, ấn nhẹ sụn giáp làm giảm lượng khí vào dạ dày (nghiệm pháp Sellick).

- Nếu lồng ngực vẫn không nở ra khi thổi ngạt thì cần làm lại các thủ thuật làm thông đường thở (ngửa đầu-nâng cằm/ấn hàm). Nếu vẫn không có kết quả thì nên nghi ngờ có dị vật đường thở làm tắc nghẽn đường thở. Khi đó, cần tiến hành các thủ thuật phù hợp khác như Heimlich, vỗ lưng-ấn ngực.

3.3.3.2. Thủ thuật lấy dị vật đường thở

- Trẻ nhũ nhi

Ấn bụng có thể gây chấn thương nội tạng nên cần phối hợp động tác vỗ lưng-ấn ngực để loại bỏ dị vật. Đặt trẻ nằm sấp dọc theo cánh tay người cấp cứu, đầu thấp, ngón cái và trỏ của người cấp cứu có thể làm ngửa đầu hoặc mở miệng bệnh nhi, tay người cấp cứu đặt dọc lên đùi mình và dùng gót bàn tay còn lại (mô út và mô cái) vỗ lên lưng trẻ (giữa 2 xương bả vai) 5 lần. Nếu dị vật vẫn không bật ra thì có thể lật ngửa trẻ lại, dùng ngón tay (trỏ và giữa) ấn ngực 5 lần tại vị trí ép tim với tần suất 1 lần/giây.

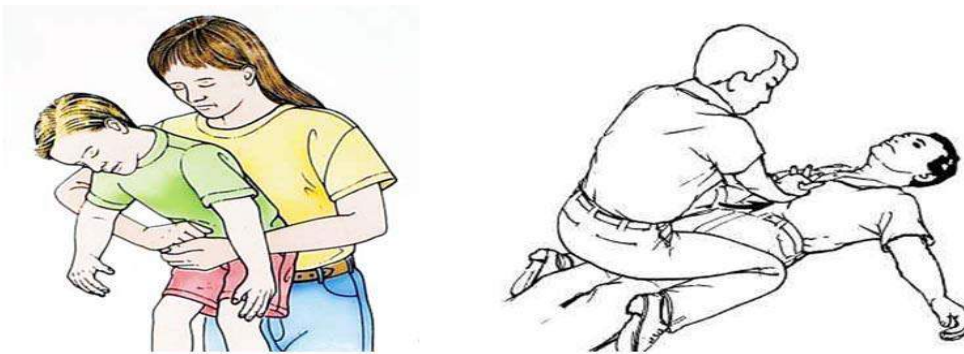


Hình 4: Thủ thuật vỗ lưng-ấn ngực ở trẻ nhỏ

- Trẻ lớn (> 1 tuổi)

Có thể dùng thủ thuật Heimlich hoặc vỗ lưng-ấn ngực như trẻ nhỏ.

Khi trẻ còn tỉnh, làm thủ thuật Heimlich ở tư thế đứng-quỳ-ngồi: người cấp cứu đứng phía sau, vòng tay qua bệnh nhi, rồi đặt gót bàn tay thứ nhất trên bụng trẻ (vị trí trên rốn, dưới mũi ức), bàn tay còn lại đặt lên tay thứ nhất-dùng cả 2 tay ấn mạnh vào bụng bệnh nhi (hướng lên trên và ra sau), liên tiếp 5 lần (trừ khi dị vật bật được ra ngoài).

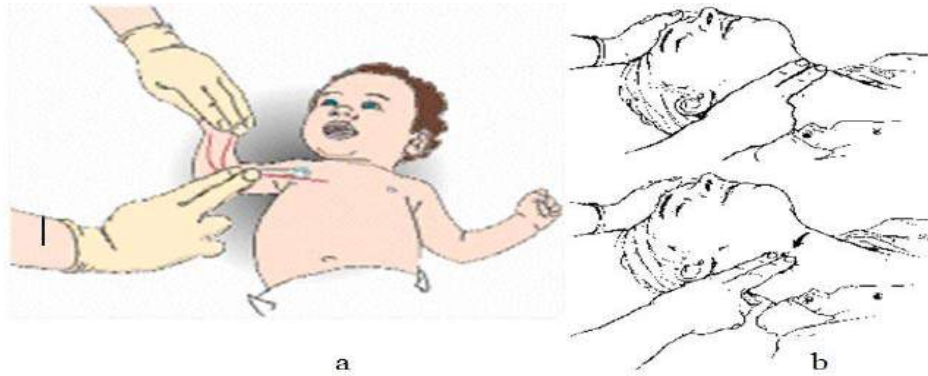


Hình 5: Thủ thuật Heimlich ở trẻ lớn

Nếu bệnh nhi mê, cần làm thủ thuật Heimlich khi trẻ nằm ngửa, người cấp cứu quỳ chân đối diện với trẻ, đặt gót bàn tay thứ nhất lên bụng trẻ (vị trí trên rốn, dưới mũi ức), bàn tay còn lại đặt lên tay thứ nhất-dùng cả 2 tay ấn mạnh vào bụng bệnh nhi (hướng lên trên và ra sau), liên tiếp 5 lần (trừ khi dị vật bật được ra ngoài).

3.3.4. Bắt mạch trung tâm

Nếu có mạch trung tâm (ở trẻ nhũ nhi, do cổ ngắn và to, khó xác định động mạch cảnh nên xác định có mạch hay không phải dựa vào động mạch cánh tay và động mạch đùi; trẻ lớn: mạch cảnh, mạch bẹn) thì tiếp tục thổi ngạt.



Hình 6: Bắt mạch trung tâm ở trẻ nhỏ (a) và trẻ lớn (b)

Nếu có mạch đầy đủ tần số và dấu hiệu tưới máu tốt mà trẻ vẫn ngừng thở thì phải tiếp tục thổi ngạt cho đến khi trẻ thở lại. Các dấu hiệu giảm tưới máu gồm: xanh tái, thời gian phục hồi mao mạch kéo dài, giảm đáp ứng với kích thích, giảm trương lực cơ.

Tuần hoàn không đầy đủ được xác định khi không có mạch trung tâm trong vòng 10 giây, hoặc có mạch nhưng mạch chậm và không có các dấu hiệu tuần hoàn khác (như không thở, không ho khi đang được thổi ngạt, không cử động).

3.3.4.1. Chỉ định xoa bóp tim ngoài lồng ngực

- Không có mạch trung tâm trong 10 giây
- Mạch chậm (sơ sinh):

3.3.4.2. Phương pháp xoa bóp tim ngoài lồng ngực

- Để đạt được hiệu quả cao, tốt nhất là đặt trẻ nằm trên mặt phẳng cứng.
- Ép sâu xuống khoảng 1/3 bề dày thành ngực của trẻ.
- Kỹ thuật và vị trí xoa bóp tim:

Trẻ nhũ nhi (0-12 tháng): So với người lớn và trẻ lớn, tim của trẻ nhũ nhi thường thấp hơn so với hình chiếu bên ngoài, nên vị trí ép tim là trên xương ức, khoảng 1 khoát ngón tay dưới đường nối 2 núm vú. Có thể xoa bóp bằng 1 ngón tay-bàn tay còn lại giữ thông đường thở hoặc dùng cả 2 bàn tay ôm vòng hết một phần ngực trẻ và dùng 2 ngón cái ép tim.

Trẻ nhỏ (1-8 tuổi): Dùng gót bàn tay của 1 tay ép lên xương ức ở phía trên mũi kiếm xương ức 1 khoát ngón tay.

Trẻ lớn (>8 tuổi): Dùng cả 2 tay ép lên xương ức trên mũi kiếm xương ức khoảng 2 khoát ngón tay.



Hình 7: Xác định vị trí xoa bóp tim ngoài lồng ngực

Ngay sau khi đã chọn được kỹ thuật và vị trí ép tim thích hợp, phải tiến hành ngay 5 lần ép tim.

Tần số ép tim cho trẻ em tối thiểu phải là 100 lần/phút. Tỷ lệ ấn tim/thổi ngạt: 3/1 (sơ sinh), 5/1 (trẻ nhỏ < 8 tuổi), 15/2 (trẻ > 8 tuổi).

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Lồng ngực Hoa Kỳ năm 2005, nhằm hạn chế tối đa sự gián đoạn của ấn tim thì tỷ lệ này lần lượt là 3/1, 30/2 (15/2 nếu có 2 cấp cứu viên), 30/2. Nếu có 2 người cấp cứu thì người ấn tim đếm lớn cho người thổi ngạt nghe để phối hợp nhịp nhàng.

Phải liên hệ với các trung tâm-dịch vụ cấp cứu sau 1-2 phút hồi sức. Phải cấp cứu cơ bản liên tục cho đến khi trẻ cử động và tự thở được.

Thời gian để đặt lại tư thế trẻ và đánh giá sự thông thoáng đường thở sẽ làm giảm chu kỳ hồi sức trong 1 phút. Đây là một vấn đề khó khắc phục nếu chỉ có 1 người cấp cứu.

Thổi ngạt và ấn tim 2 phút (1 phút), sau đó đánh giá lại. Nếu người bệnh tự thở trở lại (lồng ngực di động) thì ngừng thổi ngạt. Nếu mạch trung tâm rõ, đều (tim đập lại) đủ tần số mà bệnh nhi chưa tự thở thì ngừng ấn tim, tiếp tục thổi ngạt. Nếu người bệnh vẫn còn ngừng tim ngừng thở thì tiếp tục ấn tim thổi ngạt. Diễn tiến tốt khi người bệnh hồng hào, tự thở, tim đập lại, mạch rõ, tỉnh táo.

Bảng 1. Các kỹ thuật cấp cứu cơ bản ở trẻ em

	Nhũ nhi (≤ 12 tháng)	Trẻ nhỏ (1-8 tuổi)	Trẻ lớn (> 8 tuổi)
Đường thở			
Tư thế đầu ngửa	Trung gian	Ngửa	Ngửa
Thở			
Nhịp thổi chậm	2	2	2
Tuần hoàn			
Bắt mạch	cánh tay, đùi	cánh, đùi	cánh, đùi
Vị trí ép	1 khoát ngón tay dưới đường nối 2 núm vú	1 khoát ngón tay trên mũi kiểmxương ức	2 khoát ngón tay trên mũi kiểmxương ức
Kỹ thuật	1-2 ngón tay/ngón cái	1 tay	2 tay

Tỉ lệ	5:1	5:1	15:2
-------	-----	-----	------

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004), Xử trí lồng ghép các bệnh thường gặp ở Trẻ em, Nhà xuất bản Y Học.
2. Bạch Văn Cam (2009), “Ngừng thở ngừng tim”, *Phác đồ điều trị nhi khoa*, Bệnh viện Nhi Đồng I, Tp. Hồ Chí Minh, NXB Y học.
3. Võ Công Đồng (2006), “Cấp cứu hồi sức hô hấp và tuần hoàn”, *Phác đồ điều trị cấp cứu Nhi khoa*, Bệnh viện Nhi Đồng II, Tp. Hồ Chí Minh, NXB Y học.
4. Lê Thanh Hải và Trần Minh Điền (2012), Bài giảng chuyên khoa định hướng Nhi, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
5. Lê Thanh Hải (2017), Vận chuyển bệnh nhi an toàn, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
6. Hồ Viết Hiếu, Nguyễn Thị Kiều Nhi, Bùi Bình Bảo Sơn (2009), “Cấp cứu cơ bản”, *Giáo trình Nhi khoa sau đại học*, Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y Dược Huế, Tập 1: Sơ sinh-Cấp cứu, NXB Đại học Huế.
7. Nguyễn Gia Khánh và cộng sự (2013), Bài giảng nhi khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học.
8. Nguyễn Gia Khánh và cộng sự (2013), Bài giảng nhi khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học.
9. Bùi Quốc Thắng, Phùng Nguyễn Thê Nguyên (2004), “Cấp cứu ngừng hô hấp tuần hoàn”, *Thực hành lâm sàng Nhi khoa*. Bộ môn Nhi TP Hồ Chí Minh, NXB Y học.

BÀI 19. CẬP NHẬT MỘT SỐ BỆNH THƯỜNG GẶP Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH VÀ NGƯỜI CAO TUỔI

Mục tiêu:

- 1. Trình bày được biện pháp dự phòng, phát hiện sớm một số bệnh thường gặp ở người trưởng thành và người cao tuổi tại cộng đồng*
- 2. Trình bày được nội dung quản lý hiệu quả một số bệnh thường gặp ở người trưởng thành và người cao tuổi tại tuyến y tế cơ sở*

A. TĂNG HUYẾT ÁP

Tăng huyết áp là bệnh phổ biến nhất trên thế giới và Việt Nam. Theo điều tra tại 5 Châu lục trên toàn cầu năm 2008, tỷ lệ người trưởng thành (trên 25 tuổi) mắc bệnh tăng huyết áp chiếm 35-46% (thấp nhất là Châu Phi 35%, cao nhất là Châu Mỹ 46%). Thống kê toàn cầu về tăng huyết áp năm 2013 của WHO cho thấy, cứ 3 người lớn thì có 1 người bị tăng huyết áp, cứ 3 người lớn tăng huyết áp thì có 1 người không biết mình bị tăng huyết áp, cứ 3 người lớn điều trị tăng huyết áp thì có 1 người không đạt được huyết áp mục tiêu.

Theo báo cáo của Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh tăng huyết áp gia tăng rất nhanh: năm 1960: 1% người trưởng thành bị tăng huyết áp, con số này năm 1976 là 1.9%, năm 1990 là 11.5%, năm 2003 là 16.3%, năm 2008 là 25,1% và năm 2015 là 47,3%.

Tăng huyết áp là bệnh rất dễ chẩn đoán, nhưng trên thực tế nhiều người bị tăng huyết áp bị bỏ sót, chưa được chẩn đoán, do vậy, việc phát hiện sớm người bệnh tăng huyết áp trong cộng đồng là một nhiệm vụ quan trọng của y tế cơ sở. Đồng thời với việc phát hiện sớm, việc kiểm soát yếu tố nguy cơ, dự phòng tăng huyết áp có ý nghĩa góp phần giảm tỷ lệ mắc và giảm biến chứng của bệnh.

Bệnh tăng huyết áp có nhiều thuốc điều trị, nhưng tỷ lệ người bệnh được kiểm soát huyết áp lại rất thấp do việc điều trị không đạt hiệu quả. Không kiểm soát được huyết áp sẽ dẫn các biến chứng nguy hiểm như nhồi máu cơ tim, suy thận, suy tim, đột quỵ, giảm hoặc mất thị lực...

Bệnh tăng huyết áp cũng như các bệnh mạn tính khác, cần được điều trị, quản lý và theo dõi lâu dài.

1. DỰ PHÒNG VÀ PHÁT HIỆN SỚM TĂNG HUYẾT ÁP

Đa số người bệnh tăng huyết áp không có triệu chứng gì cho đến khi phát hiện các biến chứng. Một số người bệnh có đau đầu. Các triệu chứng không đặc hiệu khác có thể gặp: hồi hộp, chóng mặt, mặt đỏ bừng, mệt, khó thở, mờ mắt, chảy máu cam....

Chính vì vậy, để phát hiện sớm người bệnh tăng huyết áp tại cộng đồng, cần thiết phải đo huyết áp định kỳ cho những người có nguy cơ tim mạch và những người tiền tăng huyết áp (huyết áp bình thường cao).

1.1. Những người có nguy cơ tim mạch

- Tuổi >55 đối với nam, >65 tuổi đối với nữ
- Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào

- Vận động thể lực <30 phút/ngày, dưới 5 ngày/tuần (bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay)
- Ăn >5 gam muối (tương đương 01 thìa cà phê)/người/ngày
- Ăn ít rau, trái cây
- Uống nhiều rượu bia
- Bố, mẹ, anh, chị em ruột mắc bệnh tim mạch ở độ tuổi nam <55, nữ <65 tuổi
- Hay bị stress và căng thẳng tâm lý
- Thừa cân, béo phì
- Mắc bệnh đái tháo đường (đã được cơ sở y tế chẩn đoán)
- Rối loạn lipid máu (đã được cơ sở y tế chẩn đoán)

1.2. Chẩn đoán tăng huyết áp

Hầu hết các hướng dẫn trên thế giới về tăng huyết áp đều thống nhất chẩn đoán tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg .

Yêu cầu: Phải đo huyết áp đúng quy trình, phải khám ít nhất 2 lần khám và đo huyết áp ít nhất 2 lần đo/1 lần khám (tổng số là 4 lần đo huyết áp). Trị số huyết áp là giá trị trung bình của các lần đo.

Bảng 1. Các ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp theo từng cách đo

	Huyết áp tâm thu	Huyết áp tâm trương
Cán bộ y tế đo đúng quy trình	≥ 140 và/hoặc	≥ 90mmHg
Đo bằng máy đo HA tự động 24h	≥ 130 và/hoặc	≥ 80mmHg
Tự đo tại nhà (<i>đo nhiều lần</i>)	≥ 135 và/hoặc	≥ 85mmHg

1.3. Dự phòng tăng huyết áp

Áp dụng cho mọi đối tượng khỏe mạnh để dự phòng giảm tỷ lệ mắc bệnh. Đối với người tăng huyết áp, thực hiện tốt các biện pháp dự phòng có thể ngăn ngừa tiến triển của bệnh và giảm được chỉ số huyết áp, giảm được số thuốc cần dùng.

1.3.1. Giảm yếu tố nguy cơ

- Kiểm soát tốt mỡ máu: Nồng độ cholesterol LDL cao (cholesterol xấu) hoặc mức HDL thấp (cholesterol "tốt") có thể làm tăng sự tích tụ mảng xơ vữa trong động mạch, làm cho thành động mạch dày, xơ cứng, lòng động mạch bị hẹp lại, gây tăng huyết áp. Đồng thời chúng cũng tạo thuận lợi cho kết dính tiểu cầu tạo cục máu đông gây tắc nghẽn mạch, đặc biệt nguy hiểm là động mạch vành và động mạch não.
- Kiểm soát tốt đường máu: Lượng đường trong máu cao có thể làm tổn thương các mạch máu trên khắp cơ thể, làm tăng khả năng hình thành và phát triển các mảng xơ vữa gây tăng huyết áp và tắc nghẽn mạch. Trên thực tế, khoảng một trong ba người mắc bệnh đái tháo đường có bệnh động mạch vành.
- Kiểm soát tốt cân nặng: Béo phì làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch lên 46% ở nam giới và 64% ở nữ, đồng thời khiến việc kiểm soát huyết áp, mức cholesterol và đái tháo đường trở nên khó khăn hơn. Cần duy trì BMI < 25 và vòng bụng dưới 90cm ở nam, dưới 80cm ở nữ.

Để kiểm soát tốt mỡ máu, đường máu và cân nặng, cần tuân thủ điều trị nếu có rối loạn và thực hiện tốt các biện pháp thay đổi lối sống.

1.3.2 Thay đổi lối sống

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:
 - Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).
 - Ăn ≥ 5 đơn vị (400g) rau, trái cây mỗi ngày.
 - Sử dụng các loại dầu ăn tốt cho sức khỏe như dầu đậu nành, vừng, lạc, oliu...
 - Ăn các loại hạt, đậu, ngũ cốc nguyên hạt và thực phẩm giàu kali (các loại đậu, cà rốt, khoai lang, chuối, trái bơ...)
 - Hạn chế ăn thịt đỏ, tối đa một hoặc hai lần/ tuần
 - Ăn cá hoặc thức ăn giàu axit béo omega 3 ít nhất hai lần/ tuần
 - Hạn chế ăn đường và đồ ngọt.
 - Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.

- Hạn chế uống rượu, bia: chỉ sử dụng 02 số lượng đơn vị cồn/ngày (với nam), 01 đơn vị cồn/ngày (với nữ) và tổng cộng ít hơn 14 đơn vị cồn/tuần (nam), ít hơn 9 đơn vị cồn/tuần (nữ). 1 đơn vị cồn = 10g ethanol nguyên chất, tương đương với 25ml rượu mạnh 40 độ.
- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào: Nicotine, carbon monoxide và các chất có hại khác có trong khói thuốc có tác dụng co các mạch máu làm tăng huyết áp và cholesterol tăng lên. Ngoài ra, việc cung cấp oxy tới các mô của cơ thể bị giảm, làm tổn thương nội mạc mạch máu, khiến các mảng xơ vữa phát triển bên trong các động mạch và làm cho các cục máu đông dễ hình thành.
- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.
- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.
- Tránh bị lạnh đột ngột.

2. XỬ TRÍ VÀ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

Để xử trí kịp thời và quản lý hiệu quả tăng huyết áp tại cộng đồng, cán bộ y tế cơ sở cần thực hiện việc đánh giá người bệnh và đưa ra các quyết định phù hợp với từng người bệnh cụ thể theo trình tự dưới đây, đồng thời phải xử trí ban đầu nhanh và đúng cơn tăng huyết áp kịch phát.

2.1 Đánh giá mức độ tăng huyết áp

Đánh giá mức độ tăng huyết áp có ý nghĩa trong việc xác định nguy cơ tổng thể và đưa ra quyết định đã sử dụng thuốc điều trị ngay hay chưa.

Bảng 2. Phân độ tăng huyết áp

Phân độ huyết áp	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương
Huyết áp tối ưu	< 120 và	< 80
Huyết áp bình thường	120 - 129 và/hoặc	80 – 84
Huyết áp bình thường cao	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/hoặc	< 90

Không cùng mức phân độ thì lấy mức cao

2.2 Đánh giá tổn thương cơ quan đích (biến chứng)

Đánh giá tổn thương cơ quan đích có ý nghĩa trong việc xác định nguy cơ tổng thể và lựa chọn thuốc điều trị phù hợp nhất. Tổn thương cơ quan đích bao gồm:

- Bệnh tim: Tăng huyết áp làm tăng gánh cho tim.. Tim gắng sức để tổng máu, dẫn đến suy tim trái. Xơ vữa mạch vành gây thiếu máu cục bộ cơ tim cấp tính (nhồi máu cơ tim) hoặc mạn tính (bệnh tim thiếu máu cục bộ). Tổn thương cơ tim và đường dẫn truyền do tăng huyết áp có thể gây loạn nhịp tim. Con tăng huyết áp kịch phát có thể gây phù phổi cấp.
- Bệnh não: đột quỵ thiếu máu não hoặc xuất huyết não, tai biến mạch não thoáng qua, bệnh não do tăng huyết áp ...
- Bệnh thận: Tổn thương các mao mạch cầu thận gây protein niệu, dần dần dẫn đến suy thận mạn (giảm mức lọc cầu thận, tăng urê -creatinin huyết thanh).
- Bệnh mắt: Tổn thương mạch máu võng mạc gây ra xuất huyết, xuất tiết võng mạc, phù gai thị gây giảm thị lực.

Nếu tuyến y tế cơ sở không đủ thiết bị để chẩn đoán biến chứng thì phải chuyển người bệnh lên tuyến trên để xác định tổn thương cơ quan đích.

2.3 Đánh giá nguy cơ tổng thể

Đánh giá nguy cơ tổng thể có ý nghĩa trong việc đưa ra phác đồ điều trị. Nếu người bệnh có nguy cơ cao hoặc rất cao thì bắt buộc phải điều trị thuốc ngay. Nếu người bệnh có nguy cơ thấp và trung bình thì chưa cần điều trị thuốc ngay mà điều trị không dùng thuốc trong vài tuần đến vài tháng nếu không đưa được huyết áp về mục tiêu thì mới dùng thuốc.

Bảng 3. Đánh giá nguy cơ tổng thể

Những yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan và bệnh cảnh lâm sàng	Bình thường cao HATT :130-139 hoặc HATTr: 85-89 mmHg	THA Độ 1 HATT: 140-159 hoặc HATTr: 90-99 mmHg	THA Độ 2. HATT: 160-179 hoặc HATTr :100-109 mmHg	THA Độ 3. HA \geq 180 /110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ		Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có 1-2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao
Có \geq 3 yếu tố nguy cơ,	Nguy cơ thấp đến trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Tổn thương cơ quan đích, Bệnh thận mạn gđ 3 hoặc Đái tháo đường	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao đến rất cao
Bệnh Tim Mạch có triệu chứng, Bệnh Thận Mạn gđ \geq 4 đi kèm hoặc ĐTB có TTCQ đích/ nhiều YTNCTM	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

2.4. Xác định trị số huyết áp mục tiêu

Tất cả người bệnh tăng huyết áp cần được điều trị tích cực để đưa huyết áp về trị số huyết áp mục tiêu, cụ thể như sau:

1. Người từ 60 tuổi trở lên: huyết áp <150/90 mmHg
2. Người dưới 60 tuổi: huyết áp <140/90 mmHg
3. Người có bệnh đái tháo đường và/hoặc bệnh thận mạn với bất kỳ tuổi nào: huyết áp <140/90 mmHg

2.5. Phác đồ điều trị tăng huyết áp

- Tất cả các trường hợp tăng huyết áp có nguy cơ cao (tăng huyết áp độ III, hoặc có từ 3 yếu tố nguy cơ tim mạch, hoặc có tổn thương cơ quan đích, hoặc có đái tháo đường, hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận): cần điều trị thuốc ngay kết hợp với chế độ ăn và luyện tập.
- Các trường hợp còn lại thuộc nguy cơ thấp và nguy cơ trung bình: chưa điều trị thuốc ngay mà điều trị không dùng thuốc (chế độ ăn và luyện tập) trong vài tuần đến vài tháng nếu không đưa được huyết áp về mục tiêu thì mới dùng thuốc.

Bảng 4. Phác đồ điều trị tăng huyết áp theo nguy cơ tổng thể

Yếu tố nguy cơ TM, biến chứng, bệnh kèm theo	THA độ I 140-159/90-99	THA độ II 160-179/100-109	THA III \geq 180/110
Không có YTNCTM	<i>NGUY CƠ THẤP</i> Chế độ ăn, luyện tập vài tháng, nếu HA không đạt mục tiêu thì điều trị bằng thuốc	<i>NGUY CƠ TB</i> Chế độ ăn, luyện tập vài tuần, nếu HA không đạt mục tiêu thì điều trị thuốc	
1 - 2 YTNCTM kèm theo	<i>NGUY CƠ TB ĐẾN CAO</i> Chế độ ăn và luyện tập vài tuần, nếu		<i>NGUY CƠ CAO</i>

	HA không đạt mục tiêu thì dùng thuốc	
≥ 3 YTNCTM kèm theo, hoặc có tổn thương cơ quan đích, hoặc có đái tháo đường	NGUY CƠ CAO Chế độ ăn, luyện tập VÀ điều trị thuốc ngay	Chế độ ăn, luyện tập VÀ điều trị thuốc ngay
Có bệnh tim mạch hoặc bệnh thận mạn giai đoạn 4	NGUY CƠ RẤT CAO Chế độ ăn, luyện tập VÀ điều trị thuốc ngay YChế độ ăn và lu và điều trị bằng thuốc ngay	

2.6 Một số thuốc hạ huyết áp tại tuyến y tế cơ sở

2.6.1. Điều trị bậc thang với các thuốc hạ áp cơ bản

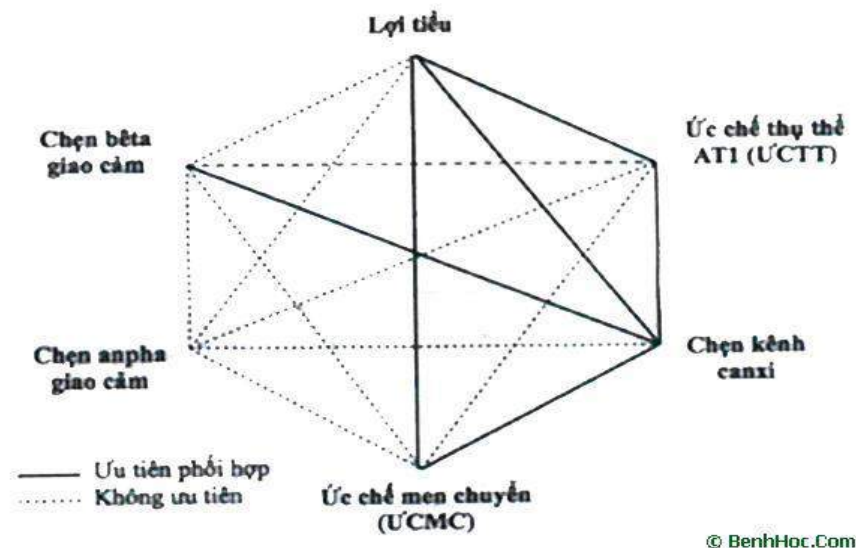
Điều trị bậc thang	Chọn thuốc	Chỉ định
Bậc 1 (1 loại thuốc)	-Ức chế men chuyển (hoặc ức chế thụ thể AT1), hoặc - Chẹn canxi, hoặc - Lợi tiểu	Tăng huyết áp độ I
Bậc 2 (2 loại thuốc)	-Ức chế men chuyển (hoặc ức chế thụ thể AT1) + chẹn canxi, hoặc -Ức chế men chuyển (hoặc ức chế thụ thể AT1) + lợi tiểu	Tăng huyết áp độ I đã điều trị bậc I một tháng không đạt mục tiêu Tăng huyết áp độ II-III
Bậc 3 (3 loại thuốc)	Ức chế men chuyển (hoặc ức chế thụ thể AT1) + chẹn canxi + lợi tiểu	Đã điều trị bậc 2 một tháng không đạt mục tiêu
Bậc 4 (4 loại thuốc)	Chuyển chuyên khoa tim mạch	Đã điều trị bậc 3 không đạt mục tiêu

2.6.2. Các nhóm thuốc hạ huyết áp và chỉ định bắt buộc của các nhóm thuốc

	Lợi tiểu	Chẹn kênh canxi	Ức chế men chuyển	Ức chế thụ thể AT1	Chẹn beta	Kháng aldosterone
Suy tim	X		X	X	X	X
Sau nhồi máu cơ tim			X	X	X	X
Bệnh động mạch vành	X	X	X		X	
Đái tháo đường			X	X		
Suy thận mạn	X <i>(lợi tiểu quai)</i>		X	X		

Dự phòng tái phát đột quy	X		X			
------------------------------	---	--	---	--	--	--

2.6.3 Sơ đồ phối hợp thuốc



2.6.4 Chống chỉ định của một số thuốc

Nhóm thuốc	Chống chỉ định
Lợi tiểu thiazide	Bệnh gout
Ưc chế men chuyển (ƯCMC)	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao
Chẹn kênh canxi	Blóc nhĩ thất độ 2-3, suy tim
Chẹn beta	Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, blóc nhĩ thất độ 2-3

2.7. Xử trí ban đầu cơn tăng huyết áp kịch phát

Được gọi là cơn tăng huyết áp kịch phát khi huyết áp tâm thu >180 mmHg hoặc/và huyết áp tâm trương >120 mmHg. Cơn tăng huyết áp kịch phát cần được xử trí ban đầu tại y tế cơ sở sau đó chuyển tuyến trên để điều trị tiếp.

Cơn tăng huyết áp kịch phát chia thành 2 loại:

- Cơn tăng huyết áp khẩn cấp: là cơn tăng huyết áp đang có biến chứng cấp tính tiến triển hoặc biến chứng sắp xảy ra (bệnh não do tăng huyết áp, đau thắt ngực, suy tim cấp, đái ít /vô niệu, mất nhìn mờ...) nguy hiểm đến tính mạng ngay lập tức, cần điều trị khẩn cấp và phải nhập viện. Tình trạng khẩn cấp tăng huyết áp phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của người bệnh, không phụ thuộc vào mức độ tăng của chỉ số huyết áp. Người bệnh cần được dùng thuốc hạ áp tác dụng nhanh bằng các thuốc hạ áp ngậm dưới lưỡi hoặc tiêm. Mức độ hạ áp tùy thuộc vào loại biến chứng. Đa số các trường hợp chỉ nên hạ 10-25% giá trị huyết áp trung bình, trừ tiền sản giật và phình tách động mạch chủ thì cần phải hạ huyết áp về mức bình thường.

- Con tăng huyết áp cấp cứu: là con tăng huyết áp không có bằng chứng về các biến chứng cấp tính tiên tri, có thể nguy hiểm đến tính mạng nhưng trong một thời gian. Điều trị tích cực bằng thuốc tiêm tĩnh mạch hoặc ngâm dưới lưỡi không được khuyến cáo vì có thể gây tai biến mạch não do thiếu máu não. Nên sử dụng các thuốc hạ áp thông thường, tối ưu hóa phác đồ đang điều trị hiện tại và theo dõi sát huyết áp, tình trạng người bệnh để xử trí tiếp.

2.8. Lập hồ sơ quản lý sức khỏe, tái khám và theo dõi

- Tất cả người bệnh tăng huyết áp cần được lập hồ sơ quản lý sức khỏe tại y tế cơ sở.
- Tái khám định kỳ 1 tháng 1 lần; tái khám ngay khi có bất thường.
- Làm xét nghiệm (sinh hóa máu, điện tâm đồ, soi đáy mắt, siêu âm tim ...) 3-6 tháng 1 lần tùy theo tình trạng người bệnh (gửi tuyến trên hoặc labo xét nghiệm).
- Đánh giá hiệu quả điều trị: mức độ kiểm soát huyết áp, tác dụng phụ của thuốc và chi phí điều trị.

2.9. Tư vấn cho người bệnh

- Tư vấn về lợi ích của việc kiểm soát huyết áp: Nếu huyết áp không được kiểm soát trong thời gian dài, nó có thể làm tổn thương các mạch máu, làm tăng khả năng hình thành và phát triển các mảng xơ vữa, thành động mạch trở nên dày hơn, cứng hơn và ít có khả năng co giãn, dẫn đến các biến chứng: suy tim, nhồi máu cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đột quỵ, suy thận, bệnh về mắt... Nếu kiểm soát tốt huyết áp sẽ hạn chế biến chứng. Để kiểm soát tốt huyết áp cần tuân thủ điều trị (cả biện pháp không dùng thuốc và biện pháp dùng thuốc), không bỏ thuốc hoặc giảm liều.
- Tư vấn về yếu tố nguy cơ: Chỉ ra cho người bệnh biết nguy cơ tổng thể của họ là gì. Các biện pháp để kiểm soát yếu tố nguy cơ đó là gì. Nguy cơ tổng thể càng cao thì bệnh càng phức tạp và yêu cầu về kiểm soát bệnh càng nghiêm ngặt.
- Tư vấn về dùng thuốc và tác dụng không mong muốn của thuốc: Ức chế men chuyển có thể gây ho; chẹn canxi có thể gây hồi hồi đánh trống ngực, nhịp tim nhanh; lợi tiểu gây đái nhiều, mất kali...
- Tư vấn cho người bệnh tự theo dõi tại nhà: chỉ số huyết áp, đường máu, tác dụng phụ của thuốc, các triệu chứng mới xuất hiện.

2.10. Chuyển tuyến trên

- Tăng huyết áp lần đầu tiên phát hiện cần đánh giá các tổn thương cơ quan đích.
- Tăng huyết áp có nguy cơ tổng thể cao hoặc rất cao.
- Tăng huyết áp ở người dưới 40 tuổi; phụ nữ có thai; người ≥ 80 tuổi và sức khỏe quá yếu.
- Có bệnh hoặc nghi ngờ có bệnh phối hợp: đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, lao, COPD, HIV/AIDS...
- Huyết áp tâm thu > 180 mmHg hoặc huyết áp tâm trương > 120 mmHg (cho thuốc trước khi chuyển).
- Có các triệu chứng mới xuất hiện: cơn đau thắt ngực, khó thở, đau tức ngực, tiếng thổi ở tim, nhìn mờ, đái ít, protein niệu, đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, khó

nói, méo miệng, yếu chi...).

- Huyết áp không đạt “mục tiêu” sau 03 tháng dùng thuốc mặc dù đã dùng phối hợp ≥ 3 thuốc trong đó có thuốc lợi tiểu, hoặc không dung nạp thuốc.
- Theo lịch hẹn của tuyến trên để kiểm tra định kỳ (biến chứng, chức năng gan, thận...)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

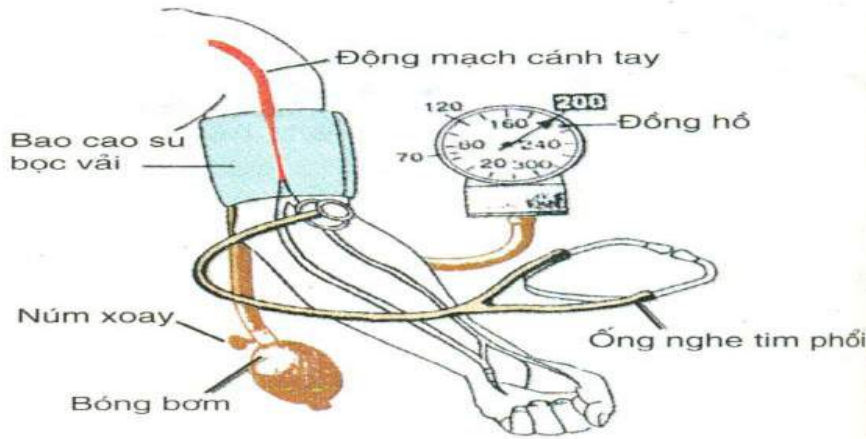
1. Quyết định số 3192/2010/QĐ-BYT, ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp
2. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp của Hội tim mạch/ phân hội tăng huyết áp Việt Nam 2018
3. American heart asociation (2017), Guidelines for prevention, detection, evaluation and management of arterial hypertension in adults.

PHỤ LỤC

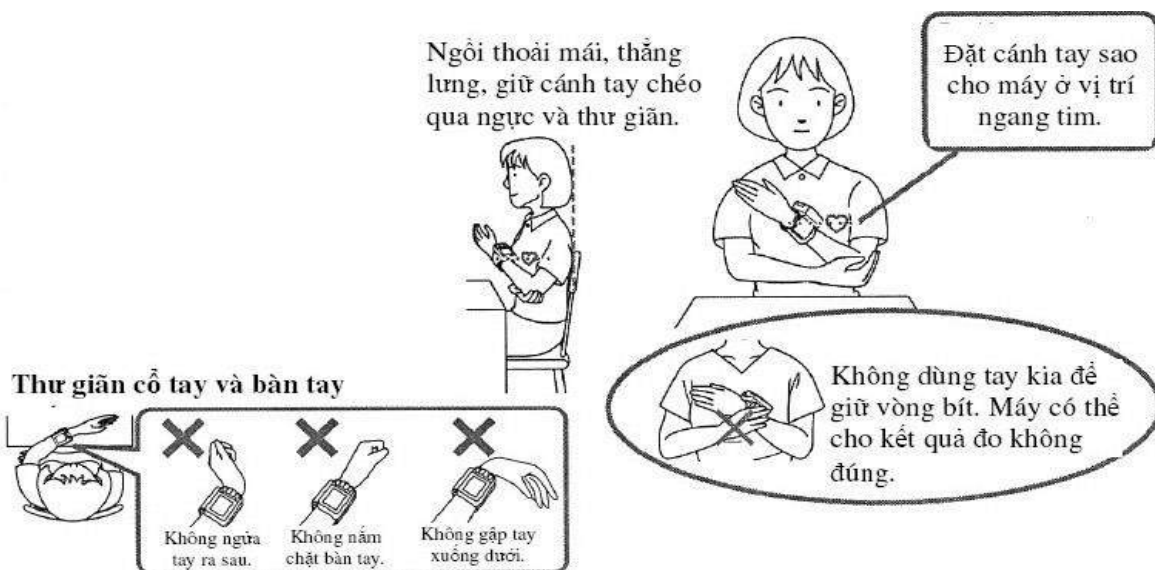
Quy trình đo huyết áp đúng

1. Nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5 – 10 phút trước khi đo huyết áp.
2. Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trước đó 2 giờ.
3. Tư thế đo chuẩn: người được đo huyết áp ngồi ghế tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim. Có thể đo ở tư thế nằm, đứng. Đối với người cao tuổi hoặc bệnh đái tháo đường, nên đo thêm huyết áp tư thế đứng nhằm xác định có *hạ huyết áp tư thế* hay không.
4. Các thiết bị đo cần được kiểm chuẩn định kỳ. Quán băng quấn đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lần khuỷu 2cm. Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc mốc 0 của thang đo ngang mức với tim.
5. Xác định vị trí động mạch cánh tay để đặt ống nghe. Bơm hơi thêm 30mmHg sau khi không còn thấy mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2-3mmHg/nhịp 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 hẳn tiếng đập
6. Không nói chuyện khi đang đo huyết áp.
7. Lần đo đầu tiên, cần đo huyết áp ở cả hai tay, tay nào có chỉ số huyết áp cao hơn sẽ dùng để theo dõi huyết áp về sau.
8. Nên đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần đo chênh nhau trên 10mmHg, cần đo lại một vài lần sau khi đã nghỉ > 5 phút. Huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.

9. Chỉ chẩn đoán THA khi ít nhất 2 lần khám, mỗi lần khám có ít nhất 2 lần đo huyết



áp



B. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

Theo thông báo mới nhất của Liên đoàn đái tháo đường thế giới (IDF), năm 2017 toàn thế giới có 424,9 triệu người bị bệnh đái tháo đường (ở độ tuổi từ 20-79), có nghĩa là cứ 11 người, có 1 người bị bệnh đái tháo đường, dự báo tới năm 2045 con số này sẽ là 629 triệu, tăng 48%, như vậy, cứ 10 người có 1 người bị bệnh đái tháo đường. Bên cạnh đó, cùng với việc tăng sử dụng thực phẩm không thích hợp, ít hoặc không hoạt động thể lực ở trẻ em, bệnh đái tháo đường type 2 đang có xu hướng tăng ở cả trẻ em, trở thành vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng. Số người bị đái tháo đường ở các nước có thu nhập thấp và trung bình tiếp tục tăng. Một nửa số người bị bệnh đái tháo đường chưa được chẩn đoán.

Ở Việt Nam, năm 1990, tỷ lệ bệnh đái tháo đường ở người trưởng thành chỉ là: 1,1%-2,25%. Nghiên cứu năm 2012 của Bệnh viện Nội tiết Trung ương cho thấy: tỷ lệ mắc ĐTĐ trên toàn quốc ở người trưởng thành là 5.42%, trong đó chỉ có khoảng 36% người bệnh đái tháo đường được chẩn đoán trước đó (số còn lại chưa được phát hiện đái tháo đường). Theo kết quả điều tra STEPwise về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm do Bộ Y tế thực hiện năm 2015 ở nhóm tuổi từ 18-69, kết quả cho thấy tỷ lệ ĐTĐ toàn quốc là 4,1%, tiền ĐTĐ là 3,6%.

Bệnh ĐTĐ gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tim mạch, mù lòa, suy thận, và cắt cụt chi. Tuy nhiên, bệnh đái tháo đường type 2 có thể dự phòng, ngăn chặn được. Có tới 70% người bệnh đái tháo đường type 2 có thể đề phòng hoặc làm chậm xuất hiện bệnh bằng cách tuân thủ điều trị, duy trì lối sống lành mạnh, dinh dưỡng và tập thể lực hợp lý.

1. PHÂN LOẠI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- Đái tháo đường típ 1 (do phá hủy tế bào beta tụy, dẫn đến thiếu insulin tuyệt đối). Đái tháo đường típ 1 chiếm khoảng 5-10% tổng số đái tháo đường.
- Đái tháo đường typ 2 (mất dần khả năng tiết insulin do kháng insulin). Đái tháo đường typ 2 chiếm khoảng 90-95% tổng số đái tháo đường.
- Đái tháo đường thai kỳ (là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, typ 2 trước đó). Đái tháo đường thai kỳ gặp ở khoảng 16% những người mang thai.
- Thể bệnh chuyên biệt của ĐTĐ do các nguyên nhân khác: ĐTĐ sơ sinh hoặc ĐTĐ do sử dụng thuốc và hoá chất như sử dụng glucocorticoid, điều trị HIV/AIDS hoặc sau cấy ghép mô...

2. PHÁT HIỆN SỚM VÀ DỰ PHÒNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Để phát hiện sớm người bệnh đái tháo đường trong cộng đồng, cần thiết phải xét nghiệm đường máu định kỳ cho những đối tượng sau đây:

- Tất cả những người có triệu chứng của đái tháo đường: ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy nhiều mà chưa được chẩn đoán đái tháo đường.

- Tất cả những người không có có triệu chứng của đái tháo đường nhưng có yếu tố nguy cơ đái tháo đường typ 2.

Trong điều kiện thực tế của Việt Nam, các trạm y tế không có thiết bị xét nghiệm glucose huyết tương (đường máu tĩnh mạch), thay vào đó, có thể thực hiện test nhanh đường máu mao mạch lúc đói. Những trường hợp có đường máu mao mạch lúc đói ở mức chẩn đoán sẽ được chuyển lên tuyến trên để chẩn đoán xác định (kết quả đường máu mao mạch lúc đói không cho phép chẩn đoán xác định).

2.1. Những người có nguy cơ đái tháo đường typ 2

- Tuổi ≥ 45
- Thừa cân, béo phì
- Tăng huyết áp (*đã được cơ sở y tế chuẩn đoán*)
- Bố, mẹ, anh, chị em ruột mắc bệnh đái tháo đường typ 2
- Rối loạn mỡ máu (*đã được cơ sở y tế chẩn đoán*)
- Vận động thể lực <30 phút/ngày, dưới 5 ngày/tuần (*bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay*)
- Có hút thuốc lá hoặc thuốc lào
- Phụ nữ bị buồng trứng đa nang hoặc đã mắc đái tháo đường thai kỳ
- Uống nhiều rượu

2.2. Chẩn đoán tiền đái tháo đường

Tất cả người bệnh tiền đái tháo đường đều phải được kiểm tra đường máu định kỳ 1 năm/1 lần để phát hiện sớm đái tháo đường.

Chẩn đoán tiền đái tháo đường khi có một trong các rối loạn sau đây:

- Rối loạn glucose huyết đói: Glucose huyết tương lúc đói từ 100 mg/dL (5,6 mmol/L) đến 125 mg/dL (6,9 mmol/L), hoặc:
- Rối loạn dung nạp glucose: Glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống 75 g từ 140 mg/dL (7,8 mmol/L) đến 199 mg/dL (11 mmol/L), hoặc:
- HbA1c từ 5,7% (39 mmol/mol) đến 6,4% (47 mmol/mol).

2.3. Chẩn đoán đái tháo đường

Chẩn đoán đái tháo đường dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

a) Glucose huyết tương lúc đói ≥ 126 mg/dL (hay ≥ 7 mmol/L). Người bệnh phải nhịn ăn và không uống nước ngọt (có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ (thường phải nhịn đói qua đêm từ 8 -14 giờ).

b) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g: ≥ 200 mg/dL (hay $\geq 11,1$ mmol/L). Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống phải được thực hiện theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới: Người bệnh nhịn đói từ nửa đêm trước khi làm nghiệm pháp, dùng một lượng glucose tương đương với 75g glucose, hòa tan trong 250-300 ml nước, uống trong 5 phút; trong 3

ngày trước đó người bệnh ăn khẩu phần có khoảng 150-200 gam carbohydrat mỗi ngày.

c) HbA1c \geq 6,5% (48 mmol/mol). Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hóa theo tiêu chuẩn quốc tế.

d) Ở người bệnh có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết tương và mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ \geq 200 mg/dL (hay \geq 11,1 mmol/L).

Nếu không có triệu chứng kinh điển của đái tháo đường (bao gồm tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân), xét nghiệm chẩn đoán a, b, d ở trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán. Thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

Dữ liệu của NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) cho thấy: khi sử dụng HbA1c để chẩn đoán bệnh đái tháo đường đã bỏ sót gần 1/3 trường hợp bệnh đái tháo đường không được chẩn đoán.

2.4. Chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ

Là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng ĐTĐ typ 1, typ 2 trước đó. Nếu phụ nữ có thai 3 tháng đầu được phát hiện tăng glucose huyết thì dùng tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ như ở người không có thai.

Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau đây:

- Glucose huyết tương lúc đói \geq 5,1 mmol/L
- Glucose huyết tương ở thời điểm 1 giờ sau nghiệm pháp dung nạp Glucose \geq 10,0 mmol/L
- Glucose huyết tương ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp Glucose \geq 8,5 mmol/L

2.5 Các biện pháp dự phòng đái tháo đường

Các biện pháp dự phòng bệnh đái tháo đường giúp ngăn ngừa mắc bệnh, làm chậm hoặc thậm chí đảo ngược sự tiến triển của bệnh đái tháo đường typ 2. Các biện pháp dự phòng bao gồm:

2.5.1. Các biện pháp làm giảm yếu tố nguy cơ

- Kiểm soát tốt mỡ máu: cần tuân thủ điều trị rối loạn mỡ máu (nếu có)
- Kiểm soát tốt huyết áp: cần tuân thủ điều trị tăng huyết áp (nếu có)
- Kiểm soát tốt cân nặng: Thừa cân, béo phì, đặc biệt là béo bụng, làm tăng khả năng mắc bệnh đái tháo đường. Chất béo nội tạng dư thừa thúc đẩy quá trình viêm và kháng insulin, làm tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Một nghiên cứu trên hơn 1.000 người mắc bệnh đái tháo đường cho thấy cứ mỗi kg cân nặng bị mất, nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường của họ giảm 16%, giảm tới mức tối đa là 96%. Giảm cân là một biện pháp làm giảm đáng kể nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Cần duy trì BMI $<$ 25 và vòng bụng dưới 90cm ở nam, dưới 80cm ở nữ.

2.5.2 Các biện pháp thay đổi lối sống

a/ Chế độ ăn, uống, dinh dưỡng

- Cung cấp đủ calo và chất dinh dưỡng

- Ăn giảm lượng đường và giảm tinh bột sẽ giúp cơ thể cần ít insulin hơn để kiểm soát lượng đường trong máu.
- Nên dùng các loại carbohydrat hấp thụ chậm, có chỉ số đường huyết thấp, nhiều chất xơ như ngũ cốc nguyên hạt.
- Ăn nhiều rau quả và chất xơ: Chất xơ có thể được chia thành hai loại lớn: hòa tan và không hòa tan. Chất xơ hòa tan hấp thụ nước, trong khi chất xơ không hòa tan thì không. Trong đường tiêu hóa, chất xơ hòa tan và nước tạo thành một loại gel làm chậm tốc độ hấp thụ thức ăn. Điều này dẫn đến lượng đường trong máu gia tăng chậm và từ từ sau ăn. Tuy nhiên, chất xơ không hòa tan cũng có liên quan đến việc giảm lượng đường trong máu và giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường, mặc dù chính xác cách thức hoạt động của nó không rõ ràng. Hầu hết các thực phẩm thực vật chưa qua chế biến đều có chứa chất xơ.
- Giảm lượng chất béo bão hòa (béo động vật).
- Đồ uống: Uống nước thay vì đồ uống khác có thể giúp kiểm soát lượng đường trong máu và insulin, do đó làm giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Một nghiên cứu trên 2.800 người ĐTĐ cho thấy người tiêu thụ đồ uống có đường hàng ngày có nguy cơ mắc đái tháo đường typ I tăng 99% và tăng 20% nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường typ 2. Một số nghiên cứu khác cho thấy việc tiêu thụ nước lọc tăng lên có thể giúp kiểm soát lượng đường trong máu và đáp ứng insulin tốt hơn.
- Giảm thiểu lượng thức ăn đóng gói chế biến sẵn, hạn chế đồ ăn chiên xào: Các nghiên cứu cho thấy việc cắt giảm thực phẩm đóng gói có nhiều dầu thực vật, ngũ cốc tinh chế và chất phụ gia có thể giúp giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường.
- Vitamin D rất quan trọng để kiểm soát lượng đường trong máu: các nghiên cứu đã phát hiện ra rằng những người không có đủ vitamin D, hoặc nồng độ vitamin D trong máu quá thấp, có nguy cơ mắc tất cả các loại bệnh đái tháo đường. Nguồn thực phẩm tốt của vitamin D bao gồm cá béo và dầu gan cá tuyết. Ngoài ra, phơi nắng có thể làm tăng nồng độ vitamin D trong máu. Tuy nhiên, đối với nhiều người, việc bổ sung 2.000 - 4.000 IU vitamin D mỗi ngày có thể cần thiết để đạt được và duy trì mức tối ưu.
- Cà phê và trà có chất chống oxy hóa được gọi là polyphenol có thể giúp bảo vệ chống lại bệnh đái tháo đường. Ngoài ra, trà xanh có chứa một hợp chất chống oxy hóa độc đáo gọi là epigallocatechin gallate đã được chứng minh là làm giảm sự giải phóng đường trong máu từ gan và tăng độ nhạy insulin.
- Hạn chế uống rượu, bia: những tác hại của bia rượu trên người bệnh đái tháo đường nặng nề hơn người bình thường. Bia rượu làm hạn chế khả năng điều hòa đường huyết của gan, làm chậm hấp thụ thức ăn; rượu tương tác với một số thuốc điều trị bệnh đái tháo đường, do vậy có thể gây hạ đường huyết.

b/ Hoạt động thể lực:

Hoạt động thể lực làm tăng độ nhạy insulin, vì vậy, khi tập thể dục, cần ít insulin hơn để kiểm soát lượng đường trong máu. Một nghiên cứu ở những người bị tiền đái tháo đường cho thấy tập thể dục cường độ vừa phải làm tăng độ nhạy insulin lên 51% và tập thể dục cường độ cao làm tăng độ nhạy 85%. Tuy nhiên, hiệu ứng này chỉ xảy ra vào những ngày tập luyện. Nhiều loại hoạt động thể chất đã được chứng minh là làm

giảm sức đề kháng insulin và lượng đường trong máu ở người trưởng thành thừa cân, béo phì và tiền đái tháo đường.

c/ Bỏ hút thuốc:

Hút thuốc lá có liên quan mạnh mẽ đến nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường, đặc biệt là ở những người nghiện thuốc lá nặng. Bỏ thuốc lá đã được chứng minh là giảm nguy cơ này theo thời gian. Trong một phân tích của một số nghiên cứu với tổng số hơn một triệu người, hút thuốc đã được xác định làm tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường lên 44% ở những người hút thuốc trung bình và 61% ở những người hút hơn 20 điếu thuốc mỗi ngày.

2.5.3. Tiêm chủng cho người đái tháo đường

- Tiêm vắc-xin cúm hàng năm.
- Tiêm vắc-xin phế cầu khuẩn mỗi 5 năm.
- Những người mắc bệnh đái tháo đường có nguy cơ nhiễm viêm gan B cao hơn và có nhiều khả năng phát triển các biến chứng. Tiêm vắc-xin viêm gan B 3 liều cho người mắc bệnh đái tháo đường từ 19 đến 59 tuổi. Cân nhắc việc tiêm vắc-xin viêm gan B cho người ở độ tuổi ≥ 60 tuổi.
- Tiêm vắc-xin phòng uốn ván-bạch hầu-ho gà, sởi-quai bị-rubella và bệnh zona cũng rất quan trọng đối với người lớn mắc bệnh đái tháo đường.

3. XỬ TRÍ VÀ QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

3.1 Mục đích của việc điều trị và quản lý đái tháo đường tại tuyến y tế cơ sở

- Làm chậm tiến triển của bệnh, dự phòng và hạn chế các biến chứng
- Làm giảm các triệu chứng của bệnh và các biến chứng
- Cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh

3.2. Xác định mục tiêu điều trị ở người trưởng thành, không có thai

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	< 7%*
Glucose huyết tương/ mao mạch lúc đói	80-130 mg/dL (4,4-7,2mmol/L)*
Đỉnh glucose huyết tương/mao mạch sau ăn 1-2 giờ	<180 mg/dL (10,0 mmol/L)*
Huyết áp	Tâm thu <140mmHg, Tâm trương <90 mmHg Nếu đã có biến chứng thận: Huyết áp <130/85-80 mmHg
Lipid máu	LDL cholesterol <100mg/dL (2,6mmol/L), nếu chưa có biến chứng tim mạch. LDL cholesterol <70mg/dL (1,8mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch. Triglycerides <150mg/dL (1,7mmol/L)

	HDL cholesterol >40mg/dL (1,0mmol/L) ở nam và >50mg/dL (1,3mmol/L) ở nữ.
--	--

(*) Mục tiêu điều trị ở các cá nhân có thể khác nhau tùy tình trạng của người bệnh.

- Mục tiêu điều trị có thể nghiêm ngặt hơn: HbA1c <6,5% (48 mmol/mol) nếu có thể đạt được và không có dấu hiệu đáng kể của hạ đường huyết và những tác dụng có hại của thuốc: Đối với người bị bệnh đái tháo đường trong thời gian ngắn, bệnh ĐTĐ typ 2 được điều trị bằng thay đổi lối sống hoặc chỉ dùng metformin, trẻ tuổi hoặc không có bệnh tim mạch quan trọng.
- Ngược lại, mục tiêu điều trị có thể ít nghiêm ngặt (nói lỏng hơn): HbA1c <8% (64 mmol/mol) phù hợp với những người bệnh có tiền sử hạ glucose huyết trầm trọng, lớn tuổi, các biến chứng mạch máu nhỏ hoặc mạch máu lớn, có nhiều bệnh lý đi kèm hoặc bệnh ĐTĐ trong thời gian dài và khó đạt mục tiêu điều trị.
- Nếu đã đạt mục tiêu glucose huyết lúc đói, nhưng HbA1c còn cao, cần xem lại mục tiêu glucose huyết sau ăn, đo vào lúc 1-2 giờ sau khi người bệnh bắt đầu ăn.

3.3 Xác định mục tiêu điều trị đái tháo đường ở người cao tuổi

Tình trạng sức khỏe	Cơ sở để chọn lựa	HbA1c	Glucose huyết lúc đói hoặc trước ăn (mg/dL)	Glucose lúc đi ngủ (mg/dL)	Huyết áp mmHg
Mạnh khỏe	Còn sống lâu	<7.5%	90-130	90-150	<140/90
Phức tạp/ sức khỏe trung bình	Kỳ vọng sống trung bình	<8.0%	90-150	100-180	<140/90
Rất phức tạp/ sức khỏe kém	Không còn sống lâu	<8.5%	100-180	110-200	<150/90

3.4 Cách sử dụng một số thuốc hạ đường huyết tại tuyến y tế cơ sở

Tất cả các hướng dẫn điều trị đái tháo đường typ 2 của thế giới cũng như Việt Nam đều khuyến cáo sử dụng Metformin (một loại thuốc làm giảm đề kháng insulin) là lựa chọn điều trị đầu tay cho người bệnh đái tháo đường nếu không có chống chỉ định, đặc biệt ở những người bệnh thừa cân, béo phì. Khi Metformin đơn trị liệu không đủ để làm giảm đường huyết về mục tiêu điều trị, cần kết hợp thêm thuốc nhóm khác. Các thuốc phối hợp sau đó có thể là một nhóm thuốc uống hạ đường huyết khác hoặc là insulin tiêm tùy theo tình trạng người bệnh. Cụ thể như sau:

Phác đồ 1: HbA1c <7,5%: bắt đầu đơn trị liệu thuốc viên hạ đường huyết, thuốc lựa chọn là Metformin, nếu không nạp thì thay thế bằng Sulfonylurea (1 thuốc uống).

Phác đồ 2: HbA1c ≥7,5%: thuốc ở phác đồ một + 1 thuốc uống thứ hai hoặc + insulin nền/trộn (2 thuốc uống (Metformin + Sulfonylurea) hoặc Metformin + insulin).

Phác đồ 3: Nếu HbA1c >9% và không có triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu: thuốc ở phác đồ hai + insulin nền/trộn hoặc + 1 thuốc uống thứ ba (2 thuốc uống + insulin hoặc 3 thuốc uống).

Phác đồ 4: Nếu HbA1c >9% và có triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu: dùng insulin nền/trộn kết hợp hoặc không kết hợp với thuốc khác.

Liều dùng thuốc uống hạ glucose huyết tại tuyến y tế cơ sở

Thuốc	Hàm lượng	Liều mỗi ngày	Thời gian tác dụng
1. Sulfonylurea : Kích thích tiết insulin			
Tolbutamide	250-500 mg	0,5-2 gam chia uống 2-3 lần	6-12 giờ
Chlorpropamide	100-250 mg	0,1-0,5 gam uống 1 lần duy nhất	24-72 giờ
Glimepiride	1-2 và 4 mg	1-4 mg/ngày liều thông thường. Liều tối đa 8mg/ngày	24 giờ
Gliclazide	80 mg 30-60 mg dạng phóng thích chậm	40mg-320 mg viên thường, chia uống 2-3 lần 30-120 mg dạng phóng thích chậm, uống 1 lần/ngày	12 giờ 24 giờ, dạng phóng thích chậm
Glipizide	5-10 mg 2,5-5-10 mg dạng phóng thích chậm	Viên thường 2,5-40 mg uống 30 phút trước khi ăn 1 hoặc 2 lần/ngày Dạng phóng thích chậm 2,5 -10 mg/ngày uống 1 lần. Liều tối đa 20 mg/ngày uống 1 lần	6-12 giờ Dạng phóng thích chậm 24 giờ
2. Glinide: Kích thích tiết insulin			
Repaglinide	0,5-1-2 mg	0,5-4 mg/ngày chia uống trước các bữa ăn	3 giờ
3. Biguanide và 4. Thiazolidinedion: Thuốc tăng nhạy cảm với insulin			
3. Metformin	500-850-1000mg Dạng phóng thích chậm: 500-750 mg	1-2,5 gam, uống 1 viên sau ăn, ngày 2 - 3 lần Dạng phóng thích chậm: 500-2000 mg/ngày uống 1 lần	7-12 giờ Dạng phóng thích chậm: kéo dài 24 giờ
4. Pioglitazone	15-30-45mg/ngày	15-45 mg/ngày	24 giờ
5. Thuốc ức chế enzyme alpha glucosidase			
Acarbose	50-100 mg	25-100mg uống 3 lần/ngày ngay trước bữa ăn hoặc ngay sau miếng ăn đầu tiên	4 giờ

* Một số lưu ý khi dùng thuốc hạ đường huyết tại y tế cơ sở:

- ĐTĐ mới phát hiện, đường máu gần với ngưỡng chẩn đoán: chưa cần điều trị bằng thuốc ngay, áp dụng biện pháp không dùng thuốc nếu sau 1-3 tháng không kiểm soát được đường máu thì mới điều trị thuốc.
- Chỉ dùng insulin tác dụng nhanh khi đường máu tăng quá cao cần phải hạ nhanh chóng đường máu.

- Insulin tác dụng chậm (tiêm 1 mũi/ngày) và tác dụng trung gian (tiêm 2 mũi/ngày) được sử dụng điều trị duy trì hàng ngày. Liều insulin thường bắt đầu là 0,1 – 0,2 UI/kg/24h, có thể tăng dần dần để đạt hiệu quả.
- Chống chỉ định của Metformin: phụ nữ có thai, cho con bú; suy tim nặng; bệnh gan (kể cả nghiện rượu); suy thận; có nguy cơ nhiễm toan lactic.
- Chống chỉ định của Sulfonylurea: phụ nữ có thai và cho con bú; suy thận; ĐTĐ typ 1; ĐTĐ typ 2 kèm theo các biến chứng nặng: Suy gan, suy thận nặng, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hoá nặng, hôn mê; người bệnh phẫu thuật
- Người bệnh suy gan, suy thận nặng: Trường hợp này chống chỉ định với tất cả thuốc hạ đường huyết đường uống nên bắt buộc phải chuyển sang chế độ tiêm insulin hoàn toàn.
- Người mang thai: Hiện chưa có đủ nghiên cứu về độ an toàn của thuốc hạ đường huyết đường uống ở người mang thai do các thuốc uống đều qua nhau thai. Do đó, hiện insulin là lựa chọn điều trị duy nhất.
- Các trường hợp bệnh cấp tính phải nhập viện hoặc phẫu thuật: Lúc này, cần sử dụng insulin để giảm đường huyết nhanh và kiểm soát đường huyết tối ưu. Khi xuất viện, nếu tình trạng ổn định, có thể sử dụng thuốc uống.

3.5 Xử lý cấp cứu ban đầu hạ đường máu

3.5.1 Triệu chứng, dấu hiệu của hạ đường máu

- Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi: do dùng thuốc hạ đường huyết không đúng, chế độ ăn không đúng, gắng sức cơ bắp nhiều, có bệnh hoặc dùng thuốc kết hợp.
- Biểu hiện của thiếu glucose tới não: mệt mỏi, chóng mặt, mờ mắt, cư xử bất thường, hôn mê, co giật.
- Biểu hiện thần kinh giao cảm: hồi hộp, run tay, lo lắng, bứt rứt, vã mồ hôi, đói bụng, mạch nhanh, huyết áp tụt.
- Đường máu mao mạch <3,5mmol/L

3.5.2 Xử trí cấp cứu ban đầu hạ đường máu

Cho người bệnh uống 01 cốc nước đường (10-15g đường), theo dõi triệu chứng hạ đường huyết, sau 15 phút đo lại đường huyết. Nếu đường huyết vẫn giảm, tiếp tục uống nước đường đến khi đường huyết >4mmol/l thì chuyển tuyến trên.

Nếu người bệnh không uống được: Tiêm tĩnh mạch khoảng 50-100ml dung dịch glucose 30%, sau đó duy trì bằng truyền dung dịch glucose 5%. Đo lại đường huyết, nếu đường huyết >4mmol/l thì mới chuyển tuyến trên.

3.6 Xử trí cấp cứu ban đầu tăng áp lực thẩm thấu do tăng đường máu

3.6.1 Triệu chứng, dấu hiệu của tăng áp lực thẩm thấu do tăng đường máu

Là một biến chứng cấp tính trong bệnh đái tháo đường, thường hay gặp ở người bệnh đái tháo đường týp 2 với các dấu hiệu đặc trưng:

- Đường huyết tăng rất cao (25-30mmol/L) gây đái nhiều.
- Áp lực thẩm thấu tăng cao > 320mmosm/L gây mất nước trong tế bào.

- Mất nước nghiêm trọng: mệt mỏi dữ dội, khát nước, sốt, khô miệng, mạch nhanh, huyết áp tụt, ý thức u ám, lơ mơ, hôn mê, co giật.

Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

- Ngừng dùng thuốc hạ đường máu hoặc chưa được điều trị thuốc
- Nhiễm khuẩn
- Chấn thương hoặc phẫu thuật
- Mất nước: nôn nhiều, ỉa lỏng, bông
- Tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim
- Dùng thuốc: lợi tiểu thải muối (lasix, hypothiazid), corticoid, thuốc ức chế beta, manitol, phenyltoin, thuốc ức chế miễn dịch
- Stress

3.6.2 Xử lý cấp cứu ban đầu tăng áp lực thẩm thấu do tăng đường máu

- Truyền dịch để hồi phục thể tích tuần hoàn (tổng số nước mất có thể đến 10 lít), truyền nhanh 1 lít/giờ đầu tiên. Loại dịch truyền: NaCl đẳng trương 9‰ hoặc nhược trương 4,5‰, Ringerlactat.
- Insulin tác dụng nhanh tiêm tĩnh mạch 0,1 đơn vị/kg, sau đó truyền tĩnh mạch liên tục, liều 0,1 đơn vị/kg/giờ pha trong dung dịch natri clorua 0,9‰. Mục tiêu giảm được 3 mmol/L trong những giờ đầu.
- Chuyển người bệnh lên tuyến trên để định lượng natri máu, kali máu, pH máu... và điều trị tiếp.

3.7. Quản lý bệnh đái tháo đường

3.7.1. Lập hồ sơ quản lý sức khỏe, tái khám và theo dõi

- Tất cả người bệnh đái tháo đường cần được lập hồ sơ quản lý tại y tế cơ sở.
- Tái khám định kỳ 1 tháng 1 lần, tái khám ngay khi có bất thường.
- Thực hiện xét nghiệm HbA1c ít nhất 2 lần trong 1 năm ở những người bệnh đáp ứng mục tiêu điều trị (và những người có đường huyết được kiểm soát ổn định). Xét nghiệm HbA1c 3 tháng/1 lần ở những người bệnh được thay đổi liệu pháp điều trị hoặc những người không đạt mục tiêu.
- Khám mắt lúc bắt đầu phát hiện đái tháo đường và tái khám 1-2 lần/năm, tối thiểu 1 lần/2 năm.
- Định kỳ xét nghiệm: protein niệu, xeton niệu, chức năng gan/ thận, lipide máu, điện tâm đồ... 3-6 tháng 1 lần tùy theo tình trạng người bệnh.
- Theo dõi phát hiện các biến chứng bệnh để chuyển tuyến:
 - Biến chứng mắt: tăng nhãn áp, đục thủy tinh thể, bệnh võng mạc đái tháo đường,
 - Tăng huyết áp: rất phổ biến
 - Viêm tắc động mạch chi gây loét, hoại tử
 - Tim: đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim

- Bệnh thận: suy thận
- Hôn mê tăng thẩm thấu: là hội chứng mất nước nặng do đái nhiều thẩm thấu
- Tâm thần: trầm cảm, lo âu và một số rối loạn tâm thần khác
- Nghe kém: do tổn thương thần kinh thính giác
- Viêm quanh răng
- Thần kinh: đột quy, Alzheimer, đau thần kinh ngoại biên, tê bì da..
- Bệnh động mạch ngoại biên: cơn đau cách hồi ở bắp chân (đau khi đi bộ, khi nghỉ hết đau)
- Rối loạn chức năng cương dương ở nam.
- Nhiễm trùng: đặc biệt ở da, vết thương khó lành
- Viêm dạ dày...

3.7.2. Tư vấn giáo dục người bệnh

a/ Tư vấn luyện tập thể lực

- Cần kiểm tra biến chứng tim mạch, mắt, thần kinh, biến dạng chân trước khi luyện tập và đo huyết áp, tần số tim. Không luyện tập gắng sức khi glucose huyết > 250-270 mg/dL và ceton dương tính.
- Loại hình luyện tập thông dụng và dễ áp dụng nhất: đi bộ tổng cộng 150 phút mỗi tuần (hoặc 30 phút mỗi ngày), không nên ngừng luyện tập 2 ngày liên tiếp. Mỗi tuần nên tập kháng lực 2-3 lần (kéo dây, nâng tạ).
- Người già, đau khớp có thể chia tập nhiều lần trong ngày, thí dụ đi bộ sau 3 bữa ăn, mỗi lần 10-15 phút. Người còn trẻ nên tập khoảng 60 phút mỗi ngày, tập kháng lực ít nhất 3 lần mỗi tuần.

b/ Tư vấn thay đổi lối sống (đề cập ở phần dự phòng)

c/ Tư vấn về dùng thuốc và tác dụng không mong muốn của thuốc

d/ Hướng dẫn cho người bệnh tự theo dõi tại nhà: Hướng dẫn phương pháp xét nghiệm đường máu mao mạch, đánh giá chỉ số đường máu, theo dõi và dự phòng biến chứng bàn chân, phát hiện các triệu chứng mới xuất hiện, tác dụng phụ của thuốc và xử trí hạ đường máu.

3.7.3. Các trường hợp cần chuyển tuyến

- Nghi ngờ ĐTĐ (qua xét nghiệm đường máu mao mạch): cần chuyển tuyến để chẩn đoán xác định.
- ĐTĐ lần đầu tiên phát hiện: cần chuyển tuyến để đánh giá tổng thể và biến chứng.
- ĐTĐ đang quản lí, đường huyết kiểm soát không tốt trong 3 tháng liên tục hoặc đường huyết lúc đói $\geq 13\text{mmol/l}$.
- Đái tháo đường có cholesterol máu $\geq 8\text{mmol/l}$
- Đái tháo đường có huyết áp tăng trên 180/120mmHg
- Người bệnh không dung nạp với thuốc

- Theo lịch hẹn của tuyến trên
- ĐTĐ đang quản lí nghi ngờ có biến chứng:
 - + Khát nước tăng lên, đái nhiều lên
 - + Đau bụng, nôn, buồn nôn
 - + Ý thức chậm chạp hoặc hôn mê
 - + Vã mồ hôi, run chân tay
 - + Tê chân tay
 - + Có biểu hiện bất thường ở chân
 - + Sốt kéo dài, hoặc ho kéo dài
 - + Đau chân khi đi lại
 - + Phù
 - + Giảm thị lực tiến triển

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19 tháng 7 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2
2. GS.TS. Thái Hồng Quang (2018), Hội Nội tiết và đái tháo đường, khuyến cáo bệnh đái tháo đường
3. American Diabetes Association (2017), Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care 2017;40 (Suppl. 1); DOI 10.2337/dc17-S001.
4. Eur J Clin Nutr. 2011 Vitamin D and type 2 diabetes: a systematic review Sep;65(9):1005-15. doi: 10.1038/ejcn.2011.118. Epub 2011 Jul 6
5. Prevent Diabetes, <https://www.healthline.com/nutrition/prevent-diabetes>.

C. BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH (BPTNMT/ COPD)

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là bệnh hô hấp phổ biến có thể phòng và quản lý điều trị ổn định. Bệnh đặc trưng bởi các triệu chứng hô hấp dai dẳng và giới hạn luồng khí, là hậu quả của những bất thường của đường thở và/hoặc phế nang thường do phơi nhiễm với các phân tử hoặc khí độc hại, trong đó khói thuốc lá, thuốc lào là yếu tố nguy cơ chính; ô nhiễm không khí và khói chất đốt cũng là yếu tố nguy cơ quan trọng gây BPTNMT. Các bệnh đồng mắc và đợt kịch phát làm nặng thêm tình trạng bệnh.

BPTNMT là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới dẫn đến gánh nặng kinh tế xã hội ngày càng gia tăng. Dựa trên các nghiên cứu dịch tễ học, số ca mắc BPTNMT ước tính khoảng 385 triệu người năm 2010, với tỷ lệ mắc trên thế giới là 11,7% và khoảng 3 triệu ca tử vong hàng năm. Ở Việt Nam nghiên cứu về dịch tễ học của BPTNMT năm 2009 cho thấy tỷ lệ mắc ở người >40 tuổi là 4,2%. Với sự gia tăng tỷ lệ hút thuốc lá tại các nước đang phát triển và sự già hóa dân số ở những quốc gia phát triển, tỷ lệ mắc BPTNMT được dự báo sẽ tăng cao trong những năm tới và đến năm 2030 ước tính có trên 4,5 triệu trường hợp tử vong hàng năm do BPTNMT và các rối loạn liên quan.

Tiến trình của BPTNMT có những giai đoạn ổn định xen kẽ những đợt cấp, tiến triển nặng dần không hồi phục, vì vậy cần phát hiện sớm và điều trị hiệu quả để làm chậm tiến triển của bệnh, hạn chế biến chứng.

BPTNMT cũng như các bệnh mạn tính khác, cần phải được điều trị, quản lý và theo dõi lâu dài. Ngoài việc dùng thuốc, các biện pháp hỗ trợ khác như cai thuốc lá, phục hồi chức năng hô hấp, giáo dục người bệnh cũng đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát bệnh.

1. PHÁT HIỆN SỚM BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

1.1 Định hướng chẩn đoán BPTNMT áp dụng tại tuyến chưa được trang bị máy đo chức năng thông khí

Khai thác kỹ tiền sử tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ gây bệnh, thăm khám lâm sàng để tìm các dấu hiệu định hướng chẩn đoán:

- Bệnh hay gặp ở nam giới trên 40 tuổi.
- Tiền sử: hút thuốc lá, thuốc lào (bao gồm cả hút thuốc chủ động và thụ động). Ô nhiễm môi trường trong và ngoài nhà: khói bếp, khói, chất đốt, bụi nghề nghiệp (bụi hữu cơ, vô cơ), hơi, khí độc. Nhiễm khuẩn hô hấp tái diễn, lao phổi... Tăng tính phản ứng đường thở (hen phế quản hoặc viêm phế quản co thắt).
- Ho, khạc đờm kéo dài không do các bệnh phổi khác như lao phổi, giãn phế quản...: là triệu chứng thường gặp. Lúc đầu có thể chỉ có ho ngắt quãng, sau đó ho dai dẳng hoặc ho hàng ngày (ho kéo dài ít nhất 3 tháng trong 1 năm và trong 2 năm liên tiếp), ho khan hoặc ho có đờm, thường khạc đờm về buổi sáng. Ho đờm mủ là một trong các dấu hiệu của đợt cấp do bội nhiễm.
- Khó thở: tiến triển nặng dần theo thời gian, lúc đầu chỉ có khó thở khi gắng sức, sau đó khó thở cả khi nghỉ ngơi và khó thở liên tục. Người bệnh “phải gắng sức để thở”, “khó thở, nặng ngực”, “cảm giác thiếu không khí, hụt hơi” hoặc “thở hần hển”, thở khò khè. Khó thở tăng lên khi gắng sức hoặc nhiễm trùng đường hô hấp.
- Các triệu chứng ho khạc đờm, khó thở dai dẳng và tiến triển nặng dần theo thời gian.

- Khám lâm sàng:

+ Giai đoạn sớm của bệnh khám phổi có thể bình thường. Cần đo chức năng thông khí ở những đối tượng có yếu tố nguy cơ và có triệu chứng cơ năng gợi ý (ngay cả khi thăm khám bình thường) để chẩn đoán sớm BPTNMT. Nếu người bệnh có khí phế thũng có thể thấy lồng ngực hình thùng, gõ vang, rì rào phế nang giảm.

+ Giai đoạn nặng hơn khám phổi thấy rì rào phế nang giảm, có thể có ran rít, ran ngáy, ran ẩm, ran nổ.

+ Giai đoạn muộn có thể thấy những biểu hiện của suy hô hấp mạn tính: tím môi, tím đầu chi, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp phụ, biểu hiện của suy tim phải (tĩnh mạch cổ nổi, phù 2 chân, gan to, phản hồi gan tĩnh mạch cổ dương tính).

Khi phát hiện người bệnh có các triệu chứng, dấu hiệu nghi ngờ BPTNMT cần chuyển người bệnh đến các cơ sở y tế có đủ điều kiện (tuyến huyện, tuyến tỉnh hoặc tuyến trung ương) để làm thêm các thăm dò: đo chức năng thông khí, chụp Xquang phổi, điện tim... để chẩn đoán xác định và loại trừ những nguyên nhân khác có triệu chứng lâm sàng giống BPTNMT như lao, ung thư.

1.2. Đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1.2.1 Đánh giá bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo nhóm ABCD

- BPTNMT nhóm A = Nguy cơ thấp, ít triệu chứng: có 0 - 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện và không phải sử dụng kháng sinh, corticosteroid) và điểm đánh giá khó thở (Mmrc) ≤ 1 hoặc điểm đánh giá BPTNMT (CAT) < 10 .

- BPTNMT nhóm B = Nguy cơ thấp, nhiều triệu chứng: có 0 - 1 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua (đợt cấp không nhập viện và không phải sử dụng kháng sinh, corticosteroid) và điểm đánh giá khó thở (Mmrc) ≥ 2 hoặc điểm đánh giá BPTNMT (CAT) ≥ 10 .

- BPTNMT nhóm C = Nguy cơ cao, ít triệu chứng: có ≥ 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua hoặc 1 đợt cấp nặng phải nhập viện hoặc phải đặt nội khí quản và điểm đánh giá khó thở (Mmrc) ≤ 1 hoặc điểm đánh giá BPTNMT (CAT) < 10 .

- BPTNMT nhóm D = Nguy cơ cao, nhiều triệu chứng: có ≥ 2 đợt cấp trong vòng 12 tháng qua hoặc 1 đợt cấp phải nhập viện và điểm đánh giá khó thở (Mmrc) ≥ 2 hoặc điểm đánh giá BPTNMT (CAT) ≥ 10 .

Ghi chú:

- Bộ câu hỏi đánh giá BPTNMT = CAT (Bảng 1): gồm 8 câu hỏi, mỗi câu từ 0-5 điểm, tổng điểm từ 0 đến 40. Đọc kết quả: 40-31 điểm: ảnh hưởng rất nặng; 30-21 điểm: ảnh hưởng nặng; 20-11 điểm: ảnh hưởng trung bình; ≤ 10 điểm: ít ảnh hưởng.

- Bảng điểm đánh giá khó thở = mMRC (Bảng 2): gồm 5 câu hỏi tương ứng với 5 mức khó thở, từ 0 đến 4 điểm. Khó thở nặng nhất có điểm tối đa là 4 điểm.

Bảng 1. Bộ câu hỏi đánh giá BPTNMT (CAT)

Tôi hoàn toàn không ho	0	1	2	3	4	5	Tôi ho thường xuyên	
Tôi không có chút đờm nào trong phổi	0	1	2	3	4	5	Trong phổi tôi có rất nhiều đờm	
Tôi không có cảm giác nặng ngực	0	1	2	3	4	5	Tôi có cảm giác rất nặng ngực	
Tôi không bị khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)	0	1	2	3	4	5	Tôi rất khó thở khi lên dốc hoặc lên một tầng lầu (gác)	
Tôi yên tâm ra khỏi nhà dù tôi có bệnh phổi	0	1	2	3	4	5	Tôi không yên tâm chút nào khi ra khỏi nhà vì tôi có bệnh phổi	
Tôi ngủ ngon giấc	0	1	2	3	4	5	Tôi không ngủ ngon giấc vì tôi có bệnh phổi	
Tôi cảm thấy rất khỏe	0	1	2	3	4	5	Tôi cảm thấy không còn chút sức lực nào	
CAT (COPD ASSESSMENT TEST)							Tổng điểm	

Bảng 2. Bảng điểm đánh giá khó thở (mMRC)

Bảng điểm đánh giá khó thở mMRC		Điểm
• Khó thở khi gắng sức mạnh		0
• Khó thở khi đi vội trên đường bằng hay đi lên dốc nhẹ		1
• Đi bộ chậm hơn người cùng tuổi vì khó thở hoặc phải dừng lại để thở khi đi cùng tốc độ với người cùng tuổi trên đường bằng		2
• Phải dừng lại để thở khi đi bộ khoảng 100m hay vài phút trên đường bằng		3
• Khó thở nhiều đến nỗi không thể ra khỏi nhà hoặc khó thở ngay cả khi thay quần áo		4
BẢNG ĐIỂM mMRC (MODIFIED MEDICAL RESEARCH COUNCIL)		

1.2.2 Đánh giá mức độ nặng (tắc nghẽn) của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo chức năng thông khí

Để đánh giá mức độ nặng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cần đo chức năng thông khí. Chức năng thông khí được đánh giá dựa vào chỉ số FEV1 (thể tích thở ra gắng sức trong giây đầu tiên). Nếu tuyến y tế cơ sở không đo được FEV1 thì chuyển người bệnh lên tuyến trên để đo chức năng thông khí.

Bảng 3. Đánh giá mức độ tắc nghẽn của BPTNMT

Mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn	Giá trị FEV1
Mức độ I (nhẹ)	FEV1 \geq 80% trị số lý thuyết
Mức độ II (trung bình)	50% \leq FEV1 < 80% trị số lý thuyết
Mức độ III (nặng)	30% \leq FEV1 < 50% trị số lý thuyết

1.2.3 Đánh giá tình trạng suy hô hấp cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Không suy hô hấp: nhịp thở 20 - 30 lần/phút; không co kéo cơ hô hấp phụ; không rối loạn ý thức.
- Suy hô hấp cấp nhưng không có dấu hiệu đe dọa tính mạng: nhịp thở >30 lần/phút; co kéo cơ hô hấp; không rối loạn ý thức.
- Suy hô hấp cấp có dấu hiệu đe dọa tính mạng: nhịp thở >30 lần/phút; co kéo cơ hô hấp phụ; rối loạn ý thức cấp tính.

1.3. Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

1.3.1. Phát hiện sớm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Đợt cấp của BPTNMT là đợt nặng lên đột ngột của BPTNMT giai đoạn ổn định trước đó và cần thay đổi thuốc điều trị ngay. Chẩn đoán đợt cấp khi người bệnh đã được chẩn đoán xác định BPTNMT xuất hiện các triệu chứng nặng hơn thường ngày:

a) Triệu chứng hô hấp:

- Ho tăng.
- Khó thở tăng.
- Khắc đờm tăng và/ hoặc thay đổi màu sắc của đờm: đờm chuyển thành đờm mủ.
- Nghe phổi thấy rì rào phế nang giảm, có thể thấy ran rít, rạn ẩm, rạn nổ.

b) Các biểu hiện khác có thể có hoặc không có tùy thuộc vào mức độ nặng của bệnh:

- Tim mạch: nặng ngực, nhịp nhanh, loạn nhịp. Các dấu hiệu của tâm phế mạn tính (phù, tĩnh mạch cổ nổi, gan to...).
- Toàn thân: sốt, rối loạn tri giác, trầm cảm, mất ngủ, giảm khả năng gắng sức...
- Trường hợp nặng có dấu hiệu suy hô hấp cấp: thở nhanh nông hoặc thở chậm, tím môi đầu chi, nói ngắt quãng, co kéo cơ hô hấp phụ, vã mồ hôi...

1.3.2 Mức độ nặng của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Đợt cấp mức độ nhẹ: Có 1 trong 3 triệu chứng chính: (1) khó thở tăng, (2) lượng đờm tăng, (3) ho tăng.
- Đợt cấp mức độ vừa và nặng: Có ít nhất 2 trong 3 triệu chứng chính: (1) khó thở tăng; (2) lượng đờm tăng; (3) đờm mủ nhiều hơn.

2. DỰ PHÒNG BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

2.1. Ngừng tiếp xúc với yếu tố nguy cơ

Ngừng tiếp xúc với khói thuốc lá, thuốc Lào, bụi, khói bếp rơm, củi, than, khí độc...

2.2. Cai thuốc lá, thuốc Lào

Cai thuốc là biện pháp rất quan trọng dự phòng BPTNMT và ngăn chặn tiến triển nặng lên của bệnh. Việc dùng thuốc hỗ trợ cai thuốc lá giúp giảm nhẹ hội chứng cai thuốc và làm tăng tỷ lệ cai thuốc thành công. Các thuốc có thể chỉ định: nicotine thay thế, bupropion, varenicline.

- Nicotine thay thế.

- Chống chỉ định tương đối ở người bệnh tim mạch có nguy cơ cao (vừa mới bị nhồi máu cơ tim cấp).
- Các dạng thuốc: dạng xịt mũi, họng, viên ngậm, viên nhai, miếng dán da.
- Thời gian dùng thuốc tùy thuộc vào mức độ nghiện thuốc lá (mức độ phụ thuộc nicotine): thông thường từ 2-4 tháng, có thể kéo dài hơn.
- Tác dụng phụ: gây kích ứng da khi dán, khi uống có thể gây khô miệng, nấc, khó tiêu...

- Bupropion: tác dụng tăng cường phóng thích noradrenergic và dopaminergic ở hệ thần kinh trung ương giúp làm giảm ham muốn hút thuốc.

- Không dùng cho người bệnh động kinh, rối loạn tâm thần, rối loạn hành vi ăn uống, dùng thuốc nhóm IMAO, đang điều trị cai nghiện rượu, suy gan nặng.
- Thời gian điều trị 7 - 9 tuần, có thể kéo dài 6 tháng.
- Liều cố định không vượt quá 300mg/ngày:
 - Tuần đầu: 150mg/ngày uống buổi sáng;
 - Từ tuần 2 - 9: 300mg/ngày chia 2 lần.
- Tác dụng phụ: mất ngủ, khô miệng, nhức đầu, kích động, co giật.

- Varenicline: có tác dụng giảm triệu chứng khi cai thuốc lá và giảm sáng khoái khi hút thuốc.

- Chống chỉ định tương đối khi suy thận nặng (thanh thải Creatinine <30ml/phút).
- Thời gian điều trị 12 tuần, có thể kéo dài đến 6 tháng.
- Liều điều trị:
 - Ngày 1 đến 3: 0,5mg/ngày uống buổi sáng;
 - Ngày 4 đến 7: 1mg/ngày chia 2 lần sáng-chiều;
 - Tuần 2 đến 12: 2mg/ngày chia 2 lần sáng-chiều.
- Tác dụng phụ: buồn nôn, rối loạn giấc ngủ, ác mộng, trầm cảm, thay đổi hành vi.

2.3. Kiểm soát cân nặng

Thừa cân, béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ gây BPTNMT, do vậy hoạt động thể lực và chế độ ăn uống lành mạnh giúp kiểm soát cân nặng là cần thiết trong dự phòng BPTNMT.

2.4 Tiêm vắc xin phòng nhiễm trùng đường hô hấp

- Nhiễm trùng đường hô hấp (cúm và viêm phổi...) là một trong các yếu tố nguy cơ gây đợt cấp BPTNMT. Việc tiêm phòng vắc xin có thể làm giảm các đợt cấp nặng và giảm tỷ lệ tử vong.
- Tiêm phòng vắc xin cúm vào đầu mùa thu và tiêm nhắc lại hàng năm cho các đối tượng mắc BPTNMT.

- Tiêm phòng vắc xin phế cầu mỗi 5 năm 1 lần và được khuyến cáo ở người bệnh mắc BPTNMT giai đoạn ổn định.

3. XỬ TRÍ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

3.1. Các thuốc điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

- Thuốc giãn phế quản được coi là nền tảng trong điều trị BPTNMT. Ưu tiên các loại thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài, dùng đường phun hít hoặc khí dung. Liều lượng và đường dùng của các thuốc này tùy thuộc vào mức độ và giai đoạn bệnh.
- Corticoide được chỉ định trong giai đoạn cấp, dùng đường khí dung nếu đợt cấp nhẹ, dùng đường tiêm/uống nếu đợt cấp nặng, thời gian dùng không quá 7 ngày.
- Kháng sinh được chỉ định trong giai đoạn đợt cấp, thời gian dùng 5-7 ngày (đợt cấp trung bình) hoặc 7-10 ngày (đợt cấp nặng).

Bảng 4. Các thuốc điều trị BPTNMT

Nhóm thuốc	Tên viết tắt	Hoạt chất
Cường beta 2 adrenergic tác dụng ngắn	SABA	Salbutamol, Terbutaline
Cường beta 2 adrenergic tác dụng dài	LABA	Indacaterol, Bambuterol
Kháng cholinergic tác dụng ngắn	SAMA	Ipratropium
Kháng cholinergic tác dụng dài	LAMA	Tiotropium
Cường beta 2 adrenergic tác dụng ngắn + kháng cholinergic tác dụng ngắn	SABA+SAMA	Ipratropium/salbutamol Ipratropium/fenoterol
Cường beta 2 adrenergic tác dụng dài + kháng cholinergic tác dụng dài	LABA/LAMA	Indacaterol/Glycopyronium Olodaterol/Tiotropium Vilanterol/Umeclidinium
Corticosteroid dạng phun hít + cường beta 2 adrenergic tác dụng dài	ICS+LABA	Budesonid/Formoterol Fluticason/Vilanterol Fluticason/Salmeterol
Kháng sinh, kháng viêm	Macrolide Kháng PDE4	Erythromycin Rofumilast
Nhóm xanthine tác dụng ngắn/dài	Xanthine	Theophyllin/Theostat

3.2. Xử trí bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại tuyến y tế cơ sở

Người bệnh nhóm A:

- Thuốc giãn phế quản được sử dụng khi cần thiết, thuốc giúp cải thiện triệu chứng khó thở.

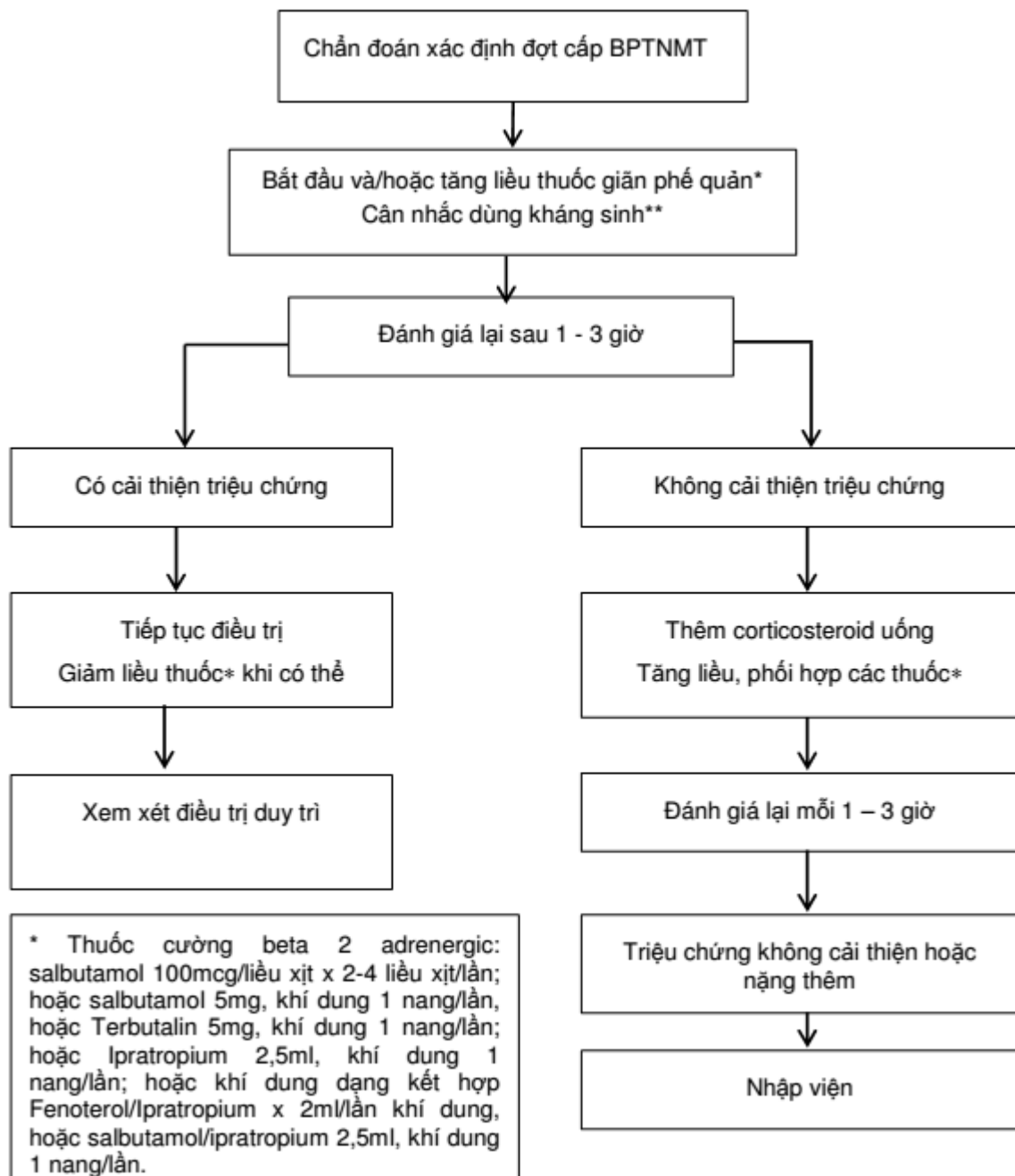
- Có thể lựa chọn nhóm thuốc giãn phế quản tác dụng ngắn hoặc tác dụng dài.
- Tùy theo đáp ứng điều trị và mức độ cải thiện triệu chứng của người bệnh mà sẽ tiếp tục phác đồ điều trị hoặc đổi sang nhóm thuốc giãn phế quản khác.

Người bệnh nhóm B:

- Lựa chọn điều trị tối ưu là thuốc giãn phế quản tác dụng kéo dài LABA hoặc LAMA. Lựa chọn thuốc tùy thuộc vào sự dung nạp và cải thiện triệu chứng của người bệnh.
- Nếu không cải thiện với đơn trị liệu, sử dụng phối hợp hai nhóm thuốc LABA + LAMA.
- Đối với người bệnh khó thở nhiều, có thể cân nhắc điều trị khởi đầu ngay bằng LABA + LAMA.
- Nếu LABA + LAMA không cải thiện triệu chứng, có thể cân nhắc hạ bậc điều trị với một thuốc giãn phế quản tác dụng dài.

Người bệnh nhóm C và nhóm D: nên chuyển người bệnh lên tuyến trên để khởi trị, sau đó y tế cơ sở điều trị theo phác đồ tuyến trên.

3.3. Xử trí ban đầu đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính



** Kháng sinh dùng trong đợt cấp:

- Đợt cấp mức độ nhẹ: chưa cần dùng kháng sinh
- Đợt cấp mức độ vừa và nặng: cho kháng sinh Amoxicillin/clavulanate hoặc Cefuroxim hoặc Fluoroquinolon (Moxifloxacin, Levofloxacin).

* Aminophylline tĩnh mạch: truyền aminophylline tĩnh mạch không được khuyến cáo sử dụng thường qui trong đợt cấp BPTNMT vì bằng chứng có lợi rất ít trong khi các tác dụng bất lợi tiềm ẩn nhiều hơn.

4. QUẢN LÝ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

4.1 Lập hồ sơ quản lý sức khỏe, tái khám và theo dõi

- Tất cả người bệnh BPTNMT ở giai đoạn ổn định sau khi đã được tuyên trên chẩn đoán và có phác đồ điều trị cần được lập hồ sơ quản lý tại y tế cơ sở.

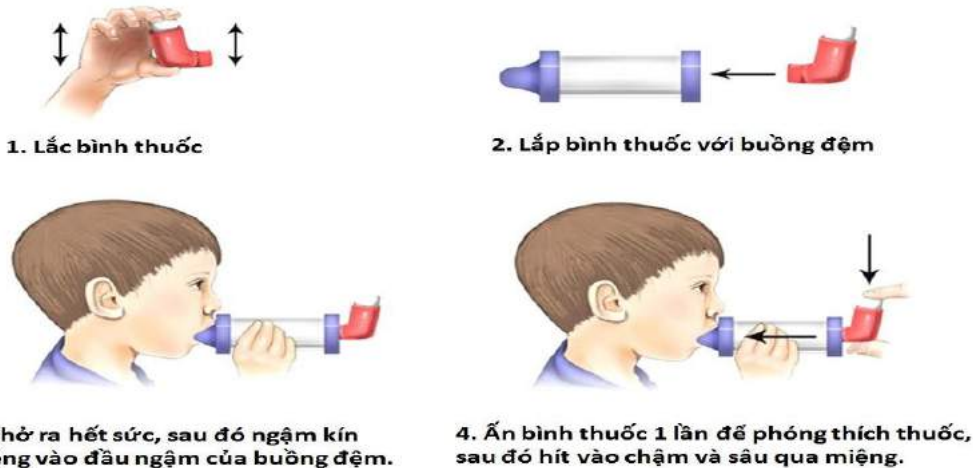
- Tái khám định kỳ 1 tháng 1 lần, tái khám ngay khi có bất thường.
- Theo dõi: tình trạng khó thở, ho, khạc đờm, nghe phổi (rì rào phế nang, ran ngáy, ran ẩm), nhịp tim, co rút cơ hô hấp, sốt, khả năng đi bộ, triệu chứng mới xuất hiện (phù, gan to...) tác dụng phụ của thuốc...

4.2. Hướng dẫn người bệnh sử dụng thuốc hít /xịt

4.2.1 Sử dụng bình hít định liều



4.2.2 Sử dụng buồng đệm



4.3 Hướng dẫn người bệnh phục hồi chức năng hô hấp

Phục hồi chức năng (PHCN) hô hấp giúp làm giảm triệu chứng khó thở, cải thiện chất lượng cuộc sống, tăng khả năng gắng sức, giúp ổn định hoặc cải thiện bệnh, giảm số đợt kịch phát phải nhập viện điều trị, giảm số ngày nằm viện, tiết kiệm chi phí điều trị. Phục hồi chức năng hô hấp bao gồm:

a/ Các phương pháp tập thở: bao gồm thở chúm môi, thở ra chủ động, các tư thế đối phó khó thở và cách phối hợp giữa tập thở và các hoạt động thường ngày.

b/ Các kỹ thuật làm sạch phế quản: bao gồm ho hữu hiệu, kỹ thuật thở ra mạnh, dẫn lưu tư thế và vỗ rung.

c/ Tập vận động: là thành phần chủ yếu và bắt buộc của chương trình PHCN hô hấp và là cách tốt nhất để cải thiện hoạt động cơ xương ở người bệnh BPTNMT. Phương thức tập luyện bao gồm tập sức bền (endurance), tập sức cơ (strenght), các bài tập căng giãn, tập cơ hô hấp. Cường độ tập luyện cần phù hợp với mức độ nặng của bệnh, mức độ hạn chế do triệu chứng bệnh, bệnh lý đi kèm và sự năng động của từng người bệnh. Có thể sử dụng các biện pháp hỗ trợ để việc tập vận động có thể đạt hiệu quả tối ưu như thuốc giãn phế quản, thở oxy trước khi tập,

- Tập sức bền: tập chi dưới (đi bộ, chạy thảm) nhằm làm khỏe các cơ giúp đi lại và cải thiện hoạt động tim phổi. Tập chi trên (nâng tạ, máy tập) giúp giảm bớt khó thở và giảm bớt nhu cầu thông khí trong các hoạt động dùng tay.
- Tập sức cơ: lặp đi lặp lại nhiều lần cùng một động tác làm gia tăng khối cơ và sức cơ tại chỗ, nên vận động nhịp nhàng, tốc độ kiểm soát từ chậm đến trung bình, kết hợp với hít vào khi giãn cơ và thở ra khi co cơ.
- Các bài tập căng giãn: cải thiện các bất thường về tư thế và dáng đứng có ảnh hưởng đến hoạt động hô hấp như cứng cột sống, lệch cột sống, nhô vai, lệch vai...; bao gồm cả chi trên lẫn chi dưới như bấp tay, bấp chân, khoeo chân, cổ, vai...
- Tập cơ hô hấp: tập vận động cơ hô hấp có thể được thêm vào bài tập vận động, giúp tăng cường hoạt động của cơ hô hấp và giảm bớt khó thở trong sinh hoạt hàng ngày. Tập cơ hô hấp chỉ định cho những người bệnh có bằng chứng hoặc nghi ngờ yếu cơ hô hấp. Dụng cụ tập cơ hô hấp là dụng cụ nhỏ gọn, giúp người bệnh tăng khả năng hít vào. Số lần tập trung bình: 30 lần/15 phút.

4.4. Hướng dẫn người bệnh thở oxy dài hạn tại nhà

- Mục tiêu:
 - Làm giảm khó thở và giảm công hô hấp do giảm kháng lực đường thở và giảm thông khí phút.
 - Giảm tỷ lệ tâm phế mạn do cải thiện tình trạng thiếu oxy máu mạn tính, giảm hematocrit, cải thiện huyết động học phổi.
- Chỉ định: BPTNMT có suy hô hấp mạn tính
- Lưu lượng, thời gian thở oxy:
 - Lưu lượng oxy: 1-3 lít/phút, thời gian thở oxy ít nhất 15 giờ/24 giờ.
 - Để tránh tăng CO₂ máu quá mức khuyến cáo nên bắt đầu với lưu lượng thở oxy ≤ 2 lít/phút.
- Các nguồn oxy:
 - Các bình khí cỡ điển: công kênh và phải nạp thường xuyên, thường dùng làm nguồn oxy dự phòng khi mất điện hoặc lúc di chuyển ngoài nhà.
 - Các máy tạo oxy thuận tiện cho các người bệnh ít hoạt động. Ngoài ra còn có các bình oxy lỏng.

4.5 Tư vấn, giáo dục người bệnh

- Tư vấn cai thuốc lá: sử dụng lời khuyên 5A:

Ask - Hỏi: xem tình trạng hút thuốc của người bệnh để có kế hoạch phù hợp.

Advise - Khuyên: đưa ra lời khuyên phù hợp và đủ sức thuyết phục người bệnh bỏ hút thuốc.

Assess - Đánh giá: xác định nhu cầu cai thuốc thực sự của người bệnh.

Assist - Hỗ trợ: giúp người bệnh xây dựng kế hoạch cai thuốc, tư vấn, hỗ trợ và chỉ định thuốc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá nếu cần.

Arrange - Sắp xếp: có kế hoạch theo dõi, hỗ trợ trực tiếp hoặc gián tiếp để người bệnh cai được thuốc và tránh tái nghiện

- Tư vấn về tuân thủ điều trị, tránh tiếp xúc với yếu tố nguy cơ và áp dụng các phương pháp dự phòng đợt cấp.

- Hướng dẫn người bệnh tự phát hiện các triệu chứng của đợt cấp, phát hiện các tác dụng phụ của thuốc.

4.6 Những trường hợp cần chuyển tuyến trên

- Nghi ngờ mắc BPTNMT cần được chẩn đoán xác định.
- BPTNMT nhóm B và nhóm D.
- BPTNMT đang quản lý nghi ngờ có bệnh đồng mắc khác (đái tháo đường, tăng huyết áp, u phổi, bệnh tim, lao phổi...)
- BPTNMT đang quản lý có các triệu chứng nặng lên như khó thở, tần số thở tăng, rối loạn ý thức...(đợt cấp)
- BPTNMT đang quản lý có suy hô hấp cấp.
- BPTNMT đang quản lý khởi phát các triệu chứng thực thể mới (phù ngoại vi, xanh tím, đau ngực, sốt cao...).
- BPTNMT điều trị không hiệu quả hoặc không dung nạp thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2018), Quyết định số 4562/2018/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
2. GOLD (2018), Global strategy for diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, update 2018.
3. WHO (2013), Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary Health care in low-resource settings.

D. HEN PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Hen là một bệnh lý đa dạng, thường đặc trưng bởi viêm đường dẫn khí mạn tính
- Hen được định nghĩa bởi sự hiện diện của bệnh sử có các triệu chứng hô hấp như khò khè, khó thở, nặng ngực và ho
- Các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và về cường độ, đi cùng với sự dao động của giới hạn dòng khí thở ra.

1.2. Mức độ nghiêm trọng của hen phế quản

Có khoảng 300 triệu người bệnh trên toàn cầu, lưu hành độ tăng 20-50% mỗi 10 năm. Mỗi thập niên có trung bình 1 triệu ca tử vong có thể phòng tránh được. Nghiên cứu tại nhiều quốc gia cho thấy tỉ lệ hen ở người cao tuổi dao động từ 4,5 -9% tùy từng tác giả.

1.3. Các yếu tố gây bệnh hen phế quản

- Cơ địa : Do gene, béo phì, nam giới <14 tuổi dễ bị hen hơn nữ
- Môi trường:
 - Các dị nguyên (nấm mốc, mạt nhà, lông chó mèo, gián)
 - Tác nhân trong nghề nghiệp: Đã định danh hơn 300 chất
 - Khô thuốc lá
 - Ô nhiễm không khí
 - Nhiễm trùng hô hấp
 - Chế độ ăn uống

1.4. Các yếu tố khởi phát cơn hen phế quản

Các yếu tố môi trường gây bệnh hen nêu trên cũng là các yếu tố khởi phát cơn hen.

Ngoài ra, vận động, thay đổi thời tiết, thức ăn, phụ gia, thuốc men, căng thẳng, kinh nguyệt, bệnh đồng mắc cũng là các yếu tố khởi phát cơn hen.

1.5. Khi nào nghĩ đến hen phế quản?

1. Những đợt khò khè tái đi tái lại
2. Ho từng cơn về đêm
3. Thức giấc ban đêm vì ho, khó thở
4. Ho, khò khè, nặng ngực sau khi tiếp xúc với dị nguyên hay chất gây ô nhiễm
5. Cảm lạnh nhập vào phổi hoặc kéo dài hơn 10 ngày
6. Ho, khò khè, khó thở sau vận động
7. Có triệu chứng hen vào một mùa nhất định trong năm
8. Dùng thuốc hen thì giảm triệu chứng

Nếu có 1 trong 8 yếu tố trên thì nên nghĩ đến hen suyễn

1.6. Chẩn đoán hen phế quản

- Kết hợp bệnh sử lâm sàng, XQuang và thăm dò chức năng hô hấp. Tốt nhất là hô hấp ký có thử thuốc giãn phế quản (Test phục hồi phế quản dương tính).

- Điển hình là người bệnh có bệnh sử ho, khò khè, khó thở tái đi tái lại.
- Tiền căn dị ứng: chàm, mề đay, viêm mũi dị ứng.
- Gia đình có người bị hen suyễn.
- Lâm sàng có ran rít lan tỏa 2 phế trường.
- Hồ hấp ký có hội chứng tắc nghẽn, PEF và/hoặc FEV1 < giới hạn dưới và có đáp ứng với thuốc dẫn phế quản.
- Lưu ý khi người bệnh suyễn ở ngoài cơn tất cả các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng đều bình thường

2. PHÂN LOẠI HEN PHẾ QUẢN

2.1. Phân loại hen theo bậc

Bảng 2.1. Phân loại hen theo bậc

Bậc hen	Triệu chứng ban ngày	Triệu chứng ban đêm	Mức độ cơn hen	PEF,FEV1	Biến thiên PEF
I	<1 lần/tuần	≤2 lần/tháng	Không giới hạn hoạt động thể lực	≥80%	<20%
II	>1 lần/tuần	>2 lần/tháng	Có thể ảnh hưởng đến hoạt động thể lực	>60% nhưng <80%	20-30%
III	Mỗi ngày	>1 lần/tuần	Ảnh hưởng đến hoạt động thể lực	≤60%	>30%
IV	Thường xuyên liên tục	Hàng đêm	Giới hạn hoạt động thể lực	≤60%	>30%

Lưu ý:

- Phân bậc hen chỉ cần dựa vào đặc tính thuộc bậc cao nhất, cho dù các đặc tính khác có thể ở bậc nhẹ hơn, ví dụ: hàng ngày có triệu chứng ban ngày = bậc 3, mặc dù triệu chứng ban đêm có thể dưới 2 lần/tháng.
- Tất cả mọi trường hợp đều có thể bị cơn hen nặng nguy hiểm tính mạng. Do vậy việc chuẩn bị đề phòng các cơn hen cấp đều cần thiết với mọi trường hợp, cho dù đang ở bậc nhẹ.
- Ở những nơi không có điều kiện đo chức năng hô hấp, việc phân bậc hen dựa vào triệu chứng lâm sàng cũng có giá trị.

2.2. Phân loại theo mức độ kiểm soát hen:

Phân loại bậc hen theo mức độ nặng nhẹ có những hạn chế trong thực hành vì tính chất rất biến động của hen. Để đánh giá mức độ đáp ứng với điều trị, mức độ kiểm soát hen trên lâm sàng có tính thực hành hơn, giúp cho việc chỉ định và theo dõi điều trị người bệnh dễ dàng hơn.

Bảng 2.2. Đánh giá mức độ kiểm soát HPQ

Đặc điểm	Đã được kiểm soát	Kiểm soát một phần	Chưa được kiểm soát
1. Triệu chứng ban ngày	Không (hoặc ≤ 2 lần/ tuần)	> 2 lần/tuần	≥ 3 đặc điểm của hen kiểm soát một phần trong bất kỳ tuần nào
2. Triệu chứng thức giấc ban đêm	Không	Có	
3. Hạn chế hoạt động	Không	Có	
4. Nhu cầu dùng thuốc cắt cơn điều trị cấp cứu	Không (hoặc ≤ 2 lần /tuần)	> 2 lần/tuần	
5. Chức năng hô hấp (PEF hoặc FEV1)	Bình thường	$< 80\%$ số dự đoán hoặc nếu biết trước	
6. Cơn kịch phát cấp	Không	≥ 1 lần/năm	1 lần trong bất kỳ tuần nào

2.3. Đo mức độ kiểm soát hen bằng test kiểm soát hen (Asthma Control Test-ACT):

TEST KIỂM SOÁT HEN – ACT

1. Trong 4 tuần qua, bao nhiêu ngày bệnh hen làm cho bạn phải nghỉ làm, nghỉ học hay phải nghỉ tại nhà?

Tất cả các ngày (1)	Hầu hết các ngày (2)	Một số ngày (3)	Chỉ một ít ngày (4)	Không có ngày nào (5)
---------------------	----------------------	-----------------	---------------------	-----------------------

2. Trong 4 tuần qua, bạn có thường gặp cơn khó thở không?

> 1 Lần/ngày (1)	$= 1$ lần/ngày (2)	3-6 lần/tuần (3)	1-2 lần/tuần (4)	Không có lần nào (5)
--------------------	--------------------	------------------	------------------	----------------------

3. Trong 4 tuần qua, bạn có thường phải thức giấc ban đêm hay phải dậy sớm do các triệu chứng của hen như ho, thở khô khè, khó thở, nặng ngực?

≥ 4 Đêm/1 tuần (1)	2-3 đêm/1 tuần (2)	1 đêm/1 tuần (3)	1-2 lần/4 tuần (4)	Không có lần nào (5)
-------------------------	--------------------	------------------	--------------------	----------------------

4. Trong 4 tuần qua, bạn có thường sử dụng thuốc cắt cơn dạng xịt hay khi dùng không?

≥ 3 Lần/ngày (1)	1-2 lần/ngày (2)	2-3 lần/1 tuần (3)	≤ 1 lần/1 tuần (4)	Không có lần nào (5)
-----------------------	------------------	--------------------	-------------------------	----------------------

5. Bạn đánh giá bệnh hen của bạn được kiểm soát như thế nào trong 4 tuần qua?

Không kiểm soát (1)	Kiểm soát kém (2)	Có kiểm soát (3)	Kiểm soát tốt (4)	Kiểm soát hoàn toàn (5)
---------------------	-------------------	------------------	-------------------	-------------------------

Tổng số điểm

Phân loại mức độ kiểm soát hen theo test kiểm soát hen ACT: Dựa vào tổng số điểm trả lời của 5 câu hỏi

- Dưới 20 điểm : Hen chưa được kiểm soát
- 20- 24 điểm : Hen được kiểm soát tốt
- 25 điểm : Hen được kiểm soát hoàn toàn

3. ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

3.1. Nguyên tắc điều trị hen

Điều trị hen nhằm đạt 6 mục tiêu kiểm soát hen:

- 1) Không có triệu chứng hen (hoặc có ít nhất).
- 2) Không thức giấc do hen.
- 3) Không phải dùng thuốc cắt cơn (hoặc dùng ít nhất).
- 4) Không hạn chế hoạt động thể lực.
- 5) Chức năng phổi (PEF; FEV1) trở lại bình thường.
- 6) Không có cơn kịch phát.

- Điều trị hen bao gồm điều trị cắt cơn và điều trị dự phòng ngoài cơn hen

- Thuốc điều trị hen có thể dùng tại chỗ (hít, khí dung), uống hoặc tiêm. Tuy nhiên thuốc dùng tại chỗ có nhiều ưu điểm, trong đó thuốc corticosteroid dạng hít là thuốc dự phòng hen có hiệu quả nhất hiện nay.

3.2. Quản lý và dự phòng hen phế quản tại tuyến y tế cơ sở

3.2.1. Các công việc cần thực hiện

Hiện nay, tại TYT thường mới chỉ có thuốc cơ bản để xử lý cơn hen cấp tính trước khi chuyển tuyến mà không có các thuốc điều trị nền để kiểm soát bệnh HPQ. Do vậy, việc quản lý chủ yếu tập trung vào những vấn đề sau:

- Phát hiện sớm các triệu chứng để chẩn đoán xác định HPQ ở người trưởng thành và người cao tuổi có các yếu tố nguy cơ mắc bệnh
- Phân bậc hen theo mức độ nặng nhẹ trước khi chuyển tuyến để BN được cấp phát thuốc.
- Nhận người bệnh từ tuyến trên, giám sát và hẹn tái khám lần đầu sau 2 tuần điều trị: khám lâm sàng, kiểm tra các dụng cụ hít, liều lượng thuốc, việc phòng tránh các yếu tố khởi phát.

3.2.2. Các biện pháp phòng tránh cơn hen

- Tuân thủ đúng phác đồ điều trị
- Tránh tiếp xúc và loại bỏ các yếu tố khởi phát và yếu tố gây bệnh: bỏ thuốc lá; tránh khói bụi, phấn hoa, hóa chất kích thích, tránh nuôi chó mèo, chim; tránh dùng thức ăn có tính gây dị ứng...
- Tiêm phòng cúm
- Thử test dị nguyên và điều trị giảm mẫn cảm đặc hiệu với dị nguyên gây bệnh nếu có
- Luôn dặn dò người bệnh: Cách nhận biết vào đợt cấp; Cách xử trí tại nhà dành cho đợt cấp; Nhận biết các triệu chứng nặng để gọi cấp cứu; Số điện thoại, địa chỉ liên lạc trong trường hợp cấp cứu

3.2. Một số thuốc điều trị hen chính

3.2.1. Thuốc cắt cơn:

Đồng vận β_2 tác dụng ngắn: Salbutamol 100 μ gr, luôn luôn có bên người bệnh nhân. Dùng khi có cơn ho, khò khè, khó thở: dùng 2 nhát xịt họng 20 phút sau,

nếu dứt cơn thì dùng. Nếu không hết dùng thêm 2 nhát. Nếu sau 6 nhát/giờ mà vẫn còn triệu chứng nặng thì nên đến bệnh viện nhanh.

Điều trị cắt cơn thay thế bao gồm anticholinergics dạng hít, đồng vận β_2 tác dụng ngắn dạng uống, 1 vài đồng vận β_2 tác dụng dài và theophylline tác dụng ngắn. Liều thông thường với đồng vận β_2 tác dụng ngắn và dài không được khuyến cáo nếu không thường xuyên dùng glucocorticosteroids dạng hít kèm theo.

3.2.2. Thuốc giữa cơn

- ICS (Inhaled corticosteroid): Corticosteoid dạng hít: liều cho người lớn

Bảng 3.1. Các dạng ICS

Thuốc	Liều thấp/ ngày (μg)	Liều trung bình/ ngày (μg)	Liều cao/ngày (μg)
Budesonide	200-4000	>400-8000	>800-1600
Fluticasone	100-250	>250-500	>500-1000
Beclomehasone Dipropionate	200-500	>500-1000	>1000-2000

- LABA : Long acting β_2 agonist : Đồng vận β_2 tác dụng kéo dài thường đi kèm với ICS
 - Salmeterol : Không dùng quá 100 μgr / ngày
 - Formoterol : tác dụng nhanh, không quá 54 μgr / ngày
- Leukotriene Modifier : thuốc biến đổi leukotriene

Trên 12 tuổi và người lớn : 10 mg

- Theophylline phóng thích chậm : viên 100 mg – 300mg tối đa 600mg ở người lớn
- Glucocorticoid dạng uống : 0.5- 1mg/ kg cân nặng.

Nhiều biến chứng, rất hạn chế dùng

- Anti- IgE : Hiện mới có tại Việt Nam, giá thành đắt do vậy mới chỉ được sử dụng tại các bệnh viện tuyến trên.

4. XỬ TRÍ Cơn HEN Ở TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

Có 3 bước cần làm:

- Đánh giá mức độ nặng của cơn hen;
- Xử trí ban đầu;
- Đánh giá kết quả xử trí và hướng tiếp theo.

4.1. 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

4.2. Xử trí ban đầu

4.2.1. 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).

4.2.2. Phác đồ xử trí:

- Salbutamol: Là thuốc đầu tay
 - Salbutamol dạng xịt: xịt họng 2 nhát liên tiếp (xịt khi người bệnh 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 + Methylprednisolon (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 người bệnh đã dùng theophylline đường uống trước đó
- Không cần dùng kháng sinh cho người bệnh hen, nếu không có nhiễm trùng phối hợp (biểu hiện bằng sốt, ho có đờm đục...)

4.3. 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 bêta 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn khám chữa bệnh trạm y tế xã, phường – Bộ Y tế, NXB Y học 2014.
2. Phác đồ điều trị Hen ở người lớn – Bộ Y tế 2009
3. GINA 2017

E. VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng là tình trạng nhiễm khuẩn của nhu mô phổi xảy ra ở ngoài bệnh viện, bao gồm viêm phế nang, ống và túi phế nang, tiểu phế quản tận hoặc viêm tổ chức kẽ của phổi. Tác nhân gây viêm phổi có thể là các vi khuẩn, virus, ký sinh trùng, nấm, nhưng không phải do trực khuẩn lao. Có khoảng 50% các trường hợp không tìm được căn nguyên gây bệnh.

Tỉ lệ mắc chung của viêm phổi mắc phải ở cộng đồng khoảng 5,16 - 6,11/1000 người và tăng theo tuổi.

Bệnh thường xảy ra về mùa đông hoặc khi tiếp xúc với lạnh. Tuổi cao, nghiện rượu, suy giảm miễn dịch là các yếu tố nguy cơ viêm phổi. Chấn thương sọ não, hôn mê, mắc các bệnh phải nằm điều trị lâu, nằm viện trước đó, có dùng kháng sinh trước khi bị viêm phổi, nghiện rượu, giãn phế quản là các yếu tố nguy cơ viêm phổi do các vi khuẩn gram âm, kể cả trực khuẩn mủ xanh. Động kinh, suy giảm miễn dịch, suy tim, hút thuốc lá, nghiện rượu, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cắt lách, bệnh hồng cầu hình liềm là các yếu tố nguy cơ viêm phổi do phế cầu. Các trường hợp biến dạng lồng ngực, gù, vẹo cột sống; bệnh tai mũi họng như viêm xoang, viêm amidan; tình trạng răng miệng kém, viêm răng lợi... dễ bị nhiễm các vi khuẩn yếm khí.

Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng gặp cả ở trẻ em và người lớn. Bài học này chỉ đề cập viêm phổi mắc phải ở cộng đồng ở người lớn, người cao tuổi.

1. PHÁT HIỆN SỚM VÀ DỰ PHÒNG VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG

1.1. Phát hiện sớm viêm phổi mắc phải ở cộng đồng

Phát hiện sớm viêm phổi mắc phải ở cộng đồng dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng dưới đây:

1.1.1 Triệu chứng lâm sàng

- Khởi phát đột ngột với sốt cao 39 – 40°C, rét run.
- Đau ngực: là triệu chứng thường gặp, đôi khi là triệu chứng nổi bật, đau bên tổn thương.
- Ho mới xuất hiện, tăng dần, lúc đầu ho khan, về sau ho có đờm đặc, màu vàng xanh hoặc máu gỉ sắt.
- Đôi khi có nôn, chướng bụng, đau bụng.
- Khó thở: thở nhanh, tím môi đầu chi.
- Khám:
 - Hội chứng nhiễm khuẩn: sốt cao, hơi thở hôi, môi khô lưỡi bẩn.
 - Hội chứng đông đặc ở phổi, ran ẩm, ran nổ bên tổn thương.
 - Dấu hiệu gợi ý viêm phổi do phế cầu: Mụn Herpes ở mép, môi, cánh mũi...
- Trường hợp đặc biệt: Người nghiện rượu có thể có lú lẫn, người cao tuổi triệu chứng thường không rành rọt, có khi bắt đầu bằng lú lẫn, mê sảng (tỷ lệ tử vong cao do suy hô hấp cấp, hạ nhiệt độ).

- Thể không điển hình: biểu hiện ho khan, nhức đầu, đau cơ. Khám lâm sàng thường không rõ hội chứng đông đặc, nghe thấy rải rác ran ẩm, ran nổ. X-quang phổi tổn thương không điển hình (mờ không đồng đều, giới hạn không rõ hình thùy).

1.1.2. Đánh giá mức độ nặng: thang điểm CURB 65

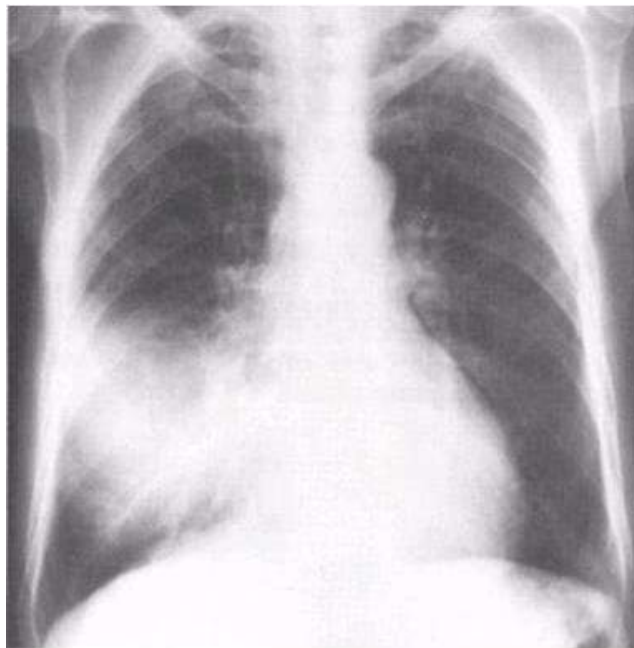
- C (Confusion): Rối loạn ý thức = 1 điểm
- U (Ure): Ure $>7\text{mmol/L}$ = 1 điểm
- R (Respiratory rate): Tần số thở ≥ 30 lần/phút = 1 điểm
- B (Blood pressure): Huyết áp $<90/60$ mmHg = 1 điểm
- Tuổi ≥ 65 tuổi = 1 điểm

Cách đánh giá:

- CURB65 = 0 - 1 điểm: viêm phổi nhẹ, có thể điều trị ngoại trú tại cộng đồng.
- CURB65 = 2 điểm: viêm phổi trung bình, chuyển người bệnh lên các khoa nội bệnh viện để điều trị.
- CURB65 = 3 - 5 điểm: viêm phổi nặng, chuyển người bệnh lên các khoa, trung tâm hô hấp để điều trị.

1.1.3. Cận lâm sàng

- Công thức máu: Số lượng bạch cầu tăng >10 Giga/lít, bạch cầu đa nhân trung tính tăng trên 75%. Khi số lượng bạch cầu giảm $<4,5$ Giga/lít: hướng tới viêm phổi do virus.
- Tốc độ lắng máu tăng.
- Cây máu hoặc đờm có thể thấy vi khuẩn gây bệnh.
- X-quang phổi: Đám mờ hình tam giác đỉnh ở phía rốn phổi, đáy ở phía ngoài hoặc các đám mờ có hình phế quản hơi, có thể mờ góc sườn hoành.



1.2 Dự phòng viêm phổi mắc phải ở cộng đồng

- Điều trị tốt các ổ nhiễm khuẩn tai mũi họng, răng, miệng.
- Người bệnh mắc các bệnh mạn tính không nên nằm lâu, thay đổi tư thế liên tục.
- Tiêm vắc xin phòng cúm mỗi năm một lần, phòng phế cầu 5 năm một lần cho những trường hợp có bệnh phổi mạn tính, suy tim, tuổi trên 65 hoặc đã cắt lách.
- Rửa tay xà phòng thường xuyên, đặc biệt là sau khi xì mũi, đi vệ sinh và trước khi ăn hoặc chuẩn bị thức ăn.
- Loại bỏ những yếu tố kích thích độc hại: thuốc lá, thuốc lào.
- Giữ ấm cổ, ngực trong mùa lạnh.
- Đeo khẩu trang dự phòng lây nhiễm cho người khác.

2. XỬ TRÍ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI Ở CỘNG ĐỒNG

2.1. Nguyên tắc xử trí chung

- Xử trí tùy theo mức độ nặng của bệnh.
- Điều trị triệu chứng.
- Điều trị nguyên nhân: điều trị kháng sinh sớm cho các người bệnh viêm phổi do vi khuẩn. Lựa chọn kháng sinh theo căn nguyên gây bệnh. Khi chưa có kháng sinh đồ, dựa theo kinh nghiệm lâm sàng, yếu tố dịch tễ, mức độ nặng của bệnh, tuổi người bệnh, các bệnh kèm theo, các tương tác, tác dụng phụ của thuốc. Thời gian dùng kháng sinh từ 7 đến 10 ngày nếu do các tác nhân gây viêm phổi điển hình, 14 ngày nếu do các tác nhân không điển hình, trực khuẩn mủ xanh.

2.2. Điều trị ngoại trú viêm phổi mắc phải ở cộng đồng (CURB65 từ 0-1 điểm)

2.2.1. Điều trị nguyên nhân

a/ Ở người không có bệnh kèm theo và không điều trị kháng sinh trong vòng 3 tháng gần đây:

- Amoxicilin 500 mg viên uống x 3 lần/ngày, hoặc amoxicilin 500 mg ống tiêm tĩnh mạch x 3 lần/ngày, nếu người bệnh không uống được; hoặc:
- Erythromycin 2g/ngày hoặc clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày; hoặc:
- Doxycylin 200 mg/ngày sau đó dùng 100 mg/ngày.

b/ Ở người bệnh có bệnh phổi hợp như: suy tim, suy hô hấp, suy thận, suy gan, bệnh đái tháo đường, bệnh ác tính, nghiện rượu, suy giảm miễn dịch hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch hoặc có điều trị kháng sinh trong vòng 3 tháng gần đây:

- Fluoroquinolon (moxifloxacin (400mg/ngày), gemifloxacin (500 - 700mg/ngày), hoặc levofloxacin (500-750mg/ngày); hoặc:
- Kết hợp một Beta-lactam có tác dụng trên phế cầu (Amoxicilin 1g x 3 lần/ngày hoặc amoxicilin-clavulanat 1g x 3 lần/ngày, hoặc cefpodoxim 200mg x 2 lần/ngày, hoặc cefuroxim 500 mg x 2 lần/ngày) với một macrolid (azithromycin 500 mg/ngày trong ngày đầu, tiếp theo 250 mg /ngày trong 4 ngày hoặc clarithromycin 500mg x 2 lần/ngày). Có thể dùng doxycyclin thay thế cho macrolid.

2.2.2. Điều trị triệu chứng

- Hạ sốt, giảm đau ngực: paracetamol, non steroid, aspirin.

- Giảm ho, long đờm: Hạn chế dùng thuốc giảm ho chế ức chế trung tâm hô hấp. Nên dùng thuốc làm loãng đờm và long đờm.
- Khó thở: thở oxy, khí dung thuốc dẫn phế quản nếu có co thắt phế quản.
- Truyền dịch nếu có mất nước điện giải: Ringerlactat hoặc natriclorua 0,9%.

2.3. Quản lý viêm phổi mắc phải ở cộng đồng

2.3.1. Phát hiện sớm các biến chứng

- Biến chứng nhiễm khuẩn huyết: Vi khuẩn có thể xâm nhập vào máu gây ra nhiễm khuẩn huyết. Các triệu chứng nghĩ tới sốc nhiễm khuẩn: sốt cao rét run, nhịp tim nhanh, thở nhanh, huyết áp tụt, buồn nôn, nôn, tiêu chảy, ý thức lơ mơ lẫn lộn, hôn mê.
- Áp xe phổi: Các triệu chứng nghĩ tới áp xe phổi: sốt trên 38 độ, ho ra mủ, vã mồ hôi về đêm, mệt mỏi, chán ăn, sút cân.
 - Trần dịch màng phổi (hội chứng 3 giảm), tràn khí màng phổi (gõ vang, nghe rì rào phế nang giảm, rung thanh giảm).
- Suy hô hấp: Các triệu chứng nghĩ tới suy hô hấp: thở nhanh hoặc chậm, nhịp tim nhanh hoặc không đều, da/môi/ đầu ngón tay tím tái, mệt mỏi, vã mồ hôi, lo lắng, hốt hoảng, ý thức lơ mơ/lẫn lộn/ hôn mê.
- Suy thận: Các triệu chứng nghĩ tới suy thận: đái ít, phù chi dưới, khó thở, buồn nôn, mệt mỏi, yếu cơ, rối loạn nhịp tim, lẫn lộn, co giật, hôn mê.

2.3.2 Các trường hợp chuyển tuyến

- CURB65 = 2 điểm: viêm phổi trung bình, chuyển người bệnh lên các bệnh viện đa khoa để điều trị.
- CURB65 = 3 - 5 điểm: viêm phổi nặng, chuyển người bệnh lên các khoa hô hấp, trung tâm hô hấp để điều trị.
- Viêm phổi nhẹ sau khi điều trị kháng sinh không đỡ, hoặc diễn biến nặng lên.
- Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng cần được chẩn đoán phân biệt với ung thư phổi và lao phổi. Cả 3 bệnh này đều có ho, đau ngực, khó thở và sốt (một số trường hợp ung thư phổi có sốt). Tuy nhiên, lao phổi thường khởi phát từ từ. Sốt ở người bệnh lao phổi thường sốt nhẹ, sốt về chiều và sốt kéo dài, không sốt cao đột ngột như viêm phổi. Ho ở người bệnh lao phổi thường kéo dài trên 2 tuần và điều trị kháng sinh không kết quả. Người bệnh lao phổi có toàn trạng suy kiệt hơn do hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc mạn tính. Người bệnh ung thư phổi thường ho khan, cơn ho dài, ho không có đờm, ho dai dẳng không đỡ với thuốc giảm ho và kháng sinh, kèm theo sút cân rất nhanh.
- Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng có biến chứng.
- Viêm phổi mắc phải ở cộng đồng ở người già yếu, người có bệnh đồng mắc hoặc hệ thống miễn dịch suy giảm.

2.3.3 Tư vấn cho người bệnh

- Nghỉ ngơi cho đến khi phục hồi hoàn toàn nhằm tránh tái phát, có thể nghỉ ngơi kéo dài đến hàng tháng.
- Uống nhiều nước: làm loãng đờm và chất nhầy.

- Trong thời gian điều trị bệnh không được hút thuốc lá hay sử dụng các chất kích thích khác, bởi chúng sẽ hủy hoại hoạt động lông mao của các tế bào lông chuyển, làm kích thích tế bào tiết ra chất nhầy của phế quản và ức chế các chức năng đại thực bào của phế nang.
- Ăn uống đầy đủ chất dinh dưỡng để tăng sức đề kháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Quyết định số 4235/2012/QĐ-BYT Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Hô Hấp.
2. Bộ Y tế (2015), Quyết định số 708/2015/QĐ-BYT, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh trong Viêm phổi mắc phải cộng đồng.
3. Armitage K, Woodhead M (2007), “New guidelines for the management of adult community-acquired pneumonia”, *Curr Opin Infect Dis*, 20(2):170-6.

F. TIẾP CẬN VÀ XỬ TRÍ ĐAU ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

Đau đầu là một triệu chứng, không phải là một bệnh. Nhiều bệnh có triệu chứng đau đầu như: Sốt, viêm xoang, viêm động mạch thái dương. Đau đầu là triệu chứng thường gặp ở mọi lứa tuổi. Đây là triệu chứng chính cho hơn 10 triệu lần đến khám bác sĩ trong 1 năm và là triệu chứng thường gặp nhất trong thực hành y học gia đình (YHGD) nhưng ít được chăm sóc y tế.

Trong 1 tháng có gần 60% nam giới và 76% nữ giới từ 12-29 tuổi có ít nhất một lần bị đau đầu và chi phí xã hội cho đau đầu là rất lớn. Đau đầu do bất cứ nguyên nhân nào đều được người bệnh kể lại theo chủ quan của họ. Như vậy với đau đầu mức độ nhẹ có thể làm cho người bệnh này đi khám ngay, người bệnh khác có thể chịu đựng vài ngày trước khi đi khám.

CÔNG CỤ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU



THANG ĐIỂM ĐAU THEO WONG-BAKER



2. TIẾP CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH ĐAU ĐẦU

2.1 Làm rõ lý do khiến người bệnh đi khám

Lí do mà người bệnh đi khám bệnh là rất quan trọng. Việc tạo cho họ niềm tin khi họ kể triệu chứng và tin tưởng vào điều trị là rất quan trọng. Lí do người bệnh đi khám bệnh là rất thay đổi từ sợ bị ung thư đến tìm cách tự dùng thuốc không cần đơn.

Với mọi BN đau đầu đều cần được hỏi cụ thể xem họ nghĩ họ bị đau đầu loại gì và do nguyên nhân nào. Các vấn đề này cần được đề cập đến trong suốt quá trình điều trị. Những thông tin từ người thân có thể hữu ích. Biết lắng nghe và đặt câu hỏi sẽ có được các triệu chứng có ích giúp cho chẩn đoán đúng và điều trị thành công.

Các triệu chứng cảnh báo ở người bệnh đau đầu, gợi ý kiểm tra thêm nữa (như: hình ảnh, các xét nghiệm cơ bản, chọc dò tủy sống)

Dấu hiệu cảnh báo	Các chẩn đoán cấp cứu tiềm tàng
Khởi phát đột ngột, đau đầu nặng	Xuất huyết nội sọ
Các phàn nàn về thị giác	Bệnh ác tính, nhiễm trùng, xuất huyết, viêm động mạch tế bào khổng lồ
Sốt	Viêm màng não, viêm não, áp xe não
Khập khiễng cằm	Viêm động mạch tế bào khổng lồ
Nặng lên với nghiệm pháp Valsalva hay ho	Tăng áp lực nội sọ do bệnh ác tính hay xuất huyết
Phù gai thị	Tăng áp lực nội sọ do bệnh ác tính hay xuất huyết; giả u não
Tiền sử bệnh ác tính	Di căn não
Thiếu sót thần kinh cục bộ hay co giật	Xuất huyết, bệnh ác tính, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương
Tăng nhạy cảm đau da đầu	Zoster
Khởi phát đầu sau tuổi 40-50	Ác tính, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương

Phân loại đau đầu

Phân loại quốc tế về đau đầu năm 1988 đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán cho 13 loại đau đầu với 70 dưới nhóm, có 5 nhóm đau đầu thường gặp đối với thầy thuốc gia đình:

Đau nửa đầu

Đau đầu từng chùm

Đau đầu do căng thẳng (hoặc cơ cơ)

Đau đầu thứ phát do bệnh khác

Các hội chứng đau đầu đặc hiệu

2.2 Chẩn đoán đau đầu

Chẩn đoán đau đầu đòi hỏi lập luận lâm sàng một cách có hệ thống dựa vào bệnh sử do thầy thuốc khai thác và kết quả thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng.

Trong quá trình chẩn đoán, 1 triệu chứng đặc biệt nào đó có thể được sử dụng để người bệnh hiểu và hợp tác với thầy thuốc trong quá trình điều trị lâu dài

Đối với thầy thuốc gia đình đau đầu căng thẳng là hay gặp nhất sau đến đau đầu thứ phát

2.2.1 Hỏi bệnh

Chẩn đoán đau đầu dựa vào hỏi bệnh. Thường bắt đầu bằng câu hỏi như: “Nói cho tôi về đau đầu của anh?”, sau đó là các câu hỏi cụ thể để làm rõ các triệu chứng cần thiết cho chẩn đoán phân loại

- Đặc điểm đau: tính chất của đau, vị trí đau, hướng lan của đau, cường độ đau, các yếu tố làm tăng hoặc giảm nhẹ cơn đau, các dấu hiệu và triệu chứng kèm theo.
- Kiểu đau: thời gian và tần số thông thường của cơn đau, các yếu tố gây ra cơn đau, mô tả một cơn đau điển hình, thay đổi kiểu đau đầu theo thời gian, tiền triệu và các triệu chứng sau đau đầu

- Tiền sử cá nhân: tuổi khởi phát bệnh, tiền sử y tế (bao gồm cả dùng thuốc, uống rượu và các chất khác) để xem có phải là nguyên nhân thứ phát gây đau đầu như trầm cảm hoặc chấn thương, tiền sử phơi nhiễm với môi trường, nghề nghiệp hay không
- Thăm dò và điều trị: các chẩn đoán trước đây và mức độ tin tưởng của người bệnh vào các chẩn đoán này, sự tin tưởng và quan tâm của người bệnh đến chẩn đoán và điều trị; các điều trị trước kia và mức độ thành công; tác dụng phụ của các thuốc đã điều trị; thái độ của người bệnh với điều trị; các thuốc dùng gần đây
- Tiền sử gia đình: tiền sử đau đầu và các bệnh tật khác, thái độ của gia đình đối với đau đầu.

Từ các nét sơ lược của đau đầu thông qua hỏi bệnh cũng có thể phân loại tương đối chính xác đau đầu. Đồng thời thông qua hỏi bệnh người thầy thuốc cũng có được sự đánh giá chung về người bệnh. Mặc dù là chủ quan nhưng những đánh giá này cũng tương ứng với tình trạng bệnh tật và rất tốt trong việc nhận định các yếu tố tâm lý để giúp đưa ra các biện pháp điều trị tốt nhất mà người bệnh tuân theo nhất.

Sau khi hỏi bệnh xong người thầy thuốc phải trả lời được 2 câu hỏi sau

1. Đau đầu nào trong số năm nhó đau đầu trên phù hợp với bệnh sử của người bệnh?
2. Chẩn đoán này có phù hợp với người bệnh hay không?

2.2.2 Khám bệnh

Để có được chẩn đoán chính xác thì phải tiếp tục khám thực thể, giúp cho điều trị tốt. Trừ khi khám trong cơn nhiều loại đau nửa đầu, đau đầu từng chòm và các loại đau đầu khác khám thực thể đều không thấy bất thường. Việc thăm khám toàn diện cũng có thể rất hữu ích cũng như việc phát hiện các dấu hiệu thực thể âm tính và dương tính, có tác dụng trong phối hợp điều trị và đôi khi là biện pháp điều trị

Khám thực thể giúp cho điều trị tốt

Có những trường hợp đau đầu khám thực thể sẽ không thấy bất thường

Khám thực thể nhằm mục đích đưa ra chẩn đoán phù hợp nhất dựa vào các triệu chứng của BN và sự hiểu biết của thầy thuốc đối với triệu chứng đó.

2.2.3 Thăm dò cận lâm sàng

Sau khi khám và hỏi bệnh, người thầy thuốc có thể ra các chỉ định xét nghiệm phù hợp

Mục đích của xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh là để chẩn đoán nguyên nhân cơ bản của đau đầu thứ phát.

Khi lựa chọn xét nghiệm hay chẩn đoán hình ảnh, người thầy thuốc YHGD phải quan tâm đến giá trị chẩn đoán bệnh và nguy cơ phơi nhiễm cũng như chi phí.

2.2.4 Một số kiểu đau đầu điển hình

2.2.4.1. Đau nửa đầu (Migraine)

Ca lâm sàng

Một người bệnh nữ biểu hiện với đau đầu bên trái, xảy ra một vài lần 1 tháng trong năm qua. Các cơn đau đầu thường tự hết sau 1-2 ngày và không đáp ứng với kháng Histamin hay acetaminophen, tuy nhiên đau đầu tăng nặng lên khi vận động và cải thiện khi nghỉ ngơi trong phòng tối yên lặng. Mẹ của cô ấy có một tiền sử đau đầu tương tự. Thăm khám phát hiện tăng nhạy cảm ở mặt khi sờ chạm.

Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

Khoảng 10-20% dân số Mỹ có trải nghiệm đau đầu, có 80% các trường hợp bắt đầu trước 30 tuổi. Hầu hết người bệnh là phụ nữ trẻ (tỉ lệ nữ:nam là 3:1). 90% người bệnh có tiền sử gia đình.

Người bệnh migraine điển hình là một phụ nữ < 30 tuổi có đau đầu một bên kèm theo có buồn nôn hay sợ ánh sáng, có tiền sử gia đình về migraine, khám thần kinh bình thường và không có tiền triệu trước đó.

- Các phân nhóm migraine

✓ Migraine kinh điển (migrain có tiền triệu): xảy ra ở 20% người bệnh. Các triệu chứng thần kinh xảy ra trước và trong khi đau đầu. Tiền triệu thường thường gặp nhất là thị giác, bao gồm "sự tăng cường hình ảnh" và ám điem (điểm mù).

✓ Migraine thông thường: migrain thường gặp nhất ở người bệnh không có tiền triệu trước đó.

✓ Migraine biến thể: được đặt tên khi kèm theo thiếu sót thần kinh cục bộ và/hay mạch máu cục bộ bao gồm migraine nửa người, migraine thân nền (bao gồm các triệu chứng của thân não như là thất điều, chóng mặt, và nói khó), và migraine mắt (liệt dây III một bên và bất thường đồng tử).

2.2.4.2.Đau đầu từng chùm (Đau đầu từng cụm)

Một BN nam 40 tuổi biểu hiện với đau mức độ nặng, nhói phía sau ổ mắt trái kèm sụp mi và chảy mũi bên trái. Các cơn đau đầu cách đây 3 tuần và xảy ra lúc 7:00 sáng và 7:00 tối mỗi ngày, mỗi cơn kéo dài 30-60 phút. BN có triệu chứng tương tự cách đây 1 năm và kéo dài trong 6 tuần. Các dấu hiệu sinh tồn của ông ấy, soi đáy mắt và khám chửa năng thần kinh thì bình thường. MRI não và tủy cổ bình thường, dịch não tủy cũng bình thường. Chẩn đoán phù hợp nhất là gì?

Biểu hiện kinh điển của đau đầu từng cụm là bệnh của một người nam trẻ với những cơn đau đầu tái phát theo khuôn mẫu xác định, cơ kéo dài từ nửa giờ đến hai giờ; thường xảy ra lúc nửa đêm, hay được kích thích gây ra cơn bởi rượu, và được kèm theo bởi đau mắt một bên hay chảy nước mắt, mũi. Cắt cơn đau bởi thở oxy liều cao, lidocaine trong mũi hay triptans.

Các triệu chứng

Đặc điểm chủ yếu là tính chu kỳ. Các cơn đau đầu xảy ra nhiều lần mỗi ngày ở những thời gian riêng biệt trong nhiều tuần; khởi phát trong lúc ngủ là đặc tính đặc biệt.

Bất động làm tăng đau đầu từng cụm (ngược lại với migraine thì triệu chứng tăng lên khi vận động). Người bệnh đau đầu từng cụm thường tăng phản ứng trong lúc đau đầu (đi tới đi lui) nhưng trái lại người bệnh migraine có xu hướng trốn vào phòng tối, yên tĩnh

Những cơn đau đầu từng cụm tự phát không tái phát từ hàng tháng đến hàng năm trước khi tái phát, diễn hình cùng với thời gian của năm của các cơn trước. Rượu là một chất gây khởi phát cơn kinh điển.

Các cơn đau đầu từng cụm không có tiền triệu. Một cơn điển hình được biểu hiện bởi khởi phát đột ngột, đau một bên phía sau hốc mắt nhiều có kèm theo các triệu chứng thần kinh tự chủ cùng bên (chảy nước mắt và nước mũi, hiếm hơn, hội chứng Horner). Các cơn đau đầu điển hình kéo dài 30-120 phút.

Trong thời kỳ có các cơn đau, uống rượu chắc chắn sẽ gây ra cơn đau

- **Khám**

- ✓ Các người bệnh đứng ngồi không yên và khuấy động và thường bước đi trong phòng (trái ngược với những người bệnh migraine)
- ✓ Thấy chảy nước mắt, mũi, và/hay sụp mi (như hội chứng Horner) cùng bên với vị trí đau của mắt.

Các dấu mới để phân biệt giữa đau đầu từng cụm với migraine được chỉ ra trong bảng sau:

	Migrain	Từng cụm
BN điển hình	Nữ trẻ	Nam trung niên
Gây khởi phát cơn bởi rượu	Không	Có
Tính chu kỳ	Không	Có
Tiền triệu	Có (với thể kinh điển)	Không
Chảy mũi, sung huyết	Không	Có
Đáp ứng với thở O ₂	Không	Có

2.2.4.3. Đau đầu do căng thẳng

Đau đầu do căng thẳng là loại đau đầu thường gặp nhất trong tất cả các loại đau đầu (70% số ca mới mắc)

Đau đầu do căng thẳng chỉ được chẩn đoán sau khi đã xem xét kỹ lưỡng nguyên nhân các triệu chứng

Đau đầu do căng thẳng thường đau hai bên không đau nhói, thường không kèm theo buồn nôn, nôn ói hay các tiền triệu rối loạn thị giác.

TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN LOẠI ĐAU ĐẦU NGUYÊN PHÁT THƯỜNG GẶP

Loại đau đầu	Thời gian kéo dài cơn đau	Các đặc trưng	Các triệu chứng kèm theo	Các đặc điểm khác
Migraine	4-72 giờ	Ít nhất có 2 đặc điểm: Đau 1 bên Đau theo nhịp đập của mạch Mức độ đau từ trung bình đến nặng Đau tăng khi làm việc	Ít nhất có 1 triệu chứng; Buồn nôn/nôn Sợ ánh sáng và sợ tiếng động	Không có tổn thương thần kinh giải thích triệu chứng Có nhiều kiểu đau Để chẩn đoán ít nhất phải có 5 cơn đau

Đau đầu từng chòm	Thời gian của mỗi cơn đau: 15-180 phút Cơn đau: 1-8 cơn/ ngày trong 7 ngày cho tới 1 năm hoặc lâu hơn	Đau nhói 1 bên hốc mắt/ thái dương. Đau nặng đến rất nặng	Ít nhất có 1 triệu chứng: Sung huyết kết mạc Chảy nước mắt Nghe mũi, chảy nước mũi Vã mồ hôi Co đồng tử Sụp mí Phù mí mắt	Không có tổn thương thần kinh giải thích triệu chứng Để chẩn đoán ít nhất phải có 5 cơn đau
Đau đầu căng thẳng/ stress	Thời gian của mỗi cơn đau: 30 phút đến 7 ngày Đau <15 ngày/tháng hoặc 180 ngày/năm	Ít nhất có 2 đặc điểm: - Đau như bị ép/bị bó - Đau 2 bên - Đau từ nhẹ đến trung bình - Đau không tăng khi làm việc	- Không buồn nôn - Sợ ánh sáng và sợ tiếng động - Không có hoặc chỉ có 1 biểu hiện mà không có cả 2	Không có tổn thương thần kinh giải thích triệu chứng Để chẩn đoán ít nhất phải có 10 cơn đau

2.3 Điều chỉnh quá trình xử trí

Thảo luận điều trị:

Đau nửa đầu, đau từng cụm hay đau đầu do căng thẳng và nhiều đau đầu thứ phát khác là có tính chất tái phát vì vậy cần nhấn mạnh điều này để cho BN chấp nhận cuộc sống có các cơn đau đầu.

Mục tiêu điều trị hợp lý là điều trị có hiệu quả với từng cơn đau đầu cụ thể và hạn chế đến mức thấp nhất số cơn và mức độ của mỗi cơn đau. Mục tiêu điều trị triệt để đau đầu là điều không tương ở hầu hết các trường hợp.

Điều trị toàn diện bao gồm hướng dẫn người bệnh, điều trị dự phòng, điều trị cắt cơn và theo dõi

Hướng dẫn người bệnh là yếu tố cơ bản đối với người bệnh và gia đình để điều trị đau đầu.

2.4 Theo dõi

Đa số đau đầu là có tái phát vì vậy chúng ta cần theo dõi tốt cho người bệnh, nếu không người bệnh sẽ chỉ đến thăm khám khi các triệu chứng đau đầu nặng lên hoặc đau đầu trầm trọng hơn không đáp ứng với điều trị có nghĩa là người bệnh sẽ đến khám trong tình trạng bệnh nặng, bức tức, thất vọng.

Người bệnh được theo dõi tốt là người bệnh được điều trị liên tục, được đưa cho lịch hẹn tái khám và người bệnh được chuẩn bị tốt trước khi đến khám. Người bệnh nên có một quyển sổ ghi chép về tình trạng đau đầu của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anne D Walling, Đau đầu, *Thực hành Y học gia đình*, tr 881-894
2. Điều trị .vn (2012), Đau đầu hồi ứng (rebound), <https://www.dieutri.vn/thankinh/dau-dau-hoi-ung-rebound/>,
3. Điều trị.vn (2016), Đau đầu: chẩn đoán và điều trị, <https://www.dieutri.vn/chandoanthankinh/dau-dau-chan-doan-va-dieu-tri>
4. Graham JR, Headaches, in NobleJ, editor, Textbook of primary care medicine 2nd et St louis: Mosby 1996: 1283-319
5. Điều trị.vn (2011), Đau nửa đầu, <https://www.dieutri.vn/thankinh/dau-nua-dau/>
6. Điều trị.vn (2011), Đau nhức đầu cơn chu kỳ (cluster), <https://www.dieutri.vn/thankinh/dau-nhuc-dau-con-chu-ky-cluster/>
7. Treatment Guidelines: Drugs for Migraine. The Medical Letter. 2008
8. BASH Guidelines for the Management of Headache. The British Association for the Study of Headache. 2007

G. THOÁI HOÁ KHỚP Ở NGƯỜI CAO TUỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa: Thoái hoá khớp (THK) là hậu quả của quá trình cơ học và sinh học làm mất cân bằng giữa tổng hợp và huỷ hoại của sụn và xương dưới sụn. Sự mất cân bằng này có thể được bắt đầu bởi nhiều yếu tố: di truyền, phát triển, chuyển hoá và chấn thương. Thoái khớp liên quan đến tất cả các mô của khớp động, cuối cùng biểu hiện bởi các thay đổi hình thái, sinh hoá, phân tử và cơ sinh học của tế bào và chất cơ bản của sụn dẫn đến nhuyễn hoá, nứt loét và mất sụn khớp, xơ hoá xương dưới sụn, tạo gai xương và hốc xương dưới sụn.

1.2. Dịch tễ học:

- Thoái hóa khớp gặp ở mọi chủng tộc, dân tộc, mọi điều kiện khí hậu, địa lý, kinh tế. Tần số mắc bệnh tăng lên theo tuổi.
- Nam và nữ mắc bệnh ngang nhau, tuy nhiên tỷ lệ thoái hoá khớp gối ở nữ cao hơn nam, nhưng tỷ lệ THK háng ở nam cao hơn nữ.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

2.1 Nguyên nhân: Tổn thương cơ bản trong THK xảy ra ở sụn khớp. Có 2 giả thuyết được đưa ra:

- *Thuyết cơ học:* Dưới ảnh hưởng của các tấn công cơ học, các vi chấn thương gây suy yếu các đám collagen dẫn đến việc hư hỏng các chất proteoglycan (PG) trong tổ chức của sụn khớp.
- *Thuyết tế bào:* Đối với tế bào sụn: bị cứng lại do tăng áp lực, các tế bào sụn giải phóng các enzym tiêu protein, enzym này làm huỷ hoại dần dần các chất cơ bản trong tổ chức sụn là nguyên nhân dẫn tới thoái khớp.

2.2. Các yếu tố nguy cơ của thoái hoá khớp

2.2.1. Yếu tố toàn thân:

- Tuổi : là yếu tố nguy cơ chính, xuất hiện muộn, thường ở người sau 60 tuổi, nhiều vị trí, tiến triển chậm, mức độ không nặng.
- Giới tính nữ (Thoái hoá khớp ngón, khớp gối)
- Yếu tố nội tiết và chuyển hoá: kinh, đái tháo đường, loãng xương do nội tiết.
- Yếu tố gen : có yếu tố di truyền ở những gia đình có thoái hóa khớp sớm
- Quá cân : ở những người có BMI lớn thường gặp thoái hoá khớp gối, khớp háng hơn so với BMI bình thường.

2.2.2. Yếu tố tại chỗ:

- Chấn thương khớp : gãy xương khớp, cal lệch, đứt dây chằng (khớp vai...)
- Bệnh lý khớp: di chứng của hoại tử, Viêm sụn khớp, viêm khớp...
- Phẫu thuật sụn chêm do tổn thương sụn chêm hoặc sau cắt sụn chêm
- Lỏng khớp gặp ở những nghệ sĩ uốn dẻo.
- Quá tải khớp (do nghề nghiệp, thể thao) : vi chấn thương liên tiếp do nghề nghiệp (khớp bàn tay, khớp vai của các võ sĩ quyền anh, khớp khuỷu của công nhân vận hành búa máy, khớp gối của vận động viên bóng rổ hoặc cử tạ, khớp cổ chân của diễn viên balê, cột sống của thợ mỏ than)...

4. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

4.1 Triệu chứng lâm sàng

- **Đau khớp:** đau thường liên quan đến vận động: đau âm ỉ, tăng khi vận động, khi

thay đổi tư thế, giảm đau về đêm và khi nghỉ ngơi. Đau diễn biến thành từng đợt, dài ngắn tùy trường hợp, hết đợt có thể hết đau, sau đó tái phát đợt khác hoặc có thể đau liên tục tăng dần.

- **Hạn chế vận động:** các động tác của khớp bước lên hoặc xuống cầu thang, đang ngồi ghé đứng dậy, ngồi xổm, đi bộ lâu xuất hiện cơn đau ...
- **Biến dạng khớp:** không biến dạng nhiều, biến dạng trong THK thường do mọc các gai xương, do lệch trục khớp hoặc thoát vị màng hoạt dịch.
- **Các dấu hiệu khác:**
 - Tiếng lục khục khi vận động khớp.
 - Dấu hiệu " phá ri khớp": là dấu hiệu cứng khớp buổi sáng kéo dài không quá 30 phút.
 - Có thể sờ thấy các "chồi xương" ở quanh khớp.
 - Teo cơ: do ít vận động
 - Tràn dịch khớp: đôi khi gập, do phản ứng viêm thứ phát của màng hoạt dịch.
 - Bệnh THK thường không có biểu hiện toàn thân.

4.2 Các phương pháp thăm dò hình ảnh chẩn đoán thoái hóa khớp ở tuyến cơ sở (tuyến quận/ huyện)

4.2.1 Xquang qui ước: Có 3 dấu hiệu cơ bản:

- Hẹp khe khớp: khe không đồng đều, bờ không đều .
- Đặc xương dưới sụn: gặp ở phần đầu xương, trong phần xương đặc thấy một số hốc nhỏ sáng hơn.
- Mọc gai xương: ở phần tiếp giáp giữa xương, sụn và màng hoạt dịch,. Gai xương có hình thô và đậm đặc, một số mảnh rơi ra nằm trong ổ khớp hay phần mềm quanh khớp.

Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp trên Xquang của Kellgren và Lawrence:

- Giai đoạn 1: Gai xương nhỏ hoặc nghi ngờ có gai xương
- Giai đoạn 2: Mọc gai xương rõ
- Giai đoạn 3: Hẹp khe khớp vừa
- Giai đoạn 4: Hẹp khe khớp nhiều kèm xơ xương dưới sụn

4.2.2. Siêu âm khớp: có thể được quan sát gồm :

- Hẹp khe khớp.
- Gai xương: hình tăng âm có bóng cản liên tục với vỏ xương ở ngoại vi của khớp.
- Tràn dịch khớp: ở túi cùng trên trong, trên ngoài và túi cùng trên xương bánh chè.
- Mảnh xương sụn tự do trong ổ khớp: thường gặp ở túi cùng trên xương bánh chè, biểu hiện hình tăng âm kèm bóng cản, di động.
- Dây bao hoạt dịch.

4.3 Các xét nghiệm khác (nếu có trang thiết bị)

+ **Xét nghiệm máu và sinh hoá:** Tốc độ lắng máu bình thường, số lượng bạch cầu bình thường, CRP có thể tăng khi có viêm thứ phát màng hoạt dịch.

+ **Dịch khớp:** Bình thường hoặc có tính chất viêm mức độ ít trong các đợt tiến triển. Dịch thường có màu vàng, độ nhớt bình thường hoặc giảm nhẹ, có <1000 tế bào/1mm³.

4. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán THK gối theo Hội thấp khớp học châu Âu (EULAR 2009)

Chẩn đoán thoái hóa khớp gối dựa vào các triệu chứng sau:

- 03 triệu chứng cơ năng: đau, cứng khớp, hạn chế chức năng.
- 03 triệu chứng thực thể: dấu lạo xạo (bào gỗ), hạn chế vận động, chồi xương.

Chẩn đoán khi có 3 triệu chứng cơ năng và có 3 triệu chứng thực thể

4.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hóa khớp gối và khớp háng theo hiệp hội chẩn thương chỉnh hình 2010:

Bảng 1. Tiêu chuẩn thoái hóa khớp – Hội chẩn thương chỉnh hình 2010

Thoái hoá khớp gối	Thoái hoá khớp háng	Thoái hoá khớp bàn ngón tay (ACR 1991)
1. Đau khớp gối trong 1 tháng gần đây 2. Dấu hiệu THK trên phim XQ 3. Dịch khớp trong, TB<2000/ml 4. Tuổi ≥ 40 5. Cứng khớp buổi sáng <30 phút 6. Lạo xạo khớp khi vận động	1. Đau khớp háng trong 1 tháng gần đây 2. Tốc độ máu lắng < 20mm ở giờ thứ nhất. 3. X quang gai xương hoặc đặc xương vùng rìa ổ cối 4. Hẹp khe khớp háng	1. Đau và/hoặc cứng bàn tay trong các tháng trước đó 2. Kết đặc xương tối thiểu 2 trong 10 khớp đã được lựa chọn * 3. Sung tối thiểu 2 khớp bàn ngón 3.a - Kết đặc xương tối thiểu một khớp ngón xa hoặc 3.b- Biến dạng tối thiểu 1 trong 10 khớp*
Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1+2 hoặc 1+3+5+6 hoặc 1+4+5+6	Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3 hoặc 1,3,4	Chẩn đoán xác định khi có yếu tố 1,2,3a hoặc b

5. CÁC THỂ LÂM SÀNG

5.1 Thoái hoá khớp gối: Nữ giới chiếm 80% trường hợp.

5.1.1 Nguyên nhân

* Các dị tật của trục khớp gối:

- Khớp gối quay ra ngoài (genu valgum).
- Khớp gối quay vào trong (genu varum)
- Khớp gối quá duỗi (genu recurvatum...)

* Các di chứng của bệnh khớp gối: di chứng chấn thương, vi chấn thương do nghề nghiệp. Di chứng viêm (viêm khớp dạng thấp, lao khớp, viêm mủ...). Chảy máu trong khớp (hemophilie).....

5.1.2 Triệu chứng lâm sàng

- Đau khớp gối (khi nghỉ và ban đêm)
- Cứng khớp khi không vận động (buổi sáng dưới 30 phút)
- Giảm khả năng vận động (khó khăn với một vài động tác)
- Có tiếng lục khục khi cử động
- Tăng cảm giác đau xương
- Sờ thấy ụ xương.
- Nhiệt độ da vùng khớp bình thường hoặc ấm lên không đáng kể.



5.2 Thoái hoá khớp háng

Nam thường mắc bệnh nhiều hơn nữ. Châu Á ít gặp thoái hoá khớp háng hơn châu Âu.

5.2.1. Nguyên nhân:

- Thoái hoá khớp háng thứ phát chiếm 50% trường hợp, thường do những nguyên nhân sau:
 - Loạn sản và trật khớp háng bẩm sinh
 - Chỏm khớp dẹt: là hậu quả của loạn sản sụn chỏm xương đùi (bệnh Legg - Perthes - Calvé).
 - Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi do viêm tắc động mạch nuôi dưỡng đầu xương đùi...
 - Lồi ỏ cối bẩm sinh
 - Di chứng chấn thương, vi chấn thương.
 - Di chứng viêm (lao, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, viêm mủ...)

5.2.2 Triệu chứng lâm sàng:

* Cơ năng:

- Đau ở vùng bẹn hoặc phần trên mông, lan xuống đùi, có khi chỉ đau ở trước đùi và khớp gối. Đau xuất hiện từ từ tăng dần, đau tăng khi đi lại, đứng lâu, thay đổi thời tiết, giảm khi nghỉ ngơi. Có thể có dấu hiệu "phá gỉ khớp" khi khởi động.
- Hạn chế vận động: Lúc đầu khó làm một số động tác (ngồi xổm, lên xe đạp, bước lên bậc cao...), về sau hạn chế nhiều, đi khập khiễng, phải chống gậy.

* **Thực thể:** có các điểm đau ở mặt trước khớp và phần trên mông. Đo thấy chân bệnh ngắn hơn chân lành trong một số trường hợp.

- Hạn chế vận động một số động tác: lúc đầu là duỗi cổ và quay, về sau hạn chế các động tác khác nhất là gập.

* X quang:

- Hẹp khe khớp: thường hẹp ở phần ngoài.
- Đặc xương dưới sụn: thấy ở chỏm xương đùi, ổ cối, xương chậu, lỗ dây chằng tròn... trong phần xương đặc thường có các hốc xương, có khi hốc xương to mở thông vào ổ khớp.
- Mọc gai xương: mọc ở nhiều vị trí trên ổ cối, chỏm xương đùi, lỗ dây chằng tròn...



* Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp háng theo Hội thấp khớp học Mỹ-ACR 1991.

5.3. Thoái hoá khớp bàn tay

Thoái hoá khớp bàn tay thường gặp ở khớp bàn ngón xa (hạt Heberden), hoặc khớp ngón gần (hạt Bouchard), hoặc ở khớp bàn ngón tay cái.

Triệu chứng lâm sàng: thường đau ít, hạn chế vận động khớp.



Chẩn đoán: Tiêu chuẩn chẩn đoán thoái hoá khớp bàn tay theo ACR 1991

5.4 Thoái hoá khớp bàn ngón chân I

- Lâm sàng: Đau, viêm khớp bàn ngón I do viêm bao khớp.
- X quang: có gai xương



5.5 Gai xương gót

- Lâm sàng: Đau vùng gót chân đặc biệt khi ngủ dậy, khi đặt gót chân xuống đất.



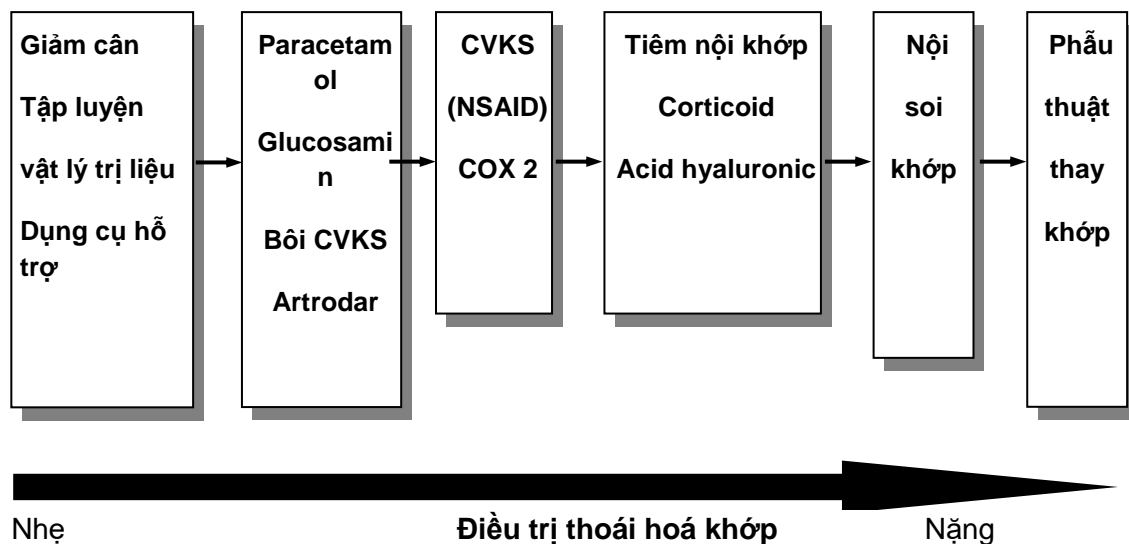
- X quang: có hình ảnh mọc gai xương gót chân.

6. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị:

- Giảm đau
- Duy trì và tăng khả năng vận động.
- Hạn chế và ngăn ngừa biến dạng khớp
- Tránh các tác dụng phụ của thuốc
- Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Tuy nhiên tùy từng giai đoạn bệnh và tùy đáp ứng của BN mà có thể đạt hiệu quả khác nhau.



6

+ **Giáo dục người bệnh:** Tránh cho khớp bị quá tải bởi vận động và trọng lượng, giảm trọng lượng với các BN béo phì. Sửa chữa các tư thế xấu gây lệch trục khớp

+ **Vật lý trị liệu:** có tác dụng giảm đau, duy trì dinh dưỡng cơ ở cạnh khớp, điều trị các đau gân và cơ kết hợp.

- Nhiệt điều trị: Siêu âm, hồng ngoại, chườm nóng, liệu pháp sóng siêu âm, bunn có hiệu quả cao.

6.1.1. Thuốc điều trị triệu chứng tác dụng nhanh

Thuốc giảm đau

Paracetamol và Acetaminophen: Được khuyến cáo sử dụng đầu tay trong THK do nhóm này ít độc với dạ dày và thận so với CVKS.

Thuốc chống viêm không steroid-CVKS (NSAIDs)

- Các thuốc chống viêm không steroids mới, dựa trên cơ chế ức chế chọn lọc men đồng dạng COX- 2 giảm thiểu tác dụng phụ trên thận và đường tiêu hoá, dung nạp

tốt cho người có tuổi: *Mobic* (meloxicam) 7,5-15mg/ngày, *Celebrex* (celecoxib) 200mg/ngày,.

- Thuốc chống viêm không steroid khác: *Feldene*. *Brexin* (*Piroxicam*) 20mg/ngày...
- Thuốc bôi ngoài da: . Các loại gel: *Voltaren Emugel*, *Profenid gel*, *Geldene*... có tác dụng giảm đau đáng kể và không gây ra các tác dụng phụ như dùng đường toàn thân. Bôi tại khớp đau 2-3 lần/ ngày

Corticosteroid

- Đường toàn thân : Không có chỉ định
- Đường nội khớp: có hiệu quả ngắn đối với các triệu chứng cơ năng của THK.
- Hydrocortison acetat: Mỗi đợt 2-3 mũi tiêm cách nhau 5-7 ngày, không vượt quá 4 mũi tiêm mỗi đợt.
- Các chế phẩm chậm: *DepoMedrol* (Methyl prednisolon acetate), *Diprospan* (betamethasone dipropionate) tiêm mỗi mũi cách nhau 6-8 tuần. Tuy nhiên thuốc có thể làm tổn thương sụn khớp nên không tiêm quá 3 đợt 1 năm.

6.1.2. Thuốc điều trị theo cơ chế bệnh sinh: (DMOADs – Disease Modifying Osteoarthritis Drugs)

Đây là một nhóm thuốc điều trị mới, không đạt hiệu quả tức thì mà sau một thời gian dài (trung bình 1 tháng) và hiệu quả này được duy trì cả sau khi ngừng điều trị (sau vài tuần đến 2-3 tháng). Dung nạp thuốc tốt, không có tác dụng phụ. Nhóm này gồm một số loại có tác dụng kích thích tế bào sụn, tăng tổng hợp proteoglycan, ức chế các men... hoặc thay đổi chất nhầy (dịch khớp nhân tạo).

Glucosamine sulfate

+ Chế phẩm: sử dụng đường uống hoặc tiêm, *Viartril-S*: 250 mg, 4 viên/1 ngày x 6-8 tuần, *Viartril-S* 1500 mg/ ngày

- *Piasclendin* 300 mg x 1 viên/ ngày
- *Chondroitin sulfate*: bao gồm các thành phần của Glucosaminoglycan có gắn thêm các phân tử đường, có nguồn gốc từ sụn bò, thường dùng đường uống, thuộc nhóm thuốc đáp ứng chậm.

6.1.3. Bổ sung chất nhày dịch khớp:

Acid hyaluronic (HA) dưới dạng hyaluronate de sodium.

(*Adant*, *Arthrum H*, *Artz*, *BioHy*, *Durolane*, *Fermathron*, *Go-On*, *Hyalgen*, *Hyalan G-F 20* (*Synvisc Hylan G-F 20*), *NRD-101*, *Orthovisc*, *Ostenil*, *Replasyn*, *SLM-10*, *Suplasyn*, *Synject* and *Zeel*)

Trong bệnh THK nồng độ của HA giảm xuống làm cho độ nhớt của dịch khớp cũng bị giảm do đó ảnh hưởng đến tính đàn hồi làm sụn khớp không được bảo vệ và bị huỷ hoại. Vì vậy tiêm hyaluronic acid nội khớp có tác dụng:

- Ngăn chặn tác dụng của cytokine và ngăn sinh tổng hợp PGE2.
- Giảm sinh tổng hợp Bradykinin và ức chế cảm thụ đau.
- Bao phủ và bôi trơn bề mặt sụn khớp.

Hyaluronic acid được áp dụng trong tiêm nội khớp đều được chiết xuất từ mào gà, từ cuống rốn của động vật có vú, từ sự lên men của vi khuẩn (*steptococcus zoepidicus*, *steptococcus equisimilis*...) hoặc do tổng hợp.

Hiện nay tại Việt nam áp dụng ba dạng bào chế của HA :

- Dạng tự nhiên Hylaluronan (Hyalgan, Hyruan, Hyasyn...) có trọng lượng phân tử từ 5-7,5x10⁶ dalton. Tiêm khớp: 20mg/ống/1 tuần x 5 tuần.
- Dạng lên men từ vi khuẩn (Go-on,...) có trọng lượng phân tử trung bình 1,4x10⁶ dalton. Tiêm khớp: 20mg/ống/1 tuần 3 đến 5 tuần.
- Dạng tổng hợp G-F 20 (Synvisc-Hylane-F20...) có trọng lượng phân tử cao từ 23x10⁶ dalton và thời gian bán huỷ kéo dài nhất là 36 giờ. Tiêm khớp: 1 ống/tuần x 3 tuần.

6.1.4. Nhóm bisphosphonate (Alendronate, Risedronate, Pamidronate...)

Nhóm Bisphosphonates hiện đang được dùng để điều trị bệnh loãng xương. Theo cơ chế bệnh sinh, mô xương ở bên dưới sụn khớp có vai trò trong bệnh sinh của THK, do đó các thuốc tác dụng kháng huỷ xương và giảm tiêu xương đều mang lại hiệu quả.

Nhóm Bisphosphonates có tác dụng trong điều trị THK do:

- Kích thích tăng trưởng các tế bào sụn, thay đổi trực tiếp chuyển hoá sụn.
- Tăng tổng hợp collagen và proteoglycan.
- Ngăn cản tế bào chết theo chương trình, bảo vệ sụn.

+ Điều trị tiêm huyết tương giàu tiểu cầu, tiêm tế bào gốc từ mô mỡ tự thân

6.2. Điều trị ngoại khoa

Với những trường hợp thoái hóa nặng gây hạn chế chức năng nhiều, điều trị nội khoa thất bại, cần cân nhắc chuyển người bệnh lên tuyến trên (bệnh viện tỉnh, trung ương) xem xét can thiệp ngoại khoa như thay khớp,...

7. PHÒNG BỆNH

- Chống tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt.
- Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột.
- Kiểm tra định kỳ những người lao động nặng.
- Chống thừa cân, béo phì: Chế độ vận động thể dục thể thao hợp lý: tập các bài tập chạy bộ khi khớp chưa có tổn thương Xquang (khe khớp còn bình thường). Đi bộ hoặc đạp xe tại chỗ là các biện pháp tập luyện tốt.
- Với nghề nghiệp của BN: tìm các biện pháp để BN thích nghi với điều kiện làm việc và tình trạng bệnh, dựa trên nguyên tắc tránh cho khớp tổn thương không bị quá tải.
- Phát hiện sớm các dị tật của xương, khớp, để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn Chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp – Bộ Y tế 2014
2. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa (2011), Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu, NXB Y học.

BÀI 20. CẬP NHẬT MỘT SỐ VẤN ĐỀ SỨC KHỎE SINH SẢN

A. THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO

Mục tiêu:

- 1. Liệt kê được các nguyên nhân của thai nghén nguy cơ cao*
- 2. Trình bày được cách phát hiện thai nghén có nguy cơ cao*
- 3. Xử trí cấp cứu ban đầu và chuyển tuyến an toàn các thai nghén nguy cơ cao*

1. ĐẠI CƯƠNG

Thai nghén có nguy cơ cao bao gồm các trường hợp có thai mà tình trạng thai nghén sẽ gây ra các nguy cơ cho sức khỏe của mẹ hoặc của thai hoặc cả hai. Thai nghén nguy cơ cao là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong mẹ và tử vong con chu sản: khoảng 60% ở Mỹ, 84% ở Hải Phòng, 63% ở Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh. Trong đó, do chảy máu 18 - 42%, hội chứng tăng huyết áp và thai nghén 7 - 20%, nhiễm khuẩn 15 - 45 % (theo GS Trần Hán Trúc). Nhận biết đúng các nguy cơ của một quá trình thai nghén và ngăn chặn được ở mức cao nhất các biến cố có thể xảy ra cho mẹ và con là nhiệm vụ của người thầy thuốc sản khoa, có như vậy mới có những khả năng hạn chế được tai biến sản khoa, giảm tỷ lệ bệnh tật và tử vong cho cả mẹ và con.

Hiện nay, nhờ tăng cường khám và quản lý thai nghén, nguy cơ và tỷ lệ tử vong mẹ đã giảm nhiều, điều quan tâm chính là phát hiện và dự phòng các nguyên nhân có thể gây tử vong cho thai nhi. Tuy vậy, với những trường hợp có nguy cơ cho cả mẹ và con, phải quan tâm đến cả quyền lợi của mẹ và thai. Những trường hợp này đều thường có dấu hiệu báo trước, do vậy chúng ta có thể phát hiện càng sớm thì càng có khả năng khống chế để bảo vệ mẹ và thai.

2. NGUYÊN NHÂN CỦA THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO

2.1. Nguyên nhân do người mẹ

2.1.1. Điều kiện sinh hoạt

Những người có mức sống kinh tế thấp, dinh dưỡng kém, lao động quá mệt mỏi, môi trường sinh hoạt bị nhiễm độc, nghiện rượu, nghiện thuốc lá...

2.1.2. Quá trình sinh đẻ không bình thường

Người mẹ quá trẻ hay nhiều tuổi quá, đẻ dày, đẻ nhiều lần, mổ đẻ cũ, sảy thai nhiều lần, khung chậu hẹp, dị dạng sinh dục...

2.1.3. Các bệnh lý của mẹ

* Các bệnh nội khoa: tim, gan, phổi, thận, tăng huyết áp, thiếu máu, các bệnh nội tiết...

* Các bệnh di truyền rối loạn nhiễm sắc thể

* Các bệnh nhiễm khuẩn: Trong thời kỳ thai nghén sức đề kháng của cơ thể mẹ ít hiệu bị giảm sút, vì vậy khi nhiễm khuẩn bệnh thường nặng lên và gây nhiều nguy cơ cho thai. Đặc biệt thời kỳ sắp xếp tổ chức một số do virus như cúm, sốt xuất huyết, bệnh do ký sinh trùng (như *Toxoplasma*) có thể gây ra dị dạng cho thai nhi.

* Các bệnh lý khác:

- Ung thư: thường tiến triển nhanh trong giai đoạn mang thai nên thường phải hy sinh thai để điều trị ung thư cho mẹ.
- Bệnh nghề nghiệp: mẹ bị nhiễm độc chì, thủy ngân, các chất hoá học khác như thuốc trừ sâu, các thuốc đồng vị phóng xạ thường gây dị dạng thai, gây sảy thai, thai chết lưu, đẻ non...

* Các bệnh phụ khoa:

- Thiếu năng nội tiết: làm cho trứng không làm tổ được và gây sảy thai.
- Viêm nhiễm đường sinh dục; gây viêm màng ối, ối vỡ non, nhiễm khuẩn ối và nhiễm khuẩn thai.

* Tình trạng bệnh lý của mẹ trong thai kỳ hiện tại: tiền sản giật – sản giật, đái tháo đường thai kỳ, thiếu máu nặng, bất thường nhóm máu mẹ - con...

2.2. Nguyên nhân do thai

2.2.1. Về tuổi thai

- Thai già tháng:

+ Bánh rau bị thoái hoá làm giảm sự cung cấp dinh dưỡng và oxy cho thai, làm thai bị suy dần và không phát triển được dẫn tới giảm các chức năng của các cơ quan dễ gây chết thai trong tử cung.

+ Tăng nguy cơ thai to.

- Thai non tháng: suy hô hấp, hạ glucose máu, hạ canxi máu, hạ thân nhiệt, viêm ruột hoại tử...

2.2.2. Về số lượng thai

- Đẻ non:

+ Song thai: thường chuyển dạ trước tuần 35

+ Tam thai: thường chuyển dạ trước tuần 32

- Đẻ khó do các thai mắc nhau, do cơn co tử cung yếu, băng huyết sau sinh, tăng nguy cơ mổ lấy thai....

2.2.3. Về ngôi thai

- Ngôi ngược: mắc đầu hậu, gãy xương đòn, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay...
- Ngôi ngang: không có cơ chế đẻ.

2.2.4. Về trọng lượng thai

- Thai to: tăng nguy cơ đẻ khó cơ học, gãy xương đòn, kẹt vai, tăng nguy cơ mổ lấy thai, mẹ băng huyết sau sinh.

2.2.5. Các bất thường khác

- Thai dị dạng:
 - Não úng thủy, vô sọ, bệnh rau thai phù nề gây thai dị dạng bụng cóc (thường thai bị chết).
 - Hở hàm ếch, thừa ngón chân, ngón tay...
- Thai bị bệnh và bị nhiễm khuẩn

Do bị mắc các bệnh di truyền, bệnh bẩm sinh, bị nhiễm khuẩn trong buồng tử cung có thể gây chết đột ngột, chết lưu, sảy thai hoặc đẻ non.

- Bất đồng nhóm máu mẹ - con

Thường là bất đồng yếu tố Rh, ngoài ra còn hay gặp bất đồng nhóm máu ABO gây chậm phát triển trong tử cung, vàng da tán huyết dẫn đến vàng da nhân.

2.3. Nguyên nhân do phân phụ của thai

2.3.1. Do bánh rau

- Rau tiền đạo: gặp ở những thai phụ suy dinh dưỡng, nạo thai và đẻ nhiều lần → gây đẻ non, biến cố chảy máu cho mẹ thường phải mổ cấp cứu để cứu mẹ.
- Rau bong non: gây biến cố nghiêm trọng cho thai và mất máu nặng cho mẹ (đe dọa cả tính mạng mẹ và thai).
- Rau xơ hoá: gai rau bị thoái hoá thường gặp trong nhiễm độc thai nghén hoặc thiếu năng nội tiết → làm giảm sự trao đổi dinh dưỡng và oxy giữa mẹ và thai gây ra chết thai, đẻ non hoặc thai kém phát triển.

2.3.2. Do màng ối

Viêm đường sinh dục (âm đạo, cổ tử cung) sẽ làm nhiễm khuẩn màng ối gây rỉ ối hoặc vỡ ối non làm nhiễm khuẩn thai nhi trong buồng tử cung có thể gây tử vong cho thai nhi do nhiễm khuẩn.

2.3.3. Do dây rốn

Các khối u ở dây rau, dây rau thắt nút, dây rau bị chèn ép, dây rau bị ngắn do quấn cổ hoặc sa dây rau → làm ngăn cản tuần hoàn rau thai, dễ làm thai chết.

2.3.4. Do nước ối

- Đa ối cấp hoặc đa ối (thường kèm thai dị dạng): gây đẻ non, ngôi thế bất thường...
- Thiếu ối → thai kém phát triển, thai chết lưu, chết trong chuyển dạ...
- Nước ối lẫn phân su: một trong những biểu hiện của thai suy, trẻ đẻ ra tăng nguy cơ mắc hội chứng hít, viêm phổi...

3. PHÁT HIỆN THAI NGHÉN NGUY CƠ CAO

Để có thể phát hiện được thai nghén có nguy cơ cao cần phải thăm khám thai phụ một cách toàn diện và kỹ lưỡng theo các bước sau:

3.1. Khai thác tiền sử và bệnh sử

3.1.1. Khai thác kỹ về tiền sử

*** Tiền sử bệnh tật**

- Tiền sử gia đình: quan tâm tới các bệnh di truyền, truyền nhiễm.
- Tiền sử bản thân: bệnh có ảnh hưởng tới toàn thân, bệnh ảnh hưởng tới khung chậu (bại liệt, vỡ khung chậu do tai nạn...)

*** Tiền sử sản khoa**

- Số lần mang thai và những sự cố đã xảy ra (sảy thai, chết lưu, chửa trứng, chửa ngoài tử cung...)
- Số lần đẻ và các sự cố đã xảy ra: đẻ khó (do các nguyên nhân cơ giới, do rối loạn động lực), tiền sản giật, sản giật, rau tiền đạo, rau bong non, chảy máu sau đẻ...

*** Tiền sử kinh nguyệt**

Chức năng hoạt động nội tiết của buồng trứng để loại trừ các rối loạn nội tiết với một số thai nghén bất thường.

3.1.2. Khai thác bệnh sử (quá trình mang thai lần này)

Những dấu hiệu liên quan đến thai nghén lần này (cả dấu hiệu bình thường và bất thường...), tình hình sức khỏe của mẹ trước và trong lúc mang thai.

- Ngày kinh cuối cùng
- Các dấu hiệu bình thường hay bất thường ở 3 tháng đầu
- Các dấu hiệu bình thường hay bất thường ở 3 tháng giữa
- Các dấu hiệu bình thường hay bất thường ở 3 tháng cuối
- Điều kiện ăn uống, nghỉ ngơi, sinh hoạt và làm việc
- Bệnh tật mắc phải (bệnh gì, thời gian mắc bệnh, có điều trị gì không...)
- Khám quản lí thai: nơi khám, số lần, thời điểm, kết quả khám...
- Tiêm phòng: đúng và đủ không?

3.2. Khám thực thể

3.2.1. Khám tổng thể

* Toàn trạng:

- Chiều cao, cân nặng, dấu hiệu phù...
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, da, niêm mạc...

* Tuần hoàn: phát hiện bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh tim mắc phải

* Hô hấp: nhịp thở, các dấu hiệu bất thường của phổi

* Khám mắt và soi đáy mắt: cho những trường hợp có tăng huyết áp hoặc đái tháo đường để xác định các tổn thương ở võng mạc hoặc xơ cứng mạch máu.

3.2.2. Khám sản

* Khám khung chậu: hình dáng và các đường kính liên quan đến cơ chế đẻ.

* Khám ngoài: hình dáng tử cung, tư thế, kích thước (cao trên vệ, vòng bụng), tình trạng tim thai, ngôi thai, sự phát triển của thai (ước tính trọng lượng thai), sẹo mổ cũ liên quan tới sản khoa (nếu có)...

* Thăm âm đạo: tìm các dấu hiệu bất thường đường sinh dục

- Dị dạng âm đạo, các tổn thương rách cũ, tổn thương viêm, có khối u hay lỗ rò...
- Cổ tử cung: có sa sinh dục, tổn thương rách cũ, sẹo xơ, tổn thương do ung thư, khoét chóp, đốt điện, cắt cụt cổ tử cung...
- Tử cung: tử cung dị dạng, u xơ tử cung, sẹo mổ cũ ở tử cung...
- Phần phụ: các khối u buồng trứng...

3.3. Xét nghiệm thăm dò tuyến cơ sở nếu có

* Các xét nghiệm cơ bản: cần làm cho tất cả các thai phụ. Bao gồm:

- Xét nghiệm máu: công thức máu (công thức bạch cầu, huyết sắc tố, tiểu cầu...), nhóm máu, máu đông, máu chảy, sinh hóa máu (Creatinin, Glucose, Protein, Albumin, AST, ALT...), vi sinh: HIV, HBsAg, test VDRL.
- Nước tiểu: Protein, đường, hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu...

* Một số xét nghiệm thăm dò đánh giá tình trạng thai nghén

- Siêu âm.
- Theo dõi nhịp tim thai:
 - + Bằng ống nghe gỗ (nghe giữa 2 cơn co hoặc khi hết cơn co 15 giây).
 - Soi ối: đánh giá tình trạng thực tế về màu sắc, số lượng nước ối...

4. XỬ TRÍ TẠI TUYẾN Y TẾ CƠ SỞ

* *Lúc mang thai*: khám quản lý thai phát hiện được thai nghén có nguy cơ, cần phải giải thích ngay cho thai phụ biết là họ đang mang thai nghén có nguy cơ và tư vấn cho họ địa điểm sẽ tới khám thai lần sau, ở cơ sở có các phương tiện thăm dò sản khoa có thể xác định chắc chắn các nguy cơ đang có, có hướng theo dõi và chăm sóc hợp lý.

* *Khi chuyển dạ*: khám và theo dõi chuyển dạ phát hiện được thai nghén có nguy cơ cần giải thích cho thai phụ và gia đình họ biết việc phải chuyển lên đẻ tại tuyến trên, nơi có đủ điều kiện và các phương tiện cấp cứu cần thiết khi xảy ra các biến cố, mà thai nghén nguy cơ có thể gặp phải.

5. DỰ PHÒNG

- Tuyên truyền giáo dục bảo vệ sức khỏe sinh sản cho cộng đồng và tăng cường nâng cao chất lượng các dịch vụ chăm sóc và bảo vệ sức khỏe sinh sản đặc biệt quan tâm hơn với lứa tuổi vị thành niên.
- Tuyên truyền lợi ích của các phương pháp kế hoạch hoá gia đình cho cộng đồng, thực hiện các phương pháp truyền thông và tư vấn có hiệu quả các biện pháp tránh thai và phát hiện thai sớm
- Tuyên truyền giáo dục ý nghĩa lợi ích của khám phụ khoa định kỳ và điều trị tốt các viêm nhiễm phụ khoa trước lúc định mang thai hoặc cả khi đã mang thai.
- Tuyên truyền giáo dục vệ sinh và dinh dưỡng lúc mang thai.
- Tuyên truyền giáo dục ý nghĩa và lợi ích của việc khám quản lý thai nghén định kỳ.
- Tổ chức tốt các phòng khám quản lý thai tại các tuyến từ cơ sở đến trung ương để theo dõi và phát hiện kịp thời các thai nghén bất thường, các thai nghén có nguy cơ...
- Trang bị: cân, thước dây, máy đo huyết áp, biểu đồ phát triển tử cung, bảng biểu, ống nghe tim thai, phương tiện định tính Protein niệu...
- Khám quản lý thai định kỳ: cần tuân thủ đầy đủ các bước, các nội dung thăm khám, đánh giá và ghi chép chi tiết tình trạng thai nghén ngay từ buổi khám đầu tiên vào biểu đồ theo dõi thai nghén hoặc bảng biểu có sẵn để phát hiện và phân loại đúng các thai nghén bất thường rồi chuyển lên tuyến trên xác định chắc chắn và theo dõi tiếp.

Tài liệu tham khảo

1. Bài giảng Sản phụ khoa- NXB Y học, 1978 - 1992.
2. Bài giảng Sản phụ khoa - NXB Y học 1996.

B. CÁC TAI BIẾN SẢN KHOA

Hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 500.000 phụ nữ chết và khoảng 4 triệu phụ nữ bị ảnh hưởng sức khỏe nghiêm trọng do các nguyên nhân liên quan tới thai nghén và sinh đẻ, trong đó nguyên nhân hàng đầu là các tai biến trong sản khoa.

Báo cáo của WHO năm 2015, tỉ lệ tử vong mẹ ở các nước đang phát triển là 239/100000 ca, tại Việt Nam tỉ lệ này là 54/100000 ca. Tuy nhiên, theo Bộ Y tế, tỷ lệ này ở nhóm dân tộc thiểu số vùng sâu vùng xa cao hơn gấp 4 lần, nơi người dân chưa được tiếp cận các thiết bị và dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiên tiến. Các tai biến sản khoa thường gặp nhất và nghiêm trọng nhất là chảy máu sau sinh, nhiễm trùng máu, chuyển dạ kéo dài hoặc đẻ khó và các rối loạn tăng huyết áp của thai nghén đặc biệt là tiền sản giật, sản giật.

Các tai biến sản khoa là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ, đặc biệt tỉ lệ tử vong mẹ ở khu vực miền núi vẫn còn cao so với vùng đồng bằng. Thống kê năm 2000 cho thấy tỉ lệ các nguyên nhân gây tử vong mẹ là:

- Chảy máu: 41%
- Nhiễm trùng hậu sản/nhiễm trùng huyết: 20%
- Sản giật: 9%
- Vỡ tử cung: 10%
- Nguyên nhân khác: 19%

Những biến chứng này đòi hỏi người bệnh phải được tiếp cận kịp thời các dịch vụ sản khoa chất lượng, được phát hiện, gửi đi khám và điều trị kịp thời tại các cơ sở được trang bị đầy đủ thuốc cấp cứu, kháng sinh, truyền dịch và có khả năng tiến hành mổ đẻ và các can thiệp ngoại khoa đúng lúc.

1. KHÁI NIỆM VỀ TAI BIẾN SẢN KHOA

1.1. Chảy máu sau đẻ

Là tai biến thường xuất hiện vào khoảng 6 giờ sau đẻ, đặc biệt trong 2 giờ đầu. Chảy máu sau đẻ được định nghĩa là lượng máu mất trên 500ml sau khi sổ thai. Đây thường là kết quả do bánh rau không bong, tử cung co kém (đờ tử cung), chảy máu từ vết rách âm đạo – tầng sinh môn, cổ tử cung, chảy máu sau đẻ, vỡ tử cung hoặc rối loạn đông máu, trong đó nguyên nhân do đờ tử cung là hay gặp nhất.

Triệu chứng của chảy máu sau đẻ: sau đẻ máu ra âm đạo nhiều, máu đỏ tươi và máu cục, máu ra nhiều làm sản phụ nhanh chóng rơi vào tình trạng sốc, mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt. Xử trí phải song song vừa hồi sức tích cực vừa tìm nguyên nhân chảy máu để áp dụng các biện pháp cầm máu. Ở tuyến dưới nếu sản phụ bị sốc mất máu thì không được chuyển sản phụ mà phải gọi tuyến trên về hỗ trợ.

1.2. Nhiễm khuẩn hậu sản

Nhiễm khuẩn hậu sản là nhiễm khuẩn xảy ra ở sản phụ sau đẻ mà khởi điểm là từ đường sinh dục (âm đạo, cổ tử cung, tử cung, vùng rau bám...)

Nhiễm khuẩn hậu sản có thể tiến triển từ nhẹ đến nặng, trong đó thể nặng nhất là nhiễm trùng huyết có nguy cơ cao dẫn đến tử vong mẹ.

Triệu chứng: thường sau đẻ >3-4 ngày sản phụ xuất hiện sốt, thể trạng nhiễm trùng, tử cung co kém, sản dịch hôi. Nếu nhiễm trùng huyết thể trạng nhiễm trùng, nhiễm độc, da xanh tái, có thể sốc nhiễm khuẩn. Những trường hợp này cần chuyển tuyến chuyên khoa điều trị, nếu sản phụ đã xuất viện cần nhập viện lại điều trị kịp thời để phòng nhiễm khuẩn nặng lên.

1.3. Vỡ tử cung

Vỡ tử cung là tai biến nặng nề nhất, có thể gặp trong lúc mang thai hoặc trong chuyển dạ. Đây là tai biến có thể dẫn đến tử vong cả mẹ và con. Nếu cứu được thì cũng có thể dẫn đến nguy cơ mất máu nghiêm trọng, cắt tử cung mẹ và bại não ở con.

Triệu chứng của vỡ tử cung trong lúc có thai thường không có dấu hiệu dọa vỡ, sản phụ thấy đau vùng có sẹo mổ cũ, máu âm đạo ra đỏ tươi, khi máu chảy trong ổ bụng nhiều sẽ có dấu hiệu sốc mất máu, ấn đau khắp bụng, gõ đục vùng thấp, tim thai suy hoặc mất.

Triệu chứng của vỡ tử cung trong chuyển dạ có dấu hiệu dọa vỡ, sản phụ đau dồn dập, cơn co tử cung mau hoặc liên tục, tử cung có hình bầu nậm, cần lấy thia ra ngay

giai đoạn này nếu không sẽ vỡ tử cung. Triệu chứng của vỡ tử cung sau dọa vỡ: sản phụ thấy đau chói một cơn sau đó sẽ dịu đi, sản phụ có thể sốc mất máu, triệu chứng giống như vỡ tử cung trong thời kì thai nghén trên.

Nếu đã vỡ tử cung ở tuyến dưới tuyệt đối không được di chuyển người bệnh, phải song song hồi sức và mới tuyến trên về can thiệp.

1.4. Tiền sản giật, sản giật

Tiền sản giật là hội chứng do thai nghén gây nên với sự xuất hiện tăng huyết áp (HA $\geq 140/90$ mmHg), Protein niệu dương tính ($\geq 0,3$ g/l), có hoặc không kèm theo phù.

Những trường hợp tiền sản giật nhẹ nếu không điều trị có thể tiến triển thành tiền sản giật nặng (đau đầu dữ dội, nhìn mờ, đau vùng thượng vị hoặc vùng gan, khó thở, rối loạn ý thức, thiếu niệu hoặc vô niệu do suy thận, suy gan, tiểu cầu giảm, thai chậm tăng trưởng trong tử cung) và thành sản giật.

Sản giật được xác định là khi xuất hiện những cơn co giật và hôn mê, xảy ra trên một người bệnh có hội chứng tiền sản giật nặng. là một cấp cứu sản khoa có thể gây tử vong cho mẹ và thai.

Những trường hợp tiền sản giật nhẹ có thể theo dõi tại tuyến cơ sở, phải theo dõi huyết áp 1 tuần/lần, các dấu hiệu phù, khám lại ngay khi có đau đầu, nhìn mờ, đau thượng vị hoặc mạn sườn phải. Chuyển tuyến trên trong trường hợp có chuyển dạ hoặc bệnh tiến triển nặng lên.

Cấp cứu sản giật đầu tiên phải cố định người bệnh, ngáng miệng để tránh cắn phải lưỡi, hút đờm rãi, thở oxy, đề phòng hoặc cắt cơn giật bằng tiêm tĩnh mạch Diazepam hoặc 4g Magnesulfat nếu có, sau đó thiết lập đường truyền rồi chuyển tuyến trên có nhân viên y tế đi kèm.

2. NHẬN BIẾT NGUY CƠ TAI BIẾN SẢN KHOA

Nhận biết các trường hợp có nguy cơ tai biến sản khoa để chuyển tuyến trên là điều rất quan trọng để có thể phát hiện sớm và phòng ngừa các tai biến, làm giảm tử suất và bệnh suất của cả mẹ và con.

2.1. Những trường hợp có nguy cơ chảy máu sau đẻ

- Những trường hợp chất lượng cơ tử cung kém: đẻ nhiều lần, tử cung có sẹo mổ cũ, u xơ tử cung, tử cung dị dạng.
- Tử cung bị căng giãn quá mức trong khi có thai: đa thai, đa ối, thai to.
- Chuyển dạ kéo dài, cuộc đẻ có nhiễm khuẩn
- Mẹ bị suy nhược, thiếu máu, cao huyết áp, tiền sản giật, thai chết lưu

2.2. Những trường hợp có nguy cơ nhiễm khuẩn hậu sản

- Vi khuẩn từ cơ thể của sản phụ, người xung quanh, từ dụng cụ đỡ đẻ, thủ thuật, phẫu thuật mổ lấy thai hoặc qua các sang chấn đường sinh dục vào vùng rau bám ở tử cung.
- Những trường hợp có nguy cơ nhiễm khuẩn hậu sản gồm dinh dưỡng kém, thiếu máu, tại chỗ có viêm âm đạo, viêm cổ tử cung, ối vỡ non, vỡ sớm, chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều, chấn thương đường sinh dục, bé sản dịch, vệ sinh kém sau đẻ, sau mổ

2.3. Những trường hợp có nguy cơ vỡ tử cung

Nguy cơ vỡ tử cung trong quá trình mang thai:

- Thường xảy ra trên các thai phụ có sẹo mổ cũ ở tử cung: sẹo mổ lấy thai ở thân tử cung, sẹo khâu lại tử cung bị vỡ, sẹo mổ lấy thai từ hai lần trở lên

- Các tai nạn giao thông , tai nạn lao động.
- Ngoài ra có thể gặp trong trường hợp tử cung đôi, tử cung kém phát triển.

Nguy cơ vỡ tử cung trong chuyển dạ:

Nguyên nhân về phía mẹ

- Các loại đẻ khó do khung chậu: hẹp tuyệt đối, khung chậu méo, lệch...
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung
- Đẻ khó do các khối u tiền đạo: các u xơ ở eo tử cung, u nang buồng trứng kẹt trong tiểu khung... không được giải quyết đúng cách và đúng lúc.

Nguyên nhân về phía thai

- Đẻ khó do thai to toàn bộ: trọng lượng thai trên 4000g,
- Đẻ khó do thai bất thường, to từng phần như não úng thủy, bụng cóc... không được phát hiện và can thiệp đúng lúc
- Đẻ khó do ngôi, kiểu thế bất thường: ngôi chỏm cúi không tốt, ngôi mặt cằm cùng, ngôi trán, ngôi thóp trước, ngôi vai...

Nguyên nhân do can thiệp

- Do truyền oxytocin không đúng chỉ định, liều lượng và không được theo dõi cẩn thận.
- Do can thiệp các thủ thuật: nội xoay thai trong ngôi vai, đại kéo thai thô bạo trong ngôi mông, giác hút, forceps, cắt thai trong ngôi vai buồng trôi, không đúng chỉ định và không đủ điều kiện
- Thầy thuốc không thành thạo kỹ thuật khi can thiệp thủ thuật

2.4. Nguy cơ sản giật

- Chửa đa thai
- Đã bị tiền sản giật – sản giật ở lần có thai trước
- Tiền sử gia đình có tiền sản giật – sản giật
- Tăng huyết áp tiềm ẩn hoặc bệnh thận/ Bệnh đái tháo đường
- Béo phì

3. PHÒNG NGỪA TAI BIẾN SẢN KHOA

Phòng bệnh tốt có thể hạ thấp hoặc xóa bỏ các tai biến sản khoa, giảm tỉ lệ tử vong và bệnh lý của mẹ và con.

Để phòng ngừa các tai biến sản khoa, cần phải khám thai định kỳ, phát hiện sớm các nguy cơ nói trên để chuyển tuyến sớm, theo dõi và điều trị kịp thời.

Phải sử dụng biểu đồ chuyển dạ để phát hiện sớm, tránh chuyển dạ kéo dài: nếu thấy cổ tử cung mở chậm, ối vỡ non... chuyển lên tuyến trên.

3.1. Đề phòng chảy máu sau đẻ

- Chuyển tuyến chuyên khoa các sản phụ nguy cơ cao chảy máu sau đẻ như đa thai, đa ối, bệnh toàn thân...
- Xử trí tích cực giai đoạn III có hệ thống.
- Sử dụng thận trọng thuốc giảm co, nếu có cơn co cường tính phải gọi cấp cứu ngay tránh suy thai, rau bong non, vỡ tử cung...
- Đỡ đẻ đúng kỹ thuật, đúng chỉ định, đỡ rau đúng kỹ thuật, kiểm tra rau và màng rau cẩn thận, tránh sót rau, sót màng gây chảy máu.
- Kiểm tra đường sinh dục dưới, tránh bỏ sót các sang chấn gây chảy máu.
- Tư vấn và vận động sinh đẻ có kế hoạch vì đẻ nhiều lần là nguyên nhân gây chảy máu.

4.2. Phòng nhiễm khuẩn hậu sản

- Trong khi có thai: điều trị các ổ viêm nhiễm của sản phụ (ở da, họng..), viêm đường sinh dục, tiết niệu.

- Trong chuyển dạ: hạn chế thăm âm đạo, vô trùng khi thăm khám, dụng cụ đảm bảo vô khuẩn, đề phòng nhiễm khuẩn ối.
- Trong đẻ: không đẻ sót rau, kiểm soát tử cung, bóc rau nhân tạo đúng chỉ định.
- Sau đẻ: tránh ứ sản dịch, buồng bệnh sạch sẽ, định kỳ phải được chạy tia cực tím, tăng cường sức đề kháng cho sản phụ.
- Khi đã nghi ngờ hoặc phát hiện ra nhiễm khuẩn hậu sản phải gửi ngay lên tuyến chuyên khoa.

4.3. Phòng vỡ tử cung

- *Khi có thai:*

- Phải khám thai định kỳ, phát hiện sớm các nguy cơ đẻ khó như khung chậu hẹp, khung chậu méo, có sẹo mổ cũ ở tử cung, thai to, ngôi bất thường...
- Tuyến cơ sở (xã, khu phố, huyện...) không có khả năng phẫu thuật thì không được quản lý các loại đẻ khó mà phải gửi lên tuyến trên để quản lý.
- Các trường hợp thai nguy cơ cao, có sẹo ở tử cung... phải được vào viện trước ngày đẻ dự kiến hai tuần để theo dõi cẩn thận và chỉ định đúng lúc.
- Trong những tháng cuối hoặc gần ngày đẻ, thai phụ được nghỉ ngơi, không đi xa,

- *Khi chuyển dạ:*

- Khám phát hiện sớm các nguyên nhân đẻ khó
- Theo dõi sát cuộc chuyển dạ, phát hiện được dấu hiệu dọa vỡ tử cung để xử trí kịp thời.
- Cấm đẩy bụng khi rặn đẻ, khi sơ thai.
- Khi sử dụng các thuốc tăng co, tiêm truyền nhỏ giọt Oxytocin cần phải đúng chỉ định, đúng liều lượng và theo dõi cẩn thận.

4.4. Phòng và phát hiện sớm tiền sản giật, sản giật

- Các cán bộ cơ sở phải làm tốt công tác tuyên truyền vận động thai phụ nâng cao sự hiểu biết cho họ để họ quan tâm và tự giác đi khám thai theo định kỳ, khi có một trong những triệu chứng phù, đau đầu... phải đến khám thai ngay.
- Khám và quản lý thai nghén tốt tại tuyến cơ sở, phát hiện sớm các trường hợp có tiền sản giật từ thể nhẹ để điều trị kịp thời, chuyển sớm những trường hợp tiền sản giật nặng lên tuyến trên, không để xảy ra sản giật tại cơ sở.
- Phải trang bị cho tất cả các cơ sở quản lý thai nghén có đầy đủ máy đo huyết áp, cân nặng, dd axit nitric, bàn khám sản khoa...

C. MỘT SỐ BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

Mục tiêu:

1. Liệt kê được các phương pháp tránh thai thường được sử dụng
2. Trình bày được cơ chế, chỉ định, chống chỉ định, tác dụng phụ và biến chứng của đặt dụng cụ tử cung;
3. Trình bày được cơ chế tác dụng, chỉ định, chống chỉ định, biến chứng và tác dụng phụ của các dạng thuốc tránh thai;
4. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định của triệt sản nam-nữ.

Điều kiện chung của các biện pháp tránh thai:

- Không ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ.
- Không làm giảm khoái cảm của 2 người.
- Sau khi ngừng biện pháp thì có thai trở lại.

- Kết quả cao ($\geq 85\%$)
- Đơn giản, dễ dàng, thuận tiện, rẻ tiền (hiệu quả kinh tế cao)
- Ít hoặc không để lại tai biến

1. PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI TỰ NHIÊN

Có khoảng 20% - 25% tổng số cặp vợ chồng sử dụng các phương pháp tránh thai tự nhiên (tránh quan hệ vào ngày phóng noãn). Tỷ lệ thất bại chung khoảng 20%.

1.1 Phương pháp Ogino - Knauss

- Nguyên tắc: phương pháp này dựa vào hiện tượng phóng noãn xảy ra vào một khoảng thời gian, thường là 12 - 16 ngày trước kỳ kinh tới. Ogino - Knauss khuyên tránh giao hợp 19 đến 11 ngày trước kỳ kinh tới.

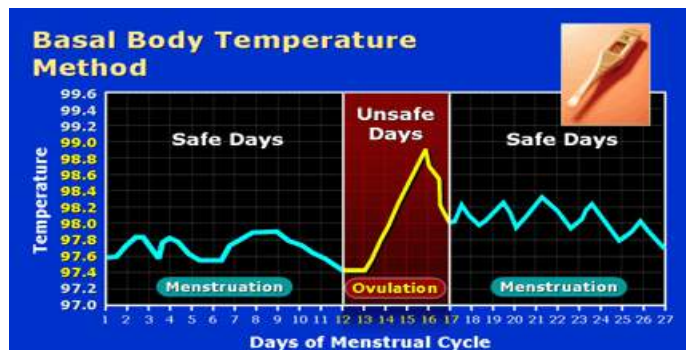
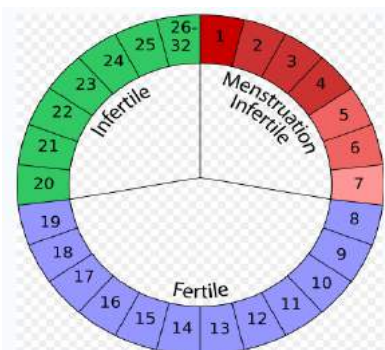
Hành Kinh... 19 - 18 - 17 - 16... **rụng trứng**... 12 - 11 ←(H.K)

- Thời gian sống của tinh trùng ở trong đường sinh dục nữ tối đa 72 giờ. Vì vậy muốn tránh thai, phải tránh giao hợp trước khi có dự kiến phóng noãn 3 ngày và sau khi phóng noãn 1 ngày. Nghĩa là từ ngày thứ 10 - 17 tính từ ngày đầu kỳ kinh trước.

Hành Kinh... → ..10. ... **rụng trứng**... 17.....(28)

Từ ngày thứ 20 đến trước khi hành kinh là thời kỳ an toàn tuyệt đối, và từ khi sạch kinh đến ngày thứ 10 là thời kỳ an toàn tương đối (với vòng kinh 28 ngày).

- Đối với vòng kinh không ổn định thì thời gian cần tránh cho các vòng kinh sẽ tính theo công thức.
- Ngày đầu có thể thụ thai = $(10 + \text{vòng kinh ngắn nhất}) - 28$
- Ngày cuối có thể thụ thai = $(10 + \text{vòng kinh dài nhất}) - 28$



Ngày an toàn cho vòng kinh 26 - 32 Ngày an toàn và không an toàn đo thân nhiệt

Nhược điểm: Khó áp dụng ở những phụ nữ có vòng kinh không ổn định. Tỷ lệ thất bại: 14 - 38%

1.2 Đo thân nhiệt

- Nguyên tắc: ngày phóng noãn, thân nhiệt thường giảm chút ít rồi tăng khoảng 0,3 đến 0,4 độ so với trước khi phóng noãn do sự có mặt của progesteron do hoàng thể tiết ra.
- Kỹ thuật: cặp nhiệt độ buổi sáng trước khi ra khỏi giường. Tránh giao hợp 48 giờ sau khi thấy nhiệt độ tăng.
- Ưu điểm: đơn giản, dễ thực hiện, kinh tế, không làm giảm cảm giác.
- Nhược điểm: một số người biểu đồ thân nhiệt không rõ ràng hoặc giao hợp ngay trước khi phóng noãn 1 ngày cũng dễ thất bại. Ngoài ra, thân nhiệt cũng bị ảnh

hưởng bởi: tình trạng căng thẳng, mất ngủ, thời tiết, uống rượu bia, thời điểm lấy nhiệt độ ...

1.3. Các phương pháp khác

- Đánh giá dịch nhầy cổ tử cung: trước và trong ngày rụng trứng, dịch buồng cổ tử cung nhiều trong, loãng và có thể ra ngoài cửa âm môn. Đây cũng là một dấu hiệu để nhận biết khả năng rụng trứng tuy rằng không chính xác.
- Siêu âm có thể xác định chính xác ngày rụng trứng, nhưng hiếm khi áp dụng để tránh thai mà ngược lại, thường để tư vấn trong vô sinh hiếm muộn.

2. NGĂN CẢN TINH TRÙNG

2.1. Phương pháp cho nam giới

Bao cao su: được dùng rất rộng rãi trên thế giới. Tại Việt nam, theo số liệu của Dự án Dân số-Sức khỏe sinh sản 2001 có khoảng 4% tổng số cặp vợ chồng sử dụng và chiếm 13,2% cơ cấu các biện pháp tránh thai

- Ưu điểm: bao cao su là biện pháp duy nhất nếu dùng đúng cách sẽ vừa tránh thai vừa ngăn được các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục.
 - Bao cao su hầu như không có chống chỉ định, đơn giản, tiện dụng, dễ kiểm, rẻ tiền
 - Dùng sau đẻ không ảnh hưởng đến sữa, không có tác dụng phụ của hormone
 - Là biện pháp tránh thai đột xuất, dễ mang theo người khi cần,
 - Có thể dùng cho mọi lứa tuổi, không cần hỏi ý kiến chuyên môn,...
- Nhược điểm có thể ở một số người giảm cảm giác, bị dị ứng, chất lượng bao phụ thuộc điều kiện bảo quản ...
- Hiệu quả: nếu bao không rách, dùng thường xuyên và ngay khi bắt đầu giao hợp thì tỉ lệ thất bại

Xuất tinh ngoài âm đạo: Khi sắp xuất tinh, rút dương vật ra ngoài âm đạo để phóng tinh.

- Ưu điểm: không cần chuẩn bị, không tốn tiền, không có tác dụng phụ và được nhiều cặp vợ chồng ưa chuộng vì tính thuận tiện, đơn giản.
- Nhược điểm: có thể gây ức chế tâm lý, đặc biệt ở người phụ nữ
- Hiệu quả chỉ 80% - 90%, sự thất bại chủ yếu do tinh trùng đã có trong tinh dịch trước khi xuất tinh hoặc rút lui không kịp

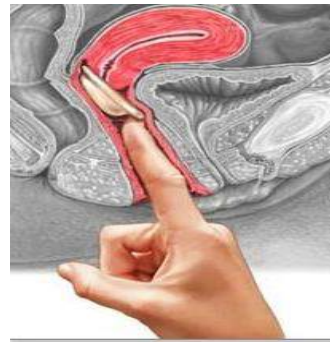
Giao hợp không xuất tinh/xuất tinh ngược dòng: Khi sắp xuất tinh, người đàn ông ấn tay vào tầng sinh môn để tinh dịch chảy ngược vào bàng quang) nói chung rất khó thực hiện.

2.2. Phương pháp cho nữ giới

Mũ cổ tử cung và màng ngăn âm đạo

- Tác dụng: là 1 màng mỏng bằng chất dẻo chụp vào cổ tử cung hoặc đặt trong âm đạo trước giao hợp để ngăn cản tinh trùng qua cổ tử cung.
- Cách sử dụng:
 - Có nhiều kích cỡ để thầy thuốc lựa chọn khi thăm khám và tư vấn.
 - Người sử dụng cần khéo tay để chụp vào cổ tử cung hoặc đặt âm đạo trước khi giao hợp và tháo ra khoảng 6 giờ sau giao hợp.

- Hiệu quả khoảng 95%. Hầu như không có chống chỉ định nhưng ít được sử dụng vì phức tạp, khó thao tác, dễ viêm nhiễm. Nên phối hợp với 1 biện pháp tránh thai khác.

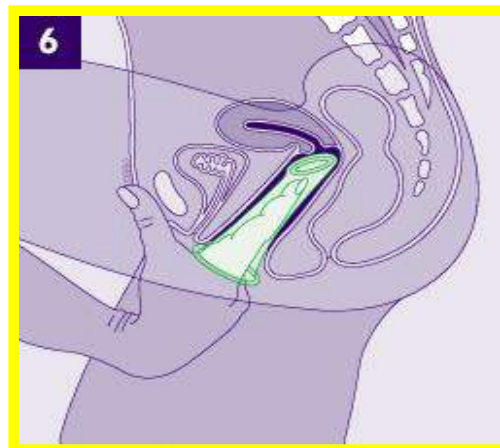


Màng xốp ngừa thai

- Chất liệu: polyurethane substance với 1 mg nonoxynol - 9
- Cách sử dụng: nhúng nước ẩm và đặt sâu vào âm đạo trước khi giao hợp. Tháo ra ngoài 6 giờ sau giao hợp
- Màng xốp có tác dụng tránh thai trong vòng 24 giờ. Hiệu quả tránh thai khoảng 70% - 75%
- Nhược điểm: có thể dị ứng, dễ viêm âm đạo



Màng xốp ngừa thai



Bao cao su cho nữ

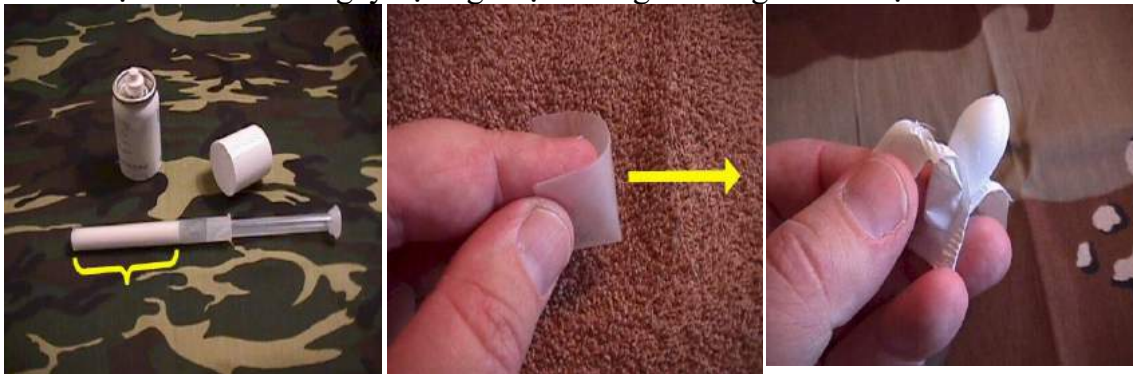
Bao cao su cho nữ

- Tác dụng: tránh các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STDs) và hầu như không có chống chỉ định
- Hiệu quả khoảng 95%, tuy nhiên phải thao tác phức tạp, mất thời gian và cần phải có dầu bôi trơn bên ngoài

Thuốc diệt tinh trùng

- Các dạng thuốc: viên thuốc đặt âm đạo, film hoặc bột tránh thai,...
- Thành phần chủ yếu là Nonoxynol - 9. Ngoài ra, có thể là axit lactic, axit boric, dẫn xuất của quinin
- Có tác dụng trong vòng 10 phút sau khi nạp vào âm đạo và kéo dài trong 1 giờ. Không được thực rửa âm đạo trong vòng 6 giờ sau giao hợp

- Ưu điểm: hiệu quả khoảng 85% - 90%. Thao tác đơn giản, rẻ tiền và dễ mua không cần đơn.
- Nhược điểm: có thể gây dị ứng hoặc cảm giác nóng rát âm đạo.



Dạng bột

Dạng film

Viên đặt

3. ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG (DCTC)

Là biện pháp tránh thai chủ yếu tại Việt nam, năm 2001 chiếm 63,9% cơ cấu tránh thai. Biện pháp đơn giản, rẻ tiền, hiệu quả cao và dễ có thai lại sau khi lấy dụng cụ ra.

3.1. Cơ chế tác dụng

Phụ thuộc vào loại dụng cụ tử cung (loại không có thuốc, loại có Progesteron, loại quấn sợi đồng ...). Có nhiều cơ chế tác dụng cùng lúc nhằm mục đích ngăn cản sự làm tổ của trứng do làm thay đổi môi trường lý, hoá và tế bào trong buồng tử cung.

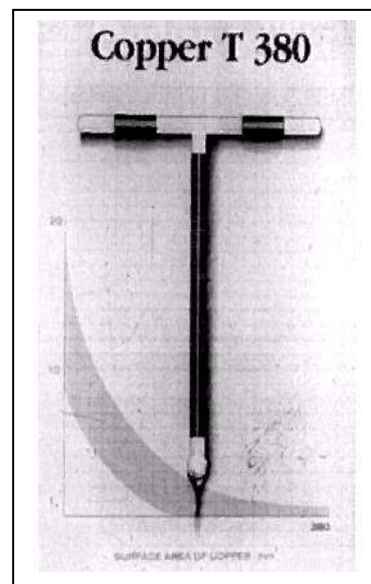
3.2. Các loại dụng cụ tử cung

- Vòng kín: Ota, Grafenberg. Hiện nay chỉ còn dùng loại vòng Dana.
- Vòng chữ T: Tcu 200, Tcu 380 A (có quấn thêm kim loại đồng) hoặc Nova-T 380 quấn đồng có lõi bạc
- Vòng Minera có tẩm nội tiết Progesteron

Hiện nay, các cơ sở y tế chủ yếu dùng vòng TCu 380A, Multiload.

3.3. Chỉ định

- Mọi phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và đã có ít nhất một con
- Tự nguyện chọn phương pháp tránh thai bằng dụng cụ tử cung.



3.4. Chống chỉ định

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Nhiễm khuẩn:
 - Tại chỗ: viêm âm đạo cấp, viêm phần phụ, viêm tiểu khung
 - Toàn thân: lao phổi, lao sinh dục
- Khối u sinh dục:
 - U lành tính: u xơ tử cung, u nang buồng trứng
 - U ác tính: ung thư vú, ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung, ung thư buồng trứng

- Tử cung dị dạng: tử cung đôi, tử cung 2 sừng, tử cung có vách ngăn
- Sa sinh dục
- Rong kinh, rong huyết chưa rõ nguyên nhân, thống kinh
- Thiếu máu mà chưa điều trị khỏi
- Bệnh toàn thân: tim, phổi, gan, thận
- Bệnh nội tiết: Đái đường, Basedow.
- Tiền sử chữa ngoài tử cung.

3.5. Nguyên tắc đặt dụng cụ tử cung

* Thời điểm đặt

- Trong vòng 3 - 5 ngày sau sạch kinh. Đặt ngay sau sạch kinh là tốt nhất vì đảm bảo không có thai, đồng thời ít đau và ít ra máu.
- Sau đẻ, chỉ được đặt ngoài thời kỳ hậu sản (> 6 tuần sau đẻ)
- Đặt sau hút ĐHKH nếu đảm bảo không sót rau, không nhiễm khuẩn

* Các bước tiến hành

- Chuẩn bị người bệnh, chuẩn bị dụng cụ, sát trùng, vô khuẩn
- Đặt van, kẹp cổ tử cung, đo buồng tử cung để đặt nấc xanh làm mốc
- Đưa ống cần vào buồng tử cung tới đáy tử cung, sát nấc xanh sao cho nấc xanh trùng với bình diện ngang của cổ tử cung.
- Rút ống đẩy 1 - 1,5cm sau đó tiếp tục đẩy ống đẩy lên, để 2 cánh vòng sát đáy tử cung. Giữ nguyên cần đẩy, rút nòng xuống đến chỗ dây cần cắt (3 - 4cm)
- Rút cần, sát trùng, tháo kẹp cổ tử cung, cho nằm nghỉ 30 phút
- Thuốc kháng sinh uống từ 3 - 5 ngày và thuốc giảm co
- Nhắc nhở: tránh giao hợp 10 - 14 ngày sau

3.6. Tác dụng phụ

- Chảy máu: Sau đặt ra máu vài ngày hoặc kinh nguyệt trong vài tháng đầu có thể ra kéo dài. Có thể dùng thêm kháng sinh và giảm co .
- Đau bụng: thường gặp ở thời gian đầu sau đặt và sẽ giảm dần
- Ra khí hư: Thường dịch trong do không có nhiễm khuẩn, nếu khí hư hôi, nên điều trị kháng sinh toàn thân và đặt thuốc âm đạo.

3.7. Biến chứng

- Nhiễm khuẩn: viêm phần phụ, viêm tiểu khung, nên yêu cầu thủ thuật phải đảm bảo vô khuẩn.
- Thủng tử cung hoặc thủng vãn đặt vòng: phát hiện bằng chụp buồng tử cung vòi tử cung
- Dụng cụ tử cung bám sâu vào cơ tử cung.
- Rơi dụng cụ tử cung
- Có thai: tỉ lệ 2%
- Chữa ngoài tử cung kèm theo dụng cụ tử cung: 1%

4. THUỐC TRÁNH THAI

Tại Việt nam, năm 2001, thuốc chiếm 13,4% cơ cấu tránh thai. Cơ chế tác dụng:

- Nói chung tùy loại thuốc, chủ yếu có tác dụng ức chế đỉnh LH gây ức chế phóng noãn và làm đặc dịch nhầy cổ tử cung.
- Ngoài ra, thuốc cũng làm thay đổi nhu động bình thường của vòi trứng, ngăn cản sự di chuyển của tinh trùng và ngăn cản sự làm tổ của trứng.

4.1. Viên thuốc tránh thai kết hợp

* **Thành phần:** hiện nay, thuốc viên tránh thai kết hợp thường chứa 2 loại hocmon liều thấp: Estrogen 0,03mg và Progestin 0,075mg đến 0,15mg.

* **Chỉ định:**

- Cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, khoẻ mạnh tự nguyện chấp nhận uống thuốc tránh thai để thực hiện KHHGD và không có chống chỉ định dùng thuốc tránh thai.
- Ngoài chỉ định chủ yếu để tránh thai, thuốc còn được chỉ định để điều trị trong một số trường hợp: Thống kinh, Rong kinh, Chu kỳ kinh không đều.

* **Chống chỉ định:**

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai
- Đang trong thời kỳ hậu sản hoặc cho con bú dưới 6 tháng tuổi
- Huyết áp cao, bệnh van tim, rối loạn đông máu, tiền sử tắc mạch máu.
- Bệnh gan mật, đái đường
- Các khối u phụ khoa lành tính và ung thư
- Đau nửa đầu
- Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân
- Đang điều trị bệnh lao, nấm.
- Rất thận trọng với phụ nữ trên 35 tuổi có nghiện hút thuốc lá hoặc trên 40 tuổi vì sẽ làm tăng khả năng huyết khối

* **Hiệu quả** tới 99,5%. Phải kiểm tra sức khoẻ trước khi sử dụng thuốc.

* **Cách sử dụng thuốc**

- Uống viên đầu tiên vào 1 trong 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh, tốt nhất là từ ngày đầu, uống mỗi ngày 1 viên theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc
- Với vỉ 28 viên, khi hết vỉ phải uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh
- Với vỉ 21 viên, khi hết vỉ, nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau, dù đang còn kinh.
- Nếu quên uống thuốc:
 - Quên thuốc 1 - 2 ngày thì phải uống ngay 1 viên khi nhớ ra và tiếp tục uống viên của ngày hôm đó.
 - Quên 3 ngày thì phải uống ngay 1 viên khi nhớ ra, tiếp tục uống bình thường hết vỉ thuốc và dùng thêm biện pháp tránh thai khác.

* **Biến chứng:**

- Làm tăng khả năng đông máu và xuất huyết rải rác.
- Có liên quan nội tiết ở ung thư vú
- Làm giảm tiết sữa

* **Tác dụng phụ:**

- Rối loạn kinh nguyệt: kinh ít, ra máu giữa kỳ kinh
- Buồn nôn: thường gặp trong những tháng đầu
- Nhức đầu, dễ kích động
- Tăng cân ở 20 - 30% trong số những người uống thuốc do giữ nước
- Đau vú.

4.2 Viên thuốc tránh thai chỉ có Progestin

* **Thành phần:** Viên thuốc tránh thai chỉ có Progestin là thuốc tránh thai tạm thời, chứa Progestin 0,5mg/ngày (không có estrogen). Ví dụ: Exluton

*** Chỉ định:**

- Mọi phụ nữ tránh thai có hồi phục mà không có chống chỉ định
- Đặc biệt thích hợp với phụ nữ cho con bú
- Phụ nữ có chống chỉ định của viên thuốc tránh thai kết hợp

*** Chống chỉ định:**

- Đang mang thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đã hoặc đang bị ung thư vú
- Đang bị viêm gan, xơ gan
- Ra huyết bất thường chưa rõ nguyên nhân
- Đang điều trị thuốc chống co giật như Phenytoin, Carbamazepin, Barbiturat hay kháng sinh như Griseofulvin, Rifampicin...

*** Cách sử dụng thuốc**

- Mỗi ngày 1 viên vào 1 giờ nhất định. Uống thuốc chậm vài giờ đã có thể giảm hiệu quả của thuốc
- Dùng vỉ kế tiếp ngay sau khi hết vỉ đầu, không ngừng giữa 2 vỉ.

4.3. Viên thuốc tránh thai khẩn cấp

*** Thành phần:** có nhiều loại thuốc với các thành phần khác nhau

- Thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ có Progestin (Levonorgestrel) 0,75mg.
- Thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ có Mifepriston (kháng Progestin) 10mg

*** Chỉ định:**

- Phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ
- Biện pháp tránh thai khác thất bại: rách bao cao su, quên uống thuốc.
- Bị hiếp dâm

*** Chống chỉ định:**

- Có thai
- Dị ứng với thuốc

*** Cách sử dụng**

- Uống 1 viên càng sớm càng tốt trong vòng 72 giờ sau giao hợp không có bảo vệ.
- Uống viên thứ 2 cách viên thứ nhất 12 giờ.

4.4. Băng keo tránh thai

- Băng keo tránh thai chứa estrogen và progesteron được dán vào mặt trong cánh tay, mặt trong đùi hoặc bụng dưới. Hàm lượng thuốc tương quan với diện tích/ kích cỡ băng keo và được thấm đều đặn qua da vào cơ thể.

Chỉ định, chống chỉ định, biến chứng và tác dụng phụ như các thuốc tránh thai viên kết hợp

- Cách sử dụng: mỗi băng keo có tác dụng trong 1 tuần. Mỗi chu kỳ kinh 28 ngày dùng liên tục 3 băng keo
- Ưu điểm: nồng độ thuốc trong cơ thể ổn định, người dùng rất ít bị quên thuốc vì rất đơn giản thuận tiện...

Contraceptive Patch



4.5. Vòng tránh thai đặt âm đạo

- Vòng tránh thai đặt âm đạo (còn gọi là NuvaRing) được sử dụng lần đầu năm 2001.



- Tác dụng: do NuvaRing chứa estrogen và progestin nên sự phóng thích thuốc, sự hấp thụ thuốc qua đường âm đạo là ổn định.
- Cách sử dụng: Vòng bằng chất dẻo và được đặt sâu vào âm đạo. Thời gian mang vòng chỉ 3 tuần cho 1 chu kỳ kinh
- Chỉ định, chống chỉ định, biến chứng và tác dụng phụ như các thuốc tránh thai viên kết hợp
- Ưu điểm: không thể quên vì không phải uống thuốc hàng ngày, nồng độ thuốc ổn định trong cơ thể. Có nhiều kích cỡ phù hợp với mỗi người. Thao tác đặt âm đạo khá đơn giản.
- Nhược điểm: do phải đặt âm đạo nên cũng cần khéo tay và có thể làm tăng nguy cơ viêm âm đạo

4.6. Thuốc tiêm tránh thai DMPA

**Thành phần:* Thuốc tiêm tránh thai DMPA là loại hormone Progestin liều 150mg có tác dụng tránh thai 3 tháng.



** Chỉ định:*

Phụ nữ ở tuổi sinh sản muốn dùng 1 biện pháp tránh thai dài hạn, có hồi phục, hiệu quả cao mà không phải dùng thuốc hàng ngày.

** Chống chỉ định:*

- Có thai hay nghi ngờ có thai
- Chảy máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- Vàng da
- Ung thư vú
- Bệnh tim mạch.

** Thời điểm tiêm thuốc (mũi đầu):*

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên. Có thể tiêm muộn hơn vào bất cứ ngày nào nếu chắc chắn không có thai. Hoặc trong vòng 7 ngày đầu sau nạo hút thai

Chú ý dùng bao cao su hoặc kiêng giao hợp trong 2 ngày sau tiêm.

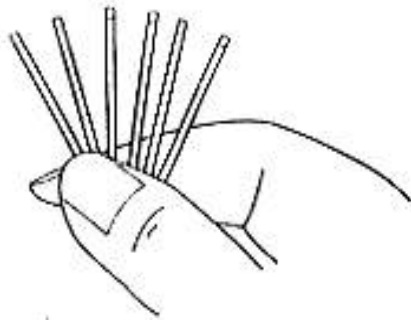
- Sau đẻ:
 - Nếu cho con bú, tiêm sau 6 tuần sau đẻ
 - Nếu không cho con bú, tiêm từ tuần thứ 3 trở đi
- Các mũi tiếp theo thực hiện 3 tháng 1 lần (có thể sớm hoặc muộn hơn 2 tuần vẫn có tác dụng).

4.7. Thuốc cấy tránh thai

* *Thành phần:* Thuốc cấy tránh thai hiện nay có 2 loại

- Norplant: loại này có 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36mg Levonorgestrel. Hormon này thấm qua thành nang vào máu 1 cách liên tục đảm bảo tác dụng tránh thai cao và kéo dài 5 năm.

- Implanon: loại này chỉ có 1 nang chứa 68mg Etonogestrel và có tác dụng 3 năm.



* *Chỉ định:*

Phụ nữ muốn dùng 1 biện pháp tránh thai dài hạn, có hồi phục nhưng không muốn uống thuốc hàng ngày hoặc tiêm thuốc hàng quý.

* *Chống chỉ định:*

- Có thai hay nghi ngờ có thai
- Chảy máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- Bệnh gan (viêm gan cấp, u lành hoặc ác tính)
- Ung thư vú
- Bệnh huyết khối, viêm tĩnh mạch
- Đang bị một số bệnh hệ thống như: đái tháo đường thể nặng, bệnh thận giai đoạn cuối, đau nửa đầu, đau đầu nặng tái diễn.

* *Thời điểm cấy:*

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu của vòng kinh
- Sau đẻ 3 tuần nếu không cho con bú hoặc cho bú không hoàn toàn
- Ngay sau phá thai hoặc trong 7 ngày đầu
- Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn đặt tiếp
- Có thể cấy bất cứ thời gian nào của chu kỳ kinh nếu chắc chắn là không có thai.

* *Nơi cấy:*

- Cấy nông dưới da mặt trong cánh tay không thuận (thường tay trái)

5. Biện pháp tránh thai cho bú vô kinh

Biện pháp tránh thai cho bú vô kinh là dùng việc cho bú như 1 biện pháp tránh thai tạm thời.

* *Chỉ định:*

- Phụ nữ cho con bú hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi.

**Chống chỉ định:* là những chống chỉ định của việc cho con bú:

- Không cho con bú hoàn toàn, có kinh trở lại và con trên 6 tháng tuổi
- Mẹ có bệnh nhiễm khuẩn cấp tính (kể cả viêm gan vi rút cấp tính)
- Mẹ nhiễm HIV
- Sử dụng một số thuốc có chống chỉ định của việc cho con bú
- Mẹ thiếu sữa nên không cho con bú hoàn toàn.

* *Quy trình thực hiện:*

- Cho bú 8-10 lần/ngày và ít nhất 11 lần về đêm. Ban ngày không được cách quá 4 giờ và ban đêm không cách quá 6 giờ giữa 2 lần bú.
- Hướng dẫn kỹ thuật cho bú đúng cách
- Ngoài việc bú sữa mẹ, trẻ không ăn uống thêm một thứ gì khác.

6. PHƯƠNG PHÁP TRIỆT SẢN

Triệt sản nhằm làm mất khả năng sinh sản vĩnh viễn của nam hoặc nữ. hiện nay phương pháp này thường áp dụng khi người bệnh có phẫu thuật kèm theo.

. *Triệt sản nam:* Làm tắc 2 ống dẫn tinh là đường dẫn tinh trùng từ túi tinh ra ngoài.

Triệt sản nữ: làm gián đoạn 2 vòi trứng dẫn đến noãn không gặp tinh trùng, do đó hiện tượng thụ tinh không xảy ra.

Kết luận: Sinh đẻ có kế hoạch nhằm:

- Tăng cường bảo vệ sức khỏe phụ nữ
- Bảo vệ sức khỏe của trẻ em
- Tạo điều kiện giải phóng phụ nữ và đảm bảo hạnh phúc gia đình
- Giải quyết sự cân đối về phát triển kinh tế và dân số

Muốn thực hiện sinh đẻ có kế hoạch tốt, ngoài công tác tuyên truyền sâu rộng, phải hướng dẫn cho cộng đồng sử dụng các biện pháp tránh thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản (2009). Bộ Y tế, Hà nội.
2. Bài giảng Sản phụ khoa (2001). Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Bài giảng Sản phụ khoa (2000). Bộ môn Phụ Sản. Trường Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh.

D. VIÊM NHIỄM ĐƯỜNG SINH DỤC

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm, yếu tố nguy cơ, chẩn đoán, điều trị viêm âm đạo do vi khuẩn, do nấm
2. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán và xử trí một số bệnh lây truyền qua đường tình dục: *Trychomonas vaginalis*, *Chlamydia*, lậu cầu, giang mai
3. Trình bày được nguyên nhân, tiêu chuẩn chẩn đoán, xử trí viêm vùng chậu

ĐẠI CƯƠNG

Viêm nhiễm sinh dục và tình trạng phổ biến ở phụ nữ. Môi trường âm đạo bao gồm hệ vi khuẩn mà chiếm ưu thế chủ đạo là *Lactobacillus* sp (hay Doderlein), với vai trò giữ cân bằng và chống lại các tác nhân gây bệnh. Thay đổi khuẩn hệ môi trường âm đạo có thể dẫn đến viêm âm đạo, cổ tử cung. Các tác nhân nhiễm trùng có thể xâm nhập sâu hơn vào trong buồng tử cung, đến vòi tử cung và tiểu khung gây viêm vùng chậu.

I. KHUẨN HỆ ÂM ĐẠO BÌNH THƯỜNG

1. Khuẩn hệ âm đạo bình thường

1.1. Thành phần và vai trò của khuẩn hệ âm đạo bình thường

Khuẩn hệ âm đạo (vaginal microbiome hay vaginal microbiota) ở phụ nữ ở độ tuổi sinh sản bao gồm các loại vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí thường trú. Các vi khuẩn này tồn tại trong một mối quan hệ cộng sinh giữa vật chủ là môi trường âm đạo và bản thân chúng là các ký sinh vật. Biểu mô lát tầng và một số tuyến âm đạo cung cấp dưỡng chất cho vi sinh vật, đảm bảo sự phát triển của cộng đoàn vi sinh vật. Ngược lại, hệ vi sinh vật đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bảo vệ vật chủ bằng cách ngăn ngừa sự trú đóng (colonization) của các vi khuẩn gây bệnh. Rối loạn của khuẩn hệ âm đạo ảnh hưởng mạnh đến tình trạng sức khỏe và bệnh tật của vật chủ.

Ở khoảng $\frac{3}{4}$ số người phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, bình thường và khỏe mạnh, *Lactobacillus* sp là vi khuẩn hình que, Gram dương, kỵ khí chiếm ưu thế trong khuẩn hệ. *Lactobacilli* bảo vệ vật chủ thông qua việc lên men glycogen trong biểu mô âm đạo để chuyển thành lactic acid, qua đó duy trì một pH thấp của âm đạo, trong khoảng từ 3.5 đến 4.5.

Có khoảng $\frac{1}{4}$ số người phụ nữ bình thường, có kiểu trạng thái hệ khuẩn mà *Lactobacilli* không chiếm ưu thế. Trong kiểu trạng thái khuẩn hệ này, tính đa dạng trong cấu tạo của khuẩn hệ cho phép duy trì một môi trường chức năng. Người phụ nữ với trạng thái khuẩn hệ này phải được xem là bình thường và khỏe mạnh, cho dù thành phần và đặc tính của khuẩn hệ giống như viêm âm đạo do vi khuẩn. Những cá thể này có một pH âm đạo cao, có thể đến 5. Đây là một thách thức thật sự với hiểu biết cổ điển về khuẩn hệ rằng một khuẩn hệ bình thường có pH dưới 4.5 và *Lactobacilli* ưu thế.

1.2. Thay đổi của khuẩn hệ âm đạo

Thành phần của khuẩn hệ thay đổi theo giai đoạn hoạt động nội tiết trong cuộc đời người nữ.

Ở bé gái chưa dậy thì và phụ nữ đã kinh, do âm đạo không nhận được estrogen từ buồng trứng, nên môi trường âm đạo là môi trường nghèo glycogen. Hệ quả là khuẩn hệ âm đạo ở các cá thể này có ít khuẩn *Lactobacillus* thường trú hơn so với phụ nữ trong độ tuổi sinh sản.

Ở phụ nữ độ tuổi sinh sản, hiện diện của lactic acid làm pH âm đạo được duy trì ở mức 3.5 - 4.7. Trong khi đó, pH của âm đạo ở trẻ chưa dậy thì và người đã kinh là 6 - 8.

Sự khác biệt trong cấu trúc khuẩn hệ này không đồng nghĩa với bệnh lý. Khuẩn hệ sẽ có các điều chỉnh về phân bố để thích ứng với biến đổi do môi trường.

Khi khuẩn hệ âm đạo bị đối mặt với các tác nhân trường diễn hay cấp diễn gây bởi hành vi của con người như dùng kháng sinh, dùng thuốc tránh thai nội tiết và các biện pháp kiểm soát sinh sản khác, thói quen hoạt động tình dục, dùng chất bôi trơn,

thói quen thụt rửa âm đạo... nó sẽ có những điều chỉnh để đối phó lại các biến động khuẩn hệ.

Khi khuẩn hệ thất bại trong điều chỉnh, thì chức năng bảo vệ dựa trên đáp ứng miễn dịch vật chủ, gồm cả miễn dịch bẩm sinh và miễn dịch thích nghi sẽ bị ảnh hưởng. Chính sự sụp đổ của tính bình ổn của môi trường âm đạo là yếu tố gây ra sự phát triển của các tác nhân gây bệnh.

Như vậy, hiểu biết thấu đáo về một khuẩn hệ lành mạnh cần phải dựa trên chức năng thật sự của khuẩn hệ, chứ không chỉ đơn thuần dựa trên thành phần vi sinh của khuẩn hệ. Quan điểm này sẽ giúp đỡ tốt hơn cho việc thực hiện chẩn đoán và phát triển các biện pháp điều trị thích hợp.

2. Thành phần sinh lý của dịch tiết vùng âm đạo

Dịch tiết âm đạo có nguồn gốc từ nhiều nơi. Một lượng lớn dịch là chất nhầy từ cổ tử cung; lượng ít hơn từ dịch nội mạc tử cung; một phần nhỏ từ các tuyến phụ như tuyến Skene và các tuyến Bartholin. Đó là các dịch tiết bình thường của âm đạo. Các tế bào vậy bị bong ra từ thành âm đạo tạo nên từ màu trắng đến không màu cho dịch tiết.

Các thành phần từ dịch tiết âm đạo cung cấp một môi trường bôi trơn sinh lý, ngăn ngừa triệu chứng khô và sự kích thích tại chỗ.

Số lượng và tính chất bình thường của dịch tiết có thể thay đổi dưới ảnh hưởng của các yếu tố như nội tiết tố, tình trạng dịch, thai kỳ, suy giảm miễn dịch, thụt rửa hay hoạt động tình dục.

Đặc tính chung của dịch tiết âm đạo sinh lý là: màu trắng hoặc trong, không có mùi khó chịu, không kèm kích thích tại chỗ như ngứa, rát..., số lượng thay đổi nhưng thường không quá nhiều.

II. VIÊM ÂM ĐẠO DO VI KHUẨN

1. Khái niệm

Viêm âm đạo do vi khuẩn (Bacterial vaginosis - BV) là một tình trạng rối loạn vi khuẩn rất thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. BV *thường* được hiểu là một tình trạng mà trong đó sự cân bằng của môi trường âm đạo “bình thường” bị phá vỡ.

Biểu hiện lâm sàng chính của BV là tiết dịch âm đạo nặng mùi, kèm theo đó là rất ít các triệu chứng khác, không kèm theo biểu hiện viêm, kích ứng gặp trong ¼ số trường hợp. Dù thường gặp, nhưng vấn đề xác lập chẩn đoán BV gặp rất nhiều khó khăn do sự chồng lấn mơ hồ giữa các trạng thái khuẩn hệ sinh lý và tình trạng bệnh lý của khuẩn hệ.

Đa số tình trạng BV có thể tự khỏi mà không cần bất cứ can thiệp nào. Điều này xác nhận rằng khuẩn hệ có khả năng tự điều chỉnh để thích nghi với các biến động bất lợi của môi trường âm đạo.

BV *được đặc trưng* hay *được gây bởi* sự sụp đổ của môi trường âm đạo, được phản ánh qua cấu trúc của các trạng thái khuẩn hệ như sụt giảm thành phần Lactobacilli và ưu thế của các thành phần yếm khí, gồm *Gardnerella*, *Atopobium*, *Mobiluncus*, *Prevotella*, *Clostridiales*. BV được chứng minh là một yếu tố nguy cơ độc lập của mắc bệnh lây qua đường tình dục, của mắc và truyền HIV, của phát triển bệnh lý viêm vùng chậu, cũng như là các biến chứng sản khoa như đẻ non.

2. Các yếu tố nguy cơ của BV

Các yếu tố nguy cơ mạnh nhất 1 của BV gồm:

- Có bạn tình mới
- Thói quen thụt rửa âm đạo
- Không dùng bao cao su

Nhiều phụ nữ có biểu hiện của BV mà không có bất cứ yếu tố nguy cơ nào.

3. Điều trị BV

Vấn đề của BV là khi nào cần điều trị? Điều trị cho ai? Và điều trị như thế nào?

Không xác định được nguyên nhân của BV cũng giải thích các khó khăn trong điều trị thể hiện qua đáp ứng rất thay đổi của BV với liệu pháp kháng sinh.

- **Nên điều trị cho bacterial vaginosis có triệu chứng.**

Với các phụ nữ có triệu chứng lâm sàng, thỏa các tiêu chuẩn của Amsel thì việc điều trị là cần thiết, nhằm vào việc giải quyết các than phiền chủ yếu là tiết dịch âm đạo bất thường ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Với các phụ nữ này, việc điều trị kháng sinh theo hướng dẫn của CDC 2010 là hợp lý. Trong điều trị, có thể chú ý đến các điều trị hỗ trợ trong đó bao gồm việc cung cấp bổ sung Lactobacilli hay probiotics. Việc bổ sung các Lactobacilli có thể làm giảm tần suất tái phát của BV sau điều trị.

- **Điều trị chọn lọc khi bacterial vaginosis không triệu chứng**

Các trường hợp “BV không triệu chứng lâm sàng” là các trường hợp BV với một phần tiêu chuẩn của Amsel (hoặc Nugent) như có “Clue cells” chẳng hạn, nhưng không có triệu chứng lâm sàng, được phát hiện một cách tình cờ qua một khảo sát như PAP test, hay trong trường hợp tiền phẫu phụ khoa, hay trong trường hợp khám định kỳ có làm soi tươi và nhuộm Gram dịch âm đạo.

Đối với các trường hợp này, có hai khả năng: (1) hoặc người này thuộc kiểu trạng thái khuẩn hệ không Lactobacilli với ưu thế yếm khí, (2) hoặc người này có một khuẩn hệ bị rối loạn, nhưng bảo tồn về chức năng do đáp ứng thích nghi của khuẩn hệ. Tuy nhiên, với nhóm đặc biệt này, sẽ cần phải điều trị khi:

1. Phải thực hiện phẫu thuật phụ khoa, can thiệp qua đường âm đạo như cắt tử cung, đặt dụng cụ tử cung...
2. Có thai và thuộc nhóm có nguy cơ cao đẻ non.

Trong trường hợp này, việc can thiệp sớm vào tình trạng BV không triệu chứng có thể là có ích trong việc làm giảm nguy cơ đẻ non, do khắc phục được tiến trình viêm mạn ở màng bào thai. Nên chẩn đoán và điều trị sớm trước tuần thứ 20 của thai kỳ. Trong chỉ định này, dường như Clindamycin sẽ có hiệu quả hơn Metronidazole.

III. VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM CANDIDA SP

1. CANDIDA VÀ KHUẨN HỆ ÂM ĐẠO

Candida sp là một vi nấm hạt men. *C. albicans* là chủng phổ biến nhất. *C. albicans* có hiện diện trong khuẩn hệ, và được biết đến như là một thành phần của khuẩn hệ âm đạo bình thường. *Candida* sp là một vi nấm hạt men, gồm có nhiều chủng khác nhau. *C. albicans* là chủng phổ biến nhất. Các chủng khác có thể thấy là *C. glabrata*, *C. tropicalis*, hoặc *Torulopsis glabrata*.

Chỉ trong trường hợp mà *C. albicans* phát triển quá mức thì người phụ nữ mới có các biểu hiện lâm sàng của *Candida*.

Một điều đã được biết rõ là ở người nhiễm *Candida*, pH acid vẫn được duy trì. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng khuẩn hệ Lactobacilli và pH acid của âm đạo không ảnh hưởng đến sự phát triển của *C. albicans*.

Có 3 tác nhân ảnh hưởng rõ nét nhất đến việc hình thành sự sụp đổ của môi trường khuẩn hệ âm đạo lành mạnh là:

1. Tổn thương niêm mạc âm đạo do viêm, sang chấn vật lý, hóa học
2. Sử dụng kháng sinh làm tổn hại đến microbiome
3. Bất thường miễn dịch gây giảm các chất bảo vệ bề mặt âm đạo, giảm miễn dịch qua trung gian CD4 và T helper cell

2. VIÊM ÂM HỘ-ÂM ĐẠO DO CANDIDA

Viêm âm hộ-âm đạo do *Candida* sp (Vulvo-Vaginal Candidiasis) (VVC) là một tình trạng rất thường gặp.

Khoảng 90% VVC là do *C. albicans*. Những trường hợp còn lại là do *C. glabrata*, *C. tropicalis*, hoặc hiếm hơn là với các chủng *Torulopsis glabrata*.

Glucose và sucrose là điều kiện cần cho sự phát triển của *C. albicans*. Các yếu tố lợi được biết của VVC là tình trạng mang thai, cơ địa đái tháo đường, béo phì, suy giảm miễn dịch, dùng thuốc ngừa thai nội tiết, dùng corticosteroids, dùng kháng sinh phổ rộng. Quần lót chật cũng là một yếu tố thuận lợi.

VVC không được xem như bệnh lây truyền qua đường tình dục, dù có 10% bạn tình nam có nhiễm nấm ở dương vật.

2.1. Triệu chứng:

- Tiết dịch âm đạo đặc trưng là các mảng trắng bám trên thành âm đạo. Khí hư của nhiễm *C. albicans* rất đặc trưng, có dạng “phô mai sữa” không mùi, đặc, dính với pH từ 4-5.
- Than phiền chính thường gặp là ngứa âm hộ. Các triệu chứng khác là nóng rát, tiểu khó, giao hợp đau cũng thường gặp. Âm đạo viêm đỏ, khô. Ở những trường hợp nặng, mô vùng âm hộ âm đạo đỏ và tróc ra.
- 20% phụ nữ có thể không có triệu chứng. Chẩn đoán VVC cũng không nên chỉ dựa trên bệnh sử và khám lâm sàng đơn thuần.

2.2. Cận lâm sàng:

- Soi dịch âm đạo được thực hiện bằng cách hòa bệnh phẩm lấy trên thành bên âm đạo với NaCl 0.9% và nhuộm màu với xanh methylene, sau đó quan sát dưới kính hiển vi. Nhuộm Gram cũng thường được dùng.

2.3. Phân loại

Theo CDC 2010, VVC được chia làm 2 dạng:

1. Không biến chứng
2. Có biến chứng

VVC được xếp vào nhóm không biến chứng khi nhiễm Candida thỏa các yếu tố:

- Nhiễm đơn thuần hoặc thỉnh thoảng
- Triệu chứng từ nhẹ tới trung bình
- Nghi ngờ nhiễm Candida albicans
- Phụ nữ không suy giảm miễn dịch

VVC được xếp vào nhóm có biến chứng khi rơi vào một trong các tình huống sau:

- Tái phát ≥ 4 lần/năm
- Triệu chứng mức độ nặng
- Nghi ngờ hoặc có bằng chứng nhiễm nấm không phải C. albicans
- Phụ nữ bị đái tháo đường, bệnh lý nội khoa nặng hoặc suy giảm miễn dịch

2.4. Điều trị:

Việc tự điều trị bằng thuốc đối với phụ nữ có VVC có thể an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên bất kỳ sự không đáp ứng với thuốc hoặc bị tái phát sớm sau điều trị cần phải được khám xét bởi bác sĩ lâm sàng để cho một chẩn đoán đáng tin cậy. Những người bệnh tự điều trị được khuyến khích ngưng thuốc ba ngày trước khi khám lại.

Điều trị VVC tùy thuộc trước tiên vào nhóm nhiễm nào: có hay không có biến chứng.

Với các trường hợp không có biến chứng:

Điều trị khá đơn giản với VVC không biến chứng. Có hai nhóm thuốc dùng là:

- Các -imidazole
- Nystatin

Điều trị chính đối với VVC là một trong các loại Imidazoles tổng hợp như miconazole, clotrimazole, butoconazole, tioconazole và terconazole dạng cream hoặc viên dùng qua đường đặt âm đạo.

Liệu pháp đơn liều với 150 mg fluconazole cũng được sử dụng rộng rãi.

Tính an toàn của thuốc:

- Các nhóm thuốc azole đường uống liên quan nguy cơ tăng men gan.
- Liều thấp của fluconazole là an toàn trong thai kỳ. Ở liều hàng ngày cao hơn của fluconazole (400-800 mg mỗi ngày), ghi nhận có liên quan đến khuyết tật lúc sinh.
- Nystatin cũng được sử dụng trong thai kỳ.

Nếu tái phát sớm sau điều trị (20-30% người bệnh tái phát sau một tháng điều trị)

Lúc này, liệu pháp uống fluconazole mỗi tuần một lần trong 6 tháng có hiệu quả trong ngăn ngừa tái phát ở 50% phụ nữ.

Liệu pháp thuốc đặt âm đạo mỗi tuần hoặc 2 lần 1 tuần cũng được sử dụng để phòng ngừa.

Với VVC có biến chứng:

- Đối với VVC tái phát nhiều lần, cần tìm yếu tố nguy cơ. Trong trường hợp cần thiết, nên cấy định danh loại Candida và làm kháng sinh đồ nấm.
- Người bệnh bị tái phát thường xuyên nên cẩn thận đánh giá các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường hoặc suy giảm miễn dịch. Liệu pháp dự phòng tại chỗ với một thuốc kháng nấm nên được xem xét khi người bệnh đang dùng kháng sinh toàn thân.

- Việc điều trị phòng ngừa với fluconazole 150 mg 1 viên mỗi tuần trong 6 tháng có thể giúp đỡ hạn chế tái phát.

- Cần nhắc điều trị cho bạn tình

- *C. glabrata* đề kháng với tất cả các -imidazoles. Khi đó có thể dùng liệu pháp viên bao boric acid hoặc tím gentian (gentian violet).

- Tác dụng của điều trị Probiotics không được chứng minh.

- Không nên dùng các điều trị đa giá. Các điều trị đa giá kết hợp nhiều tác nhân như kháng nấm và kháng sinh có thể có tác động tiêu cực trên mối quan hệ giữa khuẩn hệ và nấm hệ, làm cho vấn đề không những không cải thiện mà có thể còn phức tạp hơn.

IV. BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

4.1. Đại cương

Định nghĩa các bệnh lây qua tình dục (STDs) là các biểu hiện lâm sàng và tình trạng nhiễm trùng gây ra bởi các tác nhân mắc phải qua hoạt động tình dục.

Bệnh lây qua sự tiếp xúc da - da hoặc qua các dịch tiết hay chất bài tiết của cơ thể. Bệnh có thể lây qua miệng, âm đạo hay hậu môn. Bệnh lây qua tình dục có nguy cơ cao dẫn tới hiêm muộn, ung thư và thậm chí tử vong.

Ngăn ngừa bệnh lây truyền qua đường tình dục:

Ngăn ngừa và kiểm soát bệnh lây qua tình dục /nhiễm HIV dựa trên 5 điều chính sau:

1. Đánh giá chính xác nguy cơ và tư vấn đối tượng nguy cơ nên tránh bệnh lây qua tình dục bằng cách thay đổi hành vi và sử dụng các biện pháp an toàn tình dục.
2. Chích ngừa đối tượng có nguy cơ đối với các bệnh lây qua tình dục có vaccin.
3. Xác định người bị nhiễm bệnh lây qua tình dục không triệu chứng và người có triệu chứng.
4. Chẩn đoán, điều trị hiệu quả, tư vấn và theo dõi người đã bị nhiễm.
5. Đánh giá, điều trị và tư vấn bạn tình của các người bệnh nhiễm bệnh lây qua tình dục.

Đánh giá nguy cơ bệnh lây qua tình dục /HIV:

Dự phòng đầu tiên của bệnh lây qua tình dục bao gồm thực hiện đánh giá hành vi nguy cơ như đánh giá hành vi tình dục mà có nguy cơ mắc bệnh cũng như nguy cơ sinh học (xét nghiệm tìm các dấu hiệu nguy cơ nhiễm HIV).

Các phương pháp ngăn ngừa

- Tiêm phòng:

Tiêm phòng: là phương pháp hiệu quả nhất để phòng HPV, viêm gan A, và viêm gan B.

Tiêm phòng HPV được khuyến cáo thường quy cho tất cả các bé trai và bé gái từ 11 hay 12 tuổi. Tiêm phòng HPV có thể sớm hơn từ 9 tuổi cho tới 26 tuổi đối với nữ và 21 tuổi đối với nam. Đối với người nhiễm HIV, chích ngừa HPV được khuyến cáo tới 36 tuổi.

Tiêm phòng viêm gan B được khuyến cáo cho tất cả những người chưa nhiễm bệnh đang được đánh giá hay điều trị bệnh lây qua tình dục. Ngoài ra, viêm gan A và B cũng được khuyến cáo chích ngừa cho các đối tượng nghiện ma túy, nhiễm HIV mà chưa bị viêm gan.

- Sử dụng bao cao su

Sử dụng bao cao su cho nam giới có hiệu quả cao ngăn ngừa HIV qua đường tình dục.

Bao cao su cũng có giá trị ngăn ngừa nhiễm Chlamydia, lậu và Trichomonas. Nhờ giảm các bệnh nhiễm trùng đường sinh dục dưới, bao cao su có hiệu quả giảm viêm vùng chậu.

Ngoài ra, dùng bao cao su giảm nguy cơ nhiễm HPV, herpes sinh dục, viêm gan B, giang mai, hạ cam mềm.

- Không giao hợp và giảm bạn tình:

Trong giai đoạn điều trị bệnh lây qua tình dục, nên khuyến cáo không giao hợp cho tới khi điều trị xong.

Điều trị bạn tình là bước quan trọng để ngăn ngừa tái nhiễm.

Người bị nhiễm bệnh lây qua tình dục nên thông báo để cho bạn tình đi khám và xác định bệnh. Điều trị bạn tình là bước quan trọng để ngăn ngừa tái nhiễm. Bạn tình nên được điều trị thuốc không cần thăm khám và xét nghiệm. Tuy nhiên, bạn tình nên được khuyến cáo khám kiểm tra.

4.2. Viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis*

Trichomonas vaginalis là một loại trùng roi, lây qua giao hợp và có thể tìm thấy ở âm đạo, niệu đạo và các tuyến nhờn ở âm hộ.

Nhiễm *Trichomonas* làm tăng nguy cơ nhiễm HIV lên gấp 2-3 lần, tăng nguy cơ sinh non và kết cục xấu cho thai.

➤ Triệu chứng lâm sàng:

Một số người bệnh nam giới khi nhiễm *Trichomonas* có biểu hiện viêm niệu đạo, viêm mào tinh hoặc viêm tiền liệt tuyến.

Một số phụ nữ nhiễm bệnh có biểu hiện có dịch tiết âm đạo nhiều, màu vàng hay xanh, có mùi hôi, có thể kèm theo ngứa rát ở âm hộ.

Trong những trường hợp nhiễm trùng nặng, niêm mạc âm đạo và cổ tử cung có những điểm xuất huyết nhỏ lấm tấm (dạng trái dâu tây).

Tuy nhiên, hầu hết các người bệnh (70-85%) là không có triệu chứng hoặc chỉ có một vài triệu chứng, dẫn tới nhiều trường hợp bị nhiễm *Trichomonas* không điều trị trong vài tháng tới vài năm.

➤ Cận lâm sàng chẩn đoán *Trichomonas Vaginalis*

Xét nghiệm chẩn đoán nên thực hiện ở các phụ nữ có triệu chứng ra khí hư bất thường.

Việc tầm soát thường qui chỉ nên thực hiện với các đối tượng có nguy cơ cao (có nhiều bạn tình, mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục khác...). Không khuyến cáo tầm soát cho dân số chung.

Sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán có độ nhạy và độ đặc hiệu cao được khuyến cáo để xác định *Trichomonas vaginalis*:

➤ **Điều trị:**

Điều trị nhiễm *Trichomonas* được thực hiện với Nitro-Imidazoles đường uống

- Mục đích của điều trị là làm giảm triệu chứng và dấu hiệu của nhiễm *Trichomonas* và có thể làm giảm lây nhiễm.

- Phác đồ khuyến cáo

Metronidazole 2 g uống 1 liều duy nhất

Hoặc: Tinidazole 2 g uống 1 liều duy nhất

Tinidazole có nồng độ huyết thanh cao và kéo dài hơn Metronidazole

Thử nghiệm lâm sàng cho thấy Tinidazole có hiệu quả cao hơn Metronidazole

- Phác đồ thay thế

Metronidazole 500 mg uống 2 lần trong ngày trong 7 ngày

Metronidazole gel không đạt hiệu quả điều trị nên không được khuyến cáo.

- Không uống rượu trong vòng 24 giờ uống metronidazole hoặc 72 giờ uống tinidazole

- Tránh hoạt động tình dục (avoiding sex) trong thời gian điều trị.

4.3. Bệnh giang mai

Treponema pallidum là vi khuẩn kỵ khí và di chuyển nên dễ dàng xâm nhập vào niêm mạc *nguyên vẹn* của âm hộ, âm đạo và cổ tử cung.

Treponema pallidum là tác nhân gây bệnh Giang mai, thuộc nhóm xoắn khuẩn có động lực rất mạnh gây bệnh ở người.

Bởi vì đây là vi khuẩn kỵ khí và di chuyển nên dễ dàng xâm nhập vào niêm mạc *nguyên vẹn*, vị trí xâm nhập thường gặp nhất ở người phụ nữ là âm hộ, âm đạo và cổ tử cung.

➤ **Giang mai có nhiều giai đoạn:**

1. Giai đoạn nguyên phát

2. Giang mai kỳ II

3. Giang mai tiềm ẩn

4. Giang mai kỳ III

- Giai đoạn nguyên phát ở giai đoạn đầu được đặc trưng bởi săng giang mai tại vị trí vi khuẩn xâm nhập.

Săng giang mai xuất hiện khoảng 10 tới 60 ngày sau khi bị nhiễm *T. pallidum*.

Săng giang mai có đặc điểm là có bờ rõ, hơi gồ cao, hình tròn hay bầu dục, không đau, đáy sạch màu đỏ, nền cứng, thường thấy ở môi lớn, có thể ở âm đạo và cổ tử cung. Săng giang mai thường kèm theo hạch. Hạch xuất hiện sau săng, thường ở vùng bẹn cùng bên với săng, có đặc điểm chắc di động, không đau.

Săng có thể tự lành trong vòng 3 tuần.

-Giang mai giai đoạn II

Trong khoảng 4-8 tuần sau khi săng giang mai xuất hiện, có biểu hiện của giang mai kỳ II. Các biểu hiện thường là nổi ban ở da với các sẩn màu nâu hoặc đỏ ở lòng bàn tay và bàn chân. Các triệu chứng khác gồm có nổi hạch, sốt, đau đầu, sụt cân, đau cơ và rụng tóc loang lổ.

Có 30% các người bệnh giai đoạn này bị phát ban thứ phát nặng nề ở vùng da và niêm mạc. Ở vùng niêm mạc ẩm ướt các nốt nhú đầu phẳng có thể sẩn lên tạo condyloma phẳng, cần phân biệt với mỏng gà. Sẩn giang mai có đáy rộng và phẳng hơn.

Nếu không điều trị, giai đoạn này cũng tự hết sau 2-6 tuần, và bệnh đi vào giai đoạn tiềm ẩn.

-Giang mai giai đoạn III

Sau giang mai kỳ II là giang mai tiềm ẩn. Giai đoạn này kéo dài rất lâu, không triệu chứng.

Trong giai đoạn đầu của giang mai tiềm ẩn (dưới 1 năm sau giai mai thứ phát), người bệnh không có dấu hiệu và triệu chứng bị bệnh, mặc dù các xét nghiệm huyết thanh chẩn đoán dương tính.

Các triệu chứng có thể tái phát. Giang mai tiềm ẩn muộn (trên 1 năm sau giang mai thứ phát) ít lây lan hơn giai đoạn đầu.

Giang mai kỳ III với biểu hiện là các tổn thương tim mạch và thần kinh. Các sang thương dạng hạt, hoại tử nặng nề gọi là gôm giang mai có thể phát triển sau nhiễm bệnh từ 1 tới 10 năm.

➤ Chẩn đoán nhiễm *Treponema pallidum*

Chẩn đoán giang mai được xác định bằng

1. Xoắn khuẩn di động trên kính hiển vi nền đen
2. Xét nghiệm kháng thể huỳnh quang các chất tiết từ các sang thương nguyên phát hoặc sang thương giai đoạn II hoặc hút dịch từ hạch

➤ Điều trị nhiễm *Treponema pallidum*

Giang mai được điều trị bằng Benzathine penicillin G.

Giang mai được điều trị với Benzathine penicillin G.

Nên theo dõi người bệnh bằng định lượng VDRL và khám lúc 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

Người phụ nữ bị bệnh không nên giao hợp cho tới khi các sang thương đã lành.

4.4. NHIỄM *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Chlamydia trachomatis là tác nhân gây STIs rất phổ biến và để lại nhiều di chứng.

C. trachomatis là vi khuẩn gram âm sống bắt buộc trong tế bào. *C. trachomatis* thường tác động lên các tế bào biểu mô trụ tuyến.

Dù rằng một phần đáng kể người bệnh sẽ thành công trong việc tự thanh thải *C. trachomatis*, nhưng đối với 1/2 số cá thể còn lại, sẽ không thành công trong việc tự thanh thải *C. trachomatis*, do thất bại của đáp ứng miễn dịch bẩm sinh và thích ứng. Ở các cá thể này, *C. trachomatis* sẽ chuyển sang dạng tồn tại kéo dài với nhiều di chứng, thông qua tiến trình viêm và tiến trình tự miễn gây bởi *C. trachomatis*

Các di chứng gồm tình trạng viêm vùng chậu mạn dẫn tới hậu quả trầm trọng bao gồm thai ngoài tử cung, đau vùng chậu mạn và hiếm muộn-vô sinh liên quan đến yếu tố vòi Fallope

Ở sơ sinh, do lây truyền dọc lúc sanh, nhiễm *C. trachomatis* cũng gây ra viêm niệu đạo và viêm kết mạc mắt không do lậu cầu.

Chẩn đoán nhiễm Chlamydia Trachomatis

➤ *Có hai nhóm triệu chứng của nhiễm C. trachomatis*

1. Viêm cổ tử cung cấp (cervicitis)
2. Di chứng viêm sinh dục trên do *C. trachomatis*

Nhiễm *C. trachomatis* có thể không triệu chứng, hoặc biểu hiện lâm sàng mơ hồ và không đặc hiệu.

Các triệu chứng có thể có bao gồm huyết trắng bất thường và ra huyết âm đạo bất thường. Viêm cổ tử cung với biểu hiện viêm cổ tử cung nhầy mủ cùng với lộ tuyến cổ tử cung dễ chảy máu cũng gợi ý nhiễm *C. trachomatis*.

Viêm vòi Fallope với biến chứng và di chứng tổn thương chức năng vòi Fallope là một kết cục phổ biến của nhiễm *C. trachomatis* 1. Vòi Fallope mất chức năng, gây thai ngoài tử cung hay tắc nghẽn, ứ dịch.

Bởi vì nhiễm *C. trachomatis* thường hay đi cùng nhiễm lậu cầu nên đặt ra 2 vấn đề lớn:

1. Khi có nhiễm lậu cầu thì nên xét nghiệm tìm sự hiện diện song hành của *C. trachomatis*
2. Do việc điều trị lậu với các beta lactamin sẽ thúc đẩy *C. trachomatis* chuyển sang dạng tồn tại kéo dài nên nếu nhiễm *Neisseria gonorrhoea* đã được xác nhận thì việc điều trị *Neisseria gonorrhoea* phải thực hiện khi đã khảo sát *C. trachomatis* hoặc phải tránh việc dùng beta-lactamin

Điều trị nhiễm Chlamydia Trachomatis

Dù rằng một phần không nhỏ người nhiễm *C. trachomatis* có thể tự thanh thải vi khuẩn, nhưng việc điều trị *C. trachomatis* là bắt buộc khi test tầm soát *C. trachomatis* là dương tính, nhằm tránh những di chứng muộn

- *Mục đích điều trị:*

- Điều trị đối tượng nhiễm *C. trachomatis* nhằm vào ngăn ngừa các biến chứng cho đường sinh dục và ngăn lây truyền.
- Điều trị bắt buộc cho bạn tình có thể ngăn tái nhiễm cho bản thân người nhiễm và nhiễm cho bạn tình khác.
- Điều trị cho người phụ nữ mang thai sẽ ngăn nhiễm *C. trachomatis* cho trẻ sơ sinh.

- *Phác đồ khuyến cáo cho nhiễm cấp C. trachomatis niệu-sinh dục*

Azithromycin 1 g uống 1 liều duy nhất

Hoặc: Doxycycline 100 mg uống 2 lần trong ngày trong 7 ngày

Hoặc: Doxycycline 200 mg 1 lần trong ngày trong 7 ngày

Kiêng giao hợp trong vòng 7 ngày kể từ khi bắt đầu điều trị và hết các triệu chứng nếu có.

- *Hoặc trong trường hợp cần thiết thì có thể dùng phác đồ thay thế cho nhiễm cấp C.trachomatis:*

Erythromycin 500 mg uống 4 lần mỗi ngày trong 7 ngày

Hoặc: Erythromycin ethylsuccinate 800 mg uống 4 lần mỗi ngày trong 7 ngày

Hoặc: Levofloxacin 500 mg uống 1 lần mỗi ngày trong 7 ngày

Hoặc: Ofloxacin 300 mg uống 2 lần mỗi ngày trong 7 ngày

- Các người bệnh điều trị *C. trachomatis* nên kiểm tra HIV, lậu cầu và giang mai.

4.5. Nhiễm Neisseria gonorrhoeae

- *Neisseria gonorrhoeae* là một loại song cầu gram âm sống trong tế bào.

- Nhiễm *N. gonorrhoeae* dẫn tới viêm vùng chậu với nguy cơ gây hiếm muộn - vô sinh do bởi sự hình thành viêm dính vùng chậu, tổn thương tai vòi và tai vòi ú nước.

- Sau 3-5 ngày ủ bệnh, các triệu chứng nhiễm lậu cầu sẽ biểu hiện.

- Tuy nhiên, nhiễm không triệu chứng thường gặp hơn, ở cả nam và nữ:

+ Ở nam giới, có biểu hiện viêm niệu đạo với tiểu mủ. Triệu chứng điển hình được mô tả là triệu chứng giọt mủ buổi sáng ở đầu niệu đạo.

+ Ở phụ nữ, các triệu chứng thường nhẹ và dễ bỏ qua bao gồm chảy dịch mủ từ niệu đạo, tuyến Skene, cổ tử cung, âm đạo và hậu môn. Huyết trắng vàng xanh chảy ra từ cổ tử cung là dấu hiệu gợi ý viêm cổ tử cung do lậu cầu hoặc *Chlamydia trachomatis*. Nhiễm trùng tuyến Bartholin có thể dẫn tới áp-xe, nhiễm trùng tái phát hoặc nang tuyến Bartholin. Nhiễm lậu hầu họng đa số không triệu chứng và thường gặp ở một số đối tượng có hành vi tình dục qua đường miệng.

➤ Điều trị

- Điều trị tích cực cho các người bệnh bị nghi ngờ hoặc xác định nhiễm lậu cầu để ngăn những hậu quả sau đó.

- Do có sự bùng phát các *N. gonorrhoeae* kháng Quinolone nên kháng sinh này không được sử dụng.

- Do khả năng cùng nhiễm Chlamydia, các người bệnh nên điều trị Chlamydia, trừ khi Chlamydia được loại bởi xét nghiệm NAAT.

- Khuyến cáo điều trị tiêm bắp ceftriaxone kết hợp doxycycline hoặc azithromycine.

- Phác đồ khuyến cáo cho nhiễm lậu cầu tại cổ tử cung, niệu đạo và trực tràng không biến chứng

Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp 1 liều duy nhất

Kết hợp Azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất

- **Nếu không thể dùng ceftriaxone:** Phác đồ thay thế cho nhiễm lậu cầu tại cổ tử cung, niệu đạo và trực tràng không biến chứng không thể dùng ceftriaxone :

Cefixime 400 mg uống 1 liều duy nhất

Kết hợp Azithromycin 1 g uống 1 liều duy nhất

- **Phác đồ khuyến cáo cho nhiễm lậu cầu hầu-họng không biến chứng**

Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp 1 liều duy nhất

Kết hợp Azithromycin 1g uống 1 liều duy nhất

- Để giảm lan truyền bệnh, người đang điều trị nhiễm lậu không giao hợp trong vòng 7 ngày sau điều trị và hết các triệu chứng nếu có.

- Người bệnh nhiễm lậu dùng phác đồ thay thế nên xét nghiệm kiểm tra lại sau 14 ngày. Các người bệnh nhiễm lậu nên xét nghiệm kiểm tra lại 3 tháng sau. Nếu kết quả âm tính nên kiểm tra lại 12 tháng sau.

- Các người bệnh nhận điều trị lậu nên kiểm tra HIV, *Chlamydia* và giang mai.

V. VIÊM VÙNG CHẬU

1. Khái niệm: Viêm vùng chậu là tình trạng viêm nhiễm của đường sinh dục trên của người phụ nữ, bao gồm:

1. Viêm nội mạc tử cung
2. Viêm tai vòi
3. Áp xe tai vòi-buồng trứng
4. Viêm phúc mạc chậu

2. Tác nhân gây bệnh

Các tác nhân gây bệnh lây qua giao hợp, đặc biệt là *N. gonorrhoeae* và *C. trachomatis*; vi khuẩn kỵ khí *G. vaginalis*, *Haemophilus influenzae*, trực trùng gram âm đường ruột, và *Streptococcus agalactiae*. Ngoài ra, cytomegalovirus (CMV), *M. hominis*, *U. urealyticum*, và *M. genitalium* có thể gây viêm vùng chậu.

3. Chẩn đoán

Chẩn đoán viêm vùng chậu cấp thường khó vì các triệu chứng không đặc hiệu. Nhiều trường hợp bệnh diễn tiến âm thầm và có thể không triệu chứng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm vùng chậu:

- **Bắt buộc phải có các triệu chứng:**
 - ✓ Đau khi lắc cổ tử cung
 - ✓ Tử cung ấn đau
 - ✓ Đau khi khám 2 phần phụ
- **Kèm với 1 trong các triệu chứng sau:**
 - ✓ Nhiệt độ trên 38.3 độ C
 - ✓ Cổ tử cung có dịch tiết nhầy mủ hay viêm mủ cổ tử cung
 - ✓ Có nhiều bạch cầu trong mẫu soi tươi dịch tiết âm đạo
 - ✓ CRP tăng hoặc tốc độ lắng hồng cầu >15-20 mm/giờ
 - ✓ Xét nghiệm *C.trachomatis* hoặc *N.Gonorrhoeae* dương tính

Tiêu chuẩn chuyên biệt cho chẩn đoán viêm vùng chậu:

- Sinh thiết nội mạc tử cung có kết quả mô học là viêm nội mạc
- Siêu âm hoặc MRI: Có tai vòi phù nề ứ dịch có kèm theo hay không kèm theo dịch vùng chậu *hoặc* khối hỗn hợp tai vòi-buồng trứng *hoặc* siêu âm màu gợi ý viêm vùng chậu (như tai vòi sung huyết).
- Nội soi ổ bụng chẩn đoán chính xác viêm vùng chậu.

4. Điều trị

4.1. Mục tiêu điều trị của viêm vùng chậu chưa biến chứng:

- Ngăn ngừa vô sinh
- Ngăn ngừa thai ngoài tử cung
- Ngăn ngừa áp xe vùng chậu

4.2. Mục tiêu điều trị của viêm vùng chậu có áp xe tại vòi- buồng trứng

- Ngăn ngừa biến chứng nhiễm trùng huyết
- Bảo toàn tính mạng

4.3. Nguyên tắc điều trị:

- Kháng sinh phổ rộng với ít nhất 2 loại kháng sinh. Các kháng sinh sử dụng phải có hiệu quả diệt *N. gonorrhoeae* và *C. trachomatis* dù xét nghiệm không có. Sử dụng kháng sinh nhạy với vi khuẩn kỵ khí chưa được khẳng định, nhưng vi khuẩn kỵ khí đã được phân lập và gây tổn thương tại vòi.

- Điều trị nên được bắt đầu ngay khi có chẩn đoán vì di chứng do viêm vùng chậu phụ thuộc vào việc bắt đầu kháng sinh sớm.

- Đánh giá kết quả điều trị sau 48 giờ và các triệu chứng sẽ cải thiện trước khi hết nhiễm trùng thực sự.

Nhập viện khi:

- Chưa loại trừ bệnh cấp cứu (như viêm ruột thừa)
- Áp xe tại vòi-buồng trứng
- Có thai
- Tình trạng nặng, buồn nôn, nôn, hoặc sốt cao
- Không dung nạp thuốc uống
- Không đáp ứng thuốc uống

❖ Các phác đồ khuyến cáo cho điều trị viêm vùng chậu bằng thuốc tiêm tĩnh mạch:

-Cefotetan 2g tĩnh mạch mỗi 12 giờ và Doxycycline 100 mg uống hoặc tĩnh mạch mỗi 12 giờ

Hoặc Cefoxitin 2g IV tĩnh mạch mỗi 12 giờ và Doxycycline 100mg uống hoặc tĩnh mạch mỗi 12 giờ

Hoặc Clindamycin 900mg tĩnh mạch mỗi 8 giờ và Gentamicin tấn công tĩnh mạch hay tiêm bắp (2 mg/kg), sau đó liều duy trì (1.5 mg/kg) mỗi 8 giờ. Có thể dùng liều duy nhất mỗi ngày (3-5mg/kg).

Nên chuyển sang kháng sinh uống sau khi có đáp ứng với điều trị 24-48 giờ.

- Dùng phác đồ cefotetan hay cefoxitin tiêm tĩnh mạch, uống Doxycyclin có thể 24-48 giờ sau khi có cải thiện lâm sàng và điều trị liên tục 14 ngày.

- Đối với phác đồ clindamycine/gentamycine, sử dụng 14 ngày uống clindamycine (400mg 4 lần trong ngày)

hoặc Doxycycline (100mg 2 lần trong ngày) sau khi ngưng tiêm tĩnh mạch.

- Riêng đối với áp-xe, không dùng đơn thuần doxycyclin uống mà kết hợp thêm uống clindamycine (400mg 4 lần trong ngày) hoặc metronidazole (500mg 2 lần trong ngày) sau khi ngưng tiêm tĩnh mạch.

❖ **Phác đồ thay thế cho điều trị viêm vùng chậu bằng thuốc tiêm tĩnh mạch:**

- Ampicillin/Sulbactam 3g tĩnh mạch mỗi 6 giờ và Doxycycline 100mg uống hoặc tĩnh mạch mỗi 12 giờ

❖ **Điều trị thuốc uống/tiêm bắp được sử dụng cho các trường hợp viêm vùng chậu cấp từ nhẹ tới nặng vừa bởi vì hiệu quả cũng tương tự điều trị bằng tiêm tĩnh mạch.**

Các phác đồ khuyến cáo cho điều trị viêm vùng chậu bằng thuốc tiêm bắp/uống:

Ceftriaxone 250mg tiêm bắp 1 liều duy nhất và Doxycycline 100mg uống 2 lần trong 14 ngày

Có hay không kèm theo

Metronidazole 500mg uống 2 lần trong 14 ngày

Hoặc Cefoxitin 2g tiêm bắp 1 liều duy nhất và Probenecid 1g uống cùng lúc 1 liều duy nhất

và Doxycycline 100mg uống 2 lần trong 14 ngày

Có hay không kèm theo

Metronidazole 500mg uống 2 lần trong 14 ngày

Hoặc Cephalosporin thế hệ III khác: ceftizoxime *hay* cefotaxime

và Doxycycline 100mg uống 2 lần trong 14 ngày

Có hay không kèm theo

Metronidazole 500mg uống 2 lần trong 14 ngày

- Khi người bệnh không đáp ứng trong vòng 72 giờ nên đánh giá lại và chuyển sang tiêm tĩnh mạch

❖ **Chỉ định can thiệp ngoại khoa không phải là một chỉ định phổ biến.**

- Can thiệp ngoại khoa được chỉ định khi tình trạng viêm vùng chậu nặng, áp-xe tai vòi buồng trứng không cải thiện sau 72 giờ điều trị kháng sinh

- Phương pháp can thiệp tùy thuộc mức độ tổn thương:

- ✓ Cắt phần phụ hoặc cắt tử cung và 2 phần phụ qua mổ hở *hay* nội soi ổ bụng
- ✓ Dẫn lưu thoát mủ qua ngã bụng/ âm đạo
- ✓ Chọc hút mủ qua siêu âm

❖ **Các trường hợp đặc biệt:**

+ Viêm vùng chậu trên người đang có thai: hiếm gặp, thường dẫn tới sảy thai nhiễm trùng. Tuy nhiên, các trường hợp viêm vùng chậu nên xét nghiệm kiểm tra có hay không có thai. Điều trị thận trọng vì thuốc ảnh hưởng trên thai nhi.

+ Viêm vùng chậu có mối liên quan với đặt dụng cụ tử cung trong 3 tuần đầu sau đặt. Nên lấy dụng cụ tử cung trong trường hợp có tình trạng viêm vùng chậu nặng và không đáp ứng sau 72 giờ điều trị kháng sinh.

+ Viêm vùng chậu trên người nhiễm HIV: điều trị KS tương tự những phụ nữ bị viêm vùng chậu với HIV âm tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sản Phụ Khoa, Trường Đại Học Y Dược Tp Hồ Chí Minh (2017). Bài giảng Phụ khoa - Chương trình phụ khoa tích hợp trên cơ sở giảng dạy theo phương pháp Team – Based Learning. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế (2016). Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản

BÀI 21. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ VÀ CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI

A. CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

Mục tiêu:

1. Trình bày được khái niệm và nguyên tắc của chăm sóc giảm nhẹ.
2. Trình bày được cách đánh giá và kiểm soát đau và các triệu chứng ngoài đau thường gặp
3. Trình bày được các biện pháp hỗ trợ tâm lý cho người bệnh có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ CHĂM SÓC GIẢM NHẸ

1.1. Khái niệm chăm sóc giảm nhẹ

Chăm sóc giảm nhẹ nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình người bệnh, những người đang đối mặt với những vấn đề liên quan tới sự ốm đau đe dọa đến tính mạng, thông qua sự ngăn ngừa và làm giảm gánh nặng họ phải chịu đựng bằng cách nhận biết sớm, đánh giá toàn diện và điều trị đau và các vấn đề khác, thể lực, tâm lý xã hội và tâm linh (Tổ chức Y tế Thế giới, 2002).

Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư và AIDS là sự kết hợp các biện pháp để nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau và xử trí các triệu chứng thực thể, tư vấn và hỗ trợ giải quyết các vấn đề tâm lý - xã hội mà người bệnh và gia đình họ phải chịu đựng (Bộ Y tế).

Năm 2018, Hội Đồng Lancet đã đưa ra hướng dẫn về chăm sóc giảm nhẹ và giảm đau với quan niệm rằng chăm sóc giảm nhẹ là sự đáp ứng với bất kỳ hình thức nào của sự đau khổ. Có bốn phân nhóm của sự đau khổ bao gồm:

Thể chất:

- Đau mạn tính nhẹ
- Đau mạn tính trung bình- nặng
- Khó thở
- Mệt
- Yếu
- Buồn nôn/nôn
- Tiêu chảy
- Táo bón
- Khô miệng
- Ngứa
- Chảy máu
- Các vết thương

Tâm lý:

- Lo âu/lo lắng
- Khí sắc trầm cảm
- Lú lẫn/sảng
- Sa sút trí tuệ

Xã hội:

- Vô gia cư/ điều kiện sống không đảm bảo
- Thiếu ăn
- Các vấn đề pháp luật
- Bị hắt hủi, kỳ thị
- Cô lập xã hội
- Thiếu phương tiện đi lại

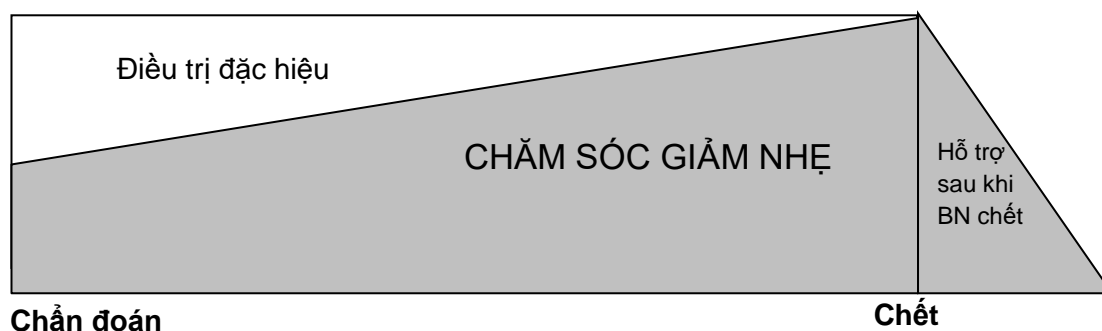
Tâm linh:

- Mất ý nghĩa cuộc sống
- Mất niềm tin
- Giận dữ với Chúa, Phật, Thánh Thần, các đấng tối cao

1.2. Nguyên tắc của chăm sóc giảm nhẹ

1.2.1. Nguyên tắc chung

- Dành cho tất cả các người bệnh mắc ung thư và HIV/AIDS.
- Tiến hành ngay từ khi phát hiện bệnh và duy trì trong suốt quá trình diễn biến của bệnh (Hình 1).
- Phối hợp với các biện pháp điều trị đặc hiệu.
- Thúc đẩy việc tuân thủ các phương pháp điều trị đặc hiệu và giảm bớt các tác dụng phụ không mong muốn của các phương pháp đó.
- Hỗ trợ người bệnh sống tích cực đến cuối đời.
- Coi cuộc sống và cái chết là một quá trình bình thường, không thúc đẩy hay trì hoãn cái chết.
- Chăm sóc về tâm lý, xã hội là yếu tố quan trọng trong chăm sóc giảm nhẹ.
- Hỗ trợ gia đình người bệnh trong giai đoạn người bệnh ốm đau và khi qua đời.
- Xây dựng mô hình chăm sóc giảm nhẹ theo hình thức “Nhóm chăm sóc đa thành phần”, trong đó người bệnh là trung tâm, có sự tham gia của nhân viên y tế, gia đình người bệnh, nhân viên xã hội, người tình nguyện,...
- Thực hiện tại các cơ sở y tế, tại nhà và tại cộng đồng.



Hình 1. Chăm sóc giảm nhẹ trong quá trình bị bệnh đến khi người bệnh qua đời

1.2.2. Nguyên tắc “Hệ quả kép”

- Mọi phương pháp điều trị đều có thể có tác dụng không mong muốn. Người bệnh ở giai đoạn cuối có thể bị đau, khó thở và các triệu chứng khó chịu khác thì

có thể điều trị với mục đích giúp họ dễ chịu hơn mặc dù có thể xảy ra các tác dụng không mong muốn của thuốc.

- Nguyên tắc này thường được áp dụng trong chăm sóc giai đoạn cuối. Ví dụ: một người HIV/AIDS khi hấp hối có đau, khó thở vẫn có thể dùng Opioid liều cao mặc dù việc điều trị có thể dẫn đến hạ huyết áp, làm chậm nhịp thở. Mục đích của điều trị trong trường hợp này giúp người bệnh không phải chịu đau đớn và khó thở.
- Bốn điều kiện áp dụng nguyên tắc “Hệ quả kép bao gồm”:
 - + Quyết định phương pháp điều trị phải đảm bảo tính đạo đức.
 - + Mục đích duy nhất của điều trị là để giảm đau và giảm khó chịu cho người bệnh khi hấp hối.
 - + Không được coi tác dụng phụ của thuốc để giúp người bệnh dễ chịu.
 - + Các ích lợi tích cực do thuốc đem lại phải hơn hẳn so với tác dụng xấu không mong muốn có thể xảy ra

1.2.3. Những nguyên tắc đặc biệt cho người nhiễm HIV/AIDS

- Chăm sóc toàn diện người bệnh HIV/AIDS nên kết hợp:
 - + Tư vấn phòng ngừa HIV.
 - + Phòng và điều trị nhiễm trùng cơ hội.
 - + Điều trị kháng vi rút.
 - + Chăm sóc giảm nhẹ
- Không có sự mâu thuẫn giữa điều trị đặc hiệu bằng thuốc kháng vi rút HIV và chăm sóc giảm nhẹ. Chăm sóc giảm nhẹ làm giảm các tác dụng phụ của điều trị đặc hiệu, tư vấn, hỗ trợ về tâm lý xã hội sẽ giúp người bệnh tuân thủ điều trị đặc hiệu tốt hơn.
- Những người có HIV/AIDS chịu đau khổ do bị kỳ thị, vì họ nhiễm HIV, lao, nghiện ma túy, mại dâm, tình dục đồng tính,... Việc kỳ thị dẫn đến sự phân biệt đối xử: mất việc làm, gia đình, bạn bè, khách hàng xa lánh, xấu hổ, cô lập về xã hội, nghèo đói, tình trạng không gia đình, rối loạn tâm thần (lo lắng, trầm cảm, tự tử).
- HIV/AIDS tạo ra những vấn đề phức tạp trong gia đình:
 - + Người lao động chính có thể ốm, gây ra những khó khăn tài chính nặng nề.
 - + Cả hai bố mẹ có thể ốm, tạo ra những khó khăn cả về tài chính và chăm sóc con cái
 - + Có thể có sự giận dữ, sợ hãi, mặc cảm tội lỗi liên quan đến khả năng lây nhiễm HIV trong gia đình.
 - + Nhiều người sống chung với HIV/AIDS sẽ trải qua nhiều sự mất mát của những thành viên trong gia đình hoặc bạn bè do AIDS, có thể gây ra hoặc làm nặng thêm những vấn đề tâm thần như lo lắng và trầm cảm.

2. KIỂM SOÁT ĐAU

2.1. Khái niệm đau

Đau là cảm giác khó chịu ở một người do tổn thương mô hiện có hoặc tiềm tàng, hoặc được mô tả giống như như có tổn thương mô thực sự mà người đó đang phải chịu đựng.

Đau là những gì mà người bệnh nói là đau. Nó cơ bản là một cảm giác chủ quan mà các nhà lâm sàng phải tin vào. Nếu nhà lâm sàng không tin người bệnh và sự thông báo của người bệnh về đau thì họ sẽ không thể điều trị được đau.

2.2. Phân loại đau: Có 2 kiểu đau chính:

2.2.1. Đau cảm thụ

Đau do kích thích các đầu mút cảm thụ đau của các dây thần kinh còn nguyên vẹn. Đau cảm thụ được chia ra thành 2 nhóm là đau thân thể và đau tạng:

- **Đau thân thể:** đau đầu mút thần kinh ở da, mô mềm, cơ hoặc xương bị kích thích, thường đau khu khó. Đau ở da thường buốt, bỏng rát hoặc nhói. Đau cơ thường âm ỉ. Đau xương thường âm ỉ nhưng có thể trở nên đau buốt khi cử động.
- **Đau tạng:** các cảm thụ đau của các tạng đặc và tạng rỗng bị kích thích do di căn, chèn ép, sưng to, giãn căng hoặc viêm nhiễm do bất kỳ nguyên nhân gì. Đau này thường không khu trú và gây ra cảm giác bị dồn nén, chèn ép.

2.2.2. Đau thần kinh

Gây ra do tổn thương mô thần kinh ngoại vi hoặc trung ương. Đau thường có cảm giác rất bỏng hoặc như điện giật, tê, cảm giác bị kim châm hoặc tăng cảm (đau do tác nhân kích thích mà bình thường không gây đau như sự va chạm nhẹ) ở những vùng bị chi phối bởi các dây thần kinh bị tổn thương.

Đau cấp tính khác với đau mạn tính

- + Đau cấp tính thường liên quan đến một sự kiện hoặc một tình huống dễ dàng nhận ra. Dự đoán đau sẽ hết trong khoảng thời gian vài ngày hoặc vài tuần.
- + Đau mạn tính có thể liên quan hoặc không liên quan đến hiện tượng sinh lý bệnh dễ xác định và có thể xuất hiện trong một khoảng thời gian vụ hạn.

2.3. Nguyên nhân đau

2.3.1. Tổn thương mô thực sự

Do nhiễm trùng, phản ứng viêm, khối u, thiếu máu cục bộ, chấn thương, các thủ thuật y học can thiệp, độc tính của thuốc,...

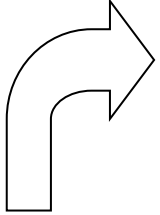
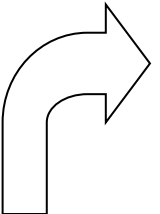
2.3.2. **Tổn thương mô tiềm tàng:** do các bệnh thực thể không có tổn thương mô nhưng vẫn gây đau ví dụ như bệnh đau sợi cơ

2.3.3. Các yếu tố tâm lý

- Các rối loạn tâm thần như trầm cảm hoặc trạng thái lo lắng có thể gây đau hoặc làm cho đau thực thể nặng hơn, và ngược lại đau thực thể có thể gây ra các rối loạn tâm thần như trầm cảm và lo lắng. Trầm cảm rất phổ biến ở người có HIV.
- Các hội chứng tâm lý khác dẫn đến đau mạn tính bao gồm đau tâm lý kéo dài dẫn đến đau thực thể, rối loạn chuyển hoá, rối loạn do chấn động tâm lý sau chấn thương, bệnh hoang tưởng, và các rối loạn cảm giác đau do bệnh tâm thần.

Sử dụng thang giảm đau 3 bậc của Tổ chức Y tế Thế giới

- Đau nhẹ: sử dụng các thuốc giảm đau không phải opioid, có thể dùng thêm các thuốc hỗ trợ giảm đau.
- Đau trung bình: sử dụng các opioid yếu kèm theo hoặc không kèm theo thuốc không phải opioid, cân nhắc các thuốc hỗ trợ giảm đau nếu đau do thần kinh.
- Đau nặng: sử dụng các opioid mạnh kèm theo hoặc không kèm theo thuốc không phải opioid, cân nhắc các thuốc hỗ trợ giảm đau nếu đau do thần kinh.

	<p>Đau nặng hoặc đau dai dẳng/tăng lên</p> <p>Opioid mạnh</p> <p>+/- thuốc không opioid</p> <p>+/- thuốc hỗ trợ</p>
	<p>Đau trung bình hoặc đau dai dẳng/tăng lên</p> <p>Opioid nhẹ</p> <p>+/- thuốc không opioid</p> <p>+/- thuốc hỗ trợ</p>
<p>Đau nhẹ</p> <p>Thuốc không opioid (acetaminophen hoặc thuốc chống viêm không phải steroid)</p> <p>+/- thuốc hỗ trợ (gabapentin, chống trầm cảm 3 vòng)</p>	

Hình 2. Thang giảm đau 3 bậc của Tổ chức Y tế Thế giới

Liều lượng:

- *Liều đều đặn theo giờ*: dùng thuốc giảm đau thường xuyên, đều đặn theo giờ, theo từng khoảng thời gian cố định, liều tiếp theo phải dùng trước khi liều trước hết tác dụng.
- *Liều đột xuất*: là liều bổ xung vào liều thường xuyên để khống chế các cơn đau đột xuất (hay còn gọi là liều cứu hộ). Liều này thường tính bằng 10% tổng liều opioid trong vòng 24 giờ qua.

2.5.2. Giới thiệu về các thuốc giảm đau chính trong thang giảm đau 3 bậc của TCYTTG

+ **Đau nhẹ (thuốc giảm đau bậc 1)**: Thang điểm bắt đầu với acetaminophen, thuốc chống viêm không phải steroid và các thuốc hỗ trợ.

Acetaminophen (Paracetamol): Liều dùng: 500-1000mg mỗi 6 giờ. Liều dùng tối đa hàng ngày: 4000mg. Giảm liều ở người bệnh có bệnh gan: 2000mg/ngày

- Tác dụng phụ: nhiễm độc gan nếu dùng qua liều. Không sử dụng cho người nghiện rượu.
- Có thể phối hợp với các thuốc chống viêm không phải steroid (Ibuprofen, diclofenac).
- Các thuốc hỗ trợ (thuốc chống trầm cảm 3 vòng, chống co giật, corticosteroid và các thuốc giãn cơ).

- Đau thần kinh: Amitriptyline
Gabapentin
Corticosteroid (Prednisolone, dexamethasone)
- Đau xương: Thuốc không opioid
Corticosteroid (không sử dụng cùng với opioid)
Biphosphonate nếu sẵn có
- Đau cơ: Các thuốc kháng cholinergic (dùng trong các co thắt cơ đường tiêu hoá nhẹ): scopolamin butylbromide.

Các thuốc giãn cơ: Diazepam

+ Đau trung bình (thuốc giảm đau bậc 2)

- Các opioid yếu: Codein: liều dùng bắt đầu 30-60mg mỗi 3-4 giờ, liều tối đa 360mg/ngày. Có thể dùng phối hợp với thuốc không opioid và các thuốc phụ trợ

+ Đau nặng (thuốc giảm đau bậc 3)

- Opioid mạnh: Morphin sulfate

Liều uống: bắt đầu với 5mg, đánh giá lại sau 60 phút. Nếu đau còn nặng, gấp đôi liều hàng giờ. Sau khi một liều có tác dụng được tìm ra cho thuốc đều đặn 4 giờ 1 lần. Có thể tăng liều 50-100% sau mỗi ngày nếu đau trở dai dẳng.

Liều tiêm tĩnh mạch hoặc dưới da: bắt đầu với 2-5mg tiêm tĩnh. Nếu đau nặng, gấp đôi liều 20 phút một lần nếu như liều đầu tiên không có tác dụng. Khi liều có hiệu quả đó đạt được, cho thuốc đều đặn 3-4 giờ một lần.

- Miếng dán da chứa Fentanyl
- **Chú ý:** sử dụng thuốc chống táo bón ngay khi sử dụng các thuốc opioid

2.5.3. Ngừng điều trị opioid

- Liệu pháp điều trị opioid nên được dừng lại khi đau của người bệnh đó được giải quyết, hoặc khi người bệnh liên tục phá vỡ hợp đồng opioid (nếu thích đáng).
- Khi liệu pháp opioid kéo dài trong 2 tuần hoặc lâu hơn bị ngừng lại, sự chăm sóc nên được thực hiện để tránh gây ra hội chứng cai opioid. Các dấu hiệu và triệu chứng của hội chứng cai opioid bao gồm sốt, rét run, vã mồ hôi, buồn nôn, nôn, đau bụng, chuột rút, ỉa chảy, đau cơ, mất ngủ, chảy nước mũi, tăng huyết áp,...
- Để tránh hội chứng này, liều của opioid nên được giảm chậm dần qua 2-3 tuần. Khi các triệu chứng xuất hiện, họ có thể được điều trị bằng liều opioid hơi cao hơn so với liều trước đó.

2.5.4. Một số khái niệm quan trọng trong điều trị đau

- **Liều thường xuyên theo giờ:** đối với đau mạn tính vừa hoặc nặng thì thuốc giảm đau nên được sử dụng đều đặn vào những khoảng thời gian nhất định hoặc ‘suốt ngày đêm’. Điều này cho phép liều tiếp theo được dùng trước khi hiệu quả của liều trước biến mất dần.
- **Dược động học:** nghiên cứu sự chuyển hóa và hoạt động của các thuốc; cụ thể là thời gian yêu cầu cho việc hấp thu, khoảng thời gian hoạt động, phân phối trong cơ thể và phương pháp bài tiết

- **Cơn đau/đau đột xuất:** là một cơn đau với cường độ trung bình hoặc mạnh thoáng qua, xảy ra trên nền của một cơn đau khác đã được kiểm soát.
- **Sự dung nạp opioid:** là hiện tượng khi một liều cố định của thuốc tạo ra sự giảm bớt tác dụng vì thế một sự tăng liều được yêu cầu để duy trì hiệu quả giảm đau bền vững. Sự dung nạp xảy ra ở tất cả các liệu pháp opioid mạn tính và không phải là bệnh lý tác dụng giảm đau của nó.
- **Sự dung nạp chéo không hoàn toàn:** Do cấu trúc phân tử khác nhau của mỗi opioid, những người bệnh khi chuyển từ một opioid sang một opioid khác thì sự dung nạp đối với opioid mới kém hơn so với opioid đầu tiên. Vì vậy, liều của thuốc mới nên thấp hơn 25-33% so với liều giảm đau tương đương được tính toán
- **Sự phụ thuộc về thể chất vào opioid:** là tình trạng các triệu chứng cai nghiện xảy ra khi một người bệnh đột ngột dừng sử dụng opioid hoặc khi các hiệu quả của một opioid ngược lại với một chất đối kháng opioid. Sự phụ thuộc về thể chất đối với opioid xảy ra ở tất cả các liệu pháp dùng opioid kéo dài và không phải là bệnh lý.
- **Sự phụ thuộc tâm lý vào opioid hay nghiện opioid:** là một sự rối loạn đặc trưng bởi sự bắt buộc phải sử dụng một thuốc dẫn đến rối loạn chức năng thực thể, tâm lý và/hoặc xã hội của người sử dụng và bởi sự tiếp tục sử dụng bất chấp sự rối loạn chức năng này.
- **Giả nghiện:** là hành vi tìm kiếm thuốc do điều trị đau không đầy đủ của các thầy thuốc và chấm dứt khi đau được điều trị thỏa đáng. Cần phải phân biệt với nghiện thật ở những hành vi tìm kiếm thuốc tiếp tục mặc dù đã được điều trị đau thỏa đáng.

3. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG KHÁC

3.1. Đánh giá các triệu chứng khác

Đánh giá các triệu chứng cần khai thác được những đặc điểm sau:

- Thời điểm xuất hiện
- Tính chất, cường độ
- Vị trí, hướng lan (nếu phù hợp)
- Các yếu tố tăng giảm
- Các triệu chứng khác kèm theo
- Tiền sử dùng thuốc: có thuốc uống liên quan đến các triệu chứng này không, kết quả
- Ảnh hưởng của triệu chứng đến cuộc sống hàng ngày
- Mức độ lo lắng liên quan đến triệu chứng

3.2. Điều trị các triệu chứng khác

3.2.1. *Khó thở*

- Điều trị theo nguyên nhân
- Điều trị morphin uống hoặc tiêm 2-4mg, 2- 4 giờ một lần, điều chỉnh liều với người bệnh có tiền sử tiêm chích ma túy

3.2.2. *Nôn và buồn nôn*

- Lựa chọn thuốc chống nôn dựa vào nguyên nhân gây nôn:
- Primperan 10mg/lần, 2- 3 lần trong ngày
- Haloperidol 0,5-2mg/lần, 2-4 lần trong ngày

3.2.3. *Tiêu chảy*

- Điều trị theo nguyên nhân bằng kháng sinh thích hợp
- Bù nước và điện giải

- Loperamide lần đầu uống 4mg, sau đó uống 2mg sau mỗi lần đi ngoài

3.2.4. Táo bón

- Điều trị theo nguyên nhân: ăn thực phẩm có nhiều chất nhuận tràng, uống nhiều nước, vận động phù hợp.
- Thuốc:
 - Sorbitol 5g/lần tối đa 3 lần trong ngày
 - Lactulose uống 30 ml/lần, ngày 2-3 lần
 - Bisacodyl 10mg/lần, 1- 2 lần trong ngày
 - Uống dầu ăn 5- 30ml
 - Thụt tháo, lấy phân bằng tay

3.2.5. Đau miệng và nuốt đau

- Điều trị theo nguyên nhân
- Thuốc giảm đau tại chỗ: lidocain, corticoid
- Thuốc giảm đau toàn thân

3.2.6. Ho

- Điều trị theo nguyên nhân
- Thuốc giảm ho: codein 30mg/lần 4 lần trong ngày hoặc các opioid khác
- Dexamethasone nếu nguyên nhân là dị ứng

3.2.7. Sốt

- Điều trị theo nguyên nhân
- Paracetamol 500 -1000mg/lần, ngày 4 lần
- Dexamethasone 4-20mg/ngày nếu sốt cao ở người bệnh hấp hối

3.2.8. Trầm cảm, lo âu

Nguyên nhân: Trầm cảm, lo âu do mắc căn bệnh hiểm nghèo

Điều trị tại cơ sở y tế:

- Liệu pháp tâm lý
- Amitriptyline 25mg trước lúc đi ngủ. Tăng liều dần. Liều hiệu quả 50-100mg, có tác dụng sau vài tuần

3.2.9. Loét do tì đê: do người bệnh nằm lâu

- *Giai đoạn 1:* giảm áp lực tì đê: nằm đệm.
- *Giai đoạn 2:* có nốt phồng hoặc những vết loét nhỏ. Giữ cho người bệnh khô ráo, tránh làm tổn thương da, điều trị giảm đau, đắp màng bán thấm.
- *Giai đoạn 3:* loét da, tổn thương mô dưới da: làm sạch bằng povidine-iodine, băng phủ vết loét.
- *Giai đoạn 4:* loét sâu có tổn thương cơ xương: cắt bỏ tổ chức hoại tử. Nghiền viên metronidazole rắc lên vết thương.

4. Hỗ trợ tâm lý xã hội

4.1. Đánh giá nhu cầu tâm lý xã hội

Tất cả các người bệnh đều có cảm xúc mạnh đối với bệnh hiểm nghèo: cuộc sống của họ bị đe dọa cả về thời gian và chất lượng cuộc sống. Người bệnh thường suy sụp về tinh thần: sợ hãi bệnh tật, cõi chết, cảm giác tội lỗi, bị trừng phạt, giảm tự trọng, sợ bị cô lập, lo lắng cho tương lai của gia đình và bản thân, lo mất thu nhập, nghèo đói, con cái mất cơ hội, mất vị thế xã hội. Vì vậy họ rất cần được hỗ trợ tâm lý xã hội và tinh thần.

Hỗ trợ tâm lý xã hội đặc biệt quan tâm đến cảm xúc và tâm lý của người bệnh, người nhà người bệnh bao gồm lòng tự trọng, những vấn đề bên trọng và sự thích ứng với bệnh tật và hậu quả của nó, giao tiếp, chức năng xã hội và các mối quan hệ.

Những hậu quả về tâm lý xã hội của việc chẩn đoán mắc một bệnh nguy hiểm đến tính mạng cần phải được xem xét. Những chẩn đoán này có thể gây ra những đáp ứng cảm xúc khác nhau đối với người bệnh và gia đình họ, bao gồm:

- ✓ Nỗi sợ hãi về sự xấu đi về mặt thể chất, sợ hãi về cái chết; đau đớn, đau khổ, mất đi sự độc lập; sợ hãi về hậu quả của bệnh tật và cái chết đối với người thân
- ✓ Tức giận về những gì đã xảy ra và những gì gây ra hoặc cho phép nó xảy ra, tức giận về thất bại điều trị
- ✓ Buồn vì đã sắp đi hết cuộc đời; vì sự hạn chế của các hoạt động do bệnh gây ra
- ✓ Cảm giác tội lỗi, tiếc nuối cho những hành động hay những việc góp phần vào tiến triển của bệnh
- ✓ Thay đổi cảm giác về sự xác định bản thân, điều chỉnh suy nghĩ về bản thân như không khỏe mạnh hoặc bị phụ thuộc
- ✓ Mất tự tin đôi khi liên quan đến mất các chức năng thể chất, thay đổi hình dáng
- ✓ Bối rối về những gì đã xảy ra, về tương lai và những sự lựa chọn sẵn có
- Những lo lắng tâm lý cũng có thể trùng lặp với những lo lắng về tinh thần. Những lo lắng này có thể là lo lắng về những điều sẽ xảy ra sau cái chết và những câu hỏi còn tồn tại về ý nghĩa cuộc sống. Điều này thường gặp ở những người bệnh hoặc người thân đang đối diện với lúc cuối đời.
- Bệnh tật có thể ảnh hưởng đến khả năng thực hiện các hoạt động hàng ngày mua sắm, vệ sinh, giặt giũ, thanh toán hóa đơn, hoặc cần sự trợ giúp của bạn bè, người thân trong những hoạt động sống này.
- Bệnh tật cũng khiến cho người bệnh không thực hiện được các chức năng về mặt xã hội như làm cha mẹ, chăm sóc cho người già, người thân bị đau ốm hoặc không duy trì được công việc có thu nhập.
- Bệnh nặng còn có những hậu quả về mặt tài chính. Một số có thể liên quan đến việc không có khả năng thực hiện các vai trò xã hội (thất nghiệp, hoặc chi trả cho người khác chăm sóc con cái hộ). Một số khác không liên quan như chi trả cho chất đốt nhiều hơn do thời gian ở nhà lâu hơn, phí đỗ xe ở bệnh viện,...
- Người bệnh cũng có thể cảm thấy nơi ở không còn phù hợp với những nhu cầu về thể chất, nhu cầu cần chuyên nhà hoặc phải thích nghi với môi trường sống như chuyển giường ngủ xuống tầng dưới hoặc sử dụng các dụng cụ hỗ trợ đi lại. Người bệnh và gia đình có thể phải thảo luận về việc lập di chúc, ai sẽ là người chăm sóc những đứa trẻ phụ thuộc
- Các bệnh nguy hiểm đến tính mạng còn có thể ảnh hưởng đến mối quan hệ giữa người bệnh và người thân của họ. Mối quan hệ với bạn tình của họ có thể bị ảnh hưởng bởi nhiệm vụ chăm sóc cá nhân (tắm rửa, cho ăn) mà người bạn đời của họ phải làm. Đồng thời, những người thân khi chăm sóc cũng sẽ phải giảm thời gian cho các hoạt động giải trí hay công việc.

- Những cảm giác về tình dục và khả năng hấp dẫn hay sự gần gũi của người bệnh có thể bị ảnh hưởng bởi bệnh tật và ảnh hưởng đến mối quan hệ của họ với người thân. Ví dụ những người bệnh có mở lỗ thông qua da có thể tự ý thức và mong muốn tránh cho vùng đó bị động chạm hay bị nhìn thấy bởi người khác.
- Những nhu cầu tâm lý xã hội trên cần phải được nhận biết. Trên thực tế, nhu cầu tâm lý xã hội không thể hoàn toàn tách rời khỏi các nhu cầu về thể chất mà hoàn cảnh này của mỗi người có thể tác động lên các vấn đề về thể chất và ngược lại. Ví dụ, sự căng thẳng lo lắng của người bệnh có thể tăng lên khi người bệnh đau. Tương tự, các triệu chứng về thể chất như đau, nôn có thể ảnh hưởng đến sức khỏe về mặt tâm lý xã hội, làm tăng sự lo lắng, sợ hãi, căng thẳng và trầm cảm. Các triệu chứng thể chất cũng làm ảnh hưởng đến vị trí của người bệnh trong xã hội thông qua việc ảnh hưởng đến khả năng làm việc.

4.2. Các biện pháp hỗ trợ tâm lý xã hội

Các biện pháp hỗ trợ tâm lý xã hội cần quan tâm đến:

- Giúp người bệnh hiểu về bệnh tật và các triệu chứng của họ
- Giúp người bệnh hiểu được các sự lựa chọn và tương lai của họ
- Giúp người bệnh và người chăm sóc được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc tốt nhất
- Cho phép người bệnh và người thân của họ được bày tỏ cảm xúc và lo lắng liên quan đến bệnh tật, lắng nghe và thể hiện sự thông cảm, làm dễ chịu qua những động chạm khi phù hợp như cầm tay người bệnh hay đặt tay lên vai,...
- Giúp người bệnh và người thân tiếp cận được với những sự hỗ trợ về tài chính
- Giúp đỡ thiết thực hàng ngày như đi chợ,...
- Thu xếp chăm sóc cá nhân, xã hội và tổ chức hỗ trợ cho cuộc sống hàng ngày: xây dựng 1 gói chăm sóc, cài đặt tay vịn hay các thiết bị thích ứng khác
- Hỗ trợ người chăm sóc được nghỉ ngơi
- Giới thiệu người bệnh và người chăm sóc với các nguồn lực liên quan như các nhóm trợ giúp tại địa phương
- Khai thác các vấn đề về tinh thần để đảm bảo bn vẫn có thể thực hiện những nghi lễ tôn giáo của họ
- Chuyển người bệnh và người thân đến các chuyên gia về hỗ trợ tâm lý xã hội

Hiện nay, dựa vào ước tính về đau khổ liên quan đến sức khỏe và nhu cầu CSGN, các chuyên gia của Hội Đồng Lancet đã thiết kế gói chăm sóc thiết yếu cho CSGN bao gồm: các can thiệp, thuốc, dụng cụ, hỗ trợ xã hội và nhân lực. Hỗ trợ xã hội cần cung cấp tối thiểu cho người bệnh và người chăm sóc chính nếu sống trong điều kiện cực kỳ nghèo khó, đảm bảo đáp ứng được nhu cầu cơ bản nhất như thức ăn, nhà ở, đi lại đến nơi chăm sóc y tế, bảo toàn nhân phẩm và phải được chi trả bởi cơ quan nhà nước và phúc lợi xã hội. Cụ thể, hỗ trợ xã hội thiết yếu bao gồm:

- Hỗ trợ tiền mặt để chi tiêu hàng tháng cho nhà ở hoặc phí trường học
- Gói thực phẩm hàng tháng
- Một bộ hỗ trợ hiện vật cho người bệnh hoặc người nhà gồm chăn đắp, tấm trải để ngủ, giày, xà phòng, bàn chải, kem đánh răng
- Chi phí di chuyển đến cơ sở y tế
- Chi phí tang lễ, chỉ một lần, cho người bệnh và gia đình rất nghèo

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế Việt Nam. Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh ung thư và HIV/AIDS, 2006

2. American Pain Society. Principals of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. Glenview, IL. 2003.
3. Portney RK, Lesage P. Management of cancer pain. Lancet. 1999;353:1695-700.
5. Zech DF, Groud S, Lynch J, et al. Validation of world health organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. Pain. 1995; 63:65-76.
6. Oxford Textbook of Palliative Medicine (2004). 3rd Edition. Eds Doyle D, Hanks G, Cherny N, and Calman K. Oxford: Oxford University Press.
7. Knaul, F. M., et al. (2018). "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief 2014: an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report." The Lancet 391(10128): 1391-1454.

B. CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI

Mục tiêu:

1. *Trình bày được nguyên tắc chăm sóc cuối đời cho người bệnh*
2. *Trình bày được biện pháp hỗ trợ những mong ước cuối cùng của người bệnh khi cuối đời*
3. *Trình bày được cách chăm sóc người nhà khi mất người thân*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc cuối đời là một công việc căng thẳng trong một thời gian ngắn cho những nhà chăm sóc giảm nhẹ, những người hành động như là đại diện cho những người bệnh của họ. Trong chăm sóc người bệnh lúc cuối đời, sẽ rất hữu ích nếu để gia đình người bệnh hiểu và dự đoán được những thay đổi về y học, tình cảm và tinh thần có thể xảy ra như là một phần bình thường của sự chết trong những tháng cuối của cuộc đời. Đội ngũ chăm sóc giảm nhẹ có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc giáo dục các thành viên trong gia đình và những người chăm sóc khác về các vấn đề lúc cuối đời bao gồm những gì mong đợi ở giai đoạn cuối của bệnh. Bên cạnh đó, chăm sóc cuối đời không chỉ chú trọng vào chăm sóc người bệnh mà còn nhận biết, chăm sóc những nhu cầu của người nhà khi mất người thân.

1. CHĂM SÓC VỀ THỂ CHẤT

Sự chăm sóc và điều trị phù hợp nhất ở giai đoạn cuối đời cần phải được thảo luận với người bệnh và người thân của họ. Khi cái chết đã sắp đến gần và không thể tránh khỏi, mục tiêu cơ bản của bất kỳ điều trị nào phải nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của điều trị các bệnh nhiễm trùng cơ hội, điều trị ARVs, các can thiệp y học xâm lấn như truyền dịch, máy hỗ trợ tim phổi, các ống dẫn lưu, máy thở. Ở giai đoạn này, những điều trị này là vô ích. Sự thảo luận cởi mở và chân thành với người bệnh và người thân của họ nên được thực hiện để giải thích rằng sự ngừng điều trị có thể tốt hơn cho người bệnh.

1.1. Các lưu ý trong chăm sóc cuối đời

1.1.1. Biện pháp làm người bệnh dễ chịu lúc cuối đời

- Giữ ẩm môi, miệng và mắt
- Giữ người bệnh khô ráo và sạch sẽ và chuẩn bị cho sự đại tiểu tiện không tự chủ
- Hãy đảm bảo đau được kiểm soát tốt (liều điều trị theo giờ nếu cần thiết)
- Chỉ dùng các thuốc thiết yếu – giảm đau, chống tiêu chảy, điều trị sốt
- Kiểm soát các triệu chứng bằng điều trị để giảm nhẹ sự khó chịu nếu cần (điều trị kháng sinh và thuốc chống nấm)
- Cung cấp dung dịch và một lượng nhỏ thức ăn nếu cần
- Chăm sóc da, thay đổi tư thế 2 giờ 1 lần hoặc nhiều hơn

1.1.2.Sự hiện diện

- Tiếp xúc và có mặt với sự thấu cảm
- Thăm viếng thường xuyên
- Có ai đó cầm tay, lắng nghe và trò chuyện
- Di chuyển chậm

1.1.3.Chăm sóc

- Làm dễ chịu
- Cung cấp những sự tiếp xúc về cơ thể bằng sự đụng chạm nhẹ, cầm tay

1.2. Nhận biết các dấu hiệu của cái chết sắp đến

- Giảm sự tiếp xúc xã hội: ngủ nhiều hơn, hành động lú lẫn, hôn mê
- Giảm ăn và uống: không đói và không khát
- Thay đổi sự bài tiết: giảm nước tiểu và phân, đại tiểu tiện không tự chủ
- Thay đổi nhịp thở: thở không đều, “tiếng nấc hấp hối”
- Thay đổi về tuần hoàn: lạnh hoặc ấm nhẹ hoặc đỏ tía ở ngoại biên, giảm nhịp tim và huyết áp

1.3. Nhận biết các dấu hiệu của sự chết

- Ngừng thở hoàn toàn
- Ngừng tim mạch
- Hoàn toàn không đáp ứng với sự rung lắc hoặc la hét
- Mắt nhìn chăm chăm theo 1 hướng, mi mắt nhắm hoặc mở
- Thay đổi màu sắc da: từ trắng chuyển sang xám

1.2. Tư vấn cho gia đình, người chăm sóc về chăm sóc cuối đời

1.2.1. Cách chăm sóc cho người tiên lượng sống tính bằng tháng

- Cho phép người bệnh được yêu cầu những thức ăn ưa thích
- Cung cấp và động viên người bệnh ăn/uống (không bao giờ được ép buộc)
- Tạo ra môi trường thoải mái và an toàn
- Làm việc một cách gần gũi với đội ngũ điều trị và thông báo bất kỳ triệu chứng/vấn đề mới hay xấu đi
- Cung cấp sự chăm sóc về tinh thần, lắng nghe

- Cố gắng không từ chối sự chấp nhận của người bệnh về bệnh tật bằng cách nói tất cả mọi thứ đều ổn
- Cho phép người bệnh khóc và trút những cảm xúc
- Không làm giảm thiểu cảm giác buồn
- Cầu nguyện cùng người bệnh nếu có thể
- Giúp đỡ người bệnh liên hệ với những người đứng đầu về chăm sóc tâm linh

1.2.2. Cách chăm sóc cho người tiên lượng sống tính bằng tuần

- Hỗ trợ sự lựa chọn của người bệnh để nghỉ ngơi nếu cần
- Tiếp tục thông báo bất kỳ sự tăng lên của đau hay các triệu chứng cho đội ngũ điều trị
- Theo dõi sự thay đổi trong cách thức ăn và ngủ
- Hỗ trợ thảo luận về những mong ước cuối đời
- Giảm bớt sự thăm viếng để người bệnh có thời gian nghỉ ngơi
- Cho phép sự thảo luận về hồi tưởng lại quá khứ
- Cung cấp sự tiếp xúc cơ thể: xoa bóp lưng, xoa bóp chân
- Trò chuyện về cảm giác yêu, sự chấp nhận
- Để đèn sáng nếu người bệnh sợ tối
- Trấn an người bệnh thường xuyên rằng những người thân yêu của họ sẽ có mặt bất cứ khi nào có thể
- Tham gia thảo luận về các vấn đề tinh thần

1.2.3. Cách chăm sóc cho người tiên lượng sống tính bằng ngày

- Giữ người bệnh sạch sẽ và khô ráo
- Thay đổi tư thế người bệnh thường xuyên nếu người bệnh không thể cử động
- Cung cấp nhưng không ép buộc ăn và uống
- Hãy lưu ý về tình trạng tỉnh táo, khả năng nuốt trước khi cho ăn
- Cung cấp sự tiếp xúc về cơ thể
- Làm ấm môi bằng những viên nước đá hoặc bong
- Tiếp tục trò chuyện, mở nhạc êm dịu
- Cho phép người nhà thức đêm cạnh giường chăm sóc
- Người chăm sóc cũng cần phải nhớ ăn uống, nghỉ ngơi
- Cầu nguyện cùng người bệnh

1.2.4. Cách chăm sóc cho người tiên lượng sống trong vòng 24-48 giờ cuối cùng

- Cung cấp những túi chườm ấm/mát nếu trời lạnh/nóng
- Thông báo những thay đổi trong nhịp thở cho đội điều trị
- Thông báo nếu người bệnh thấy khó chịu
- Cung cấp thuốc men nếu cần thiết
- Nói chuyện với người bệnh để bày tỏ những cảm xúc
- Cung cấp sự hỗ trợ bằng lời hoặc bằng hành động
- Nói lời tạm biệt và cho phép ra đi
- Trấn an người bệnh
- Bày tỏ sự yêu quý và chấp nhận
- Tham gia vào các nghi lễ

2. HỖ TRỢ NHỮNG MONG ƯỚC CUỐI CÙNG CỦA NGƯỜI BỆNH

Giai đoạn cuối đời là lúc người bệnh nhìn lại quá khứ và nhìn về phía trước. Đó có thể là thời gian để phản ánh và đánh giá bản thân, là thời gian để nhìn lại cuộc sống và những gì đã đạt được, là thời gian để trầm tư tại sao mọi thứ lại xảy ra như nó đang

xảy ra trên thế giới này. Người bệnh có thể chịu đựng nỗi đau về tinh thần vì tự buộc tội mình và hối tiếc khi nhìn về quá khứ. Bên cạnh đó, người bệnh cũng có nhiều ước nguyện về sự ra đi của mình và ước muốn cho những người còn sống. Vì vậy:

- Hãy chuẩn bị thảo luận với người bệnh về các vấn đề tinh thần nếu người bệnh muốn
- Hãy học cách lắng nghe người bệnh một cách tích cực với sự cảm thông,
- Hiểu được các phản ứng về sự mất mát trong cuộc đời của họ (những giai đoạn khác nhau của sự đau khổ)
- Cung cấp sự tư vấn và hỗ trợ về xã hội, tâm lý và tinh thần

2.1. Ước muốn được hòa giải và ghi nhớ

Hãy cho họ những cơ hội để nói ra những suy nghĩ của họ về những mối bất hòa và đổ vỡ trong gia đình, mất sự liên hệ với gia đình, bạn bè và cảm giác có lỗi rằng họ là người góp phần gây ra những điều này. Họ thường nói về sự khao khát được hòa giải, tha thứ và mong muốn được ghi nhớ bởi những điều tốt đẹp mà họ đã làm trong quá khứ. Hãy thảo luận ước muốn này của người bệnh với gia đình họ, tạo điều kiện cho sự gặp gỡ (nhất là khi người bất hòa với người bệnh ở xa) và nói lời tha thứ, hòa giải để người bệnh thanh thản trước lúc ra đi.

Người bệnh có thể băn khoăn liệu họ có thể đạt được điều gì, liệu có để lại những điều tốt đẹp, họ sẽ được tưởng nhớ như thế nào đặc biệt là những đứa con của họ. Có thể khuyến khích họ chuẩn bị hộp đựng đồ lưu niệm của họ, những lá thư và những tấm bưu thiếp với những lời yêu thương cho những người còn sống. Hãy để cho người bệnh thấy rằng người bệnh sẽ được yêu quý và nhớ đến.

2.2. Lập kế hoạch cho tương lai, chăm sóc cho những người còn sống

Người bệnh HIV/AIDS ở giai đoạn này có thể lo lắng cho những người thân phụ thuộc vào họ và tương lai của gia đình, tài sản để lại, những kế hoạch chưa hoàn thành và thậm chí chưa bắt đầu. Ai sẽ chăm sóc cho những người ở lại? Ai sẽ chi trả các chi phí học hành cho con cái họ trong tương lai? Ai sẽ là người chăm sóc cho con cái họ khi họ là người thân yêu cuối cùng của đứa trẻ?

Người chăm sóc cần giúp người bệnh đối phó với những lo lắng này. Sự chăm sóc tinh thần đòi hỏi nhiều hơn là chỉ an ủi. Người thân và cộng đồng cần thiết phải tham gia để tìm ra giải pháp thiết thực. Hãy giúp người bệnh làm di chúc, lập kế hoạch chăm sóc con cái họ và những người còn sống. Nhân viên chăm sóc giảm nhẹ hãy khuyến khích đối thoại trong nội bộ gia đình để thảo luận những vấn đề gây lo lắng như sự chăm sóc trẻ em, sự hỗ trợ của gia đình, chi phí học hành và chi phí tang lễ. Sự khẳng định về trách nhiệm chăm sóc của những người thân đối với những thành viên còn phụ thuộc, sự liên hệ với các tổ chức trợ giúp xã hội và trại trẻ mồ côi có thể hữu ích để trấn an sự lo lắng của người sắp ra đi.

2.3. Ước nguyện về sự ra đi

Hãy nói về cái chết nếu người bệnh mong muốn để giúp người bệnh chấp nhận cái chết. Hãy tìm hiểu xem người bệnh đã từng chứng kiến ai đó chết và sự sợ hãi của họ về cái chết. Sự sợ hãi này có thể là sự sợ hãi cơ bản về thể chất và tâm lý. Hãy đáp ứng với các nhu cầu về tinh thần mà người bệnh yêu cầu, cung cấp sự liên hệ với những nhà tư vấn tâm linh hay các mục sư, thầy tu theo tôn giáo và ước nguyện của người bệnh nếu người bệnh đồng ý. Không nên áp đặt quan điểm của mình. Nếu bạn cùng niềm tin tôn giáo, cầu nguyện cùng người bệnh có thể phù hợp.

Hãy hỏi xem người bệnh muốn ra đi như thế nào? Người bệnh muốn được chôn cất hay hỏa thiêu và ở đâu? Hãy đảm bảo những ước muốn của người bệnh được tôn trọng và được thảo luận với gia đình của họ.

Thông thường trong văn hóa Việt Nam, theo đạo Phật, người bệnh bày tỏ nguyện vọng được chôn cất tại nhà. Tuy nhiên, trong những trường hợp khác, người bệnh không muốn về nhà vì sợ không được chăm sóc sức khỏe tốt như khi ở trong bệnh viện. Gia đình người bệnh có thể phản đối, một phần vì không có kinh phí để vận chuyển người bệnh đến nơi mai táng ở quê người bệnh. Những gia đình khác có thể không chấp nhận cái chết không tránh khỏi đang đến gần của người bệnh và có thể vội vã đưa người bệnh đến bệnh viện trong những nỗ lực cuối cùng để chứng tỏ họ đã làm hết những gì có thể. Liên hệ với các nhân viên cộng đồng và nhân viên bệnh viện vẫn còn phức tạp vì sợ hãi bị kỳ thị. Sự thảo luận giữa người bệnh, gia đình và nhân viên chăm sóc giảm nhẹ cần phải được tiến hành dựa trên những phân tích về lợi thế và sự bất lợi của chăm sóc cuối đời tại nhà và tại bệnh viện trong từng trường hợp cụ thể để giúp người bệnh lựa chọn tốt và để đảm bảo những mong muốn của họ sẽ được tôn trọng.

3. CHĂM SÓC ĐAU BUỒN DO MẤT NGƯỜI THÂN

Kế hoạch chăm sóc người nhà khi mất người thân không bắt đầu sau cái chết mà nên bắt đầu ngay từ thời điểm đến dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ. Nhân viên chăm sóc giảm nhẹ có thể tư vấn về việc mất người thân cho gia đình người bệnh bao gồm những nội dung sau:

- Phát hiện và đáp ứng với các phản ứng của sự đau buồn: từ chối, không tin vào sự thật, lẫn lộn, sốc, buồn, thương lượng, thương cảm, tức giận, sự nhục nhã, thất vọng, cảm giác tội lỗi và chấp nhận.
- Giúp gia đình chấp nhận sự mất người thân
- Chia sẻ sự đau buồn, khuyến khích họ nói chuyện và chia sẻ những kỷ niệm
- Không đưa ra sự an ủi sai lầm- chỉ đưa ra những lời diễn đạt đơn giản và giành thời gian để lắng nghe
- Cố gắng tìm hiểu xem nếu bạn bè và hàng xóm có thể giúp đỡ một cách thiết thực những công việc như nấu nướng và làm những việc vặt trong lúc người nhà đang đau buồn
- Hỏi xem họ có đủ khả năng chi phí cho tang lễ và các chi phí học hành trong tương lai, giúp họ tìm ra giải pháp nếu có thể
- Hãy động viên họ bình tĩnh- sẽ mất nhiều thời gian để hồi phục từ sự mất mát người thân
- Hãy nói rằng họ sẽ không bao giờ thôi không nhớ về người thân yêu của họ, nhưng nỗi đau sẽ giảm bớt đi và cho phép họ đi tiếp trong cuộc đời.

Khi người bệnh đã mất, nhóm chăm sóc giảm nhẹ nên tiếp tục đến thăm nhà và tiếp tục chăm sóc cho các thành viên trong gia đình. Đội chăm sóc giảm nhẹ nên xem xét lại cái chết và các yếu tố nguy cơ liên quan đến sự mất người thân trong những buổi giao ban tiếp theo. Liệu cái chết có ảnh hưởng lớn đến những người quan trọng trong gia đình không? Sự theo dõi tiếp tục sự mất người thân nên được áp dụng ở mức độ nào?

Có 2 mức độ theo dõi. Mức độ thứ nhất bao gồm bày tỏ sự chia buồn qua điện thoại, thiệp chia buồn, sự viếng thăm của y tá hoặc bác sĩ đa khoa, sự có mặt của nhân

viên y tế tại đám tang và cuối cùng là mời gia đình đến dự lễ tưởng niệm định kỳ tổ chức bởi đội chăm sóc giảm nhẹ. Mô hình này vừa khuyến khích vừa giúp đỡ trong khi bình thường hóa sự đau buồn mà những người thân bày tỏ và tôn trọng quá trình tang lễ của họ. Bất cứ khi nào một mối lo lắng lớn hơn xuất hiện sẽ có cơ hội để can thiệp hợp lý. Nhân viên nào đã tạo dựng mối quan hệ gần gũi nhất với gia đình sẽ được lựa chọn để thực hiện sự theo dõi tiếp tục này vì nó cung cấp cho họ một biện pháp để tạm biệt dần dần. Sự gặp gỡ cuối cùng thường ngay sau khi lễ tưởng niệm đầu tiên.

Mô hình thứ hai của sự theo dõi tiếp tục là dành cho những cá nhân và những gia đình được đánh giá là có nguy cơ lớn và có khả năng có lợi từ sự can thiệp dự phòng. Nhân viên chăm sóc giảm nhẹ cần phải nhận biết những người thân có nguy cơ bị các hậu quả phức tạp của sự mất người thân. Các yếu tố nguy cơ này bao gồm các tình huống:

- Đặc điểm của cái chết: chết không đúng lúc trong vòng đời (cái chết của trẻ em), chết đột ngột và không mong đợi, sang chấn, bị kỳ thị
- Những điểm mạnh và sự dễ bị tổn thương của người nhà bị mất người thân: bệnh sử về các bệnh tâm thần (trầm cảm), tính cách và cách thức đối phó (người hay lo lắng và căng thẳng, người có lòng tự trọng yếu); tích lũy các kinh nghiệm về sự mất mát
- Đặc điểm của mối quan hệ với người đã mất: quá phụ thuộc, có những tình cảm lẫn lộn (tức giận...)
- Gia đình và mạng lưới trợ giúp: gia đình không bình thường (thiếu sự gắn bó và đối thoại, xung đột cao), cô lập, bị xa lánh

Đội ngũ chăm sóc giảm nhẹ với sự đa dạng về thành phần bao gồm các y tá, mục sư hay nhà sư, nhân viên xã hội, nhà tâm lý học hay tâm thần học, bác sĩ đa khoa, người tình nguyện, người tư vấn về sự mất người thân cần đảm bảo rằng sẽ không thiếu nhân viên để trợ giúp cho những người bị mất người thân. Theo dõi một cách tích cực sẽ đảm bảo việc tiến hành giới thiệu những người có nguy cơ cao đến những dịch vụ phù hợp kịp thời, tránh được những hậu quả về sức khỏe thể chất và tinh thần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006). Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc giảm nhẹ cho các người bệnh ung thư và AIDS. Nhà xuất bản Y Học.
2. Eric Krakauer (2007). Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh HIV/AIDS và ung thư tại Việt Nam. Tài liệu tập huấn cơ bản. Trung Tâm Chăm Sóc Giảm Nhẹ Đại Học Y Harvard.

BÀI 22. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI GIA ĐÌNH VÀ CỘNG ĐỒNG

A. QUÁ TRÌNH TÀN TẬT - CHIẾN LƯỢC PHÒNG NGỪA

1. BỆNH LÝ VÀ QUÁ TRÌNH TÀN TẬT

1.1 Bệnh

Khi các tác nhân như vật lí, hóa học, sinh học, di truyền... làm thay đổi về sinh hóa, sinh lý của cơ thể gọi là quá trình bệnh lý, bệnh lý thường diễn biến thành bệnh. Bệnh là do quá trình bệnh lý tác động vào tế bào, cơ quan, hệ thống cơ quan làm ảnh hưởng ít hoặc nghiêm trọng đến chức năng của cơ quan hay hệ thống cơ quan của cơ thể, có thể làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng tồn tại của người bệnh.

Y học điều trị có thể tác động vào bệnh nguyên để cứu sống và điều trị người bệnh. Hoặc để lại khiếm khuyết, giảm khả năng hoặc tàn tật gọi là quá trình tàn tật

2.2 Khiếm khuyết

- Khiếm khuyết (Impairment): là sự mất đi, hoặc bất thường về cấu trúc giải phẫu hoặc chức năng. Khiếm khuyết đề cập đến mức độ tổn thương của cơ quan cơ thể.

Ví dụ: Cụt chi; đục thủy tinh thể; tổn thương não do đê ngạt

Từ người khỏe mạnh để không bị bệnh, tai nạn và khiếm khuyết gọi là phòng ngừa tàn tật bước I, bao gồm các biện pháp cơ bản:

- Phòng ngừa khiếm khuyết được gọi là phòng ngừa tàn tật cấp bao gồm:
 - + Tiêm chủng mở rộng đạt tỷ lệ cao nhất
 - + Phát hiện sớm, điều trị kịp thời
 - + Phát triển tốt y học cộng đồng
 - + Có đầy đủ các điều kiện đảm bảo sức khỏe
 - + Phát triển ngành phục hồi chức năng, phát hiện tàn tật sớm, tìm nhu cầu phục hồi chức năng, cung cấp kịp thời mắt kính, máy trợ thính, dụng cụ chỉnh hình, xe lăn để giảm tác động của khiếm khuyết.

2.3 Giảm khả năng

- Giảm khả năng (Disability): là bất cứ sự hạn chế hay thiếu (do hậu quả của khiếm khuyết) về khả năng hay mức độ thực hiện một hoạt động nào đó so với người bình thường.

Ví dụ:

- + Cụt chân: Giảm khả năng tự chăm sóc, vận động
- + Tổn thương não: Gây liệt, khó học, khó tiếp thu
- + Tổn thương cơ quan thính giác: Câm điếc
- Phòng ngừa giảm khả năng: Các biện pháp ngăn ngừa tình trạng khiếm khuyết dẫn đến giảm khả năng gọi là phòng ngừa tàn tật bước II, bao gồm:
 - + Các biện pháp phòng ngừa khiếm khuyết
 - + Giáo dục đặc biệt (giáo dục hoà nhập hoặc giáo dục chuyên biệt cho trẻ

bị khiếm khuyết)

+ Dạy nghề, tạo việc làm cho người bị khiếm khuyết

+ Phát triển áp dụng kĩ thuật phục hồi chức năng cho người khiếm

khuyết: ngôn ngữ trị liệu, hoạt động trị liệu, vận động trị liệu, sản xuất dụng cụ trợ giúp, chỉnh hình...

2.4 Tàn tật (Handicap)

Là tình trạng bất lợi của một cá nhân, do bị ảnh hưởng của khiếm khuyết hay giảm khả năng cản trở người đó thực hiện vai trò của mình trong gia đình, xã hội trong khi những người khác cùng tuổi, giới, cùng hoàn cảnh thực hiện được.

Ví dụ:

+ Người chậm phát triển tinh thần không được tham gia đào tạo nghề: tàn tật nghề nghiệp, hoà nhập xã hội.

+ Người cụt chi: tàn tật vận động, nghề nghiệp...

Để phòng ngừa khiếm khuyết, giảm khả năng không trở thành tàn tật gọi là phòng ngừa tàn tật bước III bao gồm các biện pháp phòng ngừa tàn tật bước I, II.

3. PHÂN LOẠI TÀN TẬT

- Tàn tật do rối loạn tâm thần như tâm thần phân liệt, tự kỉ, kể cả trẻ em chậm phát triển trí tuệ.

- Tàn tật thể chất

Vận động:

+ Liệt nửa người do tổn thương não

+ Các bệnh cơ xương khớp

+ Các tổn thương thần kinh ngoại biên

Cảm giác:

+ tổn thương thị giác

+ Mất cảm giác do bệnh phong

+ Câm điếc.

Tổn thương cơ quan nội tạng:

+ Các bệnh tim mạch

+ Các bệnh sinh dục, tiết niệu.

+ Các bệnh Nội tiết

- Đa tàn tật: người có 2 tàn tật trở lên

4. NGUYÊN NHÂN GÂY TÀN TẬT

+ Do bệnh, tuổi cao, tai nạn, chiến tranh, các dị tật bẩm sinh

+ Bản thân tàn tật gây tổn thương thứ phát lại dẫn đến tàn tật

+ Sự thiếu quan tâm và thái độ sai của xã hội đối với người tàn tật làm tăng tỉ lệ tàn tật hoặc làm tàn tật nặng hơn.

+ Do y học: Chăm sóc sức khỏe ban đầu chưa tốt, điều trị không đầy đủ, không kịp thời gây tàn tật nhiều hơn.

5. HẬU QUẢ CỦA TÀN TẬT

- Đối với người tàn tật:

+ Tuổi thọ thấp

+ Tỷ lệ mắc bệnh cao

+ Ít có cơ hội học tập, đào tạo

+ Thất nghiệp cao, thu nhập thấp, ít có cơ hội lập gia đình

+ Thường bị xã hội lãng quên

- Đối với gia đình:

+ Người tàn tật không tham gia được vào các hoạt động trong gia đình

+ Gia đình phải đầu tư nhân lực và tài chính để giúp đỡ người tàn tật.

- Đối với xã hội:

+ Người tàn tật không tham gia sản xuất làm ra của cải cho xã hội

+ Xã hội phải điều trị, giúp đỡ và chăm sóc người tàn tật.

Kết luận: Phòng ngừa tàn tật là mục tiêu, là nhiệm vụ chiến lược của ngành phục hồi chức năng. Khi xã hội ý thức được phòng ngừa tàn tật là nhiệm vụ quan trọng của cộng đồng, đồng thời tôn trọng các quyền lợi, nguyện vọng của người tàn tật thì sẽ giảm được tỷ lệ tàn tật và chất lượng cuộc sống của người tàn tật sẽ tốt hơn.

B. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Phục hồi chức năng gồm các biện pháp y học, xã hội, giáo dục, hướng nghiệp, nhằm hạn chế tối đa giảm khả năng, tạo cho người khuyết tật có cơ hội tham gia các hoạt động để hội nhập, tái hội nhập xã hội, có cơ hội bình đẳng trong cộng đồng xã hội.

2. MỤC ĐÍCH

- Phục hồi tối đa khả năng thể chất, tâm lý, nghề nghiệp
- Giúp người tàn tật khả năng tự chăm sóc, giao tiếp, vận động, hành vi ứng xử và có thu nhập.
- Ngăn ngừa các thương tật thứ phát.
- Tăng cường khả năng còn lại để hạn chế hậu quả tàn tật.
- Thay đổi thái độ, hành vi của xã hội, chấp nhận người tàn tật là thành viên bình đẳng.
- Cải thiện môi trường, rào cản để người tàn tật hội nhập xã hội như giao thông, công sở, nhà ở, nơi sinh hoạt văn hoá, du lịch thể thao.

- Tạo điều kiện để người tàn tật được hội nhập, tái hội nhập xã hội để họ có chất lượng cuộc sống tốt hơn như: vui chơi giải trí, việc làm có thu nhập.

3. CÁC KỸ THUẬT

Kỹ thuật phục hồi chức năng gồm hai nhóm

3.1 Các kỹ thuật can thiệp phục hồi chức năng cho người tàn tật

- Y học: Phẫu thuật chỉnh hình, y học nội khoa, các kỹ thuật chẩn đoán y khoa.
- Sản xuất, cung cấp các dụng cụ chỉnh hình, thay thế như mắt kính, tai nghe, xe lăn, máy phát âm (thường để khắc phục tình trạng khiếm khuyết)...
- Ngôn ngữ trị liệu: dạy kỹ năng sử dụng tín hiệu có hoặc không có lời trong giao tiếp.
- Hoạt động trị liệu: Hoạt động là cách thức thực hiện một công việc trong các lĩnh vực như chăm sóc bản thân, lao động và giải trí, hoạt động trị liệu ứng dụng các kỹ năng này để điều trị, phục hồi chức năng và phòng bệnh.
- Vận động trị liệu: Áp dụng các kiến thức, kỹ năng vận động vào phòng bệnh, điều trị và phục hồi chức năng.
- Tâm lý trị liệu.

3.2 Các kỹ thuật khác giúp đỡ người tàn tật tham gia hội nhập xã hội.

- Cán bộ xã hội: Nghiên cứu các khía cạnh xã hội có liên quan đến người tàn tật
- Giáo dục đặc biệt: giáo dục hoà nhập, giáo dục chuyên biệt.
- Dạy nghề: tạo việc làm có thu nhập cho người tàn tật
- Cải thiện môi trường như đường đi, nhà ở, phương tiện đi lại để người tàn tật có thể đến những nơi họ cần đến, làm các việc có ích cho cuộc sống của họ.

4. CÁC HÌNH THỨC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

4.1 Phục hồi chức năng tại trung tâm

Người tàn tật đến các trung tâm có cán bộ chuyên khoa và thiết bị phục hồi chức năng đầy đủ.

- Ưu điểm: Kỹ thuật phục hồi chức năng tốt, cán bộ được đào tạo chuyên khoa sâu.
- Nhược điểm:
 - Người tàn tật phải đi xa, giá thành cao.
 - Số lượng người tàn tật được phục hồi chức năng ít, không đạt mục tiêu hoà nhập xã hội.

Vì vậy các trung tâm phục hồi chức năng là nơi đào tạo, nghiên cứu khoa học, là nơi có trang bị kỹ thuật cao để chẩn đoán và phục hồi chức năng cho những trường hợp tàn tật nặng.

4.2 Phục hồi chức năng ngoài trung tâm

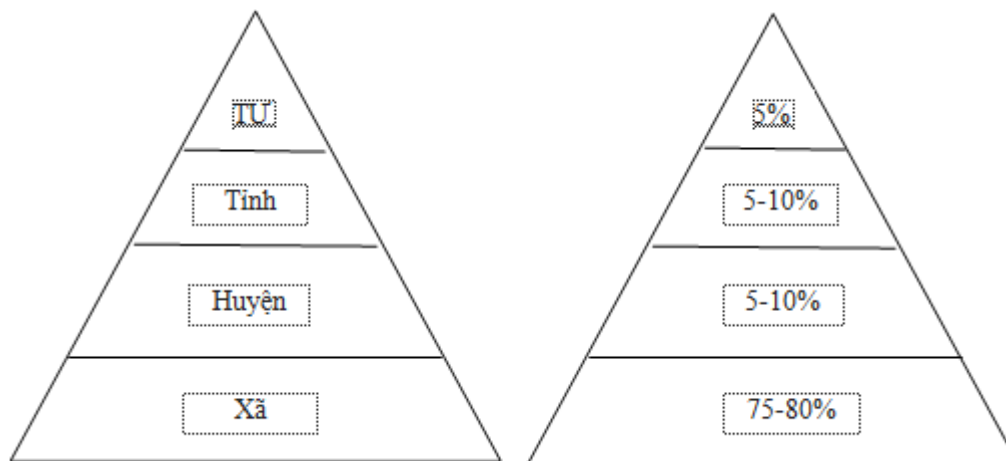
Là hình thức PHCN mà cán bộ chuyên khoa cùng phương tiện đến địa phương người tàn tật sinh sống để phục hồi.

- Ưu điểm:
 - Người tàn tật được phục hồi chức năng tại nơi họ sinh sống(không phải đi xa).
 - Số lượng người tàn tật được phục hồi có tăng lên.
 - Giá thành chấp nhận được.
- Nhược điểm: Không đủ cán bộ chuyên khoa để đáp ứng nhu cầu cho người tàn tật.

4.3 Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCN DVCD)

Là chiến lược phát triển cộng đồng về lĩnh vực phục hồi chức năng, bình đẳng phúc lợi và hội nhập xã hội của mọi người tàn tật. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng được triển khai với sự hợp tác của người tàn tật, gia đình họ và cộng đồng. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng thể hiện quyền của người tàn tật được bảo đảm.

Biến công tác phục hồi chức năng thành một công tác của cộng đồng (xã hội hóa công tác phục hồi chức năng)



Sự phân bố cán bộ phục hồi chức năng và người tàn tật ở cộng đồng

- Ưu điểm:

- Tỷ lệ người tàn tật được phục hồi chức năng cao nhất.
- Chi phí chấp nhận được.
- Chất lượng phục hồi chức năng cao vì đáp ứng được nhu cầu cơ bản của người tàn tật (hội nhập xã hội, vui chơi, học hành, lao động sản xuất...)
- Xã hội hoá cao: người tàn tật, cộng đồng, chính quyền, các tổ chức đoàn thể cần phải tham gia.
- Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là một yếu tố trong chiến lược chăm sóc sức khoẻ ban đầu, có thể lồng ghép vào công tác CSSKBD tại cộng đồng, giải quyết được vấn đề nhân lực, ngân quỹ và quản lí.

Những hoạt động PHCN có thể thực hiện ở cộng đồng:

Nội dung hoạt động	Người và nơi thực hiện
Phát hiện và đề phòng tàn tật	Tại nhà, y tế thôn, xã
Huấn luyện cho người tàn tật về giao tiếp, nghe nói	Tại nhà, người nhà
Huấn luyện sinh hoạt hàng ngày	Tại nhà, người nhà
Huấn luyện lao động, sản xuất	Tại nhà, trường làng
Học tập, hội nhập xã hội	Tại nhà, trường làng Đoàn thể, y tế, cộng đồng
Tìm việc làm, tăng thu nhập	UBND – Đoàn thể

5. NGUYÊN TẮC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

- Đánh giá cao vai trò của người tàn tật, gia đình và cộng đồng.

- Phục hồi tối đa khả năng bị giảm của người tàn tật và khả năng tham gia các hoạt động trong các lĩnh vực tự chăm sóc, tạo ra của cải và vui chơi giải trí, làm cho chất lượng cuộc sống tốt hơn.
- Phục hồi chức năng dự phòng là nguyên tắc chiến lược trong phát triển ngành phục hồi chức năng.

6. HỘI NHẬP XÃ HỘI

Người tàn tật được sống bình đẳng và được tham gia các hoạt động xã hội theo nguyện vọng, điều kiện, khả năng của họ trong gia đình và xã hội. Hội nhập xã hội đối với người tàn tật là mục tiêu cơ bản của chuyên ngành phục hồi chức năng. Đó cũng là nguyện vọng và quyền cơ bản của con người của người tàn tật.

6.1 Quá trình, ý tưởng hòa nhập xã hội trở thành hiện thực:

a. Về kinh tế:

Sau chiến tranh thế giới thứ II những người tàn tật được chăm sóc tại nhà hoặc trung tâm phục hồi chức năng lớn. Số người tàn tật được chăm sóc tại trung tâm quá tốn kém. Vì vậy có khuynh hướng đưa người tàn tật hòa nhập cộng đồng để giảm gánh nặng về chi phí.

b. Đòi hỏi sự chăm sóc có hiệu quả:

Người tàn tật được chăm sóc ở gia đình và cộng đồng. Họ muốn tự chăm sóc với tự cải tiến môi trường thích hợp. Kỹ thuật phục hồi chức năng thích nghi được phổ biến, người tàn tật được phục hồi chức năng tại nhà có cơ hội được hòa nhập.

c. Nhờ khoa học y tế phát triển người tàn tật được sống lâu hơn, người tàn tật nếu được hòa nhập chất lượng cuộc sống tốt hơn, độc lập hơn hoặc tự lập hoàn toàn.

d. Hòa nhập xã hội:

Phục hồi chức năng dựa vào gia đình và tự chăm sóc có hiệu quả đã được thừa nhận. Các bệnh tính như viêm khớp, tai biến mạch não, đau lưng thì tự chăm sóc ở nhà có hiệu quả hơn so với việc chăm sóc tại viện, đặc biệt về mặt nhân văn. Quá trình hình thành ý tưởng hòa nhập xã hội của người tàn tật tạo tiền đề chiến lược phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng ngày nay đã được cả thế giới biết đến.

6.2 Bước đầu đề xuất một số nội dung của quá trình hòa nhập xã hội

Về chất lượng cuộc sống của người tàn tật, nội dung cơ bản trong quá trình hòa nhập xã hội của người tàn tật là rất quan trọng và là mục tiêu chiến lược trong hoạt động chuyên ngành phục hồi chức năng. Tuy vậy chúng ta chưa có những nghiên cứu đầy đủ về vấn đề này.

C. KHÁM VÀ LƯỢNG GIÁ NGƯỜI TÀN TẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Thăm khám và lượng giá trong phục hồi chức năng là một công việc hết sức quan trọng. Mục tiêu thăm khám không chỉ nhằm phát hiện các dấu hiệu bệnh lý, chẩn đoán bệnh mà còn lượng giá tình trạng chức năng hiện tại của người bệnh. Điểm khác biệt giữa khám bệnh của chuyên ngành phục hồi chức năng so với các chuyên ngành khác là ngoài việc chẩn đoán và điều trị bệnh, thầy thuốc còn phải lượng giá chức năng và lập một kế hoạch PHCN toàn diện cho người bệnh.

Như vậy, các nội dung thăm khám lượng giá người tàn tật bao gồm các phần như sau:

1. Hỏi bệnh
2. Khám bệnh
3. Chẩn đoán bệnh
4. Lượng giá chức năng
5. Điều trị và phục hồi chức năng

II. CÁCH TIẾN HÀNH

1. HỎI BỆNH

Hỏi về các triệu chứng, các dấu hiệu khởi phát, các triệu chứng, diễn biến của bệnh... Bên cạnh các thông tin về bệnh tật cần chú ý các thông tin sau:

- Nghề nghiệp: nhằm giúp họ, tư vấn cho công việc khác nếu cần.
- Điều kiện về kinh tế, hoàn cảnh và điều kiện sinh hoạt ở nhà và nơi làm việc: nếu cần phải có sự thích ứng sau khi tàn tật.
- Những người sống cùng: đây là những người có thể hỗ trợ và tham gia tập luyện cho người bệnh.
- Bệnh sử: khai thác tỉ mỉ, cẩn thận nhằm mục đích chẩn đoán và cần khai thác thêm một số khả năng của người bệnh như:
 - Khả năng thực hiện các hoạt động chức năng:
 - Di chuyển (lăn trở, ngồi dậy, đứng dậy và các dụng cụ trợ giúp di chuyển), các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (ăn uống, thay quần áo, tắm giặt,..).
 - Mức độ thực hiện: độc lập hoàn toàn, độc lập với dụng cụ trợ giúp, phụ thuộc một phần hoặc phụ thuộc hoàn toàn .
 - Các cử động dễ dàng hoặc đau?
 - Khả năng giao tiếp: Người bệnh có thể hiểu hoặc làm người xung quanh hiểu họ bằng cách nào.
 - Khả năng về giác quan: Người bệnh có thể nghe, nhìn, ngửi, sờ như thế nào.
 - Khả năng học hành: tiếp thu và nhớ thông tin, chữ viết, tính toán...
 - Khả năng tham gia các hoạt động của gia đình và cộng đồng: nội trợ, chăm sóc gia đình, tham gia lao động, tạo thu nhập...
 - Những thông tin khác: liên quan đến dinh dưỡng, đại tiểu tiện, thói quen sinh hoạt, những lo lắng của người bệnh liên quan đến bệnh tật...
 - Tiền sử bản thân và gia đình

2. KHÁM BỆNH

2.1 Khám lượng giá về thể chất – vận động

2.1.1 Khám thần kinh

Cần khám đầy đủ các nội dung trong thăm khám thần kinh nhằm:

- Vị trí và phạm vi tổn thương
- Mức độ và nguyên nhân gây tổn thương

Nội dung khám:

- Đánh giá tri giác: có thể tham khảo bảng điểm Glasgow cho một số trường hợp chấn thương sọ não, tai biến mạch máu não...
- Đánh giá cơ lực: dùng bảng chia bậc thứ cơ
- Đánh giá trương lực cơ
- Phản xạ gân xương và phản xạ bệnh lý: giúp chẩn đoán vị trí và theo dõi tiến triển của bệnh, tiên lượng...
- Các dây thần kinh sọ não: giúp xác định vị trí và phạm vi tổn thương.
- Hội chứng tiểu não: gồm giảm trương lực cơ, quá tâm (nghiệm pháp ngón tay chỉ mũi hoặc gót chân – đầu gối) hoặc rối loạn thăng bằng.
- Đánh giá thăng bằng:
 - Gồm thăng bằng tĩnh (khả năng giữ cơ thể ở nguyên một tư thế, vị trí một cách vững vàng)
 - Thăng bằng động với các mức độ:
 - Thăng bằng ngồi: nghiêng sang hai bên, ra trước, cúi xuống đất
 - Thăng bằng đứng
 - Thăng bằng khi đi lại

Quan sát các cử động của người bệnh xem có an toàn, chắc chắn và dễ dàng không, có cử động bù trừ không?

- Các rối loạn cảm giác: cảm giác nông (đau, nóng, lạnh, cảm giác sờ) và cảm giác sâu (về vị trí các bộ phận cơ thể trong không gian, cảm giác rung, ép).
- Hội chứng bán cầu không ưu thế: gồm chứng mất thực dụng (khả năng cử động theo mẫu quen thuộc), phủ nhận nửa người liệt và phủ nhận không gian bên liệt.
- Hội chứng bán cầu ưu thế: gồm chứng mất thực dụng và thất ngôn.
- Rối loạn cơ tròn: vấn đề tiểu tiện của người bệnh
- Hội chứng màng não: vạch màng não, cứng gáy, dấu hiệu Kernig

2.1.2 Khám cơ xương khớp và các thương tật thứ cấp

- Kiểm tra tầm vận động thụ động: Tìm hiểu sự dễ dàng của cử động, phát hiện tình trạng co cứng, co rút cơ hoặc hạn chế tầm vận động khớp do cứng khớp, dính khớp hoặc do đau.
- Kiểm tra vận động chủ động: đánh giá sơ bộ các cử động trong tầm vận động khớp nhờ sức cơ cơ.
- Nếu vận động khó khăn (hạn chế cử động) hoặc đau ở một khớp nhất định cần thăm khám khớp đó riêng, gồm:
 - Quan sát hình dạng, màu sắc, kích thước và sờ nắn khớp để tìm các điểm đau khu trú.
 - Tìm hiểu sự liên quan giữa đau với các cử động của khớp
 - Kết hợp hỏi bệnh và các xét nghiệm XQ, chụp CT và nội soi khớp để chẩn đoán.
- Cần lưu ý các thương tật thứ cấp như: loét do đè ép, phù nề do ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, nhiễm trùng,....

2.1.3 Lượng giá các hoạt động chức năng

Bao gồm di chuyển và các hoạt động hàng ngày.

Phần này vừa kết hợp quan sát người bệnh thực hiện các hoạt động vừa kết hợp với hỏi họ và gia đình để đánh giá đầy đủ được mọi hoạt động.

Di chuyển: quan sát người bệnh lăn trở từ nằm ngửa sang nằm nghiêng từng bên, đang nằm ngồi dậy, đang ngồi đứng dậy, đi lại, di chuyển giường – xe lăn, và ngược lại, xe lăn – bồn vệ sinh và ngược lại...

Quan sát các dáng đi của người bệnh nhằm điều chỉnh các bất thường về tư thế và dáng đi liên quan tới vận động cơ và khớp.

Sinh hoạt hàng ngày gồm các hoạt động :

- Tự ăn uống
- Giữ bản thân sạch sẽ: rửa mặt, đánh răng, chải đầu, thay quần áo, đi giày dép, tắm giặt...
- Vệ sinh: di chuyển từ giường vào nhà vệ sinh, sử dụng nhà vệ sinh, tự giữ vệ sinh sau khi đi đại tiện....
- Giặt quần áo và đồ dùng cá nhân.
- Sử dụng các phương tiện gia dụng trong gia đình: TV, quạt, đèn, điện thoại.

Các mức độ hoạt động chức năng

- Độc lập hoàn toàn: người bệnh tự thực hiện các hoạt động một cách hoàn chỉnh, vững vàng, an toàn.
- Độc lập với dụng cụ trợ giúp: người bệnh tự thực hiện một hoạt động một cách hoàn chỉnh, vững vàng an toàn nhưng nhờ có dụng cụ trợ giúp như: nạng, nẹp, khung đi, hoặc với các tay cầm...
- Phụ thuộc một phần: người bệnh có thể thực hiện một hoạt động nhưng cần có trợ giúp nhất định của người xung quanh, hoặc chỉ thực hiện được một phần hoạt động.
- Phụ thuộc hoàn toàn: không thể thực hiện được hoạt động .

2.1.4 Khám lượng giá chức năng nhận thức

Quá trình nhận thức bao gồm các chức năng như: định hướng, tập trung, chú ý, trí nhớ, ngôn ngữ, cảm xúc – hành vi, khả năng khái quát, tư duy và đưa ra giải pháp. Nên tiến hành đánh giá chức năng nhận thức ở nơi yên tĩnh, khi người bệnh tỉnh táo, tri giác tốt. Nhiều khi một lần chưa đánh giá được đầy đủ về tình trạng người bệnh, có thể phải đánh giá nhiều lần. Nên chuẩn bị nhiều dụng cụ cần thiết khi đánh giá như: biểu mẫu, tranh, một số đồ vật,...

Định hướng:

Gồm định hướng về bản thân, không gian và thời gian

- Về bản thân: hỏi xem người bệnh có biết tên, tuổi, nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình của họ không, mối quan hệ của họ với những người khác trong gia đình.
- Về không gian: hỏi xem họ hiện đang ở đâu, nơi đó là nơi nào, khoảng cách họ sinh sống...
- Về thời gian: lúc đó là lúc nào, ngày, tháng, mùa nào trong năm...

Sự tập trung - chú ý:

Khả năng theo được và duy trì sự chú ý đối với các kích thích thị giác hoặc âm thanh. Người thử viết sẵn một danh sách các chữ cái, con số không có trật tự, cho một số hoặc chữ cái bất kỳ, yêu cầu người bệnh khi nghe đến số đó hoặc chữ cái đó thì giơ tay lên. Nên để số lần lặp lại 4-5 lần. Đánh dấu vào chữ hoặc số người bệnh giơ tay.

Trí nhớ:

Nhớ gồm 3 quá trình: ghi chép lại, lưu trữ và tái hiện thông tin. Chức năng trí nhớ thuộc về hệ viền, hai cấu trúc chính là thể vú và hồi hải mã có vai trò trong trí nhớ ngắn hạn – nhớ các sự kiện mới xảy ra. Cấu tạo lưới và vỏ não mới, đặc biệt vùng thái dương có vai trò đối với trí nhớ dài hạn.

Cách kiểm tra 3 loại trí nhớ tức thời, ngắn hạn, dài hạn

+ Trí nhớ tức thời: nhớ và nhắc lại được số điện thoại, địa chỉ, hoặc tên người ngay lúc đó.

+ Trí nhớ ngắn hạn: hỏi người bệnh về những việc đã xảy ra trước đó vài giờ, trong ngày hoặc ngày hôm trước. Có thể yêu cầu người bệnh nhớ 3 vật không liên quan tới nhau ví dụ như: “ chìa khóa, áo, bàn”. 15 phút sau yêu cầu người bệnh nói lại 3 vật đó.

+ Trí nhớ dài hạn: Hỏi người bệnh về những mốc quan trọng trong cuộc đời họ: lấy vợ, sinh con, đi làm... hoặc những sự kiện lớn đất nước những năm trước đó.

Ngôn ngữ:

Liên quan đến các cấu trúc của vỏ não như vỏ vận động và vùng Broca (hồi trán lên)- thể hiện ngôn ngữ, Wernick cùng với vỏ thính giác (thùy thái dương trái)- nghe và hiểu ngôn ngữ. Các vùng này được liên hệ với nhau bằng các sợi nối trong một bán cầu và các vùng tương ứng của hai bán cầu – sợi mép và thể trai.

Để đánh giá ngôn ngữ mang tính toàn diện gồm khả năng hiểu và diễn đạt bằng lời nói, chữ viết và bằng cử chỉ, điệu bộ. Những trắc nghiệm chuyên biệt về ngôn ngữ nhằm chẩn đoán phân biệt các dạng thất ngôn. Ở đây chỉ nêu vài kỹ năng phát hiện có thất ngôn hay không:

+ Hiểu lời nói: yêu cầu người bệnh thực hiện vài hoạt động: “cầm lấy chìa khóa” (trong số 3-4 đồ vật), “ngồi dậy, đi về phía trong phòng” ... xem

họ thực hiện có đúng không.

+ Hiểu chữ viết: viết các mệnh lệnh ra giấy để người bệnh làm theo.

+ Nói: hỏi chuyện người bệnh xem họ nói như thế nào, có quên từ, nói lưu loát hay không, câu có đúng ngữ pháp và nội dung không. Khi nói người bệnh có dùng một từ thay thế cho mọi câu trả lời không...

+ Viết: yêu cầu người bệnh viết tên mình, nơi ở, về gia đình họ. Nếu người bệnh không thực hiện được một trong những trắc nghiệm đó tức là bị thất ngôn.

Cảm xúc – hành vi:

Trầm cảm phản ứng sau khởi phát bệnh đột ngột là một biểu hiện thông thường. Đó là một đáp ứng lành mạnh cho thấy người bệnh nhận thức được những mất mát của mình. Ngoài ra, có thể thấy thay đổi cảm xúc bất thường, vừa cười xong khóc ngay, và ngược lại thể hiện trạng thái cảm xúc kém bền vững. Những biểu hiện khác có thể phát hiện được khi tiếp xúc, trò chuyện với người bệnh như: phủ nhận bệnh tật, lạc quan

quá mức, thiếu kiên nhẫn, dễ bị kích thích, thiếu động cơ hoạt động, chậm chạp, phụ thuộc...

Khả năng tư duy, phán đoán và tìm giải pháp:

Để đánh giá trí tuệ, người ta phải dựa vào bảng đánh giá được chuẩn hóa. Ở Việt Nam thang đánh giá trí tuệ này cũng được nghiên cứu áp dụng ở một số trung tâm bảo vệ sức khỏe tâm thần. Nhưng trong lâm sàng phục hồi chức năng, người thầy thuốc cũng cần có những cách đánh giá nhanh để phát hiện các thay đổi. Người ta phân biệt quá trình sau trong chức năng tư duy:

+ Khả năng cụ thể hóa: từ khái niệm trừu tượng người bệnh phải giải thích, phân tích thành những ý cụ thể. Ví dụ, yêu cầu người bệnh giải thích một câu thành ngữ: “gần mực thì đen gần đèn thì sáng”. Người bệnh phải nêu được nghĩa đen và nghĩa bóng của câu thành ngữ đó.

+ Khả năng khái quát hóa: từ những chi tiết, vấn đề cụ thể, người bệnh phải đưa ra một thuật ngữ, một khái niệm. Ví dụ: ”ô tô, xe máy, máy bay” được khái quát là phương tiện giao thông....

+ Khả năng giải quyết vấn đề, tìm giải pháp: cho một tình huống để người bệnh tìm cách giải quyết. Ví dụ: “đang ở nhà, ngửi thấy mùi khói cháy, anh làm gì?”. Giải pháp thông thường là tìm nguyên nhân cháy, chữa cháy, báo động...

2.3. Chẩn đoán và lượng giá chức năng

Các bước chẩn đoán được tiến hành theo trình tự thông thường: chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán nguyên nhân và chẩn đoán xác định. Tuy vậy, sau khi nêu chẩn đoán cần xác định tình trạng giảm khả năng kèm theo, ví dụ: liệt, co cứng, rối loạn thăng bằng, rối loạn cảm giác, thất ngôn, rối loạn hành vi, ... Những gợi ý này giúp thầy thuốc trong lập mục tiêu và kế hoạch điều trị- phục hồi chức năng.

2.4. Điều trị- phục hồi chức năng

Sau khi chẩn đoán bệnh, nêu tóm tắt các rối loạn chức năng của người bệnh theo thứ tự ưu tiên. Thầy thuốc cần lập mục tiêu điều trị- phục hồi chức năng cho người bệnh. Trong mục tiêu nên đặt ra đích cụ thể và thời gian đạt mục tiêu đó. Dựa trên những mục tiêu đó, thầy thuốc sẽ lập một kế hoạch điều trị, phục hồi chức năng (gồm các giải pháp). Những giải pháp bao gồm y học, điều dưỡng, phục hồi chức năng (vật lý trị liệu, dụng cụ, vận động trị liệu, hoặc ngôn ngữ trị liệu..). Thầy thuốc phục hồi chức năng là trưởng nhóm phục hồi (bao gồm: thầy thuốc, kỹ thuật viên, điều dưỡng, chuyên gia tâm lý, ngôn ngữ, dụng cụ chỉnh hình ...). Quan niệm phục hồi chức năng lấy người bệnh làm trung tâm, giúp huy động mọi biện pháp, kỹ thuật giúp người bệnh phục hồi tối đa các chức năng và hội nhập xã hội.

D. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN LOẠI

1.1. Định nghĩa

Theo tổ chức Y tế Thế giới, tai biến mạch máu não là những thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa. Các triệu chứng tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân sang chấn.

1.2. Phân loại

Tai biến mạch máu não gồm hai loại chính:

1.2.1 Nhồi máu não hoặc thiếu máu não cục bộ

Là tình trạng khi mạch máu nuôi một vùng não bị tắc hoặc nghẽn gây thiếu máu và hoại vùng não đó.

Có 3 mức độ:

- + Con thiếu máu não thoáng qua (tai biến phục hồi trong 24 giờ)
- + Thiếu máu não cục bộ hồi phục (phục hồi trên 24 giờ, không để lại di chứng)
- + Thiếu máu não cục bộ hình thành (thời gian hồi phục kéo dài, để lại di chứng)

1.2.2 Chảy máu não

Là máu từ mạch máu vỡ chảy vào nhu mô não. Các vùng có thể chảy máu như: bao trong, nhân xám trung ương, thùy não, thân não, tiểu não. Căn cứ vào tiến triển trong hai đến ba tuần đầu có thể phân tai biến mạch máu não làm 2 mức độ:

- + Hồi phục một phần với di chứng kéo dài
- + Không hồi phục và nặng lên liên tục; tử vong.

1.3. Dịch tễ học

1.3.1 Tỷ lệ bệnh

Theo thông báo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 1979, cứ 100.000 dân mỗi năm có từ 127 đến 740 người bệnh bị tai biến mạch máu não.

+ Ở Mỹ mỗi năm có 500.000 người bị đột quy, tai biến mạch máu não là nguyên nhân thứ 3 gây tử vong và tàn tật, tổng chi phí cho người bệnh đột quy hàng năm từ 6 đến 9,5 tỉ đô la. Ở Pháp chi phí cho người bệnh tai biến mạch máu não chiếm 2,5 đến 3% tổng chi phí y tế cả nước.

+ Ở các nước đang phát triển: Tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong thứ ba sau bệnh ung thư và tim mạch. Theo Coletta (1994) 250.000 trường hợp mới.

Ở Châu Á: Theo hiệp hội thần kinh học ở các nước Đông Nam Á, người bệnh tai biến mạch máu não vào điều trị nội trú ở Trung Quốc là 40%, Ấn Độ 11%, Philippin 10%, Triều Tiên 16%, Indonesia 8%, Thái Lan 6%, Malaixia 2%. Tỷ lệ mắc bệnh hàng năm ở Nhật Bản 340-523/100.000, Trung Quốc 129/100.000 dân.

+ Ở Việt Nam: Theo Nguyễn Văn Đăng (1995) tỷ lệ hiện mắc trung bình là 28,25/100.000 dân. Tại miền nam theo kết quả điều tra của Bộ môn Thần kinh Trường ĐH Y Dược Tp. Hồ Chí Minh năm 1994 - 1995, tỷ lệ hiện mắc là 415/100.000 dân, tỷ lệ mới mắc là 161/100.000 dân.

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ MÃU CƠ CỨNG

2.1. Các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não

Tổ chức Y tế Thế giới năm 1980-1990 đã tổng kết các yếu tố nguy cơ của tai biến mạch máu não, chúng làm tăng tỉ lệ tai biến 7-10 lần. Có thể xếp loại như sau:

- + Các bệnh tim- mạch: tăng huyết áp, vữa xơ động mạch, các bệnh tim (rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn), bệnh van tim...
- + Các nguyên nhân dinh dưỡng, chuyển hóa: bệnh béo phì, uống rượu, hút thuốc lá, ăn mặn, đái tháo đường, tăng lipid huyết thanh, tăng acid uric máu...
- + Các yếu tố khác: Dùng thuốc tránh thai có Oestrogen, các yếu tố gia đình, bệnh tăng tiểu cầu, tăng hematocit, bệnh thận và một số trường hợp khác.

2.2. Mấu cơ cứng

Trương lực cơ được chi phối bởi phản xạ trương lực cơ nguyên phát và thứ phát ở tủy sống. Khi kích thích các đầu mút cảm giác thứ phát trong các cơ gập sẽ gây đồng vận gập thông qua noron vận động gamma và anpha. Cũng tương tự cũng gây được đồng vận duỗi ở các cơ duỗi. Khi có tổn thương não, hoạt động của các noron ở tủy sống ở trạng thái thoát ức chế, dẫn xuất hiện mấu cơ cứng và các phản xạ đồng vận ở các chi.

Mấu cơ cứng thường xuất hiện vào giai đoạn hồi phục, thể hiện bằng hiện tượng tăng trương lực các cơ gập ở tay và các cơ duỗi ở chân. Các khớp chi trên ở tư thế gập, khớp và xoay trong, còn các khớp ở chân ở tư thế duỗi dạng và xoay ngoài. Cơ ở cổ và thân bên liệt cơ ngắn hơn bên lành.

Liệt nửa người có thể diễn biến qua các giai đoạn: cấp tính, hồi phục và giai đoạn di chứng. Chương trình phục hồi chức năng được thiết kế tùy vào giai đoạn tiến triển người bệnh. Khi nào có thể bắt đầu phục hồi chức năng sau khi xảy ra tai biến? Ngày nay nhiều nhà lâm sàng cho rằng nên bắt đầu càng sớm càng tốt, thậm chí ngay từ những ngày thứ nhất, thứ hai, khi tai biến đã ổn định. Vậy cần xác định dấu hiệu ổn định của TBMN: một số thầy thuốc cho rằng 48h sau tai biến, nếu các thiếu sót thần kinh không tiến triển, có thể coi là ổn định.

3. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở GIAI ĐOẠN CẤP TÍNH

3.1. Biểu hiện lâm sàng của giai đoạn cấp tính

- **Thay đổi về tri giác, nhận thức:**

Người bệnh có thể bị hôn mê trong các trường hợp tổn thương phạm vi mạch não rộng do xuất huyết não, hoặc khi tai biến xảy ra ở thân não. Ngoài ra, có thể gặp những rối loạn tri giác- nhận thức ở mức độ khác nhau: lú lẫn, mất định hướng, giảm tập trung chú ý, rối loạn trí nhớ, ngôn ngữ, tư duy, cảm xúc và mất thực dụng.

- **Khiếm khuyết vận động**

Tùy vào tổn thương nguyên phát, vị trí và tổn thương mạch máu mà các rối loạn vận động biểu hiện khác nhau

- + Hội chứng khuyết não ở bao trong gây liệt nửa người thuần túy vận động.
- + Tổn thương bán cầu não do động mạch não giữa gây liệt nửa người, tay và mặt nặng hơn chân, kèm theo rối loạn cảm giác và ngôn ngữ...
- + Tai biến hệ thân nền gây liệt nửa người kèm liệt giao bên của các dây thần kinh sọ não, có thể kèm theo hội chứng tiểu não, rối loạn thị trường.

- **Rối loạn cảm giác:** những rối loạn cảm giác có thể gặp ở người bệnh TBMN gồm mất hoặc giảm cảm giác nông gồm cảm giác đau, nóng lạnh, cảm giác sờ, sâu: cảm giác về vị trí. Thông thường những khiếm khuyết cảm giác hay bị bỏ qua do người bệnh ít khi kêu ca về nó. Rối loạn cảm giác thường được hồi phục gần hoàn toàn trong vòng tháng thứ nhất, thứ hai.
- **Các hậu quả của bất động:** Có thể xảy ra các thương tật thứ cấp như loét do đè ép, teo cơ, co rút, cốt hóa lạc chỗ, huyết khối tĩnh mạch, bội nhiễm phổi hoặc nhiễm trùng tiết niệu...

3.2. Phục hồi chức năng ở giai đoạn cấp tính

Mục tiêu:

- Chăm sóc, nuôi dưỡng
- Theo dõi và kiểm soát chức năng
- Đề phòng thương tật thứ cấp
- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ
- Nhanh chóng đưa người bệnh ra khỏi trạng thái bất động tại giường.

Các biện pháp điều trị và phục hồi chức năng

Điều trị: Bao gồm các thuốc hạ huyết áp, thuốc chống đông, kiểm soát đường máu, chống phù não và tăng cường oxy tới não. Tùy theo trường hợp xuất huyết não hoặc thiếu máu cục bộ, có thể lựa chọn các phác đồ khác nhau. Lưu ý một số yếu tố cơ chế bệnh sinh như: không hạ huyết áp quá thấp dưới 120 mmHg để phòng giảm áp lực máu lên não. Các chất kháng calci không những được dùng với mục đích hạ áp mà còn nhằm mục đích bảo vệ tế bào não khỏi ngộ độc các ion Ca. Việc bồi phụ nước điện giải cần cân nhắc lượng dịch truyền tránh phù não. Những hiểu biết về vùng tranh tối tranh sáng gợi ý cho việc sử dụng các thuốc bảo vệ tế bào não. Thuốc như cerebrollysine có thể dùng tới 30 ml/ ngày ở giai đoạn cấp tính, 10 ml/ ngày ở giai đoạn hồi phục.

- **Chăm sóc nuôi dưỡng:** Giai đoạn cấp tính người bệnh thường được theo dõi ở phòng hồi sức hoặc cấp cứu, duy trì đường hô hấp, miệng họng sạch. Đặt nội khí quản và thở máy nếu có tăng tiết dịch và hôn mê. Đặt sonde bàng quang để theo dõi dịch. Chăm sóc da (lần trở 2h/ lần). Đặt sonde dạ dày nếu người bệnh hôn mê. Trong những ngày đầu, cần hướng dẫn gia đình chế độ ăn, cách ăn để tránh nghẹn, sặc, nuốt kém, nhai kém do liệt hầu họng và mặt.
- **Tư thế:** Cho người bệnh nằm hướng bên liệt ra ngoài để tăng khả năng nhận kích thích từ phía liệt. Dùng gối kê vai, hông bên liệt và hướng dẫn gia đình cách đặt các tư thế tại giường. Giai đoạn này có thể cân bằng treo khuỷu tay để giảm bán trật khớp vai.
- **Tập luyện- vận động:**

Chủ yếu là các bài tập theo tầm vận động khớp để ngăn ngừa co rút, huyết khối và các biến chứng khác.

Hướng dẫn người bệnh một số bài tập phối hợp bên lành- bên liệt như: tập khớp vai, tập làm cầu... giúp người bệnh khả năng lăn trở tại giường. Cho người bệnh ngồi dậy sớm ngay khi có thể.

- *Phẫu thuật*: Có thể cần can thiệp khi có máu tụ nội sọ, gây rối loạn tri giác, hoặc kẹp túi phòng động mạch, tĩnh mạch... hay làm cầu nối trong- ngoài sọ, cắt bỏ lớp áo trong động mạch cảnh...

4. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tri giác nhận thức: Được cải thiện và ổn định, do vậy người bệnh có thể phối hợp được với việc thăm khám và điều trị. Cũng nhờ đó, hoạt động ăn uống, hô hấp, bài tiết được kiểm soát, giảm bớt nguy cơ các thương tật thứ cấp. Việc lượng giá chức năng nhận thức ở giai đoạn này cần được tiến hành nhằm tìm hiểu một số vấn đề như: hội chứng bán cầu não không ưu thế, mất thực dụng, rối loạn tri giác quan và nhận thức... giúp cho phục hồi chức năng được toàn diện.

- *Kiểm khuyết vận động*: Đặc trưng bởi liệt mềm, rồi chuyển sang liệt cứng với mẫu co cứng điển hình và “cử động khối”.

- *Hội chứng vai tay và hiện tượng đau khớp vai bên liệt*: Hiện tượng đau khớp vai và tay bên liệt còn được gọi là phản xạ loạn dưỡng giao cảm. Khớp vai sưng, đỏ, đau, co rút, hạn chế vận động, đau lan xuống các khớp của chi. Chụp X quang có thể thấy hiện tượng loãng xương hình đốm, mất calci của xương. Hiện tượng này được cho rằng nguyên nhân là do mất cân bằng của hệ thần kinh giao cảm hoặc thần kinh tự động. Nó có thể gặp trong một số bệnh lý khác như cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, sau phẫu thuật lồng ngực...

- *Các hoạt động chức năng*

Di chuyển: Người bệnh đã có thể tự lăn trở ngồi dậy tại giường, cơ lực của người bệnh đã hồi phục nhưng thăng bằng điều hợp chưa tốt nên việc di chuyển thường bằng xe lăn.

Các hoạt động tự chăm sóc: do bị liệt nên các hoạt động hàng ngày chủ yếu nhờ tay lành. Mẫu co cứng thường tạo thuận cho chi dưới (đứng và đi) nhưng lại cản trở chi trên thực hiện các hoạt động sinh hoạt như: mặc áo, cầm đồ vật đối với tay do hiện tượng đồng vận các khớp ở tay (co cứng và quay sấp cẳng tay).

- *Rối loạn ngôn ngữ và lời nói*: Phổ biến nhất là thất ngôn, mất thực dụng lời nói. Xác định thất ngôn dựa vào việc phát hiện khiếm khuyết của một trong bốn hình thái ngôn ngữ: nghe hiểu, nói, đọc và viết

4.2. Phục hồi chức năng

Mục tiêu:

- Duy trì tình trạng sức khỏe ổn định, tạo điều kiện cho việc luyện tập, vận động.
- Tăng cường sức mạnh cơ bên liệt
- Tạo thuận và khuyến khích tối đa các hoạt động chức năng.
- Kiểm soát các rối loạn tri giác, nhận thức, giác quan, ngôn ngữ.
- Hạn chế và kiểm soát các thương tật thứ cấp.

- Giáo dục và hướng dẫn gia đình cùng tham gia phục hồi chức năng.

Ở giai đoạn này, việc phục hồi chức năng mang tính toàn diện, nhằm tác động lên toàn bộ những khiếm khuyết, giảm khả năng của người bệnh, sớm cho họ độc lập. Nhóm phục hồi gồm các thành viên như: bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, chuyên gia ngôn ngữ trị liệu, dụng cụ chỉnh hình và một số thành viên khác... Những thành viên này phải phối hợp các biện pháp để phục hồi chức năng cho người bệnh có hiệu quả.

Các biện pháp điều trị- Phục hồi chức năng

- *Điều trị:* Kiểm soát huyết áp, đau khớp vai, co cứng cơ và tăng cường tuần hoàn não.

+ Đau khớp vai có thể hạn chế bằng các biện pháp nhiệt, điện hoặc dùng thuốc.

+ Hội chứng vai tay: Dùng thuốc chống viêm giảm đau, steroid (trong 1 tuần rồi hạ liều nhanh). Tập vận động khớp vai kết hợp với kéo giãn nhẹ nhàng, chủ yếu là duy trì tầm vận động khớp vai. Đôi khi phong bế hạch giao cảm cũng được sử dụng.

- *Chế độ vận động và các dạng bài tập*

Tăng cường sức mạnh cơ bên liệt: Do mức độ hồi phục ở các cơ sau liệt là khác nhau, kỹ thuật viên vật lý trị liệu có thể cho người bệnh tập chủ động có trợ giúp, chủ động theo tầm vận động hoặc có kháng trở để tăng sức mạnh cơ. Để tái rèn luyện thần kinh cơ, cho người bệnh tập các hoạt động chức năng như xử dụng tay, tập đi.

- Nếu trương lực cơ tăng quá mạnh: có thể sử dụng một số bài tập và kỹ thuật kéo giãn. Ví dụ kéo giãn khớp cổ chân, kỹ thuật ức chế co cứng đối với các khớp ở gốc chi và ngọn chi, đứng bàn nghiêng hoặc sử dụng nẹp chỉnh hình, có thể kết hợp với thuốc giãn cơ hoặc phong bế tại chỗ vào các điểm vận động của cơ bị co cứng bằng Phenol 1% hay cồn 60 độ hoặc sử dụng các sản phẩm chứa độc tố vi khuẩn Botolium để gây giãn cơ như: Dysport hoặc Botox với liều lượng thấp.

- Rối loạn thăng bằng và điều hợp: Với mục đích tăng cường thăng bằng, cho người bệnh tập bài tập thăng bằng ngồi, đứng, đi. Để có thăng bằng khi đi, có thể sử dụng thanh song song, khung đi hoặc nạng, gậy, có thể cho người bệnh tập đi trên ghế băng, tập bàn nhún hoặc đi theo bàn vẽ trên mặt đất...

- *Hoạt động trị liệu:* Là những hoạt động để thực hiện một công việc trong các lĩnh vực như chăm sóc bản thân, lao động và giải trí giúp độc lập trong sinh hoạt, cải thiện năng lực thể chất và tinh thần, giúp người bệnh sớm hội nhập xã hội. Hoạt động trị liệu được chỉ định dưới những dạng hoạt động chơi thể thao, giải trí sáng tạo, nghệ thuật, các hoạt động hàng ngày, nội trợ, hay hoạt động hướng nghiệp. Khi tri giác ổn định và cơ lực ở các nhóm cơ hồi phục, người bệnh sẽ cải thiện chức năng tốt hơn và rút ngắn thời gian nằm viện.

- *Ngôn ngữ trị liệu:* Được chỉ định trong trường hợp bị thất ngôn. Nguyên tắc huấn luyện ngôn ngữ là thiết lập một hệ thống tín hiệu ngôn ngữ bổ sung và thay thế những hình thái ngôn ngữ bị mất hoặc bị tổn thương. Việc xây dựng hệ thống tín hiệu này dựa trên quá trình phát triển ngôn ngữ bình thường, đi từ thấp đến cao: kỹ năng không lời, các âm vị, âm tiết rồi tới câu với các cấu trúc ngữ pháp. Các biện pháp điều trị và tiên lượng của các thể thất ngôn rất khác nhau. Trong những thể thất ngôn toàn bộ hoặc đơn độc, khả năng hồi phục rất kém, thường phải giúp người bệnh giao tiếp bằng ngôn ngữ không lời. Thất ngôn điển đạt có thời gian hồi phục ngắn hơn và tiên lượng tốt hơn thất ngôn tiếp nhận.

- *Dụng cụ phục hồi chức năng*: Được sử dụng rộng rãi và rất hiệu quả với nhiều mục đích khác nhau: trợ giúp, chỉnh hình và các dụng cụ tập luyện.

- Nẹp cổ chân (nẹp dưới gối) khi nhóm cơ nâng bàn chân bên liệt hồi phục quá chậm hoặc không hồi phục. Nẹp giúp di chuyển dễ hơn đồng thời ngăn ngừa thói quen gập và nâng hông bên liệt khi đi., nẹp được làm từ nhựa polypropylene theo khuôn chân người bệnh.

- Đai nâng vai, nẹp cổ chân, máng đỡ cổ tay. Khi mẫu co cứng quá mạnh, các cơ đối vận yếu, có nguy cơ biến dạng khớp, cần chỉ định nẹp chỉnh hình.

- Tập với dụng cụ ở giai đoạn đã có cơ cơ chủ động, người bệnh có thể tập với dụng cụ tập như: ròng rọc tập tay, xe đạp, ghế tập cơ tứ đầu đùi, cầu thang...

5. PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TẠI CỘNG ĐỒNG VÀ HƯỚNG NGHIỆP SAU XUẤT VIỆN

5.1. Các di chứng sau tai biến

Quá trình hồi phục diễn ra chậm dần, sau 6 tháng bị tai biến, khả năng hồi phục rất hạn chế. Đây là giai đoạn di chứng sau tai biến. Tuy nhiên, những rối loạn nhận thức và ngôn ngữ vẫn tiếp tục được cải thiện hàng năm sau khi bị tai biến. Phần lớn khả năng hồi phục ở người bệnh là về vận động, đặc biệt ở chi dưới. Theo thống kê trên người bệnh khoa phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai, thời gian trung bình từ khi bị tai biến đến lúc người bệnh đi được là 30 ngày. Còn theo dõi sau 1 năm, tỷ lệ người bệnh độc lập về chức năng (di chuyển và tự chăm sóc) chỉ đạt 33,5%. Những vấn đề chính của người bệnh là:

- *Co cứng và co rút các khớp bên liệt*: Xảy ra đặc biệt ở cổ chân bên liệt, khiến khi di chuyển, bàn chân tiếp đất bằng mũi hoặc cạnh ngoài, các ngón chân quắp. Khớp hông bên liệt gập và thân co ngắn. Khớp vai khép, xoay trong, cử động thụ động rất hạn chế do đau. Khuỷu và cổ tay gập, cẳng tay quay sấp làm hạn chế nhiều hoạt động chức năng ở tay bên liệt. Nếu người bệnh khi xuất viện có nẹp chỉnh hình, những biến dạng này có thể kiểm soát được.

- *Rối loạn thăng bằng điều hợp*: Ngoài yếu cơ, các rối loạn thăng bằng, điều hợp cũng tham gia gây hạn chế các hoạt động chức năng. Người bệnh di chuyển hoặc thực hiện một hoạt động theo mẫu cử động khối.

- *Hạn chế về giao tiếp*: Ngay cả đối với những người bệnh không bị thất ngôn: bị hạn chế trong môi trường gia đình, các mối liên hệ xã hội giảm. Còn người bệnh bị thất ngôn, khả năng hiểu và diễn đạt kém lại là trở ngại trong quan hệ với người thân và xã hội, là nguyên nhân quan trọng dẫn đến hội chứng trầm cảm sau tai biến.

- *Trầm cảm*: Bản thân tổn thương não gây trầm cảm, ngoài ra sự cách biệt khỏi môi trường kéo dài cũng gây những thay đổi về trí tuệ và hoạt động tư duy. Người bệnh dễ xúc động, dễ khóc, khó kiểm soát những biểu hiện cảm xúc. Thông thường, biểu hiện trầm cảm ở người bệnh tai biến mạch não là tạm thời, không kéo dài nên việc khuyến khích, khen ngợi những cố gắng của người bệnh khi tập luyện là biện pháp tốt để giảm bớt trầm cảm.

5.2. Phục hồi chức năng

Mục tiêu:

- Duy trì tình trạng sức khỏe ổn định.
- Tăng cường độc lập tối đa trong các hoạt động chăm sóc bản thân.
- Hạn chế các di chứng.
- Khuyến khích người bệnh tham gia các hoạt động của gia đình và xã hội.
- Thay đổi kiến trúc cho phù hợp với tình trạng chức năng của người bệnh.
- Hướng nghiệp.
- Giáo dục và lôi kéo gia đình tham gia vào quá trình tập luyện và tái hội nhập.

- *Các biện pháp phục hồi chức năng*

Theo dõi sức khỏe định kỳ: sau xuất viện cho người bệnh là cần thiết để đề phòng tái biến tái phát. Việc theo dõi có thể chuyển về tuyến cơ sở nơi người bệnh sinh sống. Ngoài ra, mỗi liên hệ thường kỳ với cơ quan y tế còn nhằm mục đích giáo dục truyền thông về phòng ngừa, chăm sóc người tàn tật. Từ phía người bệnh, việc này tạo cho họ tâm lý an tâm, được chăm sóc.

Thuốc có thể cần là các thuốc giãn cơ: nếu các thuốc giãn cơ thông thường kém hiệu quả, có thể sử dụng Baclofen (Lioresal) hoặc Dantrolen (Dantrium) để kiểm soát co cứng. Dùng thuốc sau cùng cần kiểm tra chức năng gan trước và sau điều trị, vì nó có thể gây viêm gan nhiễm độc.

- *Các bài tập tại nhà*

Người bệnh cần hướng dẫn những bài tập này trước khi xuất viện. Tốt nhất các bài tập được thiết kế dưới hình thức các hoạt động. Có thể kể ra đây một số ví dụ: tập khớp vai bằng ròng rọc, gấp vai thụ động nhờ tay lạnh, dồn trọng lượng lên tay liệt khi ngồi, tập với theo các móc đánh dấu trên tường bằng tay liệt...

Đối với chân, người bệnh có thể đạp xe đạp, đi bộ lên xuống cầu thang, tập đi trên mặt đất không phẳng, đi ra khỏi môi trường quen thuộc...

- *Hoạt động tự chăm sóc:* Môi trường gia đình là nơi người bệnh có thể tập các hoạt động tự chăm sóc tốt nhất. Khuyến khích người bệnh tự thực hiện các hoạt động ăn uống, tắm rửa, thay quần áo, đi vệ sinh theo nền nếp... giống như trước khi bị bệnh. Một số hoạt động có thể cần trợ giúp một phần: ví dụ di chuyển trong nhà vệ sinh, buộc dây giày... Tuy nhiên, cần thay đổi các vật dụng của người bệnh một cách thích ứng để họ có thể độc lập tối đa. Chẳng hạn: làm tay cầm để người bệnh tự cầm lược chải đầu, xúc ăn, dùng băng dán thay cho cúc áo...

- *Nội trợ và các hoạt động khác trong gia đình:* Người bệnh là phụ nữ thì nhu cầu nội trợ rất cần thiết. Nên động viên người bệnh tham gia nấu nướng, giặt giũ, dọn dẹp nhà cửa và chăm sóc con cái. Người bệnh có thể thực hiện một phần những hoạt động này, cố gắng thay đổi vị trí, kích thước, chiều cao bệ bếp, dây phơi... để người bệnh có thể làm những việc đó khi ngồi xe lăn hoặc trên ghế dựa.

- *Các hoạt động khác và hướng nghiệp:* Giao tiếp xã hội và tham gia các hoạt động của cộng đồng là nhu cầu thiết yếu của mỗi người. Nên dần đưa người bệnh đi ra ngoài, thăm hàng xóm, đi mua bán, họp hành ở phường xóm. Việc đó tạo cho họ một tâm lý vui vẻ, tự tin và động lực tập luyện, ham muốn tái hội nhập. Đồng thời những cuộc thăm viếng đó cũng làm thắt chặt mối quan hệ với mọi người xung quanh, là tiền đề cho việc

tìm kiếm cơ hội làm việc.

- *Thay đổi kiến trúc nơi người bệnh sinh sống:* Kiến trúc kiểu căn hộ, nghĩa là toàn bộ diện tích gia đình đều trên một mặt sàn, hiện nay ở các đô thị Việt Nam chưa phổ biến. Ở nông thôn, việc này tương đối thuận tiện, nhưng lề lối bố trí các công trình vệ sinh, nhà bếp gây khó khăn cho người bệnh. Do vậy, thầy thuốc phục hồi chức năng nên tư vấn cho người bệnh và gia đình họ để có những lựa chọn hợp lý khi xuất viện. Nhà ở cao tầng, kích thước cửa ra vào, nhà vệ sinh, bếp, bàn ghế, bậc lên xuống và xe lăn đặc biệt cho người bệnh liệt nửa người là những vấn đề cần điều chỉnh khi người bệnh xuất viện.
- *Vai trò của gia đình trong quá trình hội nhập xã hội:* Thời gian phục hồi sau tai biến, có thể kéo dài hàng năm, trong khi người bệnh chỉ có thể ở lại trong bệnh viện 1- 2 tháng. Do vậy, việc hướng dẫn, giáo dục gia đình họ tham gia vào chăm sóc, tập luyện rất cần thiết. Nên để gia đình họ quan sát các bài tập, cách đặt tư thế, cách đỡ người bệnh khi lăn trở, di chuyển, hạn chế giúp người bệnh khi người bệnh đã tự làm được trong sinh hoạt hàng ngày. Khi xuất viện, gia đình cũng cần được biết về mục tiêu và chương trình tập tại nhà để động viên, tham gia cùng tập với người bệnh, cần được hướng dẫn về chế độ ăn uống, nghỉ ngơi thích hợp cho người bệnh.

VI. PHƯƠNG PHÁP LƯỢNG GIÁ CHỨC NĂNG NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI DO TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

6.1. Phương pháp đánh giá liệt nửa người theo B. Bobath.

Chỉ tiêu	Lượng giá	Điểm chuẩn	1	2	3	4
Nâng tay	-Đưa lên đầu, miệng	10				
	-Không vượt quá mặt ngang	5				
	-Động đập	0				
Cử động bàn tay	-Làm được động tác khéo léo	15				
	-Hạn chế cử động khéo léo	10				
	-Cầm nắm được	5				
	-Không	0				
Trương lực cơ tay	-Bình thường	5				
	-Co cứng, nhẽo	0				
Nâng chân	-Bình thường	15				
	-Thắng sức cản vừa	10				
	-Thắng trọng lực	5				
	-Động đập	0				
Gấp mu bàn chân	-Thắng sức cản	10				
	-Thắng trọng lực	5				
	-Động đập	0				
Trương lực cơ chân	-Bình thường	5				

Giữ thăng bằng	-Co cứng, nhẽo	0				
	-Khi đứng	15				
	-Khi quỳ	10				
	-Khi ngồi	5				
	-Không	0				
Đứng dồn trọng lượng	-Lên 1 chân liệt	10				
	-Cả 2 chân	5				
	-Không	0				
Bước	-Tự bước	15				
	-Có trợ giúp	10				
	-Dậm chân tại chỗ	5				
	-Không	0				
	Cộng	100				

*Chú thích: người bình thường đạt tối đa là 100 điểm, số điểm càng ít thì càng nặng. 1, 2, 3, 4... là số lần và ngày lượng giá.

6.2.Phương pháp đánh giá mức độ thực hiện các hoạt động hàng ngày theo Barthel

Thông số	Lượng giá	Điểm chuẩn	1	2	3	4
Ăn uống	Tự xúc, gắp thức ăn	10				
	Cần sự giúp đỡ	5				
	Phụ thuộc hoàn toàn	0				
Tắm	Tự tắm đánh răng rửa mặt	5				
	Cần sự giúp đỡ	0				
Kiểm soát đi ngoài	Tự chủ	10				
	Cần sự trợ giúp	5				
	Rối loạn thường xuyên	0				
Kiểm soát đi tiểu	Tự chủ	10				
	Cần sự trợ giúp	5				
	Bí tiểu, đái dầm	0				
Chăm sóc bản thân	Tự rửa mặt chải đầu	5				
	Cần sự giúp đỡ	0				
Thay áo quần	Tự thay và đi giày dép	10				
	Cần sự giúp đỡ	5				
	Phụ thuộc hoàn toàn	0				
Sử dụng nhà xí	Tự đến nhà vệ sinh đi tiểu, đại tiện	10				
	Cần sự giúp đỡ lúc ngồi và lấy giấy	5				
	Không sử dụng được nhà xí	0				
Di chuyển	Tự di chuyển được	15				

từ giường sang ghế	Cần sự trợ giúp ít	10				
	Cần trợ giúp tối đa	5				
	Không di chuyển được	0				
Di chuyển	Tự đi 50m	15				
	Đi 50m có người dắt, vịn	10				
	Tự đẩy nếu có xe lăn	5				
	Cần giúp đỡ hoàn toàn	0				
Leo bậc thang	Tự lên xuống cầu thang	10				
	Leo được nhưng phải vịn	5				
	Không	0				
	Cộng	100				

**Chú thích: người bình thường đạt tối đa là 100 điểm, số điểm càng ít thì càng nặng. 1, 2, 3, 4...là số lần và ngày lượng giá.*

Kết luận: Chương trình phục hồi chức năng cho người bệnh liệt nửa người mang tính toàn diện, tác động vào nhiều mặt giảm khả năng của người bệnh. Nhiều chuyên gia tham gia ở những giai đoạn khác nhau của bệnh, thời gian phục hồi kéo dài, di chứng nặng nề, chi phí xã hội lớn, khiến cho vấn đề này trở thành mối quan tâm chung mang tính xã hội. Cần thiết phải có những biện pháp phòng ngừa TBMN và phòng ngừa tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trường Đại học Y Hà nội (2003). Bài giảng Phục hồi chức năng. NXB Y học
2. Bộ Y tế (2008). Hướng dẫn quản lí và thực hiện phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, NXB Y học
3. Trần Trọng Hải (2008). Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng. NXB Y học. Tài liệu số 1- Phục hồi chức năng sau tai biến mạch não.
4. Nguyễn Xuân Nghiê, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh (2010). Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng sách chuyên khảo dùng cho cán bộ ngành Phục hồi chức năng, Nhà xuất bản Y học.
5. Sara J.C (2002). Physical Medicine and Rehabilitation board review, Demos medical.
6. Dawn Gulick (2006). Screening Notes Rehabilitation Specialist's Pocket Guide, F.A Davis Company
7. Robert.H, Gro Jamtved (2011). Practical Evidence- based physiotherapy, Elsevier.
8. Jorsten B.M, Emil.R (2000). Pocket Atlas of Radiographic Anatomy, Thieme.

BÀI 23. MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM THƯỜNG GẶP

A. ĐÁNH GIÁ TIÊU CHẨY CẤP TÍNH

Mục tiêu:

1. Tiếp cận được với một bệnh nhân tiêu chảy cấp
2. Trình bày được đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của một số tiêu chảy thường gặp
3. Liệt kê được các trường hợp tiêu chảy cần phải nhập viện

1. KHÁI NIỆM VÀ PHÂN LOẠI TIÊU CHẢY

1.1. Định nghĩa tiêu chảy

- Ba lần đại tiện phân lỏng hoặc nhiều nước trở lên trong vòng 24 giờ và/hoặc
- Đại tiện thường xuyên hơn mức bình thường, kéo dài dưới 14 ngày và/hoặc
- Khối lượng phân hơn 200g/ngày

1.2. Phân loại tiêu chảy dựa vào thời gian

- Tiêu chảy cấp tính (≤ 14 ngày)
- Kéo dài (> 14 ngày)
- Mạn tính (> 4 tuần)

2. TIẾP CẬN VỚI NGƯỜI BỆNH TIÊU CHẢY CẤP

2.1. Khai thác bệnh sử

Đặc điểm cụ thể của tiền sử bao gồm những nội dung sau:

- Khởi phát tiêu chảy: các triệu chứng bắt đầu trong vòng 6 giờ kể từ khi ăn thực phẩm chứa độc tố có sẵn của tụ cầu *Bacillus cereus* là nguyên nhân
- Tần suất: Tiêu chảy do nguyên nhân nhiễm trùng có xu hướng đi ngoài thường xuyên hơn
- Lượng phân: tiêu chảy do độc tố gây ra có xu hướng lượng phân nhiều hơn (ví dụ như bệnh tả) và tiêu chảy thẩm thấu có xu hướng có lượng phân ít hơn.
- Độ khuôn của phân: tiêu chảy nhiều nước có xu hướng liên quan đến các căn nguyên sinh độc tố và không xâm lấn gây ra.
- Máu trong phân: gợi ý căn nguyên xâm lấn hoặc tình trạng viêm hoặc căn nguyên nhiễm khuẩn
- Sốt: có sốt thường gợi ý nhiễm khuẩn xâm lấn (*Salmonella*, *Shigella* hoặc *Campylobacter*), vi rút đường ruột hoặc vi sinh vật gây độc tế bào như *Clostridium difficile* hoặc *Entamoeba histolytica*.
- Tiền sử du lịch gần đây: du lịch đến các khu vực lưu hành dịch có thể chỉ ra căn nguyên cụ thể. Ví dụ nhiễm *Giardia*, *Cryptosporidium* và *Cyclospora* có thể xảy ra tại Nga, Nepal, Đông Âu hoặc các vùng miền núi.
- Tiền sử ăn các loại thực phẩm gần đây (thịt, hải sản, trứng, các sản phẩm sữa) và dùng nước, gần đây có đi dã ngoại hoặc ăn tiệc nướng đều có thể gợi ý các nguyên nhân lây nhiễm (*Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *E.coli* hoặc *C.difficile*)
- Tiếp xúc với vật nuôi, gia súc
- Các triệu chứng kèm theo: đau bụng (vi sinh vật xâm lấn), buồn nôn (*Cryptosporidium*), nôn (độc tố có sẵn), trướng bụng đầy hơi, sinh hơi (*Giardia*), sốt, cảm giác mót rặn (viêm đại tràng trái), ngứa hậu môn.
- Các thuốc sử dụng gần đây: sử dụng thuốc kháng sinh, thuốc nhuận tràng

- Tiền sử phẫu thuật và bệnh lý trước đây
- Tiền sử xã hội: quan hệ tình dục, sử dụng rượu/ma túy
- Tiền sử phơi nhiễm nghề nghiệp: người lao động làm việc tại các trung tâm chăm sóc ban ngày, bệnh viện, bệnh viện tâm thần, viện dưỡng lão có thể phơi nhiễm với *Giardia*, *Cryptosporidium*, *norovirus*.

2.2. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng giúp xác định mức độ nặng của tiêu chảy nhưng hiếm khi giúp xác định nguyên nhân. Đa số tiêu chảy tự khỏi, vì vậy khám lâm sàng có thể hoàn toàn bình thường.

Các thông số quan trọng có thể giúp đánh giá sự cân bằng dịch bao gồm:

- Biểu hiện chung của người bệnh (ốm/khỏe, tình trạng dinh dưỡng)
- Mạch
- Nếp véo da
- Niêm mạc có vẻ khô hay không
- Thời gian đổ đầy mao mạch (bình thường dưới 3 giây, trong trường hợp mất nước có thể thấy dài hơn)
- Huyết áp
- Thay đổi ở tư thế đứng (hạ huyết áp ở tư thế đứng)
- Khám bụng kỹ có thể gợi ý chẩn đoán. Có thể có nhu động ruột tăng, bình thường hoặc không nghe thấy âm nhu động ruột, ấn bụng đau khu trú hoặc toàn bộ, cảm ứng phúc mạc, chướng bụng, gan to (áp xe gan do amip, *Salmonella*), hoặc sờ thấy khối ở bụng
- Khám trực tràng: có thể giúp mô tả đặc trưng phân và thành phần, sự xuất hiện của mủ hoặc các xét nghiệm tìm hồng cầu trong phân

2.3. Xét nghiệm chẩn đoán

Chỉ định các xét nghiệm có ý nghĩa quan trọng trong những trường hợp bệnh nặng như:

- Ly
- Bệnh trung bình đến nặng (trung bình: có thể hoạt động nhưng kèm theo sự bất buộc trong các hoạt động; nặng = mất toàn bộ chức năng do tiêu chảy)
- Các triệu chứng kéo dài trên 7 ngày
- Nguy cơ cao lây bệnh cho người khác

Ở trẻ em, tiêu chảy có kèm theo hoặc không kèm theo nôn, xét nghiệm chẩn đoán được chỉ định khi có một hoặc nhiều yếu tố sau:

- Tiền sử có máu kèm theo hay không kèm theo nhầy trong phân
- Kết hợp khởi phát tiêu chảy đột ngột kèm theo đại tiện hơn 4 lần/ngày và không nôn trước khi tiêu chảy
- Nhiệt độ >40 độ C
- 5 lần đi ngoài trở lên trong vòng 24 giờ qua
- Toàn trạng không khỏe, tiêu chảy nặng hoặc kéo dài
- Tiền sử gợi ý ngộ độc thức ăn
- Tiền sử gần đây đi du lịch nước ngoài

2.3.1. Xét nghiệm phân

- Phát hiện thấy bạch cầu trong phân gợi ý tiêu chảy do viêm
- Cây phân: để phát hiện *E.coli*, *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*. *E.coli* và *Yersinia*, thường được thực hiện trong những trường hợp sau:
 - ✓ Người bệnh suy giảm miễn dịch bao gồm BN HIV

- ✓ BN có nhiều bệnh đồng mắc
 - ✓ BN bị tiêu chảy nặng do viêm (tiêu chảy có máu)
 - ✓ BN mắc bệnh lý viêm ruột tiềm ẩn, phân biệt giữa đợt bùng phát với bội nhiễm
 - ✓ Xét nghiệm tìm bạch cầu trong phân cho kết quả dương tính
 - ✓ Một số nhân viên, như người xử lý thực phẩm, đôi khi cần yêu cầu xét nghiệm cấy phân âm tính mới được quay lại làm việc
 - ✓ Điều tra ổ dịch
- Xét nghiệm phân để phát hiện trứng và ký sinh trùng hiếm khi hữu ích ở giai đoạn đầu đánh giá tiêu chảy cấp, nhưng có thể hữu ích trong các ca bệnh tiêu chảy kéo dài (thời gian từ 14-30 ngày). Các chỉ định cụ thể để phân làm xét nghiệm phát hiện trứng và ký sinh trùng ở BN tiêu chảy bao gồm:
 - ✓ Tiền sử- gợi ý nhiễm một số KST cụ thể
 - ✓ Sau khi du lịch đến các khu vực lưu hành dịch hay các nước đang phát triển trên thế giới
 - ✓ Tiếp xúc với trẻ nhỏ tại trung tâm chăm sóc ban ngày (*Giardia*, *Cryptosporidium*)
 - ✓ Nam giới có quan hệ tình dục đồng giới, hoặc người bệnh AIDS (*Giardia*, *Cryptosporidium* và *Entamoeba histolytica* và các KST khác)
 - ✓ Bùng phát bệnh ở cộng đồng do nguồn nước (*Giardia*, *Cryptosporidium*)
 - ✓ Tiêu chảy có máu kèm ít bạch cầu trong phân hay không có bạch cầu trong phân (kèm theo nhiễm amip đường ruột)
 - Phát hiện kháng nguyên *Giardia* *Cryptosporidium* trong phân có độ nhạy cao hơn xét nghiệm tìm trứng và KST trong phân và cần được yêu cầu nếu nghi ngờ dựa vào tiền sử.
 - Cần xét nghiệm phát hiện độc tố *C.difficile* nếu có tiền sử gần đây dùng kháng sinh hoặc nằm viện (trong vòng 3 tháng qua)
 - Các xét nghiệm PCR đa môi làm tăng hiệu suất chẩn đoán

2.3.2. Xét nghiệm máu

- Công thức máu: giúp đánh giá mức độ nặng của tiêu chảy (mất nước gây cô đặc máu, thiếu máu, tăng bạch cầu với sự dịch chuyển sang trái)
- Sinh hóa máu: điện giải đồ, ure, creatinin để phát hiện rối loạn điện giải, nhiễm toan, rối loạn chức năng thận
- Xét nghiệm kháng thể: cần nhắc ở bệnh lý viêm ruột

2.3.3. Chẩn đoán hình ảnh

Cần thiết để xác định một số biến chứng của tiêu chảy như liệt ruột, thủng tạng hoặc giãn đại tràng

Có thể gặp giãn đại tràng nhiễm độc hoặc thủng đại tràng ở người bệnh bị nhiễm *C.difficile* hoặc *Yersinia*, viêm loét đại tràng và bệnh Crhon.

2.3.4. Đánh giá nội soi (khi chuyển lên tuyến trên)

3. MỘT SỐ BỆNH TIÊU CHẢY THƯỜNG GẶP

3.1. Rotavirus

3.1.1. Tiền sử

- Thường gặp ở trẻ em ở trung tâm chăm sóc ban ngày
- Có thể lây nhiễm cho người lớn, người bị suy giảm miễn dịch
- Sốt
- Nôn
- Tiêu chảy nhiều nước, có màu vàng, không có nhày máu

3.1.2. Khám lâm sàng: Bệnh thường nhẹ, dấu hiệu mất nước nặng gặp trong tiêu chảy kéo dài hoặc cấp tính

3.1.3. Xét nghiệm

Thường không cần đến xét nghiệm (tiền sử thường ủng hộ chẩn đoán)

- Bạch cầu trong phân có thể dương tính
- Công thức máu bình thường
- Sinh hóa máu: ure và creatinin tăng
- Xét nghiệm ngưng kết latex hoặc xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme đối với bệnh phẩm phân: dương tính
- Phản ứng khuếch đại chuỗi gen đối với bệnh phẩm phân: dương tính

3.2. Norovirus

3.2.1. Tiền sử

- Ăn các loại nghêu, sò, hến, thức ăn chuẩn bị sẵn, salad, bánh mì kẹp thịt, trái cây
- Buồn nôn, đau bụng quặn sau đó là tiêu chảy và nôn
- Tiêu chảy nhiều nước ở mức độ trung bình
- Phân không có nhày máu
- Các triệu chứng toàn thể: sốt, khó chịu, đau cơ, đau đầu

3.2.2. Khám lâm sàng: bình thường

3.2.3. Xét nghiệm:

- Bạch cầu trong phân âm tính
- PCR đối với bệnh phẩm phân: dương tính

3.3. Adenovirus đường ruột

3.3.1. Tiền sử

- Thường gặp ở trẻ em và người cao tuổi, người bị suy giảm miễn dịch
- Do thức ăn và nước uống mang mầm bệnh
- Thường gặp ở các trung tâm chăm sóc ban ngày và cơ sở y tế
- Các triệu chứng tiêu chảy nhẹ, tự khỏi
- Không sốt

3.3.2. Khám lâm sàng: bình thường

3.3.3. Xét nghiệm

- Cây phân tìm vi rút dương tính
- Phản ứng miễn dịch huỳnh quang hoặc xét nghiệm hấp thụ miễn dịch liên kết với enzyme đặc hiệu với Adenovirus dương tính

3.4. Viêm ruột do Campylobacter

3.4.1. Tiền sử

- Ăn thịt gia cầm chưa nấu chín, sữa thô, phô mát
- Tiêu chảy nhiều nước hoặc ra máu kèm nhày
- Thường tự khỏi và biến mất sau 5-7 ngày
- Đau quặn vùng bụng quanh rốn dữ dội
- Sốt
- Tiêu chảy ra máu có thể xuất hiện từ ngày thứ 3 của bệnh

3.4.2. Khám lâm sàng

- Sốt
- Khám bụng: ấn đau khu trú hoặc toàn bộ bụng. Ấn đau ¼ dưới bên phải có thể giống viêm ruột thừa
- Nhiễm độc sau giãn đại tràng nhiễm độc

3.4.3. Xét nghiệm

- Bạch cầu trong phân dương tính
- Công thức máu: số lượng bạch cầu bình thường hoặc tăng với tỉ lệ bạch cầu đoạn trung tính tăng cao
- Cây phân : phân lập loài *Campylobacter*
- PCR phân dương tính

3.5. Shigella

3.5.1. Tiền sử

- Thường ở trẻ em ở các trung tâm chăm sóc ban ngày
- Do ăn rau
- Sốt
- Xuất hiện tiêu chảy nhiều nước rồi sau đó có nhày máu
- Phân: số lượng ít, đi ngoài 10-12 lần/ngày
- Sốt
- Cảm giác mót rặn

3.5.2. Khám lâm sàng

- Có thể bình thường hoặc sốt
- Khám bụng: ấn đau toàn bộ vùng bụng, bụng trướng hoặc không nghe thấy nhu động ruột tùy thuộc vào mức độ nặng
- Khám trực tràng: đau khi chạm vào, hiếm khi sa trực tràng

3.5.3. Xét nghiệm

- Bạch cầu trong phân dương tính
- PCR phân dương tính

3.6. Escherichia coli

Sinh độc tố ruột, gây bệnh đường ruột, xâm nhập đường ruột, xuất huyết đường ruột, bám dính vào niêm mạc đường ruột

3.6.1. Tiền sử

- Xảy ra ở khách du lịch, trẻ em
- Lây qua thức ăn mang mầm bệnh
- Triệu chứng tùy thuộc vào vị trí và chủng nhiễm phải: tiêu chảy phân nhiều nước, có máu, đau bụng nhưng không sốt.

3.6.2. Khám lâm sàng

- Có thể bình thường
- Một số ít có biểu hiện mất nước, huyết áp thấp, nhịp tim tăng
- Ấn đau nhẹ bụng dưới hoặc lan tỏa

3.6.3. Xét nghiệm

- Bạch cầu trong phân dương tính (chủng xâm lấn)
- Công thức máu: thiếu máu trong hội chứng huyết tán ure máu tăng
- Cây phân dương tính
- Sinh hóa máu: rối loạn chức năng thận trong hội chứng huyết tán ure máu tăng

3.7. Clostridium difficile

3.7.1. Tiền sử

- Tiền sử sử dụng thuốc kháng sinh, nằm viện, điều trị hóa chất
- Tiêu chảy 2-3 tuần (tối đa 3 tháng)
- Tiêu chảy nhiều nước cấp tính
- Nhẹ: tiêu chảy 3-4 lần/ngày, đau nhẹ bụng dưới; nặng với viêm đại tràng giả mạc: tiêu chảy nhiều 15 lần/ngày, đau quặn bụng dưới; viêm đại tràng tối cấp: sốt, ớn lạnh, đau bụng lan tỏa, thiếu dịch

3.7.2. Khám lâm sàng

- Các dấu hiệu mất nước
- Có thể hạ huyết áp, hạ thân nhiệt hoặc sốt cao
- Ấn đau vùng bụng lan tỏa, bụng trướng và không nghe thấy nhu động ruột trong những trường hợp nặng

3.7.3. Xét nghiệm

- Phát hiện độc tố: (thực hiện ở tuyến trên)
- Cây phân dương tính
- Công thức máu: Bạch cầu tăng cao đặc biệt trong các trường hợp nặng
- Sinh hóa máu: kiểm tra hạ kali máu, tăng creatinin hoặc acid lactic, albumin máu thấp

3.8. Tả (Vibrio cholera)

3.8.1. Tiền sử

- Tiêu chảy nhiều nước, phân đục như nước vo gạo hay trong như nước mưa
- Mất nước nhanh chóng

3.8.2. Khám lâm sàng: Bình thường hoặc khi bệnh nặng thì có các biểu hiện mất nước nặng như hạ huyết áp, thay đổi trạng thái tinh thần

3.8.3. Xét nghiệm

- Công thức máu: cô đặc máu
- Sinh hóa máu: Rối loạn điện giải và chức năng thận

3.9. Tụ cầu vàng

3.9.1. Tiền sử

- Ăn thịt bò (bánh hamburger), thịt lợn, thịt gia cầm, trứng 4-6 giờ trước khi khởi phát các triệu chứng
- Buồn nôn, nôn
- Tiêu chảy phân nhiều nước
- Không sốt, không đau bụng
- Khám lâm sàng: bình thường

3.9.2. Xét nghiệm:

Chẩn đoán lâm sàng, không xét nghiệm thường quy: xét nghiệm chất độc trong phân hoặc chất nôn chỉ thực hiện trong các đợt dịch nghi ngờ

3.10. Listeria

3.10.1. Tiền sử

- Ăn thịt bò, lợn, gia cầm, sữa, phó mát, xà lách trộn, xúc xích hoặc salad khoai tây
- Gặp ở phụ nữ có thai, trẻ sơ sinh, người bị suy giảm miễn dịch
- Tiêu chảy phân nhiều nước với tần suất vừa phải
- Buồn nôn, nôn
- Đau bụng nhẹ
- Sốt
- Có thể không có triệu chứng

3.10.2. Khám lâm sàng

- Triệu chứng mất nước ít gặp
- Sốt
- Khám bụng ấn đau nhẹ
- Thay đổi ý thức trong nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương

3.11. Giardia

3.11.1. Tiền sử

- Đi đến vùng lưu hành dịch

- Lây từ người sang người qua thức ăn, nước uống mang mầm bệnh
- Có thể không có triệu chứng
- Tiêu chảy nhiều nước, khởi phát đột ngột
- Chướng bụng, đầy hơi, đau quặn bụng
- Buồn nôn, nôn
- Phân có mùi mỡ hôi và đầy hơi
- Các triệu chứng thường kéo dài

3.11.2. Khám lâm sàng:

- Bình thường hoặc mất nước nhẹ
- Khám bụng: tăng nhu động ruột, không đau hoặc có dấu hiệu khu trú

4. XỬ TRÍ CÁC TRƯỜNG HỢP TIÊU CHẢY CẤP

4.1. Chỉ định những trường hợp tiêu chảy cần phải nhập bệnh viện

- Tiêu chảy phân nhiều nước và mất nước, giảm thể tích mà khi người bệnh đứng lên cảm thấy chóng mặt
- Sốt >38,5 độ C
- Bệnh kéo dài >48 giờ
- Tuổi: trẻ em, người già
- Bệnh đại tràng sẵn có: bệnh Crohn, viêm loét đại tràng
- Đau bụng nặng
- Sử dụng kháng sinh gần đây (lo ngại về Clostridium difficile)
- Suy giảm miễn dịch

4.2. Điều trị đặc hiệu theo nguyên nhân và điều trị hỗ trợ

Dựa vào tiền sử, khám lâm sàng và xét nghiệm để dự đoán tác nhân gây bệnh và lựa chọn kháng sinh (nếu cần), điều chỉnh dựa vào kháng sinh đồ nếu bệnh không đỡ.

Bù nước điện giải tốt, điều trị triệu chứng khác kèm theo

B. BỆNH SỞI

Mục tiêu:

1. Trình bày được yếu tố dịch tễ học của bệnh sởi
2. Trình bày được chẩn đoán bệnh sởi
3. Trình bày được cách điều trị và dự phòng bệnh sởi

Sởi, còn được gọi là rubeola, là một bệnh có khả năng lây nhiễm cao gây ra bởi vi rút sởi, đặc trưng bởi phát ban, ho, chảy nước mũi, viêm kết mạc và hạt Koplick với thời gian ủ bệnh khoảng 10 ngày.

1. DỊCH TỄ HỌC

1.1. Tình hình bệnh sởi

Trên toàn thế giới, sởi vẫn là một bệnh truyền nhiễm thường gặp. Tháng 4 năm 2019, Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTG) thông báo số ca sởi trên toàn thế giới đã tăng 300% trong 3 tháng đầu năm 2019 so với cùng kỳ năm 2018. Năm 2018, TCYTTG thông báo sởi đã bùng phát ở các nước khu vực châu Âu với 825000 người lớn và trẻ em ở 47 quốc gia châu Âu so với 5273 ca năm 2016. Đồng thời, UNICEF tháng 4 năm 2019 cũng cho biết giữa năm 2010 đến 2017, trên toàn cầu có 169 triệu trẻ em không được tiêm liều đầu tiên của vắc xin sởi. Hầu hết các gánh nặng bệnh tật và tử vong do sởi xảy ra ở các nước có thu nhập trung bình và thấp.

Tại Việt Nam, 1777 ca sởi đã được khẳng định năm 2018, gấp đôi so với năm 2017. Hầu hết các ca bệnh đều liên quan đến trẻ chưa được tiêm phòng do bố mẹ trẻ trì hoãn tiêm vắc xin cho con họ. UNICEF có nhiều nỗ lực trong việc kêu gọi các bố mẹ đến gặp các nhân viên y tế để được tư vấn về tiêm phòng sởi và tập trung hướng tới những cộng đồng nghèo và sống ngoài lề xã hội.

1.2. Căn nguyên

Bệnh sởi do vi rút sởi, là một vi rút ARN hình cầu, họ Paramyxovirridae.

1.3. Đường lây

Vi rút sởi truyền trực tiếp qua những giọt bắn đường hô hấp. Những giọt bắn này có thể còn hoạt tính và lây nhiễm, trong không khí hay trên các bề mặt, trong vòng 2 giờ.

Người bệnh phát tán vi rút mạnh nhất từ một đến hai ngày trước khi có ban sởi mọc và 4 ngày sau khi phát ban sởi. Vì vi rút phát tán mạnh vào giai đoạn khởi phát nên việc phòng dịch lây lan có nhiều hạn chế.

1.4. Cơ thể cảm thụ

Phần lớn là trẻ em. Trẻ sơ sinh được mẹ truyền kháng thể miễn dịch qua nhau thai. Lượng kháng thể có thể tồn tại từ 4 đến 6 tháng, vì vậy trẻ ít khi mắc bệnh trong giai đoạn này. Tuy vậy, một số bằng chứng cho thấy kháng thể từ mẹ có thể bảo vệ trẻ đến tháng thứ 9 sau khi sinh. Nguy cơ mắc cao ở lứa tuổi từ 12 tháng đến 6 tuổi. Sau khi mắc sởi, trẻ thu được miễn dịch tương đối bền vững với bệnh này

Ở những người suy giảm miễn dịch tế bào, vi rút sởi có thể gây ra viêm phổi tế bào khổng lồ tiên triển và có thể gây tử vong. Ở những cơ thể miễn dịch khỏe mạnh, nhiễm vi rút sởi dẫn đến đáp ứng miễn dịch hiệu quả, loại bỏ được vi rút và hình thành miễn dịch suốt đời.

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Các yếu tố nguy cơ

- Phơi nhiễm với vi rút sởi: đi qua vùng dịch tễ, tiếp xúc với các người bệnh sởi
- Không tiêm vắc xin sởi hoặc thất bại trong việc đáp ứng với vắc xin sởi
- Suy giảm miễn dịch do HIV, bệnh leucemi, sử dụng corticoid bất kể có được tiêm phòng vắc xin sởi hay không

Yếu tố nguy cơ của bệnh sởi nặng là:

- Suy dinh dưỡng
- Suy giảm miễn dịch sẵn có
- Có thai
- Thiếu vitamin A

2.2. Các triệu chứng thường gặp

- Sốt: sốt cao 40 độ C thường kéo dài 4-7 ngày
- Tiền triệu: mệt mỏi, chán ăn; tam chứng (viêm kết mạc; ho; sổ mũi)
- Phù quanh hốc mắt, sợ ánh sáng và đau cơ có thể gặp

Nội ban

- Hạt koplik: những hạt cát trên nền đỏ, mọc trên niêm mạc miệng đối diện răng hàm số 2
- Thường xuất hiện 1-2 ngày trước khi phát ban, kéo dài 3-5 ngày
- Đặc trưng cho bệnh sởi, nhưng không phải lúc nào cũng gặp

Phát ban

- Thông thường, ban xuất hiện sau phơi nhiễm 14 ngày
- Ngứa nhẹ
- Ban mọc từ đầu là lan ra thân mình và ngoại vi trong vòng vài ngày. Đầu tiên ở vùng chân tóc phía sau tai, sau đó xuất hiện ở mặt và lan dần xuống phía dưới trong vòng 24 đến 48 giờ.
- Ban dạng dát-sẩn hơi nổi lên trên bề mặt da, sờ mịn như nhung và không đau, không hoặc ít ngứa, không sinh mủ.
- Trường hợp nhẹ, ban thường đứng gần nhau nhưng riêng rẽ. Trường hợp nặng, ban có xu hướng hợp với nhau làm thành những ban lớn hơn, thậm chí từng mảng xuất huyết. Trong thể đặc biệt nặng, ban có thể có dấu hiệu xuất huyết. Ban dày nhất ở vùng vai.
- Khi ban lan đến chân thì sốt cũng đột ngột giảm đi nếu không có biến chứng.
- Sau đó ban cũng nhạt dần và mất đi đúng theo tuần tự nó đã xuất hiện, từ trên xuống dưới. Sau khi ban bay, trên da còn lại những dấu màu sậm lốm đốm như vằn da hổ
- Người bệnh suy giảm miễn dịch có thể không phát ban

2.3. Các xét nghiệm chẩn đoán

2.3.1. Các xét nghiệm ưu tiên: IgM và IgG đặc hiệu với sởi

Xét nghiệm máu xác định IgM đặc hiệu với sởi trong nhiễm vi rút cấp tính. Độ nhạy cao nhất là từ 3-14 ngày sau khi ban xuất hiện.

Sự hiện diện của kháng thể IgG chỉ ra việc nhiễm vi rút sởi đã xảy ra trong quá khứ hoặc tiền sử đã tiêm vắc xin trước đây.

Độ nhạy 83-92%, độ đặc hiệu 87-100% là tốt

Rubella và parvovirus có thể gây ra IgM ELISA dương tính giả

2.3.2. Các xét nghiệm đặc hiệu khác (nếu cần được làm ở tuyến trên)

3. ĐIỀU TRỊ

Không có điều trị đặc hiệu cho sởi

3.1. Điều trị hỗ trợ

Hạ sốt

- Paracetamol: trẻ em: 10-15 mg/kg uống mỗi 4-6 giờ, tối đa 75 mg/kg/ngày; người lớn: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ, tối đa 4000 mg/ngày. Hoặc
- Ibuprofen: trẻ em: 5-10 mg/kg uống mỗi 6-8 giờ khi cần, tối đa 40 mg/kg/ngày; người lớn: 400-800 mg mỗi 6-8 giờ, tối đa 2400 mg/ngày

Nếu BN sợ ánh sáng, có thể cho ở trong phòng có ánh sáng mờ.

Hỗ trợ hô hấp khi viêm phổi hoặc hỗ trợ về thần kinh khi bị viêm não

Cung cấp vitamin A

Vitamin A được khuyến cáo trong tất cả các ca sởi nặng, ngay cả ở những quốc gia mà sởi thường không nặng. Vitamin A làm giảm đáng kể bệnh tật và tử vong liên quan đến sởi

- Cần nhắc dùng vitamin A cho trẻ em: dưới 2 tuổi, phải nhập viện vì sởi, có biến chứng của sởi, suy giảm miễn dịch, có bằng chứng của thiếu vitamin A, rối loạn tiêu hóa kém hấp thu và suy dinh dưỡng, gần đây có di chuyển từ khu vực có tỷ lệ tử vong do sởi cao.
- Trẻ em <6 tháng: 50000 đơn vị 1 ngày uống trong 2 ngày; lặp lại sau 4 tuần nếu có biểu hiện bệnh ở mắt
- Trẻ từ 6 -11 tháng: 100000 đơn vị/ngày x 2 ngày, lặp lại sau 4 tuần nếu có biểu hiện bệnh ở mắt
- Trẻ ≥ 12 tháng: 200000 đơn vị uống ngày 1 lần x 2 ngày; lặp lại sau 4 tuần nếu có biểu hiện bệnh ở mắt
- Trẻ em có biểu hiện lâm sàng của thiếu vitamin A nặng: 2 liều đầu tiên cho theo lứa tuổi như trên, liều thứ 3 cũng cho theo lứa tuổi sau 2-4 tuần.

4. THEO DÕI CÁC BIẾN CHỨNG

4.1. Viêm phổi

Trong thời kỳ sớm của bệnh, tổn thương phổi do vi rút phổi là phổ biến (1-6%) và có thể diễn biến xấu đi ở trẻ em ở các nước đang phát triển. Có thể là viêm phổi kẽ, viêm phế quản phổi,

Ở giai đoạn muộn của bệnh, viêm phổi bội nhiễm vi khuẩn có thể gặp

4.2. Viêm tai giữa

Xảy ra ở 7-9% người bị bệnh sởi

4.3. Viêm não

Xảy ra ở 1 trong số 1000 đến 1 trong 2000 ca bệnh sởi. Một số ít những BN này có biến chứng lâu dài

4.4. Bội nhiễm

Người bệnh sởi có thể cảm thấy dễ chịu hơn với các thuốc hạ sốt và hạn chế các hoạt động. Do vi rút phá hủy biểu mô đường hô hấp, các BN có thể dễ cảm nhiễm với việc bội nhiễm vi khuẩn như viêm tai giữa hoặc viêm phổi. Ở những người bệnh không hồi phục theo đúng diễn biến tự nhiên điển hình của bệnh sởi thì nên được theo dõi về bội nhiễm vi khuẩn hoặc các biến chứng khác.

Viêm não xơ hóa toàn bộ bán cấp -Subacute sclerosing panencephalitis (SSPE). Xảy ra 4-11 trong số 100000 ca bệnh sởi và là một rối loạn thần kinh gây tử vong xảy ra sau 7 đến 10 năm sau khi nhiễm vi rút sởi tự nhiên xảy ra, có thể do nhiễm vi rút sởi liên tục trong hệ thống thần kinh trung ương. Điều này phổ biến ở những người bị mắc

bệnh ở lứa tuổi nhỏ. Các biểu hiện bệnh bao gồm: các bất thường về hành vi, sa sút trí tuệ, hôn mê và tử vong.

5. PHÒNG BỆNH

5.1. Phòng bệnh tiên phát

Sởi có thể phòng được bằng tiêm phòng với vắc xin vi rút sởi. TCYTTC khuyến cáo rằng trên 95% dân số cần tiêm phòng 2 liều vắc xin để duy trì tình trạng miễn dịch ở mức độ cao trong quần thể và loại trừ sởi. Ở hầu hết các quốc gia, mũi đầu tiên được thực hiện vào thời điểm 12-15 tháng tuổi, mũi thứ hai vào thời điểm 3-6 tuổi. Tỷ lệ được bảo vệ sau mũi thứ nhất là 95% và sau mũi thứ hai là 99%.

Những người đi du lịch thế giới tuổi từ 6 tháng đến 1 năm, bất kể du lịch đến quốc gia nào, nên được tiêm 1 mũi vắc xin sởi trước khi đi du lịch. Những người từ 1 tuổi trở lên nên tiêm 2 mũi vắc xin trước khi đi, tốt nhất là hoàn thành việc tiêm vắc xin ít nhất là 28 ngày trước khi đi.

5.2. Phòng bệnh thứ phát

- Cách ly người bệnh với những người dễ cảm nhiễm bệnh (những người chưa được tiêm phòng, những người chưa bị sởi bao giờ)
- Tiêm phòng cho những người có nguy cơ lây nhiễm
- Tăng cường tiêm phòng vắc xin ở những nơi có ca bệnh sởi xảy ra
- Những người dễ bị mắc bệnh có thể được cung cấp immunoglobulin trong vòng 6 ngày kể từ khi phơi nhiễm với vi rút sởi để phòng bệnh hoặc thay đổi tình trạng nhiễm vi rút sởi. Human Ig thường được cung cấp cho những cá nhân sau
 - + Người suy giảm miễn dịch
 - + Trẻ 6 tháng-1 năm tuổi (tỷ lệ tử vong cao hơn ở trẻ dưới 1 tuổi)
 - + Trẻ dưới 6 tháng sinh ra từ mẹ không có miễn dịch với sởi
 - + Phụ nữ có thai

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Selina SP Chen. Measles.Medscape. Update June 06, 2019
2. BMJ Best Practice. Measle infection. Last update Jun 4th, 2019

C. BỆNH TAY CHÂN MIỆNG

Mục tiêu:

1. Trình bày được chẩn đoán bệnh tay chân miệng
2. Trình bày được điều trị và phòng bệnh tay chân miệng

Bệnh tay chân miệng là một tình trạng nhiễm vi rút thường gặp nhất ở trẻ em gây ra bởi vi rút coxsackie. Đặc trưng của bệnh bao gồm sốt nhẹ, đau loét họng, mụn nước ở tay và chân.

1. DỊCH TỄ HỌC

Các vi rút thường gặp nhất trong nhóm enteroviruses được biết đến là các vi rút coxsackie. Coxsackie A16 là nguyên nhân thường gặp nhất, nhưng nhiễm A4 đến A7, A9, A10 cũng có thể gặp. Enterovirus 71 (EV71) cũng gây bệnh nhưng ở thể nặng hơn.

Enteroviruses thuộc họ Picornaviridae, là những vi rút icosahedral không có vỏ bọc, đường kính xấp xỉ 30 nanometres, có gen là một phân tử ARN thẳng mạch đơn. Enteroviruses chống lại được dung môi lipid và chịu được pH phổ rộng và nhiệt độ. Chúng bị bất hoạt ở nhiệt độ $>50^{\circ}\text{C}$ nhưng vẫn có khả năng lây nhiễm ở nhiệt độ tủ lạnh.

2. DIỄN BIẾN

Tình trạng nhiễm khuẩn xảy ra ở một người dễ cảm nhiễm với bệnh phơi nhiễm với vi rút qua đường tiếp xúc trực tiếp với dịch mũi họng, nước bọt, dịch tiết ở mụn nước hoặc phân của người bị nhiễm bệnh. Vi rút có thể tồn tại trong phân đến 1 tháng.

Sau khi phơi nhiễm, vi rút lây lan đến các hạch bạch huyết khu vực trong vòng 24 giờ và nhanh chóng tiến triển đến nhiễm vi rút huyết và vi rút lây lan đến niêm mạc miệng và da gây ra phỏng nước. Thời kỳ ủ bệnh là từ 4 đến 7 ngày, tuy nhiên có thể có thời kỳ tiền triệu từ 3-4 ngày. Các tổn thương trong miệng liền trong vòng 1 tuần, các tổn thương ở tay và chân có thể kéo dài đến 10 ngày.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Sự hiện diện của các yếu tố nguy cơ

- + Suy giảm miễn dịch
- + Trẻ dưới 10 tuổi
- + Tiếp xúc với nguồn lây trong gia đình, trường học

3.2. Các triệu chứng thường gặp.

- **Sốt:** thường sốt nhẹ, dưới 38°C
- **Mụn nước hoặc loét họng:** Họng miệng bị viêm, có sần rải rác, mụn nước thường gặp hơn là loét màu vàng trên nền ban màu hồng xuất hiện ở trên lưỡi, hầu họng, niêm mạc miệng, lợi và đôi khi ở môi. Nếu trẻ em biểu hiện muộn, chỉ quan sát thấy những vết loét hơi vàng vì mụn nước có xu hướng vỡ nhanh. Vết loét có kích thước từ 4-8mm và có thể có mép rõ ràng. Các tổn thương này thường lành trong vòng 1 tuần.
- **Ban hoặc mụn nước ở tay, chân:** Ban bao gồm các mụn nước nhỏ hình ô van hoặc dài thẳng có mụn nước-mủ màu trắng xám. Các mụn nước mềm và có thành mỏng với các quầng ban đỏ, đôi khi có thể đau và ngứa. Ban có xu hướng loét và đóng vảy cứng. Các tổn thương có thể kéo dài đến 10 ngày.
- **Ở các trường hợp nhiễm EV71, bệnh thường nặng hơn và tần suất bị các biến chứng nghiêm trọng và tử vong lớn hơn.** Ban có thể sần hơn hoặc có chấm xuất huyết. Có thể quan sát thấy vùng ban đỏ lan tỏa trên cơ thể và chi. Ngoài ra, nôn, sốt cao >39 độ C kéo dài trên 3 ngày thường gặp hơn kèm thêm đau đầu, dễ kích thích.
- **Các triệu chứng thường gặp khác:** mệt mỏi, đau họng, viêm họng, ăn không ngon.

3.3. Các triệu chứng ít gặp

- Ban sần ở mông ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ, nhưng thường không loét, kéo dài khoảng 10 ngày
- Đau bụng
- Tiêu chảy
- Ho
- Ban đỏ và phù nề ở lưỡi
- Đau khớp

3.4. Xét nghiệm

- Công thức máu: Bạch cầu tăng, các tế bào lympho không điển hình.
- Các xét nghiệm đặc hiệu khác (nếu cần) được thực hiện ở các cơ sở y tế tuyến trên

4. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm miệng ap-tơ hoặc loét miệng áp-tơ
- Nhiễm vi rút herpes simplex
- Bệnh herpangina
- Bệnh thủy đậu

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị hạ sốt

Paracetamol: trẻ em <12 tuổi: 15 mg/kg uống mỗi 4-6 giờ, tối đa 75 mg/kg/ngày; trẻ em >12 tuổi: 500-1000 mg uống mỗi 4-6 giờ, tối đa 4000 mg/ngày.

Hoặc

- Ibuprofen: trẻ em <12 tuổi: 5-10 mg/kg uống mỗi 6-8 giờ khi cần, tối đa 40 mg/kg/ngày; trẻ em >12 tuổi: 300-400 mg mỗi 6-8 giờ, tối đa 2400 mg/ngày

Aspirin không được khuyến cáo vì có liên quan đến hội chứng Reye

5.2. Thuốc gây tê tại chỗ

- Lidocaine bôi tại chỗ: (dung dịch nhớt 2%) bôi vào những vùng bị tổn thương bằng dụng cụ bôi có đầu bông ngày 3 lần. Có thể bôi lidocain trên da cho các vết loét miệng nhỏ rải rác.
- Hỗn hợp nhôm và magie hydroxide, diphenhydramine và lidocain sền sệt có hoặc không có sucralfate có thể được bôi trên da để kiểm soát triệu chứng đau của các vết loét miệng. Cần tham khảo ý kiến các dược sĩ để trộn hỗn hợp này
- Khi bôi thuốc vào chỗ bị tổn thương cần đeo găng tay

5.3. Bù nước điện giải và dinh dưỡng

- Cung cấp đủ dinh dưỡng cho các người bệnh loét miệng là quan trọng
- Bù đủ nước điện giải

5.4. Nhập viện và điều trị hỗ trợ

- Những trường hợp có biến chứng cần nhập viện: viêm màng não vô khuẩn, viêm não, viêm não tủy, phù nề phổi, xuất huyết phổi, viêm cơ tim, hội chứng như bệnh bại liệt
- Những bệnh nhân có suy giảm miễn dịch, triệu chứng nặng và kéo dài hơn nên cũng cần phải nhập viện

6. PHÒNG BỆNH

6.1. Phòng bệnh tiên phát

Hiện chưa có vắc xin để phòng bệnh tay chân miệng. Nguy cơ nhiễm bệnh có thể giảm qua việc thực hành vệ sinh tốt. Các người bệnh và bố mẹ, người chăm sóc cần chú ý đặc biệt đến vệ sinh tay trước và sau các hoạt động chăm sóc và chuẩn bị thức ăn. Các vật và bề mặt nhiễm bẩn dịch cơ thể cần được làm sạch bằng dung dịch thuốc tẩy được pha loãng

Vì bệnh rất dễ lây nên những người mắc bệnh cần hạn chế tiếp xúc với những người khác khi họ đang có các triệu chứng hay các biểu hiện bệnh. Bệnh lây nhiều nhất trong tuần đầu tiên của bệnh nhưng vẫn có khả năng lây lan ngay kể cả khi các triệu chứng biến mất vì nó vẫn còn tồn tại trong phân đến 1 tháng

6.2. Phòng bệnh thứ phát

Thực hành vệ sinh tốt giúp ngăn ngừa tình trạng lây lan tình trạng nhiễm bệnh. Các vật và bề mặt có thể bị nhiễm chất dịch cơ thể như nước bọt, dịch tiết từ mụn nước hoặc phân cần được rửa và khử trùng bằng dung dịch thuốc tẩy clo pha loãng.

Những người bị bệnh cần tránh đến những nơi công cộng. Trẻ em cần được nghỉ học khi có triệu chứng, tuy nhiên cũng khó kiểm soát vì vẫn có khả năng lây kể cả khi đã hết các triệu chứng. Vì vậy, giáo dục thói quen vệ sinh tay cho trẻ em trong các trường học là đặc biệt quan trọng.

D. VIÊM GAN VI RÚT B

Mục tiêu:

1. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán viêm gan vi rút B cấp và viêm gan vi rút B mạn
2. Trình bày được cách theo dõi người bệnh viêm gan vi rút B tại cộng đồng
3. Tư vấn được các biện pháp phòng bệnh viêm gan vi rút B.

Viêm gan vi rút B là tình trạng nhiễm trùng ở gan nguy hiểm ẩn nguy cơ nguy hiểm đến tính mạng do vi rút viêm gan B (hepatitis B virus - HBV) gây ra. Nó có thể dẫn đến nhiễm trùng mạn tính và đặt con người trước nguy cơ tử vong cao do xơ gan và ung thư gan.

1. DỊCH TỄ HỌC

- Viêm gan vi rút B được xác định là một mối lo ngại toàn cầu. Năm 2015, Tổ chức Y tế Thế giới ước tính có khoảng 257 triệu người đang sống chung với vi rút viêm gan B. Năm 2015, viêm gan do vi rút B đã dẫn đến 887000 cái chết, hầu hết là do biến chứng bao gồm xơ gan và ung thư tế bào gan.
- Tỷ lệ HBV cao nhất ở khu vực của TCYTTG tại châu Thái Bình Dương và châu Phi với tỷ lệ là 6,2% và 6,1% ở người lớn. Khu vực của TCYTTG tại vùng Tây Địa Trung Hải, Đông Nam Á và châu Âu, tỷ lệ này lần lượt là 3,3%, 2,0% và 1,6% trong dân số nói chung. Trong khi đó, tại khu vực của TCYTTG tại châu Mỹ, chỉ có 0,7% dân số bị nhiễm HBV.
- Mặc dù vậy, việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị vẫn còn nhiều hạn chế ở những nơi có nguồn lực kém. Trong số 257 triệu người viêm gan vi rút B, chỉ có 9% (22 triệu người) biết được chẩn đoán của mình. Trong số những người được chẩn đoán, tỷ lệ bao phủ điều trị chỉ đạt 8% (1,7 triệu). Nhiều người đến lúc bị bệnh gan tiến triển mới phát hiện ra viêm gan vi rút B.

2. ĐƯỜNG LÂY

Vi rút viêm gan B có thể sống ngoài cơ thể ít nhất 7 ngày. Trong thời gian này, vi rút có thể gây lây nhiễm nếu xâm nhập vào cơ thể của những người chưa được bảo vệ bởi vắc xin. Thời gian ủ bệnh của HBV trung bình là 75 ngày, nhưng có thể dao động từ 30-180 ngày. HBV có thể xác định được trong máu trong vòng từ 30 đến 60 ngày kể từ khi nhiễm và có thể tồn tại mãi mãi và phát triển thành viêm gan mạn tính

Ở những vùng dịch tễ cao, HBV chủ yếu lây truyền từ mẹ sang con lúc sinh hoặc qua lây ngang (phơi nhiễm với máu bị nhiễm vi rút) đặc biệt từ một đứa trẻ bị nhiễm vi rút sang một đứa trẻ không bị nhiễm vi rút trong 5 năm đầu tiên của cuộc đời. Sự phát triển thành viêm gan mạn tính là rất phổ biến ở những đứa trẻ bị lây nhiễm từ mẹ hoặc bị nhiễm trước 5 tuổi

Vi rút viêm gan B còn lây truyền qua da và niêm mạc tiếp xúc với máu hoặc các dịch cơ thể, cũng như nước bọt, kinh nguyệt, dịch tiết âm đạo, tinh dịch. HBV có thể lây truyền qua đường tình dục đặc biệt ở những người nam quan hệ đồng giới hoặc khác giới với nhiều bạn tính hoặc bạn tình mại dâm. Nhiễm HBV lúc trưởng thành sẽ dẫn đến viêm gan vi rút mạn tính dưới 5% các trường hợp. HBV còn có thể lây truyền qua việc sử dụng lại bơm kim tiêm trong môi trường y tế hoặc giữa những người sử dụng ma túy tĩnh mạch. Ngoài ra, nhiễm HBV còn có thể xảy ra trong các thủ thuật y khoa,

phẫu thuật, nha khoa, qua xăm trổ hoặc qua việc sử dụng dao cạo hoặc những dụng cụ tương tự có máu bị lây nhiễm với HBV.

Những đối tượng nào nên được sàng lọc:

- Những người bệnh đang điều trị hóa chất hoặc những liệu pháp gây suy giảm miễn dịch (do có nguy cơ tái hoạt động)
- Phụ nữ có thai
- Trẻ sơ sinh và trẻ em được sinh ra từ mẹ có vi rút viêm gan B (>9 tháng)
- Những người có biểu hiện của bệnh gan hoặc tăng men Alanine transaminase (ALT) / Alpha fetoprotein (AFP) mà không biết được nguyên nhân
- Các nhân viên y tế thực hiện các thủ thuật dùng vật sắc nhọn
- Bạn tình/ người tiếp xúc trong gia đình, quan hệ tình dục với người viêm gan vi rút B cấp hay mạn tính.
- Những người đã từng tiêm chích ma túy.
- Nam quan hệ đồng tính với nam
- Những người có nhiều bạn tình
- Những người đang hoặc đã từng trong môi trường nhà tù
- Những người nhiễm HIV hoặc viêm gan vi rút C hoặc cả hai.
- Những người bệnh đang lọc máu
- Những người làm nghề mại dâm

3. CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA VIÊM GAN VI RÚT B

Hầu hết mọi người đều không có triệu chứng gì trong giai đoạn nhiễm cấp tính. Tuy nhiên, một số người có biểu hiện bệnh cấp tính với các triệu chứng kéo dài vài tuần bao gồm:

- Vàng da, vàng mắt.
- Nước tiểu sẫm màu
- Cực kỳ mệt mỏi
- Buồn nôn/nôn
- Đau bụng

Một số nhỏ người bệnh bị viêm gan cấp tính có thể tiến triển đến suy gan và có thể dẫn đến tử vong. Ở một số người khác, HBV có thể gây viêm gan vi rút mạn tính sau đó dẫn đến xơ gan và ung thư gan.

Ai có nguy cơ bị viêm gan mạn tính?

Việc tiến triển đến viêm gan mạn tính phụ thuộc vào tuổi lúc mắc bệnh. Trẻ dưới 6 tuổi bị nhiễm vi rút viêm gan B dễ tiến triển đến viêm gan mạn tính nhất. Ở trẻ sơ sinh và trẻ em:

- + 80–90% trẻ sơ sinh bị nhiễm trong năm đầu tiên của cuộc đời sẽ tiến triển thành nhiễm trùng mạn tính.
- + 30–50% trẻ em nhiễm trước 6 tuổi sẽ phát triển thành nhiễm trùng mạn tính

Ở người lớn:

- + Ít hơn 5% ở những người khỏe mạnh tuổi sẽ phát triển thành nhiễm trùng mạn tính .
- + 20–30% những người trưởng thành nhiễm mạn tính sẽ tiến triển đến xơ gan và/hoặc ung thư gan.

4.CHẨN ĐOÁN

Nếu chỉ dựa vào các triệu chứng, không thể phân biệt được viêm gan do vi rút B với viêm gan do các vi rút khác. Vì vậy cần phải có xét nghiệm. Những xét nghiệm này dùng để chẩn đoán và theo dõi người viêm gan do vi rút B và có thể giúp phân biệt giữa viêm gan cấp tính với viêm gan mạn tính. Một số xét nghiệm có thể sẵn có tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe ban đầu, một số xét nghiệm cần được thực hiện tại tuyến chuyên khoa

- Viêm gan vi rút B cấp tính: có sự hiện diện của HBsAg và kháng thể immunoglobulin M (IgM) với kháng nguyên lõi của vi rút HBeAg. Kháng thể này là HBe-Ab IgM.

Bên cạnh đó, trong giai đoạn đầu của nhiễm vi rút, người bệnh còn có kháng nguyên HBeAg. Sự hiện diện của HBeAg thể hiện vi rút đang nhân lên và như vậy máu hay các dịch cơ thể của người bệnh viêm gan B lúc này có khả năng lây nhiễm rất cao

- Viêm gan vi rút B mạn tính được thể hiện bằng sự có mặt liên tục của HBsAg ít nhất 6 tháng (HBeAg có thể dương tính hoặc âm tính). Sự tồn tại lâu dài của HBsAg là một dấu ấn quan trọng của nguy cơ tiến triển đến bệnh gan mạn tính và ung thư gan sau này.

Ngoài ra, một số các xét nghiệm khác giúp xác định tình trạng miễn dịch liên quan đến vi rút viêm gan B.

Bảng 1. Giá trị của xét nghiệm huyết thanh của vi rút viêm gan B

HBsAg anti-HBc anti-HBs	Dương tính Dương tính Âm tính	Viêm gan vi rút B mạn tính
HBsAg anti-HBc anti-HBc IgM anti-HBs	Dương tính Dương tính Dương tính Âm tính	Viêm gan vi rút B cấp
HBsAg anti-HBc anti-HBs	Âm tính Âm tính Âm tính	Dễ cảm nhiễm với vi rút viêm gan B (nên được khuyến cáo tiêm phòng)
HBsAg anti-HBc anti-HBs	Âm tính Dương tính Dương tính	Miễn dịch sau khi đã hồi phục từ viêm gan vi rút B
HBsAg anti-HBc anti-HBs	Âm tính Âm tính Dương tính	Miễn dịch sau khi tiêm vắc xin
HBsAg anti-HBc	Âm tính Dương tính	Có nhiều khả năng: anti-HBc đã có từ lâu do nhiễm HBV đã hồi phục,

anti-HBs	Âm tính	Hồi phục từ viêm gan vi rút B cấp có anti-HBs âm tính; dương tính giả, HBV tiềm ẩn.
----------	---------	---

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Điều trị viêm gan vi rút B cấp

Không có điều trị đặc hiệu cho viêm gan vi rút B cấp. Vì vậy, mục tiêu điều trị là giúp người bệnh duy trì được sự thoải mái, dễ chịu và cân bằng đầy đủ dinh dưỡng, bù dịch đã mất từ nôn và tiêu chảy.

5.2. Điều trị viêm gan B mạn tính

Viêm gan vi rút B mạn tính có thể điều trị bằng thuốc kháng vi rút đường uống. Điều trị có thể làm chậm tiến triển đến xơ gan, giảm tần suất ung thư gan và cải thiện sự sống sót lâu dài.

TCYTTG khuyến cáo sử dụng thuốc uống là tenofovir hoặc entecavir cho đối tượng người lớn và trẻ em từ 2 đến 11 tuổi. Các thuốc này cần được chỉ định bởi các bác sĩ chuyên khoa viêm gan để tối ưu hóa hiệu quả điều trị cho các người bệnh.

Những thuốc này có các ưu điểm sau:

- khả năng ức chế vi rút cao. Những thuốc này hiếm khi bị kháng so với những thuốc khác
- Đơn giản: uống 1 viên/1 ngày vào 1 thời gian nhất định (được chọn dựa trên sự thuận tiện cho người bệnh)
- Ít tác dụng phụ nên việc theo dõi ít phức tạp

Tuy nhiên, các thuốc này không loại trừ được hẳn viêm gan do vi rút B mà nó chỉ ức chế sự nhân lên của vi rút. Chính vì vậy mà hầu hết người bệnh một khi đã khởi động điều trị thuốc kháng vi rút viêm gan vi rút B sẽ tiếp tục điều trị suốt đời.

6. QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN B TẠI CỘNG ĐỒNG

6.1. Bước 1: Xác định tình trạng viêm gan

Yêu cầu xét nghiệm HbsAg. Chuyển đến tuyến chuyên khoa làm tiếp xét nghiệm anti-HBs và anti-HBc để xác định tình trạng nhiễm, miễn dịch với tình trạng tiêm vắc xin hoặc nhiễm trùng đã qua hoặc nhiễm gần đây (cấp hoặc mạn). Nếu nghi ngờ viêm gan vi rút cấp tính thì cần yêu cầu làm thêm IgM anti-HBc.

6.2. Bước 2: Đánh giá một người bệnh có HBsAg dương tính

Xác định giai đoạn bệnh là rất quan trọng thông qua các xét nghiệm:

- HBeAg và anti-HBe
- Định lượng HBV DNA (thực hiện ở tuyến chuyên khoa)
- ALT, albumin, công thức máu, tỷ lệ prothrombin, INR, alpha fetoprotein (AFP)
- Khám lâm sàng
- Siêu âm gan

NGOÀI RA

- Thảo luận về đường lây truyền và các phòng tránh các vi rút lây truyền qua đường máu. Thảo luận khả năng phơi nhiễm với HAV.

Chuyển BN đến các tuyến chuyên khoa để xét nghiệm kiểm tra tình trạng nhiễm vi rút viêm gan A, C, D và HIV.

- Sàng lọc HBsAg ở những người trong gia đình và tiêm phòng nếu là đối tượng dễ cảm nhiễm. Chuyển họ đến tuyến chuyên khoa để làm anti-HBs và anti-HBc trước khi tiêm phòng vắc xin.

6.3. Bước 3: Theo dõi viêm gan vi rút B mạn tại cộng đồng

6.3.1. Theo dõi tiến triển của bệnh

Những bệnh nhân được bác sĩ chuyên khoa kết luận chưa đủ tiêu chuẩn điều trị thuốc kháng vi rút nên được theo dõi ALT, AST, Bilirubin, albumin một năm 1 lần.

Nếu phát hiện bất thường, cần chuyển đến tuyến chuyên khoa.

Ở bệnh nhân đang được điều trị thuốc kháng vi rút, các xét nghiệm này nên làm 3-6 tháng 1 lần. Phối hợp với tuyến chuyên khoa để chuyển gửi làm các xét nghiệm HBV-DNA, HBeAg, Anti-HBe khi có chỉ định.

Theo dõi và tư vấn tuân thủ điều trị

Chưa cần điều trị:

- * **ALT bình thường:** Không có bằng chứng về lợi ích điều trị ở những người bệnh này, dù tải lượng vi rút hoặc HBeAg như thế nào. Tuy nhiên, người bệnh vẫn có nguy cơ bị ung thư gan hoặc viêm gan bùng phát nên cần được theo dõi và sàng lọc thường xuyên, ngoại trừ những người bệnh có xơ gan hoặc đang dùng hóa trị liệu điều trị ung thư gan (được đề cập dưới đây).
- * **ALT tăng (>2 lần ngưỡng bình thường), tải lượng vi rút thấp hoặc dưới ngưỡng phát hiện, HBeAg(-):** Tổn thương gan ở những người bệnh này không do vi rút viêm gan B. Cần đánh giá thêm các yếu tố khác gây tăng men gan, ví dụ nhiễm viêm gan C, gan nhiễm mỡ, sử dụng thuốc hoặc lạm dụng rượu.

Cần điều trị:

- * **ALT tăng (>2 lần ngưỡng bình thường), tải lượng vi rút cao (>20.000 IU/ml), HBeAg(+):** Người bệnh có dấu hiệu tổn thương gan và vi rút đang hoạt động. Cần điều trị.
- * **ALT tăng (>2 lần ngưỡng bình thường), tải lượng vi rút cao (>20.000 IU/ml), HBeAg(-):** Người bệnh có dấu hiệu tổn thương gan do chủng vi rút đột biến gây ra nên không sinh ra HBeAg. Nên dùng thuốc điều trị.
- * **Xơ gan (còn bù hoặc mất bù) ALT bình thường hoặc tăng, tải lượng vi rút trên mức phát hiện được:** Nên dùng thuốc điều trị viêm gan B cho người bệnh có xơ gan còn bù hoặc mất bù bằng thuốc kháng vi rút, bất kể HBeAg dương tính hay âm tính.
- * **Người bệnh dùng thuốc ức chế miễn dịch hoặc hóa trị điều trị ung thư:** Hệ miễn dịch bị ức chế khi dùng hóa trị điều trị ung thư có thể gây ra bùng phát viêm gan B tối cấp hoặc tử vong. Vì vậy, người bệnh HbsAg(+) đang điều trị hóa trị cần dùng kháng vi rút để dự phòng viêm gan bùng phát, bất kể ALT, tải lượng vi rút hay HBeAg như thế nào.

Đáp ứng điều trị tốt

- Ước chế vi rút bền vững: tải lượng vi rút giảm nhiều hoặc xuống dưới mức phát hiện
- ALT giảm về mức bình thường
- Chuyển đảo huyết thanh HBeAg: HBeAg về âm tính, tạo anti-HBe
- Cải thiện tình trạng viêm gan hoặc xơ hóa gan
- Giảm nguy cơ ung thư gan

6.3.2. Theo dõi độc tính của thuốc

- Đánh giá chức năng thận trước khi điều trị cho tất cả các người bệnh
- Theo dõi chức năng thận hàng năm cho những người sử dụng tenofovir và entecavir kéo dài
- Theo dõi sự phát triển của trẻ em

6.3.3. Theo dõi ung thư gan do HBV

Sàng lọc ung thư gan định kỳ bằng siêu âm bụng và xét nghiệm alpha-fetoprotein 6 tháng một lần cho:

- Những người bệnh xơ gan bất kể tuổi tác và các yếu tố nguy cơ khác.
- Người mà trong gia đình có người bị ung thư
- Người trên 40 tuổi mà không có bằng chứng của xơ gan và có HBV DNA cao trên 2000 IU/mL (nếu có điều kiện xét nghiệm)

7. PHÒNG BỆNH

7.1. Phòng bệnh chủ động

Vắc xin viêm gan B là biện pháp chính để phòng bệnh viêm gan vi rút B. Vắc xin sẵn có từ năm 1982. Hoàn thành đầy đủ liệu trình vắc xin sẽ tạo ra nồng độ kháng thể có hiệu quả đến 95% trong phòng nhiễm vi rút, tiến triển đến mạn tính và ung thư gan do viêm gan vi rút B. Sự bảo vệ này có thể kéo dài ít nhất 20 năm và có thể kéo dài đến suốt đời. Do vậy, TCYTTG không khuyến cáo sử dụng liều củng cố nếu đã tiêm phòng đầy đủ theo liệu trình 3 mũi.

TCYTTG khuyến cáo tất cả trẻ sơ sinh cần được tiêm vắc xin viêm gan B càng sớm càng tốt sau sinh, tốt nhất là trong 24 giờ đầu. Liều thứ hai và thứ 3 được tiêm cùng liều thứ nhất và liều thứ 3 của vắc xin bạch hầu, ho gà, uốn ván.

Tất cả trẻ em và trẻ vị thành niên dưới 19 tuổi, trước đây chưa được tiêm phòng cũng nên được tiêm vắc xin viêm gan B.

Những người trong nhóm có nguy cơ cao bị viêm gan vi rút B cũng nên được tiêm phòng bao gồm:

- Người thường xuyên nhận máu và các chế phẩm của máu, những bệnh nhân lọc máu chu kỳ, người được ghép các tạng đặc
- Người sống trong tù
- Người sử dụng ma túy
- Người sống trong cùng hộ gia đình hoặc có quan hệ tình dục với người viêm gan B mạn tính

- Người có nhiều bạn tình
- Nhân viên y tế và những người có tiếp xúc với máu và các sản phẩm của máu trong công việc hàng ngày của họ.
- Những người đi du lịch chưa hoàn thành liệu trình tiêm vắc xin trước khi đi vào những vùng dịch tễ có tỷ lệ mắc bệnh cao.

7.2. Phòng bệnh thụ động

- Thực hiện các chiến lược an toàn truyền máu bao gồm sàng lọc tốt máu và các chế phẩm của máu
- Tiêm truyền an toàn: loại bỏ việc tiêm truyền không cần thiết và không an toàn
- Quan hệ tình dục an toàn: giảm số lượng bạn tình, sử dụng bao cao su

7.3. Phòng lây truyền viêm gan vi rút B từ mẹ sang con

Cần tư vấn làm xét nghiệm HBsAg cho tất cả các phụ nữ có thai hoặc đang trong độ tuổi sinh đẻ.

Nếu phụ nữ mang thai có HbsAg(+), cần được chuyển đến tuyến chuyên khoa để xét nghiệm tải lượng vi rút và chỉ định điều trị dự phòng thuốc kháng vi rút và tư vấn tiêm vắc xin và globulin miễn dịch cho trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2014). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B.
2. WHO (2015). "*Guidelines for the prevention, care and treatment of persons living with chronic hepatitis B infection*".

E. BỆNH GIANG MAI

Mục tiêu:

1. Trình bày được đặc điểm dịch tễ học của bệnh giang mai
2. Trình bày được chẩn đoán bệnh giang mai
3. Trình bày được các phác đồ điều trị bệnh giang mai

Bệnh giang mai là bệnh lây truyền qua đường tình dục có thể gây ra những vấn đề nghiêm trọng về sức khỏe nếu không được điều trị kịp thời. Tuy nhiên, chữa đúng cách và dứt điểm cũng thật đơn giản. Bệnh giang mai được chia thành nhiều giai đoạn (giai đoạn nguyên phát, giai đoạn thứ phát, giai đoạn âm ỉ và giai đoạn tam phát) với các dấu hiệu và triệu chứng khác nhau ở từng giai đoạn.

1. DỊCH TỄ HỌC

1.1. Căn nguyên gây bệnh

- Bệnh do xoắn khuẩn *Treponema pallidum*, hình lò xo có từ 6-14 vòng xoắn, đường kính không quá 0,5P, dài từ 6- 15P.
- Xoắn khuẩn có thể có 3 kiểu di động: di động theo trục dọc giúp xoắn khuẩn tiến hoặc lùi, di động qua lại như quả lắc đồng hồ và di động lượn sóng. - Xoắn khuẩn giang mai rất yếu, ra ngoài cơ thể chỉ sống được vài giờ, chết nhanh chóng ở nơi khô; ở nơi ẩm ướt có thể sống được hai ngày. Nó có thể sống rất lâu ở nhiệt độ lạnh. Ở 56o C xoắn khuẩn chết trong vòng 15 phút. Nhiệt độ thích hợp cho xoắn khuẩn phát triển là 37o C.
- Xà phòng và các chất sát khuẩn có thể diệt được xoắn khuẩn trong vài phút.

1.2. Đường lây

- Bệnh giang mai có thể lây khi tiếp xúc trực tiếp với vết loét giang mai trong lúc quan hệ tình dục qua âm đạo, hậu môn hay miệng. Vết loét có thể xuất hiện quanh dương vật, âm đạo, hậu môn hoặc trực tràng, môi hoặc miệng.
- Lây gián tiếp qua các đồ dùng, vật dụng bị nhiễm xoắn trùng hoặc lây qua các vết xước trên da-niêm mạc khi thầy thuốc tiếp xúc mà không có bảo hộ
- Lây do truyền máu hoặc tiêm chích bơm kim tiêm không vô khuẩn
- Người mẹ bị giang mai có thể lây truyền bệnh sang thai nhi

2. CHẨN ĐOÁN

2.1. Khai thác bệnh sử

Khai thác tiền sử sinh hoạt tình dục và các yếu tố nguy cơ là quan trọng khi cân nhắc chẩn đoán giang mai. Những người có nguy cơ cao mắc giang mai bao gồm:

- Những người có quan hệ tình dục với người bị mắc bệnh
- Nam quan hệ tình dục đồng giới
- Người nhiễm HIV hoặc có các nhiễm trùng qua đường tình dục khác
- Người có nhiều bạn tình
- Phụ nữ mại dâm
- Người sử dụng ma túy
- Phụ nữ có thai bị giang mai có nguy cơ lây truyền qua nhau thai cho phôi thai

Một điều rất quan trọng là hãy tìm hiểu xem người bệnh có tiền sử bị bệnh giang mai hay không và những điều trị trong quá khứ. Điều này có thể cho phép xác định giai đoạn của nhiễm trùng

2.2. Khám lâm sàng

Khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng của bệnh giang mai ở người lớn khác nhau qua từng giai đoạn:

2.2.1. Giai đoạn nguyên phát

- Có một vết loét hoặc nhiều vết loét. Vết loét là nơi bệnh giang mai đi vào cơ thể.
- Vết loét thường cứng, tròn và không đau nên người bệnh có thể không chú ý.
- Vết loét kéo dài từ 3 đến 6 tuần và tự lành bất kể có được điều trị hay không.
Tuy nhiên, ngay cả khi vết loét đã khỏi, vẫn cần phải tiếp tục điều trị để giúp ngăn chặn bệnh chuyển tiếp sang giai đoạn thứ phát.

2.2.2. Giai đoạn thứ phát

- Phát ban da và/hoặc tổn thương vùng màng nhầy niêm mạc.
- Các tổn thương vùng màng nhầy niêm mạc chính là các vết loét vùng miệng, âm đạo hoặc hậu môn.
- Giai đoạn này thường khởi đầu bằng các phát ban tại một hoặc nhiều vùng trên cơ thể. Ban có thể nổi lên khi vết loét nguyên phát đang lành dần hoặc vài tuần sau khi vết loét đã lành. Ban nổi lên trông giống như những đốm gồ gề, đỏ hay nâu đỏ trên lòng bàn tay và/hoặc dưới bàn chân.
- Ban thường không ngứa và đôi khi khá mờ
- Các triệu chứng khác: sốt, sưng tuyến hạch, đau họng, rụng tóc, nhức đầu, sụt cân, đau cơ, và mệt mỏi

- Những triệu chứng từ giai đoạn này sẽ biến mất dù bạn có chữa trị hay không. Tuy nhiên, nếu không chữa trị đúng cách, bệnh sẽ chuyển sang giai đoạn giang mai âm ỉ và có thể là tam phát.

Ban thứ phát do giang mai trên phần thân.

2.2.3. Giai đoạn âm ỉ

Đây là khoảng thời gian bệnh không có bất kỳ dấu hiệu hay triệu chứng hữu hình nào.

Nếu không được chữa trị, người bệnh có thể tiếp tục mang bệnh giang mai trong cơ thể nhiều năm mà không có dấu hiệu hay triệu chứng nào.

2.2.4. Giai đoạn Tam phát

Phần lớn người bị giang mai không chữa trị đều không bị giang mai giai đoạn tam phát. Tuy nhiên, khi đã bị giai đoạn tam phát, nhiều cơ quan khác nhau trên cơ thể có thể sẽ bị tác động. Có thể kể đến như tim, tế bào máu, não và hệ thần kinh. Giang mai tam phát rất nghiêm trọng, sẽ xuất hiện trong vòng từ 10 đến 30 năm sau khi bị lây nhiễm. Ở giai đoạn tam phát, bệnh sẽ gây tổn thương các cơ quan và có thể dẫn đến tử vong.

2.3. Xét nghiệm

2.3.1. Soi kính hiển vi nền đen bệnh phẩm ở chỗ tổn thương thấy xoắn khuẩn giang mai dưới dạng lò xo, di động hoặc nhuộm thẩm bạc FontanaTribondeau

2.3.2. Các phản ứng huyết thanh

- Các phản ứng huyết thanh Phản ứng không đặc hiệu: kháng thể là một kháng thể kháng lipít không đặc hiệu có tên là reagin: RPR (Rapid Plasma Reagin), VDRL (Venereal Disease Research Laboratory). Các phản ứng này có ưu điểm là:
 - + Phản ứng dương tính sớm
 - + Kỹ thuật đơn giản nên có thể sử dụng để sàng lọc, khám sức khỏe hàng loạt
 - + Có giá trị chẩn đoán
- Các phản ứng đặc hiệu: kháng nguyên là xoắn khuẩn gây bệnh giang mai, kháng thể đặc hiệu:
 - + TPI (Treponema Pallidum Immobilisation's Test): phản ứng bất động xoắn khuẩn;
 - + FTA (Fluorescent Treponema Antibody's Test): phản ứng miễn dịch huỳnh quang có triệt hút;
 - + FTA-ABS (Fluorescent Treponema Antibody Absortion's Test),
 - + TPHA (Treponema Pallidum Hemagglutination's Assay).
- Trong những trường hợp khẩn cấp
 - + PCR giang mai (bệnh phẩm lấy trực tiếp từ các vết loét)
 - + Point of care testing: hoặc kháng thể đặc hiệu hoặc phối hợp kháng thể đặc hiệu và không đặc hiệu với giang mai

2.3.3. Các xét nghiệm khác cần cân nhắc

- Chọc dịch não tủy, phân tích dịch não tủy
- Chụp Xquang phổi
- Siêu âm tim
- CT/MRI não
- HIV
- Siêu âm thai

- Công thức máu
- Siêu âm sọ não
- Chụp Xquang các xương dài
- Xét nghiệm chức năng gan
- Evoked auditory potentials
- Audiometry

3. ĐIỀU TRỊ GIANG MAI

3.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị sớm và đủ liều để khỏi bệnh, ngăn chặn lây lan, đề phòng tái phát và di chứng.
- Điều trị đồng thời cho cả bạn tình của người bệnh.
- Penicillin được ưu tiên lựa chọn vì các lý do:
 - Chưa thấy tình trạng xoắn khuẩn giang mai kháng penicillin
 - Penicillin có tác dụng diệt xoắn khuẩn: tác dụng này chủ yếu xảy ra trong giai đoạn xoắn khuẩn sinh sản, phân chia.
 - Chu kỳ sinh sản của xoắn khuẩn là 30-33 giờ/lần. Ở giang mai sớm, xoắn khuẩn càng sinh sản và phát triển mạnh thì tác dụng của penicillin càng cao. Ngược lại, ở giang mai muộn, nhịp độ sinh sản và phát triển của xoắn khuẩn chậm thì dùng penicillin càng kém hiệu quả. Do vậy, cần kéo dài thời gian dùng penicillin hơn.
 - Nồng độ ức chế tối thiểu là 0,03 đơn vị/ml huyết thanh. Nhưng nồng độ điều trị phải là 0,07- 0,2 đơn vị/ml huyết thanh. Nồng độ cao của penicillin không những có tác dụng diệt xoắn khuẩn mà còn ức chế sự sinh sản của xoắn khuẩn nên chỉ loại penicillin chậm là thích hợp nhất.

3.2. Điều trị cho người bệnh mới mắc

Người lớn nhiễm trùng sớm hoặc có quan hệ tình dục với người được khẳng định là bị bệnh giang mai

- Phác đồ ưu tiên: Benzathine Penicillin G 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp liều duy nhất
- Phác đồ thay thế: nếu BN dị ứng với penicillin và không mang thai: doxycycline 100mg 1 lần/ngày x 2 lần/ngày; thời gian điều trị 14 ngày

3.3. Điều trị giang mai cấp tính - giang mai ở người lớn chưa có biến chứng thần kinh

3.3.1. Người bệnh không dị ứng với penicillin

- Benzathine Penicillin G : giang mai tiên phát, thứ phát/giai đoạn sớm của giang mai âm i : 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp liều duy nhất. Có thể chia đôi liều tiêm vào 2 vị trí khác nhau
- Nếu phụ nữ có thai ở 3 tháng cuối mắc giang mai ở giai đoạn sớm, cần nhắc lặp lại 1 liều thứ 2 trong 1 tuần
- Giang mai muộn của giai đoạn âm i/giai đoạn tam phát/gôm giang mai/ giang mai tim: 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp 1 lần/1 tuần x 3 tuần,
Bệnh lý tim mạch không cải thiện với điều trị giang mai nên cần hội chẩn với bác sĩ tim mạch

3.3.2. Người bệnh dị ứng với penicillin và không mang thai

Doxycycline 100 mg x 2 lần/ngày

- Thời gian điều trị 14 ngày với giang mai tiên phát, thứ phát/giai đoạn sớm của giang mai âm i

- Thời gian điều trị 28 ngày với Giang mai muộn của giai đoạn âm i/giai đoạn tam phát/gôm giang mai/ giang mai tim

3.3.3. Người bệnh dị ứng với penicillin và mang thai

- Giải mẫn cảm với Penicillin: nên được thực hiện trong bệnh viện
- Tiêm bắp benzathine penicillin sau khi giải mẫn cảm thành công

3.4. Người lớn bị giang mai có biến chứng thần kinh

3.4.1. Người bệnh không dị ứng với penicillin

- Điều trị ưu tiên:
Dung dịch penicillin G : 18-24 triệu đơn vị/ngày tiêm TM, chia đều ra tiêm các liều mỗi 4 giờ (hoặc truyền liên tục trong 24 h)
Thời gian điều trị 10-14 ngày
- Hoặc (điều trị thay thế)
Penicillin G procaine : 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp ngày 1 lần và probenecid 500mg uống ngày 4 lần
Thời gian điều trị 10-14 ngày

3.4.2. Người bệnh dị ứng với penicillin

Phác đồ ưu tiên

- Giải mẫn cảm
- Sau giải mẫn cảm thành công: Dung dịch penicillin G : 18-24 triệu đơn vị/ngày tiêm TM, chia đều ra tiêm các liều mỗi 4 giờ (hoặc truyền liên tục trong 24 h)
Hoặc
Penicillin G procaine : 2,4 triệu đơn vị tiêm bắp ngày 1 lần và probenecid 500mg uống ngày 4 lần
Thời gian điều trị 10-14 ngày
- Phác đồ thay thế:** Doxycycline 200 mg x 2 lần/ngày , thời gian điều trị 28 ngày

3.5. Giang mai bẩm sinh

3.5.1. Phác đồ ưu tiên

- Tiêm TM Penicillin G hoặc tiêm bắp procain Penicillin G
- Dung dịch Penicillin G: 100 000 đến 150 000 đơn vị/kg/ngày tiêm TM, tiêm 50 000 đơn vị/kg/liều mỗi 12 giờ trong 7 ngày đầu và sau đó mỗi 8 giờ
Hoặc
Penicillin G procaine 50 000 đơn vị/kg tiêm bắp ngày 1 lần
- Thời gian điều trị: 10 ngày

3.5.2. Phác đồ hàng 2

Benzathine Penicillin G: 50 000 đơn vị/kg tiêm bắp liều duy nhất

Được khuyến cáo nếu xét nghiệm giang mai không đặc hiệu không đáp ứng và nguy cơ nhiễm thấp

4. PHÒNG BỆNH GIANG MAI

4.1. Dự phòng tiên phát

- Quan hệ tình dục có bảo vệ bằng bao cao su giảm nguy cơ giang mai mắc phải
- Chương trình quốc gia sàng lọc giang mai ở những người cho máu và phụ nữ có thai để điều trị để tránh lây truyền mẹ con
- Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên mở đã cho thấy 1 liều doxycycline sau phơi nhiễm cho đối tượng nam quan hệ đồng giới cho thấy giảm nguy cơ mắc bệnh giang mai.

4.2. Dự phòng thứ phát

Tất cả các người bệnh mắc bệnh giang mai nên được sàng lọc chlamydia, lậu và các vi rút lây truyền qua đường máu như viêm gan vi rút B,C.

Tất cả các người bệnh giang mai nên được xét nghiệm HIV vì giang mai thúc đẩy nguy cơ nhiễm HIV

Tất cả các người bệnh giang mai nên được cung cấp vắc xin viêm gan B

Quan hệ tình dục với BN được khẳng định giang mai cũng nên được sàng lọc và cung cấp điều trị dự đoán nếu khó theo dõi họ.

Đẩy mạnh các dịch vụ cho các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục có vai trò quan trọng

Điều trị dự phòng khi quan hệ tình dục với người bị bệnh giang mai:

- ✓ Người phơi nhiễm trong vòng 90 ngày trước khi chẩn đoán giang mai tiên phát, thứ phát, giai đoạn sớm của giang mai âm ỉ của bạn tình nên được điều trị giả định dựa trên cơ sở là họ có thể bị lây bệnh mặc dù phản ứng huyết thanh âm tính. Ước tính 30-60% bạn tình của người mắc giang mai giai đoạn sớm sẽ phát triển nhiễm trùng
- ✓ Người phơi nhiễm trong vòng 90 ngày trước khi chẩn đoán giang mai tiên phát, thứ phát, giai đoạn sớm của giang mai âm ỉ của bạn tình nên được điều trị giả định nếu huyết thanh chẩn đoán giang mai không sẵn có ngay lập tức và nếu việc theo dõi BN gặp khó khăn
- ✓ Điều trị cho bạn tình lâu dài của BN bị giang mai âm ỉ phụ thuộc vào đánh giá lâm sàng và kết quả phản ứng huyết thanh.

Các khoảng cách thời gian có nguy cơ:

Đối với giang mai tiên phát: thời gian phơi nhiễm 3 tháng trước điều trị cộng với thời gian kéo dài của các triệu chứng.

Đối với giang mai thứ phát: 6 tháng + thời gian kéo dài của các triệu chứng

Đối với giai đoạn sớm của giang mai âm ỉ: 1 năm

Việc xác định và điều trị giang mai nên được coi là một cơ hội để củng cố ý thức tình dục an toàn, khuyến khích sử dụng bao cao su và nhấn mạnh những ảnh hưởng về mặt sức khỏe liên quan đến các hành vi nguy cơ cao như sử dụng ma túy

F. NHIỄM HIV

Mục tiêu:

1. Trình bày được nguy cơ nhiễm HIV, cách thức lây truyền HIV
2. Cập nhật được một số điểm mới trong hướng dẫn điều trị ARV của Bộ Y tế năm 2017
3. Cập nhật được biện pháp dự phòng trước và sau phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV

1. CÁCH LÂY TRUYỀN CỦA HIV

1.1. Đường máu: truyền máu (90%), sử dụng ma túy tĩnh mạch (0,67%), phơi nhiễm nghề nghiệp do bị kim đâm (0,3%).

1.2. Quan hệ tình dục

- Ước tính nguy cơ nhiễm HIV cho 1 lần phơi nhiễm với nguồn HIV dương tính:
- Quan hệ tình dục qua hậu môn tiếp nhận: 0,5%
- Quan hệ tình dục qua âm đạo tiếp nhận: 0,1%
- Quan hệ tình dục qua hậu môn xâm nhập: 0,065%
- Quan hệ tình dục qua âm đạo xâm nhập: 0,05%
- Quan hệ tình dục qua miệng tiếp nhận: 0,01%
- Quan hệ tình dục qua miệng xâm nhập: 0,005%

1.3. Lây truyền từ mẹ sang con

Trong bào thai, chu sinh, sữa mẹ (25 - 35% nếu không điều trị dự phòng với ARV). Nguy cơ lây truyền cao khi người bệnh nguồn có nồng độ vi rút cao, CD4 < 200/mm³. Lây truyền mẹ-con tăng khi chuyển dạ kéo dài, đẻ non, viêm màng ối. Tuy nhiên, nếu bà mẹ được điều trị thuốc ARV, nguy cơ lây truyền giảm xuống còn 0-10%.

2. CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ ARV

2.1. Cập nhật chẩn đoán sớm nhiễm HIV trẻ em

- Hệ thống các tình huống có thể gặp trong quá trình thực hành lâm sàng khi tiếp nhận, chẩn đoán và xử trí sau chẩn đoán ở trẻ phơi nhiễm với HIV.
- Cập nhật về thời điểm xét nghiệm làm kháng thể kháng HIV ở trẻ em theo khuyến cáo của WHO 2017

2.2. Tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV

Tất cả các BN được chẩn đoán xác định HIV dương tính, bất kể giai đoạn lâm sàng và CD4

2.3. Theo dõi điều trị:

2.3.1. Vai trò của CD4 và tải lượng HIV trong theo dõi điều trị

- ✓ Xét nghiệm tải lượng HIV thường quy trong theo dõi điều trị ARV
- ✓ XN CD4:
 - 1) Ban đầu để quyết định điều trị dự phòng nhiễm trùng cơ hội;
 - 2) Nghi ngờ thất bại điều trị và thất bại điều trị;
 - 3) Theo dõi thường quy khi: a) Không tiếp cận được với XN tải lượng HIV thường quy; b) Người bệnh điều trị ARV chưa ổn định;
- ✓ Tăng cường tuân thủ điều trị và chẩn đoán thất bại điều trị
 - Tải lượng HIV là XN khẳng định việc thất bại điều trị.
 - Vẫn giữ ngưỡng tải lượng HIV ≥ 1000 bản sao/ml trong việc quyết định thất bại điều trị.
 - Bổ sung ngưỡng tải lượng HIV ≥ 200 bản sao/ml: thực hiện tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị
 - Bổ sung nội dung về tư vấn tăng cường tuân thủ điều trị

2.3.2. Điều trị ARV ổn định

- ✓ Điều trị ARV ít nhất 1 năm
- ✓ Không bị bệnh nhiễm trùng cơ hội và các bệnh lý khác
- ✓ Hiểu được sự cần thiết của tuân thủ điều trị lâu dài
- ✓ Có tải lượng HIV 2 lần dưới ngưỡng ức chế.
- ✓ Không mang thai hoặc không đang cho con bú;

2.4. Điều trị bệnh nhiễm trùng cơ hội

Phối hợp giữa tiếp cận theo hội chứng và ca bệnh: Bổ sung xử trí một số hội chứng thường gặp như hội chứng sốt kéo dài, hội chứng nuốt đau, hô hấp, nuốt đau, tiêu chảy mạn tính, hạch to, thiếu máu, da và niêm mạc, suy mòn.

2.5. Bổ sung điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

- Đối tượng sử dụng
- Quy trình thực hiện

- Thuốc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm (TDF+3TC)

2.6. Cập nhật tiêu chuẩn ngừng dự phòng bệnh NTCH bằng thuốc Cotrimoxazole khi có kết quả của tải lượng HIV

2.7. Quản lí các bệnh đồng nhiễm và các bệnh không lây nhiễm ở người nhiễm HIV

2.8. Cung cấp dịch vụ

Theo tình trạng bệnh:

- Người bệnh điều trị ARV chưa ổn định: định kỳ hằng tháng hoặc sớm hơn
- Người bệnh điều trị ARV ổn định: có thể cấp thuốc đủ dùng trong 3 tháng

2.9. Bổ sung chẩn đoán và điều trị người bệnh đồng nhiễm viêm gan vi rút C/HIV

Các phác đồ điều trị và các thuốc điều trị viêm gan vi rút C: Theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút C (Quyết định số 5012 QĐ/BYT năm 2016)

3. CÁC BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG TRƯỚC VÀ SAU PHƠI NHIỄM HIV

3.1. Dự phòng sau phơi nhiễm với HIV

3.1.1. Dự phòng phơi nhiễm với HIV trong môi trường nghề nghiệp

Phơi nhiễm với HIV trong môi trường nghề nghiệp được xác định khi tiếp xúc trực tiếp với máu hoặc các dịch cơ thể của người nhiễm hoặc nghi ngờ nhiễm HIV dẫn đến nguy cơ lây nhiễm HIV trong quá trình tác nghiệp.

Các dạng phơi nhiễm:

- Kim đâm khi làm thủ thuật tiêm truyền, lấy máu làm xét nghiệm, chọc dò ...
- Vết thương do dao mổ và các dụng cụ sắc nhọn khác có dính máu hoặc dịch cơ thể của người bệnh.
- Tổn thương qua da do ống đựng máu hoặc dịch của người bệnh bị vỡ đâm vào.
- Máu, chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da bị tổn thương (chàm, bỏng, viêm loét từ trước) hoặc niêm mạc (mắt, mũi, họng).
- Phơi nhiễm với máu có HIV do bị người khác dùng kim tiêm chứa máu đâm vào hoặc trong khi làm nhiệm vụ đuổi bắt tội phạm v.v...

Quy trình xử trí sau phơi nhiễm:

Bước 1: Xử lí vết thương tại chỗ

- Tổn thương da chảy máu: Rửa ngay vết thương dưới vòi nước. Để vết thương tự chảy máu trong một thời gian ngắn, không nặn bóp vết thương. Rửa kỹ bằng xà phòng và nước sạch.
- Phơi nhiễm qua niêm mạc mắt: Rửa mắt bằng nước cất hoặc nước muối NaCl 0,9% liên tục trong 5 phút. Dùng vòi rửa mắt khẩn cấp nếu có (thường được trang bị trong các phòng xét nghiệm khẳng định)
- Phơi nhiễm qua niêm mạc miệng, mũi: Rửa mũi bằng nước cất hoặc dung dịch NaCl 0,9 %, súc miệng bằng dung dịch NaCl 0,9 % nhiều lần.

Bước 2: Báo cáo người phụ trách và làm biên bản

Nêu rõ ngày giờ, hoàn cảnh xảy ra, đánh giá vết thương, mức độ nguy cơ của phơi nhiễm. Lây chữ ký của người chứng kiến và chữ ký của người phụ trách.

Bước 3: Đánh giá nguy cơ phơi nhiễm

- Có nguy cơ: Tổn thương do kim có chứa máu đâm xuyên qua da gây chảy máu; nếu là kim nòng rỗng cỡ to, chứa nhiều máu, đâm sâu thì nguy cơ cao hơn là kim nòng nhỏ, chứa ít máu và đâm xuyên nông. Hoặc tổn thương da sâu do dao mổ hoặc các ống nghiệm chứa máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bị vỡ đâm phải. Máu và chất dịch cơ thể của người bệnh bắn vào các vùng da, niêm mạc bị tổn thương viêm loét hoặc xây sát từ trước (ngay cả khi không biết có bị viêm loét hay không). Nếu viêm loét hoặc xây sát rộng thì nguy cơ cao hơn.
- Không có nguy cơ: Máu và dịch cơ thể của người bệnh bắn vào vùng da lành.

Bước 4: Xác định tình trạng HIV của người gây phơi nhiễm

Người gây phơi nhiễm có xét nghiệm HIV dương tính: Tìm hiểu các thông tin về tiền sử điều trị HIV và đáp ứng đối với thuốc ARV.

Người gây phơi nhiễm không rõ tình trạng HIV: Tư vấn và lấy máu xét nghiệm HIV cho họ.

- Trường hợp không thể xác định được tình trạng nhiễm HIV của người gây phơi nhiễm được coi là có nguy cơ và ghi rõ trong biên bản.

Bước 5: Xác định tình trạng HIV của người bị phơi nhiễm

- Tư vấn trước và sau khi xét nghiệm HIV theo quy định.
- Nếu kết quả xét nghiệm HIV dương tính ngay sau khi phơi nhiễm chứng tỏ người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV từ trước, không phải do phơi nhiễm. Dùng sử dụng thuốc ARV cho dự phòng sau phơi nhiễm. Tư vấn, chuyển người bị phơi nhiễm đến cơ sở điều trị HIV để được điều trị.

Bước 6: Tư vấn cho người bị phơi nhiễm

- Nguy cơ nhiễm HIV và vi rút viêm gan B, C
- Người bị phơi nhiễm cần được cung cấp các thông tin và được tư vấn thích hợp về dự phòng phơi nhiễm bằng thuốc ARV, lợi ích và nguy cơ của việc dự phòng.
- Giải thích các tác dụng phụ của thuốc ARV và triệu chứng của nhiễm HIV tiên phát: sốt, phát ban, buồn nôn hoặc nôn, thiếu máu, nổi hạch v.v...
- Tư vấn về dự phòng lây nhiễm HIV cho người khác: người bị phơi nhiễm có thể làm lây truyền HIV cho người khác dù xét nghiệm HIV âm tính (thời kỳ cửa sổ), vì vậy cần phải thực hiện các biện pháp dự phòng lây nhiễm.
- Tư vấn tuân thủ điều trị và hỗ trợ tâm lý.

Bước 7: Điều trị dự phòng bằng ARV

3.1.2. Dự phòng phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp

Phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp là những trường hợp phơi nhiễm với máu, dịch cơ thể có khả năng làm lây nhiễm HIV không liên quan đến nghề nghiệp.

3.1.2.1. Các tình huống phơi nhiễm ngoài môi trường nghề nghiệp

- Phơi nhiễm qua quan hệ tình dục do không sử dụng bao cao su hoặc bao cao su bị vỡ, rách hoặc bị cưỡng dâm.
- Sử dụng chung bơm kim tiêm đối với người nghiện chích ma túy.
- Vết thương do đâm phải kim hoặc các vật sắc nhọn vút ra các khu vực công cộng và có dính máu nhìn thấy được.
- Vết thương do người nghi nhiễm HIV cắn gây chảy máu.

3.1.2.2. Các yếu tố cần đánh giá và xử trí đối với người có khả năng bị phơi nhiễm với HIV ngoài môi trường nghề nghiệp

- Tình trạng nhiễm HIV của người bị phơi nhiễm.
- Phạm vi, tần suất và thời gian có nguy cơ phơi nhiễm. Cố gắng tìm hiểu tình trạng nhiễm HIV của nguồn lây nhiễm.
- Tư vấn trước xét nghiệm HIV.
- Xét nghiệm vi rút viêm gan B, C; xét nghiệm đánh giá tình trạng mang thai.

3.1.2.3. Đánh giá tình trạng HIV của người gây phơi nhiễm

Xét nghiệm HIV cho người gây phơi nhiễm nếu chưa biết tình trạng nhiễm HIV. Nếu người gây phơi nhiễm có kết quả khẳng định nhiễm HIV: tư vấn và tiến hành dự phòng sau phơi nhiễm cho người bị phơi nhiễm với HIV.

Có thể bắt đầu dự phòng sau phơi nhiễm đối với các trường hợp:

- Người gây phơi nhiễm có nguy cơ nhiễm HIV cao như người nghiện chích ma túy, nam quan hệ tình dục với nam, phụ nữ bán dâm;
- Không xác định được tình trạng nhiễm HIV của người gây phơi nhiễm;

Dừng dự phòng sau phơi nhiễm nếu xác định người gây phơi nhiễm không nhiễm HIV.

Phơi nhiễm do bị cưỡng dâm, cần tiến hành dự phòng sau phơi nhiễm sau khi đánh giá nguy cơ và tư vấn cho người bị phơi nhiễm.

3.1.3. Điều trị dự phòng bằng ARV cho người bị phơi nhiễm với HIV

3.1.3.1. Chỉ định

Phơi nhiễm đường niêm mạc hoặc đường máu (phơi nhiễm đường tình dục, bắn vào mắt, mũi hoặc miệng) với các dịch cơ thể có nguy cơ gây lây nhiễm HIV như máu, nước bọt dính máu, sữa mẹ, dịch tiết sinh dục, dịch não tủy, dịch ối, dịch trực tràng, dịch màng bụng, dịch khớp, dịch màng ngoài tim hoặc dịch màng phổi.

Dự phòng sau phơi nhiễm nên được bắt đầu càng sớm càng tốt cho tất cả đối tượng có nguy cơ lây nhiễm HIV tối ưu nhất trong vòng 6 giờ đầu và không quá 72 giờ sau phơi nhiễm.

Không chỉ định dự phòng sau phơi nhiễm cho các trường hợp sau:

- Người bị phơi nhiễm đã nhiễm HIV
- Nguồn gây phơi nhiễm được khẳng định là HIV âm tính
- Phơi nhiễm với các dịch cơ thể không có nguy cơ lây nhiễm đáng kể như nước

mắt, dịch nước bọt không dính máu, nước tiểu và mồ hôi

- Có phơi nhiễm liên tục với HIV như quan hệ tình dục thường xuyên với người nhiễm HIV hoặc gái mại dâm nhưng hiếm khi sử dụng bao cao su; người nghiện chích ma túy thường xuyên sử dụng chung bơm kim tiêm.

Bảng 1. Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm HIV bằng thuốc ARV

Đối tượng	Phác đồ thuốc ARV	Thời gian điều trị
Người lớn	TDF + 3TC (hoặc FTC) + LPV/r (hoặc EFV) hoặc AZT + 3TC + LPV/r (hoặc EFV)	28 ngày
Trẻ em ≤10 tuổi	AZT + 3TC + LPV/r	

3.1.3.2. Kế hoạch theo dõi

- Theo dõi tác dụng phụ của ARV: Không nên ngừng điều trị khi có tác dụng phụ nhẹ và thoáng qua. Nếu có các tác dụng phụ nặng, chuyển đến cơ sở y tế tuyến trên ngay.
- Hỗ trợ tâm lý nếu cần thiết.
- Xét nghiệm lại HIV sau 3 tháng kể từ khi phơi nhiễm.
- Tư vấn về việc không được hiến máu, thực hành quan hệ tình dục và tiêm chích an toàn, không cho con bú cho đến khi loại trừ được tình trạng nhiễm HIV.
- Tư vấn về việc tiêm vắc xin viêm gan vi rút B.

3.2. Điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Dự phòng trước phơi nhiễm là sử dụng thuốc ARV để dự phòng lây nhiễm HIV cho người chưa nhiễm HIV nhưng có các hành vi nguy cơ cao nhiễm HIV. Hiệu quả điều trị dự phòng trước phơi nhiễm như sau: Quan hệ tình dục đường hậu môn có tác dụng dự phòng tối đa sau khi đã uống đủ 7 ngày liên tục. Quan hệ tình dục đường âm đạo và qua đường máu tác dụng dự phòng tối đa sau khi sử dụng đủ 21 ngày liên tục.

3.2.1 Đối tượng cần được dự phòng trước phơi nhiễm

- Những người có hành vi nguy cơ cao thuộc các nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới, chuyển giới nữ, phụ nữ bán dâm.
- Trường hợp người có vợ/chồng/bạn tình nhiễm HIV: thực hiện điều trị ARV cho bạn tình nhiễm HIV và xét nghiệm theo dõi xét nghiệm tải lượng HIV định kỳ. Trường hợp xét nghiệm tải lượng HIV của bạn tình nhiễm HIV <200 bản sao/ml thì không cần điều trị dự phòng trước phơi nhiễm cho bạn tình không nhiễm HIV.
- Chỉ điều trị dự phòng trước phơi nhiễm trong một số tình huống đặc biệt: vì lý do nào đó mà người nhiễm HIV không điều trị ARV hoặc điều trị ARV nhưng tải lượng HIV không đạt được dưới ngưỡng 200 bản sao/ml.

3.2.2. Quy trình khám và điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Bước 1: Sàng lọc đánh giá hành vi nguy cơ cao lây nhiễm HIV của khách hàng trong 6 tháng.

Bước 2: Tư vấn và xét nghiệm HIV.

Bước 3: Tư vấn về dự phòng trước phơi nhiễm cho khách hàng nguy cơ cao có kết quả xét nghiệm HIV âm tính:

- Lợi ích và hiệu quả của việc điều trị dự phòng trước phơi nhiễm;
- Thuốc và tác dụng phụ có thể gặp;
- Tầm quan trọng của tuân thủ điều trị dự phòng;
- Các biện pháp dự phòng bổ sung khác.

Bước 4: Khám bệnh, khai thác tiền sử bệnh thận, các bệnh lây truyền đường tình dục, bệnh tâm thần, động kinh ... Cần xác định xem khách hàng có các dấu hiệu và triệu chứng giống cúm (biểu hiện của nhiễm HIV cấp tính) trong vòng 1 tháng trước đó không.

Bước 5: Xét nghiệm creatinine máu và HBsAg

Bước 6: Đánh giá khách hàng đủ điều kiện điều trị dự phòng trước phơi nhiễm:

- XN HIV âm tính;
- Không có biểu hiện của nhiễm HIV cấp tính;
- Không có suy thận; không có tiền sử bệnh tâm thần hay động kinh
- Tự nguyện điều trị dự phòng trước phơi nhiễm;
- Hiểu được tầm quan trọng của tuân thủ điều trị và cam kết tuân thủ điều trị

Bước 7: Chỉ định thuốc ARV phác đồ TDF + FTC hoặc phác đồ một thuốc TDF, uống hằng ngày.

Bước 8: Theo dõi và tái khám.

- Tái khám lần đầu: sau 1 tháng, xét nghiệm kháng thể kháng HIV, đánh giá tác dụng phụ của thuốc, tuân thủ điều trị, xác định những khó khăn trong tuân thủ điều trị.
- Các lần tiếp theo: định kỳ ba tháng cho các trường hợp tuân thủ điều trị tốt: xét nghiệm đánh giá tình trạng HIV, kê đơn thuốc cho 3 tháng tiếp theo (90 ngày), đánh giá tác dụng phụ, tuân thủ sử dụng thuốc và trả lời các câu hỏi của khách hàng. Nếu khách hàng tuân thủ điều trị không tốt thì tái khám và cấp phát thuốc hằng tháng.
- Xét nghiệm creatinine 6 – 12 tháng một lần hoặc khi người bệnh có dấu hiệu bệnh lý về chức năng thận.
- Khám và sàng lọc bệnh lây truyền qua đường tình dục, đánh giá nhu cầu tiếp tục điều trị dự phòng trước phơi nhiễm.

3.2.2.1. Xử trí một số tình huống trong khi điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Bảng 2. Xử trí một số tình huống trong điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Tình huống	Cách xử trí
------------	-------------

Tác dụng phụ	
Nhức đầu, chóng mặt, ác mộng, buồn nôn...	Tư vấn và hỗ trợ tâm lý cho khách hàng, những tác dụng phụ này thường tự hết trong 1 – 2 tuần.
Nếu tác dụng phụ dai dẳng kéo dài ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe	Ngừng điều trị dự phòng khi cần
Quên uống thuốc	
Quên uống 1 – 3 ngày	Tiếp tục uống thuốc điều trị dự phòng
Quên uống 4 – 7 ngày	Đánh giá hành vi nguy cơ trong những ngày không dùng thuốc, nếu: Không có hành vi nguy cơ: Tiếp tục điều trị dự phòng. Có hành vi nguy cơ: Tiếp tục điều trị và xét nghiệm HIV sau 3 tháng kể từ khi có hành vi nguy cơ.
Quên thuốc > 7 ngày	Bắt đầu điều trị lại như người mới đăng ký điều trị dự phòng.
Xét nghiệm HIV	
Kết quả âm tính	Tiếp tục điều trị dự phòng.
Kết quả XN khẳng định HIV dương tính	Tư vấn, chuyển điều trị thuốc ARV
Có thai khi đang điều trị dự phòng	Tư vấn, khuyến khích tiếp tục điều trị dự phòng nếu vẫn có nguy cơ lây nhiễm HIV
Suy thận	
Mức lọc cầu thận (eCrCL < 60 ml/phút)	Không điều trị dự phòng. Chuyển khám chuyên khoa

3.2.3. Ngừng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm

Trường hợp khách hàng muốn ngừng điều trị dự phòng trước phơi nhiễm, cần uống ARV tiếp tục 28 ngày sau lần phơi nhiễm cuối cùng.

Dự phòng trước phơi nhiễm có thể ngừng trong các trường hợp sau:

- Cá nhân thay đổi hành vi, không còn nguy cơ nhiễm HIV ;
- Nhiễm HIV trong quá trình điều trị dự phòng, khách hàng cần được kết nối chăm sóc và điều trị HIV;
- Tác dụng phụ kéo dài (suy thận) điều trị không khỏi, ảnh hưởng đến sức khỏe. Những việc cần làm khi ngừng dự phòng trước phơi nhiễm:
- Xét nghiệm kháng thể kháng HIV
- Tìm hiểu nguyên nhân ngừng sử dụng
- Đánh giá hành vi nguy cơ của khách hàng
- Ghi chép đầy đủ các thông tin trên vào bệnh án ngoại trú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2017). Quyết định về việc sửa đổi nội dung, tiêu chuẩn bắt đầu điều trị ARV trong “ Hướng dẫn quản lí, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS “ ban hành kèm theo QĐ3047 QĐ-BYT ban hành ngày 22 tháng 7 năm 2015 của Bộ Trưởng Bộ Y Tế
2. Bộ Y Tế (2017). Quyết định 5418 về Hướng Dẫn Điều Trị và Chăm Sóc HIV/AIDS ban hành ngày 1/12/2017.
3. Bộ Y Tế. Cục Phòng Chống HIV/AIDS. Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS 6 tháng đầu năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2017.

G. NGUYÊN TẮC SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM

Mục tiêu:

1. Trình bày được một số nhóm kháng sinh quan trọng
2. Trình bày được nguyên tắc sử dụng kháng sinh trong điều trị bệnh truyền nhiễm
3. Lựa chọn được kháng sinh theo kinh nghiệm

1. MỞ ĐẦU

Kháng sinh là những dược chất có nguồn gốc vi sinh vật hoặc tổng hợp hoặc bán tổng hợp có tác dụng diệt khuẩn (tiêu diệt các vi khuẩn phát triển trong cơ thể) hoặc kìm khuẩn (ngăn cản sự sinh sản của vi khuẩn) một cách đặc hiệu.

Mặc dù kháng sinh đã thực sự đóng vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn, do tình trạng vi khuẩn kháng kháng sinh ngày càng gia tăng trên toàn cầu, cần phải có chiến lược sử dụng kháng sinh đúng đắn trong điều trị các bệnh nhiễm khuẩn.

2. CÁC NHÓM KHÁNG SINH

2.1. Nhóm betalactam: Ức chế men β lactamase của vi khuẩn dẫn tới ức chế quá trình tổng hợp vách của vi khuẩn, làm vi khuẩn dễ bị các đại thực bào phá vỡ do thay đổi áp suất thẩm thấu.

2.1.1. Các penicillin

- Là nhóm kháng sinh đầu tiên được phát hiện ra. Ban đầu penicillin được chiết xuất từ nấm penicillin. Các dòng penicillin gồm có :
- Các penicillin phổ kháng khuẩn hẹp :Penicillin G và penicillin V
- Các penicillin phổ kháng khuẩn hẹp đồng thời có tác dụng trên tụ cầu: Methicilin Oxacilin Cloxacilin Dicloxacilin Nafcilin
- Các penicillin phổ kháng khuẩn trung bình: ampicillin, amoxillin
- Các penicillin phổ kháng khuẩn rộng đồng thời có tác dụng trên trực khuẩn mủ xanh: Carbenicilin Ticarcilin, Mezlocilin Piperacilin

2.1.2. Các cephalosporin

- Thế hệ I: hoạt tính mạnh trên vi khuẩn gram dương, yếu trên các vi khuẩn gram âm
- Thế hệ II: hoạt tính mạnh hơn trên vi khuẩn Gram-âm so với thế hệ 1 nhưng yếu hơn nhiều so với thế hệ 3
- Thế hệ III: hoạt tính kém hơn thế hệ 1 trên cầu khuẩn Gram-dương, nhưng có hoạt tính mạnh trên vi khuẩn họ *Enterobacteriaceae*
- Thế hệ IV: phổ tác dụng rộng hơn so với thế hệ 3 và bền vững hơn với các beta-lactamase nhưng không bền với *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC) nhóm A. Thuốc có hoạt tính trên cả các chủng gram dương, gram âm (bao gồm *Enterobacteriaceae* và *Pseudomonas*)

2.1.3. Các betalactam khác

- **Carbapenem:** có phổ kháng khuẩn rộng, đặc biệt có hoạt tính rất mạnh trên vi khuẩn Gram-âm - đó là kháng sinh nhóm carbapenem
- **Nhóm monobactam:** công thức phân tử có chứa betalactam đơn vòng. Chất điển hình của nhóm này là aztreonam. Phổ kháng khuẩn của aztreonam khá khác biệt với các kháng sinh họ betalactam và có vẻ gần hơn với phổ của kháng sinh nhóm aminoglycosid. Thuốc chỉ có tác dụng trên vi khuẩn gram âm, không có tác dụng trên vi khuẩn gram dương và vi khuẩn kỵ khí. Tuy nhiên, hoạt tính rất mạnh trên *Enterobacteriaceae* và có tác dụng đối với *P. aeruginosa*.
- **Các chất ức chế beta-lactamase:** Các chất này cũng có cấu trúc beta-lactam, nhưng không có hoạt tính kháng khuẩn, mà chỉ có vai trò ức chế enzym beta-lactamase do vi khuẩn tiết ra. Các chất hiện hay được sử dụng trên lâm sàng là acid clavulanic, sulbactam và tazobactam.

2.2. Nhóm aminoglycosid

- Là sản phẩm tự nhiên phân lập từ môi trường nuôi cấy các chủng vi sinh hoặc các kháng sinh bán tổng hợp. Các kháng sinh thuộc nhóm này bao gồm kanamycin, gentamycin, netilmicin, tobramycin, amikacin.
- phổ kháng khuẩn chủ yếu tập trung trên trực khuẩn Gram-âm, tuy nhiên phổ kháng khuẩn của các thuốc trong nhóm không hoàn toàn giống nhau.
- Kanamycin, streptomycin có phổ hẹp nhất trong số các thuốc nhóm này, chúng không có tác dụng trên *Serratia* hoặc *P. aeruginosa*.

- Tobramycin và gentamycin có hoạt tính tương tự nhau trên các trực khuẩn gram âm, nhưng tobramycin có tác dụng mạnh hơn trên *P. aeruginosa* và *Proteus spp.*, trong khi gentamycin mạnh hơn trên *Serratia*.

- Amikacin và trong một số trường hợp là netilmicin, vẫn giữ được hoạt tính trên các chủng kháng gentamycin vì cấu trúc của các thuốc này không phải là cơ chất của nhiều enzym bất hoạt aminoglycosid.

2.3. Nhóm cycline

- Gồm cả các kháng sinh tự nhiên và kháng sinh bán tổng hợp. Các thuốc thuộc nhóm bao gồm: chlortetracyclin, oxytetracyclin, demeclocyclin, methacyclin, doxycyclin, minocyclin.

Phổ kháng khuẩn

- Có phổ kháng khuẩn rộng trên cả các vi khuẩn gram âm và gram dương, cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí.

- Có tác dụng trên các chủng vi khuẩn gây bệnh không điển hình như *Rickettsia*, *Coxiella burnetii*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia spp.*, *Legionella spp.*, *Ureaplasma*,...

- Có hiệu quả trên một số xoắn khuẩn như *Borrelia recurrentis*, *Borrelia burgdorferi* (gây bệnh Lyme), *Treponema pallidum* (giang mai), *Treponema pertenue*.

- Hiện nay tỷ lệ kháng tetracyclin của vi khuẩn gây bệnh cũng rất cao. Một số cyclin như doxycyclin hay minocyclin có thể tác dụng được trên một số chủng vi khuẩn đã kháng với tetracyclin.

2.4. Nhóm phenicol

Chloramphenicol là kháng sinh tự nhiên. Thiamphenicol là kháng sinh tổng hợp. Phổ kháng khuẩn

- Phổ kháng khuẩn rộng: bao gồm các cầu khuẩn gram dương, một số vi khuẩn gram âm như *H. influenzae*, *N. meningitidis*, *N. gonorrhoeae*, *Enterobacteriaceae* (*Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella*, *Shigella*).

- Có tác dụng trên các chủng kỵ khí như *Clostridium spp.*, *B. fragilis*.

- Có tác dụng trên các chủng vi khuẩn không điển hình như *Mycoplasma*, *Chlamydia*, *Rickettsia*.

2.5. Nhóm macrolide

Dựa vào cấu trúc hóa học, có thể chia kháng sinh nhóm macrolid thành ba phân nhóm:

- Cấu trúc 14 nguyên tử carbon: erythromycin, oleandomycin, roxithromycin, clarithromycin, dirithromycin.

- Cấu trúc 15 nguyên tử carbon: azithromycin.

- Cấu trúc 16 nguyên tử carbon: spiramycin, josamycin.

Phổ kháng khuẩn

- Macrolid có phổ kháng khuẩn hẹp, chủ yếu tập trung vào một số chủng vi khuẩn gram dương và một số vi khuẩn không điển hình.

- Có hoạt tính trên cầu khuẩn gram dương (liên cầu, tụ cầu), trực khuẩn Gram-dương (*Clostridium perfringens*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Listeria monocytogenes*).
- Không có tác dụng trên phần lớn các chủng trực khuẩn gram âm đường ruột và chỉ có tác dụng yếu trên một số chủng vi khuẩn gram âm khác như *H. influenzae* và *N. meningitidis*, tuy nhiên lại có tác dụng khá tốt trên các chủng *N. gonorrhoeae*.
- Tác dụng tốt trên các vi khuẩn nội bào như *Campylobacter jejuni*, *M. pneumoniae*, *Legionella pneumophila*, *C. trachomatis*, *Mycobacteria* (bao gồm *M. scrofulaceum*, *M. kansasii*, *M. avium-intracellulare* – nhưng không tác dụng trên *M. fortuitum*)

2.6. Nhóm quinolon

- Quinolon thế hệ 1 (acid nalidixic và cinoxacin): Tác dụng ở mức độ trung bình trên các chủng trực khuẩn gram âm họ *Enterobacteriaceae*.

- Quinolon thế hệ 2:

+ Loại 1 (Lomefloxacin Norfloxacin Enoxacin): Các kháng sinh này vẫn thuộc nhóm fluoroquinolon (cấu trúc phân tử có flo), tuy nhiên phổ kháng khuẩn cũng chủ yếu chỉ tập trung trên các chủng trực khuẩn gram âm họ *Enterobacteriaceae*.

+ Loại 2 (Ofloxacin Ciprofloxacin) : Fluoroquinolon, loại này có phổ kháng khuẩn mở rộng hơn loại 1 trên các vi khuẩn gây bệnh không điển hình. Ciprofloxacin còn có tác dụng trên *P. aeruginosa*. Không có tác dụng trên phế cầu và trên các vi khuẩn Gram-dương

-**Quinolon thế hệ 3** (Levofloxacin Sparfloxacin Gatifloxacin Moxifloxacin): có phổ kháng khuẩn trên *Enterobacteriaceae*, trên các chủng vi khuẩn không điển hình, phế cầu và một số chủng vi khuẩn gram dương, vì vậy đôi khi còn được gọi là các quinolon hô hấp.

-**Quinolon thế hệ 4** (Trovafoxacin): có hoạt phổ rộng, tác dụng trên *Enterobacteriaceae*, *P. aeruginosa*, vi khuẩn không điển hình, *S. aureus* nhạy cảm với methicilin, streptococci, vi khuẩn kỵ khí

2.7. Nhóm lincosamid

Nhóm kháng sinh này bao gồm hai thuốc là lincomycin và clindamycin, trong đó lincomycin là kháng sinh tự nhiên, clindamycin là kháng sinh bán tổng hợp từ lincomycin.

Phổ kháng khuẩn

- Phổ kháng khuẩn tương tự như kháng sinh nhóm macrolid trên *pneumococci*, *S. pyogenes*, *viridans streptococci*.

- Có tác dụng trên *S. aureus* nhưng không có hiệu quả trên *S. aureus* kháng methicilin.

- Không có tác dụng trên trực khuẩn gram âm hiếu khí.

- Có tác dụng tốt trên một số chủng vi khuẩn kỵ khí, đặc biệt là *B. fragilis*, tác dụng tương đối tốt trên *C. perfringens*, nhưng có tác dụng khác nhau trên các chủng *Clostridium spp.* khác.

- Tác dụng yếu hoặc không có tác dụng trên các chủng vi khuẩn không điển hình như *M. pneumoniae* hay *Chlamydia spp.*

2.8. Nhóm glycopeptid

Các kháng sinh thuộc nhóm này có cấu trúc hóa học là các peptid. Dùng trong lâm sàng hiện nay có các phân nhóm:

– Glycopeptid (vancomycin, teicoplanin) : Hiện nay có hai kháng sinh glycopeptid đang được sử dụng trên lâm sàng là vancomycin và teicoplanin. Đây là hai kháng sinh đều có nguồn gốc tự nhiên, có cấu trúc hóa học gần tương tự nhau. Hai kháng sinh này có phổ tác dụng cũng tương tự nhau, chủ yếu trên các chủng vi khuẩn gram dương (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *Bacillus spp.*, *Corynebacterium spp.*...); phần lớn các chủng *Actinomyces* và *Clostridium* nhạy cảm với thuốc. Thuốc không có tác dụng trên trực khuẩn gram âm và *Mycobacteria*. Trên lâm sàng, hai thuốc này chủ yếu được sử dụng trong điều trị *S. aureus* kháng methicilin.

– Polypeptid (polymyxin, colistin)

– polymyxin B (hỗn hợp của polymyxin B1 và B2) và colistin (hay còn gọi là polymyxin E).

Các kháng sinh này đều có nguồn gốc tự nhiên, có cấu trúc phân tử đa peptid, với trọng lượng phân tử lên đến khoảng 1000 dalton.

Phổ tác dụng chỉ tập trung trên trực khuẩn gram âm, bao gồm *Enterobacter*, *E. coli*, *Klebsiella*, *Salmonella*, *Pasteurella*, *Bordetella*, và *Shigella*. Thuốc cũng có tác dụng trên phần lớn các chủng *P.aeruginosa*, *Acinetobacter*.

– Các thuốc nhóm này có độc tính cao, đặc biệt là độc tính trên thận, vì vậy hiện nay polymyxin chỉ dùng ngoài, còn colistin chỉ có chỉ định hạn chế trong một số trường hợp vi khuẩn gram âm đa kháng, khi không dùng được các kháng sinh khác an toàn hơn

– Lipopeptid (daptomycin) : Kháng sinh nhóm này được sử dụng trên lâm sàng là daptomycin, đây là kháng sinh tự nhiên chiết xuất từ môi trường nuôi cấy *Streptomyces roseosporus*.

Phổ kháng khuẩn: thuốc có tác dụng trên vi khuẩn gram dương hiếu khí và kỵ khí như *staphylococci*, *streptococci*, *Enterococcus*, *Corynebacterium spp.*, *Peptostreptococcus*, *Propionibacteria*, *Clostridium perfringens*... Đặc biệt, thuốc có tác dụng trên các chủng vi khuẩn kháng vancomycin, tuy nhiên MIC trong các trường hợp này cao hơn so với trên các chủng nhạy cảm với vancomycin.

2.9. Một số nhóm khác

2.9.1. Cotrimoxazole

- Dạng phối hợp giữa sulfamethoxazol với trimethoprim.

- Phổ kháng khuẩn của hai thành phần này tương tự nhau và sự phối hợp này mang lại tính hiệp đồng trên tác động ức chế tổng hợp acid folic của vi khuẩn.

- Phổ kháng khuẩn của Co-trimoxazol khá rộng trên nhiều vi khuẩn gram dương và gram âm, tuy nhiên *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacteroides fragilis*, *enterococci* thường kháng thuốc.

2.9.2. Oxazolidinon

- Đại diện là linezolid.

- Có tác dụng trên vi khuẩn gram dương như *staphylococci*, *streptococci*, *enterococci*, cầu khuẩn gram dương kỵ khí, *Corynebacterium spp.*, *Listeria monocytogenes*.
- Hầu như không có tác dụng trên vi khuẩn gram âm cả hiếu khí và kỵ khí.
- Trên lâm sàng, linezolid thường được chỉ định trong các trường hợp vi khuẩn gram dương đã kháng các thuốc kháng sinh khác như *S. pneumoniae* kháng penicilin, các chủng *staphylococci* kháng methicilin trung gian và kháng vancomycin, *enterococci* kháng vancomycin.

2.9.3. 5-nitro-imidazole

- dẫn xuất của 5-nitro imidazol, có nguồn gốc tổng hợp hóa học.
- Một số thuốc thường dùng là metronidazol, tinidazol, ornidazol, secnidazol...
- Chủ yếu được chỉ định trong điều trị đơn bào (*Trichomonas*, *Chlamydia*, *Giardia*...) và hầu hết các vi khuẩn kỵ khí (*Bacteroides*, *Clostridium*...).

3. NGUYÊN TẮC CƠ BẢN KHI SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG CÁC BỆNH NHIỄM KHUẨN

Kháng sinh góp phần quan trọng vào điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Hiện nay, tình hình kháng thuốc đang gia tăng chủ yếu có liên quan đến vấn đề sử dụng kháng sinh, trong đó thầy thuốc đóng vai trò quan trọng. Ngoài ra, xét về mặt xã hội thì còn thiếu chiến lược sử dụng kháng sinh. Vì vậy trước khi sử dụng kháng sinh cần tuân theo các nguyên tắc sau:

3.1. Làm xét nghiệm tìm vi khuẩn trước khi sử dụng kháng sinh

Nói chung việc lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm vi khuẩn nên được làm một cách có hệ thống trước khi dùng kháng sinh.

Việc lấy bệnh phẩm đặc biệt cần thiết trong trường hợp nhiễm khuẩn nặng, vi khuẩn nhạy cảm không ổn định đối với kháng sinh (viêm nội tâm mạc, viêm màng não, nhiễm khuẩn ở các người bệnh suy giảm miễn dịch, lao, nhiễm khuẩn bệnh viện, ...). Mẫu bệnh phẩm tùy từng trường hợp cụ thể mà được thu thập như máu, dịch não tủy, dịch khớp, dịch màng phổi, màng bụng, nước tiểu, phân... Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm vi khuẩn có thể là thừa đối với một số trường hợp chẩn đoán lâm sàng đơn giản (bệnh tinh hồng nhiệt, chốc, viêm quầng, giai đoạn đầu của viêm bàng quang cấp ở phụ nữ trẻ không có tiền sử trước đó).

3.2. Sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm.

Chỉ định kháng sinh trong điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn, khi đã được xác định bằng lâm sàng và vi khuẩn học. Ngoài ra kháng sinh còn được chỉ định để phòng ngừa nhiễm khuẩn trong một số trường hợp cụ thể, như các nhiễm khuẩn sau mổ, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, viêm màng não do não mô cầu, thấp khớp cấp, các nhiễm khuẩn ở người bệnh cắt lách...

Phác đồ điều trị theo kinh nghiệm là các kháng sinh được sử dụng để điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn không được khẳng định chắc chắn bằng vi khuẩn học nhưng được chẩn đoán dựa trên lâm sàng hoặc trong khi chờ kết quả vi sinh học. Trong những trường hợp này cần phải “Dự đoán hợp lý” vi khuẩn gây bệnh, là bước cơ bản để lựa chọn kháng sinh.

Trong trường hợp người bệnh chỉ có sốt đơn thuần và chưa có biểu hiện nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng và chưa có chẩn đoán lâm sàng thì không nên sử dụng kháng sinh như một điều trị cấp cứu.

Dự đoán vi khuẩn dựa vào:

- Vị trí của ổ nhiễm khuẩn: Vị trí ổ nhiễm khuẩn có thể gợi ý các loại vi khuẩn gây bệnh, có thể là một hoặc nhiều loại vi khuẩn. Kháng sinh được lựa chọn phải có hiệu quả và có khả năng ngấm tốt nhất vào ổ nhiễm khuẩn.
- Yếu tố cơ địa: Các trường hợp có suy giảm miễn dịch (giảm bạch cầu hạt, bệnh máu, đái tháo đường, đang điều trị thuốc ức chế miễn dịch, đang điều trị corticoides kéo dài, nghiện rượu mạn tính, người cao tuổi), hoặc có các bệnh nền ở giai đoạn mất bù (viêm phổi có suy hô hấp, suy thận hoặc suy tim) cần ưu tiên lựa chọn kháng sinh có tác dụng diệt khuẩn phổ rộng, hiệu quả nhanh, hoặc phối hợp các kháng sinh có tác dụng hiệp đồng.
- Loại vi khuẩn gây bệnh: Khi chưa có chẩn đoán chắc chắn (đang chờ kết quả xét nghiệm vi khuẩn học), việc dự đoán vi khuẩn gây bệnh có thể dựa vào lâm sàng, ổ nhiễm khuẩn khởi điểm, cơ địa và nguồn lây.

3.3 Lựa chọn kháng sinh

Việc lựa chọn kháng sinh ban đầu dựa vào việc phân tích các yếu tố

3.3.1. Phổ tác dụng của kháng sinh

- KS phụ thuộc nồng độ (quinolones, aminoglycoside):
 - Tốc độ và mức độ diệt khuẩn phụ thuộc vào nồng độ kháng sinh ở vị trí nhiễm khuẩn.
 - Nồng độ kháng sinh càng cao vi khuẩn bị tiêu diệt càng nhiều
- Kháng sinh phụ thuộc thời gian (Penicillins, Cephalosporins, Carbapenems, Vancomycin, Clindamycin, Azithromycin/Clarithromycin, Linezolid, Tetracyclines/Tigecycline)
 - Tốc độ và mức độ diệt khuẩn phụ thuộc vào thời gian nồng độ kháng sinh ở vị trí nhiễm khuẩn lớn hơn MIC
 - Tỷ lệ vi khuẩn bị tiêu không thay đổi
 - Liều kháng sinh lớn hơn không làm tăng tỷ lệ vi khuẩn bị tiêu diệt

3.3.2. Độ tập trung ở mô

- Kháng sinh có hiệu quả nhưng có thể không tới được vị trí nhiễm khuẩn hoặc không có lợi ích cho cơ thể vật chủ
- Độ tập trung ở mô phụ thuộc vào properties của kháng sinh (độ hòa tan của lipid, kích thước phân tử) và mô (có đủ máu tưới, hiện diện của viêm)
- Độ tập trung của kháng sinh hiếm khi có vấn đề trong nhiễm trùng cấp tính do tăng tính thấm thành mạch, giải phóng các hóa chất trung gian
- Nhiễm trùng mạn tính và nhiễm trùng do các vi khuẩn nội bào phụ thuộc vào properties hóa học của kháng sinh để tập trung vào mô đầy đủ

3.3.3. Kháng kháng sinh

- Kháng tự nhiên: mầm bệnh không được bao phủ bởi phổ KS thông thường (25% S.pneumonia kháng tự nhiên với macrolides)
- Kháng mắc phải: mầm bệnh trước đó có nhạy cảm với KS, nay không còn nhạy cảm (H.influenza kháng ampicillin)
- Kháng tương đối: mầm bệnh với các triệu chứng kháng ở mức độ trung gian (tương đối) khi tăng MIC nhưng nhạy cảm ở độ tập trung đạt được trong huyết tương/mô (S.pneumonia kháng penicillin)
- Kháng tuyệt đối: mầm bệnh với các triệu chứng kháng ở mức độ cao khi đột ngột tăng MIC trong quá trình điều trị nhưng không thể vượt quá liều thông thường P.aeruginosa kháng gentamycin)
- Hầu hết kháng kháng sinh mắc phải đặc hiệu với tác nhân cụ thể, không kháng với dòng vi khuẩn
- Kháng không liên quan đến thể tích/thời gian sử dụng
 - 1 số có khả năng kháng thấp ngay kể cả dùng với thể tích lớn
 - 1 số có khả năng kháng cao ngay kể cả khi dùng rất ít

3.3.4. An toàn: Khai thác kỹ tiền sử dị ứng, tránh những KS có tác dụng phụ nghiêm trọng/ thường xảy ra

3.3.5. Giá thành

- Chuyển từ kháng sinh tiêm tĩnh mạch sang đường uống là chiến lược duy nhất tiết kiệm chi phí cho các người bệnh nhập viện
- Giá thành có thể giảm nhiều nhất nếu sử dụng kháng sinh có thời gian bán thải kéo dài và đơn trị liệu thay vì phối hợp

Các yếu tố khác ảnh hưởng đến giá: tác dụng phụ (tiêu chảy, dị ứng da, co giật, viêm tĩnh mạch), các vụ dịch của vi khuẩn đề kháng, thời gian nhập viện kéo dài.

3.4. Nguyên tắc về liều áp dụng cho từng người bệnh

- *Nguyên tắc về liều áp dụng cho người bệnh ở mọi lứa tuổi*
 - Tính chất gây bệnh của vi khuẩn tương tự nhau ở các người bệnh thuộc mọi lứa tuổi
 - Thuốc tác dụng lên vi khuẩn như nhau đối với mọi người bệnh ở cá lứa tuổi khác nhau
- *Nguyên tắc sử dụng liều trên người bệnh suy gan, thận*
 - Hầu hết KS thải trừ qua thận có tỷ lệ độc với liều pháp điều trị, định liều KS dựa trên tính độ thanh thải Creatinin
 - Điều chỉnh liều là cần thiết đối với những người bệnh có tỷ lệ độc hẹp, điều trị đồng thời với những thuốc gây độc thận khác, bệnh thận sẵn có
 - Trong suy chức năng thận, liều KS đầu tiên không thay đổi, chỉ có liều duy trì/khoảng cách liều thay đổi dựa trên mức độ suy thận tính bằng độ thanh thải Creatinin

- Nếu ĐTT Creatinin 40-60mL/phút, giảm liều KS thải trừ qua thận 50% và giữ nguyên khoảng cách liều
- Nếu Cc 10-40 mL/phút, giảm liều KS thải trừ qua thận 50% và gấp đôi khoảng cách liều
- Sử dụng KS thải trừ/bị bất hoạt qua gan bởi liều thông thường

Sử dụng kháng sinh ở người suy chức năng gan

- Điều chỉnh liều không được yêu cầu trong những trường hợp suy giảm chức năng gan nhẹ hoặc trung bình
- Giảm 50% tổng liều KS thải trừ qua gan nếu có bệnh lý gan nặng trên lâm sàng
- Lựa chọn KS thải trừ/bị bất hoạt qua đường thận ở liều thông thường

Sử dụng kháng sinh ở người suy gan thận phối hợp

- Không có hướng dẫn điều chỉnh liều nào tốt
- Nếu suy thận nặng hơn suy gan, sử dụng KS thải trừ qua gan với liều giảm 50% tổng liều hàng ngày
- Nếu suy gan nặng hơn suy thận, KS thải trừ qua thận nên được sử dụng với cách tính liều dựa trên ĐTT Creatinin

Cần nắm vững tính năng tác dụng của thuốc kháng sinh, phổ tác dụng, cơ chế tác dụng, chuyển hóa, đào thải, tai biến kháng sinh.

Trong trường hợp dùng phối hợp kháng sinh cần phải lưu ý tính tương kỵ, tính hiệp đồng của hai kháng sinh phối hợp.

Liều lượng và thời điểm dùng: Trong tất cả mọi trường hợp sử dụng kháng sinh cần tôn trọng liều lượng dùng và thời điểm dùng để đảm bảo đạt nồng độ diệt khuẩn thích hợp tại ổ nhiễm khuẩn.

Đường dùng:

- Đường uống: Được sử dụng với các trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ và vi khuẩn nghi ngờ (hoặc phân lập được) nhạy cảm với kháng sinh lựa chọn. Các nhiễm khuẩn nặng sau khi dùng bằng đường tiêm có tiến triển thuận lợi, cũng được chuyển sang điều trị tiếp bằng kháng sinh đường uống.
- Kháng sinh tiêm truyền tĩnh mạch: Để điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn nặng nhằm nhanh chóng đạt nồng độ cao trong huyết tương (ví dụ như nhiễm khuẩn huyết, viêm nội tâm mạc, viêm màng não mủ).
- Trong quá trình tiêm truyền cần chú ý các nguyên tắc sau:
 - + Kháng sinh phải được pha loãng trong dung dịch trung tính PH=7-7,2 (Natriclorua 0.9% hoặc glucose 5%)
 - + Tiêm truyền từng loại thuốc, không trộn lẫn với bất kỳ chất nào khác tránh những bất đồng về vật lý, hóa học.
 - + Nếu đặt catheter ngoại biên để truyền thì sau 48-72h phải thay catheter để tránh viêm tắc tĩnh mạch.

- Kháng sinh tiêm bắp: Một số kháng sinh cần phải tiêm bắp, trước khi tiêm nên xác định chắc chắn người bệnh không có các rối loạn về đông cầm máu.

3.5. Phối hợp kháng sinh

Hầu hết các nhiễm khuẩn thông thường có thể điều trị bằng kháng sinh đơn trị liệu.

Chỉ phối hợp kháng sinh để đạt được các mục đích sau:

- Làm tăng phổ kháng khuẩn đối với trường hợp nhiễm khuẩn nặng.
- Có nguy cơ nhiễm nhiều loại vi khuẩn nhưng chưa có kết quả vi khuẩn học.
- Đạt được tác dụng hiệp đồng để tăng tác dụng diệt khuẩn trong trường hợp nhiễm khuẩn xảy ra trên cơ địa suy yếu, hoặc đặc biệt do một loại vi khuẩn kháng thuốc, hoặc ổ nhiễm khuẩn khó ngấm thuốc kháng sinh như viêm nội tâm mạc.
- Phòng ngừa sự xuất hiện các chủng vi khuẩn kháng thuốc được gây ra do bản thân vi khuẩn (các vi khuẩn không điển hình) hoặc do việc sử dụng kháng sinh.

3.6. Cần nhắc can thiệp ngoại khoa, dẫn lưu

- KS không thể loại bỏ được VK ở những vùng KS khó tập trung hoặc rối loạn tưới máu (áp xe) và thường đòi hỏi phải dẫn lưu
- Các dụng cụ cấy ghép liên quan đến nhiễm trùng cũng cần được loại bỏ do VK liên quan đến khớp giả, đường truyền TM gây ra chất bùn/màng sinh học trên bề mặt nhựa/kim loại cho phép vi sinh vật sinh sống bất chấp liệu pháp KS

3.7. Theo dõi quá trình điều trị kháng sinh

- Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh cần được thực hiện sau 48-72h. Trừ trường hợp có các tác dụng phụ, hoặc có kết quả kháng sinh đồ mới cần thay đổi kháng sinh trước 48h.
- Tiêu chí đánh giá hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh dựa vào cải thiện các dấu hiệu lâm sàng (sự thuyên giảm của các triệu chứng như sốt, tình trạng ý thức...), kết quả nuôi cấy vi khuẩn sau điều trị trả lời âm tính, và các bất thường về xét nghiệm huyết học, sinh hoá, hình ảnh thuyên giảm rõ rệt hoặc đã trở về bình thường.
- Sau cải thiện lâm sàng/hết sốt (thường trong vòng 72 giờ): giảm chi phí, rút ngắn thời gian nằm viện, không cần tiêm tĩnh mạch tại nhà, giảm nhiễm trùng tĩnh mạch
- Hầu hết các nhiễm trùng nên được điều trị KS đường uống trừ khi người bệnh ốm nặng không thể uống thuốc hoặc không có KS tương ứng đường uống.
- Không có sự khác biệt giữa sử dụng KS đường tiêm và đường uống tương đương
- Khi chuyển từ tiêm TM sang đường uống, KS đường uống được chọn nên cùng phổ/mức độ hoạt động chống lại vi khuẩn đã biết/dự đoán và đạt được nồng độ trong máu/mô tương đương với KS TM
- Thất bại điều trị kháng sinh được định nghĩa là sự tồn tại các dấu hiệu và triệu chứng nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc toàn thân sau 48-72h điều trị, xuất hiện ổ nhiễm khuẩn mới hoặc ổ nhiễm khuẩn lan rộng toàn thân hoặc vi khuẩn gây bệnh ban đầu vẫn còn tồn tại mặc dù đã được điều trị kháng sinh thích hợp ngay từ đầu. Thất bại điều trị do nhiều yếu tố:

- + Thất bại do dự đoán sai vi khuẩn gây bệnh, do vi khuẩn kháng thuốc, do bội nhiễm vi khuẩn khác, do ổ nhiễm khuẩn được bao bọc kín (cần can thiệp ngoại khoa hoặc dẫn lưu ổ mũ) hoặc do tồn tại dị vật.
- + Thất bại có nguồn gốc dược lý: tuân thủ điều trị không tốt, rối loạn tiêu hóa, hấp thu kém, dùng kháng sinh chưa đủ liều hoặc chưa đủ thời gian, thay đổi về dược động học hoặc do điều trị phối hợp.
- + Căn nguyên gây sốt không phải do vi khuẩn mà là do vi rút, ký sinh trùng, nấm hoặc căn nguyên không nhiễm khuẩn.
- Khi có sự khác biệt giữa kết quả xét nghiệm và đáp ứng điều trị cần xem xét các khả năng sau:
 - + Kháng sinh lựa chọn ban đầu: Liều lượng, đường uống có thích hợp không
 - + Không dẫn lưu hết ổ mũ hoặc không loại bỏ hết ổ nhiễm khuẩn.
 - + Kháng sinh khuếch tán yếu, không đạt nồng độ điều trị như trong nhiễm khuẩn hệ thần kinh trung ương hoặc khi vi khuẩn nằm trong tế bào.
 - + Có bội nhiễm trong quá trình điều trị kéo dài và kháng sinh ban đầu không có tác dụng điều trị với vi khuẩn bội nhiễm.
 - + Vi khuẩn phân lập được đã kháng thuốc.
 - + Hai hay nhiều vi khuẩn cùng tác dụng vào quá trình nhiễm khuẩn nhưng kháng sinh ban đầu chỉ có tác dụng với một loại vi khuẩn.

3.8. Thời gian điều trị kháng sinh

- Quyết định ngay từ lúc khởi động KS
- Hầu hết 1-2 tuần
- Kéo dài ở những người bệnh suy giảm miễn dịch, nhiễm vi khuẩn/vi rút/nấm mạn tính, 1 số vi khuẩn nội bào nhất định
- Kéo dài liệu pháp không có lợi ích gì thêm mà tăng nguy cơ tác dụng phụ, tương tác thuốc và bội nhiễm

3.9. Theo dõi các phản ứng có hại của kháng sinh

- Hầu hết kháng sinh đều gây phản ứng có hại cho người bệnh:
 - + Phản ứng quá mẫn (sốt, nổi ban, phản vệ)
 - + Gây độc trực tiếp (tiêu chảy, nôn, suy giảm chức năng gan, thận...)
 - + Bội nhiễm hoặc bệnh nặng lên do vi khuẩn kháng thuốc
- Khi xuất hiện các phản ứng có hại thầy thuốc phải đánh giá mức độ nặng nhẹ. Sự duy trì kháng sinh đó phụ thuộc tình trạng của người bệnh.
 - + Nếu nặng tiếp tục đổi kháng sinh – xử trí các phản ứng như điều trị tích cực hoặc thay thuốc khác
 - + Nếu nhẹ thì ngừng kháng sinh.

4. LỰA CHỌN KHÁNG SINH THEO KINH NGHIỆM

4.1. Đối với bệnh người bệnh chưa xác định được ổ nhiễm khuẩn và không có nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện

Với người bệnh có hệ miễn dịch bình thường:

Tùy thuộc vào thông tin vi khuẩn và nhạy cảm kháng sinh tùy từng đơn vị có thể lựa chọn sau đây:

- ✓ Phối hợp một kháng sinh nhóm penicilin phổ rộng (piperacilin-tazobactam) hoặc cephalosporin thế hệ ba (ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim, cefoperazol...) hoặc thế hệ bốn (cefepim, cefpirom) phối hợp với một kháng sinh nhóm quinolon (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycosid (amikacin, neltimicin...)
- ✓ Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng), cần nhắc sử dụng các kháng sinh chống tụ cầu như oxacilin, cloxacilin, cefazolin (khi nghi ngờ nhiễm tụ cầu vàng nhạy methicilin, MSSA) hoặc vancomycin, teicoplanin hoặc daptomycin (đối với trường hợp nghi nhiễm tụ cầu kháng methicilin, MRSA).
- ✓ Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là vi khuẩn kỵ khí, cần nhắc sử dụng metronidazol.

Với người bệnh có giảm bạch cầu hạt, suy giảm miễn dịch:

- ✓ Cần dùng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch nếu số lượng bạch cầu hạt $<0,5 \times 10^9/L$ hoặc dự đoán sẽ giảm $<0,5 \times 10^9/L$ ở những người bệnh có số lượng bạch cầu hạt $<1 \times 10^9/L$.
- ✓ Phối hợp một kháng sinh nhóm carbapenem (ertapenem, imipenemcilastatin, doripenem, meropenem) hoặc kháng sinh nhóm penicilin phổ rộng (piperacilin-tazobactam) với một kháng sinh nhóm quinolon (ciprofloxacin, levofloxacin hoặc moxifloxacin) hoặc với một kháng sinh nhóm aminoglycosid (amikacin, neltimicin).
- ✓ Tùy theo điều kiện của cơ sở điều trị, có thể sử dụng liệu pháp kháng sinh theo kinh nghiệm
- ✓ Nếu vẫn sốt kéo dài tới 96 giờ khi đã dùng liệu pháp kháng sinh kinh nghiệm ban đầu, cần tìm kiếm các nguyên nhân nhiễm khuẩn bệnh viện và tìm kiếm các nguyên nhân khác.

4.2. Đối với người bệnh chưa xác định được ổ nhiễm khuẩn khởi điểm nhưng có yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện: chuyên lên tuyến trên

4.3. Đối với người bệnh có ổ nhiễm khuẩn chỉ điểm

Nhiễm khuẩn huyết từ đường gan mật: *K. pneumoniae* là vi khuẩn chính gây nhiễm khuẩn huyết và áp xe gan ở Việt Nam. Sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4, hoặc carbapenem (nếu người bệnh có nguy cơ nhiễm vi khuẩn sinh beta-lactamase phổ rộng – ESBL) phối hợp với một kháng sinh nhóm aminoglycosid (amikacin, neltimicin) hoặc metronidazol khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí.

Nhiễm khuẩn huyết từ ống tiêu hóa: Sử dụng kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 hoặc 4, hoặc carbapenem hoặc quinolon (ciprofloxacin) phối hợp với metronidazol (khi nghi ngờ vi khuẩn kỵ khí).

Nhiễm khuẩn huyết từ đường hô hấp:

- ✓ Sử dụng kháng sinh nhóm cepalosporin thế hệ 3 hoặc 4: ceftriaxone hoặc ceftazidim 50-100 mg/kg/ngày tiêm tĩnh mạch chia 2 lần hoặc cefepim
- ✓ Kháng sinh nhóm quinolon: Levofloxacin hoặc motifloxacin 400 mg (uống) hoặc grepafloxacin 600mg (uống) hoặc sparfloxacin 200 mg (uống)
- ✓ Các kháng sinh có thể dùng đơn độc hoặc phối hợp 2 nhóm với nhau hoặc phối hợp thêm nhóm aminoglycosid tùy theo mức độ nặng của người bệnh
- ✓ Nếu nghi ngờ tác nhân gây bệnh là *S. aureus* (tụ cầu vàng), cần nhắc sử dụng các kháng sinh chống tụ cầu như oxacilin, cloxacilin, cefazolin (đối với tụ cầu vàng nhạy methicilin, MSSA) hoặc vancomycin, teicoplanin, daptomycin (đối với tụ cầu kháng methicilin, MRSA) đường tĩnh mạch.

Nhiễm khuẩn sinh dục ở nữ giới

- ✓ Dùng ceftriaxon tĩnh mạch 1gam hàng ngày phối hợp với azithromycin tĩnh mạch 500mg hàng ngày và metronidazol 1g/ngày.
- ✓ Nếu nghi ngờ có liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện dùng kháng sinh nhóm carbapenem (imipenem-cilastatin, meropenem) hoặc piperacilintazobactam phối hợp với azithromycin và metronidazol, nếu nghi ngờ do vi khuẩn đa kháng thuốc phối hợp colistin.

Nhiễm khuẩn da

Nếu do tụ cầu: như trên

- ✓ Đối với người bệnh có tổn thương da (ví dụ do bỏng), cần cân nhắc nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện và sử dụng các kháng sinh có tác dụng diệt *P.aeruginosa*.
- ✓ Sự lựa chọn kháng sinh cụ thể phức tạp và nên dựa vào tiền sử của người bệnh (gần đây có sử dụng kháng sinh), những bệnh kèm theo, tình huống lâm sàng (mắc phải ở cộng đồng hay ở bệnh viện), các dữ liệu về nhuộm Gram và xu hướng kháng kháng sinh tại địa phương.

Bảng 1. Lựa chọn kháng sinh theo kinh nghiệm

Vi khuẩn	Kháng sinh ưu tiên	Kháng sinh thay thế
Vi khuẩn Gram-âm đường ruột họ <i>Enterobacteriaceae</i> (không sinh ESBL)	Ciprofloxacin 400mg x 2 đến 3 lần/ngày, tối đa không quá 200mg/ngày, truyền tĩnh mạch ceftriaxone 2 g/lần, tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 12 giờ/lần	Kháng sinh cephalosporin thế hệ 3 và 4 khác Kháng sinh nhóm fluoroquinolon
Vi khuẩn Gram-âm đường ruột họ <i>Enterobacteriaceae</i> (sinh ESBL)	Ertapenem 1g/ lần/ngày, truyền tĩnh mạch trong 3-4 giờ	Imipenem-cilastatin 500 mg/lần, truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ/lần Meropenem 1g/lần, truyền tĩnh mạch 8 giờ/lần Doripenem 500 mg/lần, truyền tĩnh mạch 8 giờ/lần
<i>Pseudomonas Aeruginosa</i>	Ceftazidime 2 g/lần, tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 8 giờ/lần Cefepim 2 g/lần, tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 8h/lần Piperacillin-tazobactam 4,5 g/lần, tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ/lần	Ciprofloxacin x 400-1200 mg/ngày Imipenem-cilastatin 1 g/lần, truyền tĩnh mạch mỗi 6-8 giờ/lần Meropenem 1 g/lần, đường tĩnh mạch mỗi 8 giờ/lần
<i>Burkholderia Pseudomallei</i>	Ceftazidime 2 g/lần, tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 8 giờ/lần	Imipenem-cilastatin 1g/lần, truyền tĩnh mạch 8 giờ/lần. Meropenem 1g/lần, đường tĩnh mạch 8 giờ/lần
<i>Streptococcus Pneumonia</i>	Ceftriaxone 2 g/lần, tiêm tĩnh mạch chậm mỗi 12 giờ/lần Cefotaxime 2 g/lần tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ/lần	Levofloxacin 750 mg/ngày Vancomycin 1 g/lần, truyền tĩnh mạch cách mỗi 12 giờ
<i>Staphylococcus aureus</i> (nhạy Methicilin)	Oxacilin 100-200 mg/kg/ngày chia tiêm tĩnh mạch chậm cách 6 giờ/lần	Vancomycin 1 g/lần truyền tĩnh mạch cách mỗi 12 giờ
<i>Staphylococcus aureus</i> (kháng Methicilin)	Vancomycin 1 g/lần truyền tĩnh mạch cách mỗi 12 giờ	Daptomycin 4-6 mg/kg/ngày
<i>Streptococcus suis</i>	Ampicilin: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch mỗi 6 giờ/lần. Trẻ em 200-250 mg/kg/ngày	Ceftriaxon: 2g/lần, tiêm tĩnh mạch 12h/lần. Trẻ em 100mg/kg/ngày
<i>Clostridium perfringens</i>	Penicilin 3-4 triệu đơn vị tiêm tĩnh mạch cách 4 giờ/lần	Clindamycin truyền tĩnh mạch 6-9 g/ngày chia liều cách mỗi 8 giờ/lần

	Metronidazole truyền tĩnh mạch liều tấn công 15 mg/kg sau đó sử dụng liều duy trì 7,5 mg/kg trong 1 giờ cách mỗi 6 giờ/lần	
<i>Bacteroides fragilis</i>		Metronidazole truyền tĩnh mạch liều tấn công 15 mg/kg sau đó sử dụng liều duy trì 7,5 mg/kg trong 1 giờ cách mỗi 6 giờ/lần

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y Tế (2015). Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Ban hành kèm theo quyết định số 708 QĐ-BYT ngày 02 tháng 3 năm 2015.
3. Emanuel Rivers, Bryant Nguyen, Suzanne Havtad, Julie Ressler, Alexandria Muzzin, Bernard Knoblich, Edward Peterson, Michael Tomlanovic, Directed therapy in the treatment of severe sepsis and Septic shock. NEJM. Number 19, Nov.8. 2001
5. Neal R. Chamberlain. From systemic inflammatory response syndrom to bacterial sepsis with shock. Mosby' s Color Atlas and Text of infectious diseases. 2000
6. Neviere R, Parsons PE, Finlay G. Sepsis and the systemic inflammatory response syndrome: Definitions, epidemiology, and prognosis. Uptodate2013
7. Singer M, Deutschman CS *et al.* The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis -3). JAMA 2016;315:801-810.

BÀI 24. VẮC XIN VÀ TIÊM CHỦNG

Mục tiêu:

1. *Trình bày được các vắc-xin được sử dụng và lịch tiêm chủng.*
2. *Cập nhật được những vấn đề mới trong tiêm chủng.*

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã khẳng định: tiêm vắc-xin là phương pháp bảo vệ hiệu quả, giúp nhân loại tránh được các bệnh truyền nhiễm. Tình trạng miễn dịch mà cơ thể có được sau khi sử dụng vắc-xin là kết quả của sự đáp ứng miễn dịch đối với các thành phần kháng nguyên có trong vắc-xin. Đến nay đã có gần 30 bệnh truyền nhiễm có vắc xin phòng bệnh và khoảng 190 quốc gia và vùng lãnh thổ đã đưa vắc xin vào sử dụng phổ cập cho người dân và tiêm chủng thực sự có vai trò rất lớn đối với toàn xã hội.

Ở Việt Nam, tiêm chủng mở rộng được triển khai thí điểm từ năm 1981 và được mở rộng dần hàng năm. Năm 1985, chương trình tiêm chủng mở rộng được đẩy mạnh và triển khai trên phạm vi cả nước với 6 loại vắc xin. Đến nay, chương trình được triển khai ở 100% xã/phường với tổng số 12 loại vắc xin. Chương trình tiêm chủng mở rộng đã đem lại hiệu quả góp phần thay đổi mô hình bệnh tật ở Việt Nam (tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm giảm liên tục trong nhiều năm), nhưng trong vài năm gần đây, một số bệnh dịch đã bùng phát trở lại, đặc biệt là dịch Sởi do việc tiêm vắc-xin chưa được triển khai tốt ở một số địa phương.

Mặc dù Bộ Y tế đã có rất nhiều văn bản liên quan đến tiêm chủng, tuy nhiên vẫn còn tình trạng cán bộ y tế chưa hiểu biết kỹ lưỡng, đầy đủ về vắc-xin (một số địa phương tỷ lệ tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh chỉ đạt 30-50%); một số sự cố do tiêm chủng vẫn chưa được xử lý kịp thời, gây ra hậu quả nghiêm trọng.

1. VẮC-XIN VÀ LỊCH TIÊM CHỦNG

1.1. Các yếu tố cần chú ý khi sử dụng vắc-xin

1.1.1 Tính kháng nguyên của vắc-xin

Vắc-xin là chế phẩm có tính kháng nguyên dùng để tạo miễn dịch đặc hiệu chủ động, nhằm tăng sức đề kháng của cơ thể đối với một hoặc một số tác nhân gây bệnh cụ thể. Kháng nguyên là những vật lạ, có khả năng kích thích cơ thể sản xuất kháng thể để nhận biết và vô hiệu hóa các tác nhân lạ, chẳng hạn như các vi khuẩn hoặc virus.

Như vậy, về bản chất, vắc xin là một chất lạ đối với cơ thể, do vậy khi tiêm chủng, phản ứng sau tiêm xuất hiện là lẽ đương nhiên, do cơ thể phản ứng với vật lạ. Đồng thời, vắc-xin không trực tiếp tiêu diệt tác nhân gây bệnh mà nó phải thông qua quá trình tạo ra kháng thể hay còn gọi là quá trình đáp ứng miễn dịch đặc hiệu. Tính “đặc hiệu” được hiểu là “kháng nguyên nào thì kháng thể đó”.

Quá trình đáp ứng miễn dịch đặc hiệu đòi hỏi phải có 1 khoảng thời gian nhất định. Đây chính là cơ sở để đưa ra nguyên tắc “tiêm đúng lịch và tiêm trước vụ dịch” trong tiêm chủng. Quá trình đáp ứng miễn dịch đặc hiệu có 3 giai đoạn:

(1) Nhận diện những vật được coi là “lạ” đối với cơ thể, bao gồm:

- Các vật lạ từ bên ngoài đưa vào: Vắc-xin, virus, vi khuẩn, thuốc kháng sinh...
- Các vật lạ ở ngay bên trong cơ thể: Tế bào nhiễm virut (HIV, viêm gan B), tế bào ung thư.
- Các vật không lạ trong cơ thể nhưng tế bào miễn dịch nhầm tưởng là “lạ”, ví dụ van hai lá trong bệnh thấp khớp, tổ chức liên kết trong bệnh luput ban đỏ...

(2) Đáp ứng lại (đánh trả) vật lạ:

Hệ thống miễn dịch trung dụng các tế bào (lympho B, lympho T) và các phân tử phù hợp để tấn công vật lạ. Đáp ứng này nhằm loại trừ vật lạ hoặc biến chúng thành vô hại đối với cơ thể, do đó ngăn chặn được bệnh. Phản ứng của cơ thể chống lại vật lạ gây ra những phản ứng sau tiêm.

(3) Ghi nhớ vật lạ:

Tế bào miễn dịch có khả năng ghi nhớ vật lạ. Nếu tác nhân gây bệnh xâm nhập vào cơ thể lần sau thì hệ thống miễn dịch sẽ nhớ và nhận ra để đáp ứng lại một cách nhanh và mạnh hơn (kháng thể sản xuất ra nhanh và nhiều hơn). Đây chính là lý do cần phải “tiêm nhắc lại” trong thực hành tiêm chủng.

Tác dụng phòng bệnh của vắc-xin phụ thuộc vào tính kháng nguyên. Nếu vắc-xin có chứa kháng nguyên mạnh sẽ kích thích cơ thể sản xuất nhiều kháng thể (vắc-xin sống, giảm độc) và ngược lại. Nếu kháng nguyên của vắc-xin bị phá hủy (do bảo quản không tốt) sẽ không còn tính “lạ”, do vậy vắc-xin sẽ không kích thích cơ thể sản xuất kháng thể. Chính vì vậy, các vắc-xin cần phải được bảo quản tốt ngay từ lúc nó được sản xuất cho tới khi được tiêm chủng vào cơ thể. Thường quy trình bảo quản các vắc-xin không giống nhau, nhưng nói chung các vắc-xin đều cần được bảo quản trong điều kiện khô, tối và lạnh.

Nhiệt và ánh sáng phá hủy tất cả các loại vắc-xin, nhất là những vắc-xin sống như vắc-xin sởi, bại liệt và vắc-xin BCG sống. Ngược lại, đông lạnh phá hủy nhanh các vắc-xin giải độc tố (như vắc-xin phòng uốn ván và bạch hầu). Trong quá trình sử dụng ở cộng đồng, các vắc-xin cần được bảo quản ở nhiệt độ trong khoảng từ 2°C đến 8°C. Đây chính là nguyên tắc “dây chuyền lạnh” trong tiêm chủng. Dây chuyền lạnh không chỉ bao gồm các nhà lạnh, tủ lạnh, các phích đá hoặc các hộp cách nhiệt mà còn phải lưu ý cả những khâu trung gian trong quá trình vận chuyển vắc-xin và tiến hành tiêm chủng, ví dụ: chuyển vắc-xin từ tủ lạnh sang phích lạnh, lấy vắc-xin ra xơ ranh chưa tiêm ngay...

Một điểm cũng cần được lưu ý là các hóa chất tẩy uế, sát trùng đều có thể phá hủy vắc-xin. Nếu các dụng cụ tiêm chủng được khử trùng bằng hóa chất thì chỉ cần một lượng rất ít dính lại cũng có thể làm hỏng vắc-xin. Vì vậy các dụng cụ tiêm chủng trước khi dùng phải được rửa sạch sau đó khử trùng ở nhiệt độ cao bằng cách luộc hoặc hấp. Hiệu quả phòng bệnh của vắc-xin còn phụ thuộc vào khả năng sinh kháng thể. Khi cơ thể sinh kháng thể kém hoặc không có khả năng sinh kháng thể (suy dinh dưỡng, mắc bệnh suy giảm miễn dịch hoặc đang uống thuốc ức chế miễn dịch như corticoid, methotrexate...) thì tiêm vắc-xin sẽ kém hiệu quả hoặc không có hiệu quả phòng bệnh. Đây là một trong những lý do hoãn tiêm hoặc chống chỉ định tiêm vắc-xin.

1.1.2. Thành phần của vắc-xin

- Kháng nguyên: Là chất kích thích sản xuất kháng thể;
- Chất ổn định: Là chất đảm bảo đặc tính của của các kháng nguyên;
- Chất bảo quản: Là chất đảm bảo vắc-xin không bị nhiễm trùng;
- Tá dược: Là chất tăng khả năng kích thích miễn dịch của kháng nguyên.

Khi sử dụng vắc xin, có thể xảy ra các phản ứng với các thành phần của vắc-xin, gây ra tác dụng không mong muốn.

1.1.3. Phân loại vắc-xin

Có 4 loại vắc-xin chính:

- Vắc-xin sống, giảm độc
- Vắc-xin bất hoạt
- Vắc-xin vô bào
- Vắc-xin giải độc tố

1.1.4. Tiêu chuẩn của vắc-xin: Hai tiêu chuẩn cơ bản nhất của vắc-xin là an toàn và hiệu lực

1.2. Một số loại vắc-xin thường dùng và lịch tiêm chủng

Việc sử dụng vắc-xin để phòng bệnh được gọi chung là tiêm phòng hoặc tiêm chủng. Việc tiêm chủng phải được thực hiện đúng lịch mới có hiệu quả sinh kháng thể tốt nhất.

1.2.1. Vắc-xin trong chương trình tiêm chủng và lịch tiêm

STT	Loại vắc-xin	Lịch tiêm (tháng tính từ ngày sinh)
1	Vắc xin BCG (Phòng bệnh lao)	Càng sớm càng tốt ngay sau khi sinh
2	Vắc xin viêm gan B liều sơ sinh	Càng sớm càng tốt ngay sau khi sinh (trong vòng 24 giờ)
3	Vắc xin Quinvaxem: Phòng bệnh Bạch hầu- Ho gà- Uốn ván-Viêm gan B-viêm phổi/viêm màng não do vi khuẩn Hib.	Mũi tiêm thứ 1: khi trẻ 2 tháng tuổi Mũi tiêm thứ 2: khi trẻ 3 tháng tuổi Mũi tiêm thứ 3: khi trẻ 4 tháng tuổi
4	Vắc xin bại liệt (OPV)	Uống liều thứ 1: khi trẻ 2 tháng tuổi Uống liều thứ 2: khi trẻ 3 tháng tuổi Uống liều thứ 3: khi trẻ 4 tháng tuổi
5	Vắc xin sởi (Sởi -Rubella)	Mũi tiêm thứ 1: khi trẻ 9 tháng Mũi tiêm thứ 2: khi trẻ 18 tháng
6	Tiêm nhắc bạch hầu, uốn ván và ho gà (DPT)	Khi trẻ 18 tháng
7	Vắc xin Viêm não Nhật Bản	Tiêm mũi 1 khi trẻ 1 tuổi. Mũi thứ 2 cách mũi thứ nhất 2 tuần.

		Tiêm mũi thứ 3 sau mũi thứ hai 1 năm.
8	Vắc xin Tả	Lần 1: cho trẻ 2 tuổi – 5 tuổi Lần 2: cách lần 1 từ 1 – 2 tuần (tại các vùng có nguy cơ dịch)
9	Vắc xin Thương hàn	1 lần cho trẻ 3-10 tuổi (ở các vùng có nguy cơ dịch)
10	Vắc xin uốn ván cho phụ nữ mang thai	Mũi 1: Tiêm sớm khi có thai lần đầu hoặc phụ nữ trong tuổi sinh đẻ tại vùng nguy cơ cao. Mũi 2: Ít nhất 1 tháng sau mũi 1, và ít nhất 1 tháng trước khi sinh

1.3.2. Vắc-xin ngoài chương trình tiêm chủng và lịch tiêm

STT	Loại vắc-xin	Lịch tiêm (tháng tính từ ngày sinh)
1	Vắc-xin Heamophilus Influenza tuýp b (Hib): Phòng bệnh Viêm màng não mủ, viêm họng, viêm phổi, viêm phế quản	Mũi 1 khi trẻ 2 tháng; Mũi 2 khi trẻ 3 tháng; Mũi 3 khi trẻ 4 tháng; Nhắc lại sau 1 năm
2	Thủy đậu (Varicella)	Mũi 1 khi trẻ 12-15 tháng, Mũi 2 nhắc lại sau 6 tuần.
3	Vacxin phối hợp sởi-quai bị-rubella (MMR)	Mũi 1 tiêm khi trẻ 9 tháng, Mũi 2 sau 6-12 tháng, Mũi 3 sau 4 năm. Nếu mũi 1 tiêm khi trẻ trên 12 tháng thì nhắc lại mũi 2 sau 4 năm
4	Viêm màng não do mô cầu	Tiêm 1 mũi, cứ 3 năm nhắc lại 1 lần theo chỉ định khi có dịch
5	Viêm não Nhật Bản B	Được chủng khi trẻ >12 tháng tuổi, tiêm 3 mũi (mũi 1 và mũi 2 cách nhau 1 – 2 tuần, mũi 3 cách mũi 1 sau 1 năm) nhắc lại mỗi 3 năm
6	Vacxin cúm (Vaxigrip)	Trẻ 06-35 tháng tuổi 1 liều 0,25ml mỗi năm, Trẻ >35 tháng và người lớn 1 liều 0,5ml mỗi năm,
7	Tiêu chảy do Rota virus	Trẻ từ 2-6 tháng tuổi.
8	Viêm gan A	Mũi 1 khi trẻ trên 1 tuổi, mũi 2 sau 6-12 tháng.
9	Vacxin Thương hàn	Mũi 1 khi trẻ trên 2 tuổi, sau mũi 1 cứ 3 năm nhắc lại 1 lần (nếu sống trong vùng

		dịch lưu hành).
10	Vacxin Tả	Mũi 1 khi trẻ trên 2 tuổi, Mũi 2 cách mũi 1 từ 1 tuần đến 1 tháng, Hàng năm nhắc lại 1 lần (nếu sống trong vùng dịch lưu hành)

2. CẬP NHẬT VẤN ĐỀ MỚI TRONG TIÊM CHỦNG

2.1. Vaccin dự phòng ung thư cổ tử cung

HPV (Human papilloma virus) là nguyên nhân của hầu hết các trường hợp ung thư cổ tử cung. Ngoài ra, còn có bằng chứng liên quan giữa HPV với ung thư hậu môn, âm hộ, âm đạo, dương vật và hầu họng. HPV chủ yếu lây truyền qua quan hệ tình dục và hầu hết mọi người bị nhiễm vi-rút ngay sau khi bắt đầu hoạt động tình dục.

Có hơn 100 loại HPV, nhưng phần lớn chúng lành tính. Hiện nay, có ít nhất 14 loại HPV gây ung thư (còn được gọi là loại có nguy cơ cao), trong đó HPV 16 và HPV 18 gây ra 70% ung thư cổ tử cung và tổn thương cổ tử cung tiền ung thư.

Trên thị trường Việt Nam hiện nay có 2 loại vaccin HPV: vaccin HPV phân type 16, 18 (Cervarix 0,5 ml) và vaccin HPV phân type 6, 11, 16, 18 (Gardasil 0,5 ml). Bộ Y tế đưa ra mục tiêu: tỷ lệ trẻ em gái và phụ nữ được tiêm vaccin HPV đạt ít nhất 25% vào năm 2025.

Theo khuyến cáo của nhà sản xuất, 2 loại vaccin trên được tiêm cho nữ giới chưa quan hệ tình dục, lứa tuổi từ 9-26. Tiêm 3 mũi cơ bản theo lịch: 0, 1, 6 tháng đối với Cervarix (mũi đầu tiêm thời điểm bất kỳ; mũi 2 cách mũi 1 tối thiểu 1 tháng; mũi 3 cách mũi 2 tối thiểu 5 tháng) và 0, 2, 6 tháng đối với Gardasil.

2.2 Tiêm chủng ở người lớn khỏe mạnh

Trung tâm kiểm soát và dự phòng bệnh tật (CDC) Hoa Kỳ khuyến cáo: tất cả người lớn nên tiêm vaccin sau:

- Vaccin cúm mùa: tiêm hàng năm để bảo vệ chống lại cúm mùa.
- Vaccin uốn ván: tiêm 10 năm/ lần để bảo vệ chống uốn ván.
- Các loại vaccin khác như vaccin zona, phế cầu khuẩn, não mô cầu, viêm gan A và viêm gan B, thủy đậu, sởi, quai bị và rubella có thể tiêm tùy thuộc vào các yếu tố nguy cơ của từng người như tuổi tác, lối sống, nghề nghiệp, tình trạng sức khỏe v.v...

2.3 Tiêm chủng ở một số đối tượng bị bệnh

2.3.1. Người nhiễm HIV

Do khả năng sinh kháng thể kém ở người nhiễm HIV, nên khi tiêm vaccin cho người nhiễm HIV có thể hệ miễn dịch không sản xuất đủ kháng thể, hoặc các kháng thể có thể không tồn tại lâu. Vaccin cũng có thể gây ra nhiều tác dụng phụ hơn. Do vậy cần cân nhắc về lợi ích và nguy cơ về tiêm chủng ở người nhiễm HIV.

Về nguyên tắc, không nên tiêm vaccin sống (như vaccin đậu mùa) cho người nhiễm HIV vì nguy cơ phát triển thành bệnh sau khi tiêm vaccin là rất cao. Người nhiễm HIV nên tránh tiêm vaccin phòng bệnh tả, thương hàn, sốt vàng và đậu mùa.

- Một số vaccin được khuyến cáo cho người nhiễm HIV (khuyến cáo của Canada):
- Vaccin dự phòng viêm phổi (Pneumovax) được khuyến cáo cho tất cả người nhiễm HIV mỗi 5 năm 1 lần.
- Vaccin dự phòng cúm mùa được khuyến cáo cho tất cả người nhiễm HIV mỗi năm 1 lần, thường tiêm vào tháng 11.

- Vắc-xin dự phòng uốn ván và bạch hầu được khuyến cáo cho tất cả những người nhiễm HIV mỗi 10 năm một lần.
- Vắc-xin dự phòng viêm gan A được khuyến cáo tiêm hai mũi cho những người nhiễm HIV đi du lịch nhiều.
- Vắc-xin dự phòng viêm gan B được khuyến cáo tiêm ba mũi cho những người nhiễm HIV tiêm chính ma túy hoặc quan hệ tình dục đồng tính nam.
- Vắc-xin dự phòng sởi, quai bị và rubella được coi là an toàn ở những người có số lượng CD4 lớn hơn 200, nhưng không nên dùng cho những người có số lượng tế bào CD4 dưới mức đó.

2.3.2. Người bệnh đái tháo đường

Những người mắc bệnh đái tháo đường có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn người bình thường. Ngoài ra, sự xuất hiện của nhiễm trùng cấp tính có thể là nguồn gốc dẫn đến các biến chứng. Nguy cơ uốn ván cũng cao hơn ở những người bệnh đái tháo đường có tổn thương da tính.

Vì tất cả những lý do nêu trên, người mắc bệnh đái tháo đường, ngoài việc tiêm vắc-xin định kỳ như người khỏe mạnh, nên được tiêm vắc-xin phế cầu mỗi 5 năm 1 lần và vắc-xin Sởi - Quai bị - Rubella, thủy đậu trong trường hợp huyết thanh âm tính. Tiêm vắc-xin viêm gan B ba liều cho người mắc bệnh đái tháo đường từ 19 đến 59 tuổi. Cần nhắc việc tiêm vắc-xin viêm gan B cho người ở độ tuổi ≥ 60 tuổi.

2.3.3 Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính

Chiến lược toàn cầu về quản lý và dự phòng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khuyến cáo:

+ Tiêm phòng vắc-xin phế cầu mỗi 5 năm 1 lần cho người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định khi: người bệnh >65 tuổi, hoặc có FEV1 $<40\%$, hoặc có bệnh đồng mắc khác như: bệnh tim mạch, bệnh gan, thận mạn tính, đái tháo đường, nghiện rượu, nghiện thuốc lá...

+ Tiêm phòng vắc-xin cúm 1 năm 1 lần vào đầu mùa thu.

3. THỰC HÀNH TIÊM CHỦNG AN TOÀN

3.1. Bố trí điểm tiêm chủng

Bố trí điểm tiêm chủng/phòng tiêm chủng 1 chiều, có 3 khu vực: khu vực khám tư vấn, khu vực tiêm, khu vực theo dõi sau tiêm.

3.2. Các trường hợp chống chỉ định và tạm hoãn tiêm vắc-xin

(Theo Quyết định số 2301/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2015 về hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng)

3.2.1. Các trường hợp chống chỉ định

a) Trẻ có tiền sử sốc hoặc phản ứng nặng sau tiêm chủng vắc-xin lần trước (có cùng thành phần): sốt cao trên 39°C kèm co giật hoặc dấu hiệu não/màng não, tím tái, khó thở.

b) Trẻ có tình trạng suy chức năng các cơ quan (như suy hô hấp, suy tuần hoàn, suy tim, suy thận, suy gan...).

c) Trẻ suy giảm miễn dịch (bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh, trẻ nhiễm HIV giai đoạn lâm sàng IV hoặc có biểu hiện suy giảm miễn dịch nặng) chống chỉ định tiêm chủng các loại vắc xin sống.

d) Không tiêm vắc xin BCG cho trẻ sinh ra từ mẹ nhiễm HIV mà không được điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con.

đ) Các trường hợp chống chỉ định khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

3.2.2. Các trường hợp tạm hoãn

a) Trẻ mắc các bệnh cấp tính, đặc biệt là các bệnh nhiễm trùng.

b) Trẻ sốt $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt $\leq 35,5^{\circ}\text{C}$ (đo nhiệt độ tại nách).

c) Trẻ mới dùng các sản phẩm globulin miễn dịch trong vòng 3 tháng trừ trường hợp trẻ đang sử dụng globulin miễn dịch điều trị viêm gan B.

d) Trẻ đang hoặc mới kết thúc đợt điều trị corticoid (uống, tiêm) trong vòng 14 ngày.

đ) Trẻ có cân nặng dưới 2000g.

e) Các trường hợp tạm hoãn tiêm chủng khác theo hướng dẫn của nhà sản xuất đối với từng loại vắc xin.

3.3. Giám sát phản ứng sau tiêm chủng

(Theo Quyết định số 1830/2014/QĐ-BYT về việc ban hành “hướng dẫn giám sát, điều tra, phân tích, đánh giá nguyên nhân phản ứng sau tiêm chủng”).

Phản ứng sau tiêm chủng là tình trạng bất thường về sức khỏe xảy ra sau khi tiêm chủng có liên quan đến vắc xin, sai sót trong tiêm chủng hoặc do trùng hợp ngẫu nhiên hay các nguyên nhân khác. Tất cả các trường hợp tiêm chủng cần phải theo dõi sau tiêm tại trạm y tế ít nhất 30 phút và tại nhà ít nhất 24 giờ.

3.3.1. Phân loại phản ứng sau tiêm chủng theo nguyên nhân

- Phản ứng liên quan đến thành phần của vắc xin: Là phản ứng của từng cá nhân đối với các thành phần có trong vắc xin, bao gồm các phản ứng thông thường và phản ứng hiếm gặp, hầu hết các phản ứng liên quan tới thành phần vắc xin là nhẹ và tự khỏi. Phản ứng nghiêm trọng liên quan tới thành phần vắc xin rất hiếm gặp.

- Phản ứng liên quan tới chất lượng của vắc xin: Có thể do khiếm khuyết xảy ra trong quá trình sản xuất vắc xin và làm tăng nguy cơ các phản ứng sau tiêm chủng. Cho đến nay, sau nhiều sự cố tiêm vắc-xin, các mẫu vắc-xin đã được kiểm nghiệm, rất hiếm gặp phản ứng sau tiêm chủng do chất lượng của vắc xin, bởi lẽ các cơ sở sản xuất vắc xin đều đã áp dụng thực hành sản xuất tốt (GMP), đồng thời kiểm định chặt chẽ đối với từng lô vắc xin trước khi sử dụng. Việc kiểm định vắc xin trong quá trình sản xuất, trước khi được phép xuất xưởng và trước khi sử dụng cũng được thực hiện hết sức nghiêm ngặt, nhằm đảm bảo vắc xin có chất lượng tốt nhất và đảm bảo an toàn đối với người sử dụng.

- Phản ứng liên quan đến sai sót tiêm chủng: Là những phản ứng liên quan đến quá trình bảo quản, vận chuyển, chỉ định và tiêm chủng vắc xin không đúng. Những phản ứng này đều có thể phòng ngừa được. Do vậy, việc thực hiện đúng các quy định trong vận chuyển, bảo quản vắc xin, cùng hoạt động thực hành tiêm chủng đúng quy

trình (khám sàng lọc để có chỉ định tiêm chủng thích hợp, thực hành pha hồi chỉnh vắc xin đối với loại vắc xin dạng đông khô), hoặc các thực hành tiêm chủng khác như sử dụng bơm kim tiêm tự khóa an toàn v.v... luôn luôn phải được chú trọng.

- Phản ứng liên quan đến lo lắng khi tiêm chủng: Đây là phản ứng của cơ thể do sự lo lắng quá mức với tiêm chủng. Phản ứng này hay gặp ở nhóm trẻ lớn, người lớn, đặc biệt trong các đợt tiêm chủng cho nhiều đối tượng. Trong chiến dịch tiêm vắc xin sởi-rubella vừa qua, có một số địa phương ghi nhận phản ứng dây chuyền này. Tuy nhiên, tất cả các cháu đều bình phục ngay sau khi được chăm sóc tại điểm tiêm chủng hoặc cơ sở y tế.

- Trùng hợp ngẫu nhiên: Là phản ứng sau tiêm không phải do vắc xin hay sai sót tiêm chủng, cũng không liên quan đến lo lắng khi tiêm chủng, mà là do bệnh lý sẵn có của đối tượng được tiêm chủng. Phản ứng có thể xảy ra trùng hợp với thời điểm tiêm chủng và đôi khi có thể bị cho là do tiêm vắc xin.

- Không rõ nguyên nhân: Là phản ứng sau tiêm không xác định được nguyên nhân.

3.3.2. Phân loại phản ứng sau tiêm chủng theo mức độ

- Phản ứng nhẹ sau tiêm chủng: Có thể có các phản ứng như sốt nhẹ < 38,5°C, đau tại chỗ tiêm, quấy khóc. Đây là phản ứng thông thường cho thấy đáp ứng của cơ thể với vắc xin, không kéo dài, các phản ứng sẽ tự khỏi trong vòng 1 ngày.

- Phản ứng sau tiêm chủng nghiêm trọng: Thường ít gặp nhưng phải được phát hiện sớm và xử lý kịp thời, bao gồm: phản vệ, sốc phản vệ, hội chứng sốc nhiễm độc, nghi ngờ do sai sót trong tiêm chủng, tử vong.

3.4. Xử trí các phản ứng sau tiêm chủng

(Theo Quyết định số 2535/QĐ-BYT ngày 10/7/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn xử trí phản ứng sau tiêm chủng)

Tất cả các trường hợp tiêm chủng đều phải theo dõi tại nơi tiêm chủng ít nhất 30 phút và theo dõi tại nhà ít nhất 24 giờ để phát hiện và xử trí kịp thời phản ứng sau tiêm chủng.

3.4.1. Xử trí các phản ứng thông thường sau tiêm chủng

- Sốt nhẹ (dưới 38,5°C): Uống nhiều nước, tiếp tục ăn uống bình thường, nằm chỗ thoáng. Một số trường hợp có bệnh lý về tim mạch, viêm phổi hoặc trẻ có tiền sử sốt cao co giật có thể dùng thuốc hạ sốt khi thân nhiệt trên 38,°C.

- Phản ứng tại chỗ gồm các triệu chứng đỏ và/hoặc sưng tại chỗ tiêm và có thể có 1 hoặc nhiều triệu chứng sau: sưng tấy tận khớp xương gần chỗ tiêm nhất, đau, đỏ và sưng kéo dài trên 3 ngày. Phản ứng thường tự khỏi trong vòng vài ngày đến 1 tuần. Điều trị triệu chứng với các thuốc giảm đau theo chỉ định.

- Đau khớp kể cả khớp nhỏ ngoại vi, đau dai dẳng (trên 10 ngày) hoặc thoáng qua (tối đa 10 ngày). Đau khớp có thể tự khỏi, một số trường hợp cần dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của cán bộ y tế.

- Nhiễm khuẩn BCG lan tỏa trên diện rộng xảy ra trong vòng 1 đến 12 tháng sau tiêm BCG và được chẩn đoán xác định bằng cách phân lập vi khuẩn lao. Thông

thường xảy ra ở những người suy giảm miễn dịch, cần đưa đến cơ sở y tế để điều trị bằng thuốc chống lao.

- Hội chứng não, màng não cấp tính với đặc điểm có 2 trong 3 triệu chứng sau: những cơn kịch phát, ý thức rối loạn kéo dài 1 đến nhiều ngày và hành vi thay đổi rõ rệt kéo dài 1 đến nhiều ngày, cần đưa đến cơ sở y tế để được khám, điều trị.

- Giảm trương lực, phản xạ, choáng xảy ra trong vòng 48 giờ sau khi tiêm chủng kéo dài từ 1 phút đến nhiều giờ ở trẻ em dưới 10 tuổi với biểu hiện mệt mỏi, giảm đáp ứng, thường thoáng qua và tự khỏi không cần điều trị. Trường hợp xuất hiện tái xanh hay tím ngắt hoặc bất tỉnh cần được đưa đến cơ sở y tế để theo dõi và điều trị tích cực như sốc phản vệ.

- Viêm hạch bạch huyết kể cả viêm hạch bạch huyết có mũ với biểu hiện có 1 hạch lympho sưng to > 1,5 cm (bằng 1 đầu ngón tay người lớn) hoặc có 1 hốc dò rỉ trên 1 hạch lympho, xảy ra trong vòng 2-6 tháng sau khi tiêm vắc xin BCG, tại cùng một bên người với chỗ tiêm chủng (đa số là ở nách). Viêm hạch thường là tự lành và không cần điều trị. Trường hợp tổn thương dính vào da hoặc bị dò rỉ thì cần đưa đến cơ sở y tế để được phẫu thuật dẫn lưu và đắp thuốc chống lao tại chỗ.

- Bầm tím và/hoặc chảy máu do giảm tiểu cầu thường là nhẹ và tự khỏi. Trường hợp nặng cần đưa đến cơ sở y tế để điều trị thuốc steroid và truyền khối tiểu cầu.

3.4.2. Xử trí các tai biến nặng sau tiêm chủng

- Phản vệ: Thường xuất hiện trong hoặc ngay sau khi tiêm chủng với các triệu chứng như mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke; mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được; khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở; đau quặn bụng, ỉa đái không tự chủ; đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê; kích thích, choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật. Cần dừng ngay việc tiêm vắc xin và tiến hành cấp cứu phản vệ theo phác đồ của Bộ Y tế và chuyển người bệnh đến đơn vị hồi sức tích cực của bệnh viện gần nhất.

- Phản ứng quá mẫn cấp tính: Thường xảy ra trong vòng 2 giờ sau khi tiêm chủng với 1 hay kết hợp nhiều triệu chứng như thở khò khè, ngắt quãng do co thắt khí phế quản và thanh quản, phù nề thanh quản; phát ban, phù nề ở mặt, hoặc phù nề toàn thân. Xử trí: dùng các thuốc kháng histamin, phòng ngừa bội nhiễm, đảm bảo nhu cầu dịch và dinh dưỡng. Trường hợp phản ứng nặng cần cho thở ô xy và xử trí như sốc phản vệ.

- Sốt cao (>38,5°C): Cho trẻ uống nhiều nước hoặc đảm bảo nhu cầu dịch và dinh dưỡng. Dùng thuốc hạ sốt hiệu quả và an toàn cho trẻ em như Acetaminophen. Trong trường hợp sốt cao không đáp ứng với Acetaminophen đơn thuần có thể phối hợp thêm Ibuprofen sau 1 đến 2 giờ không hạ nhiệt với Acetaminophen và không có chống chỉ định với Ibuprofen. Có thể tiến hành lau mát hạ sốt với nước ấm hoặc nước thường và điều trị các biến chứng co giật nếu có.

- Khóc thét không nguôi, dai dẳng trên 3 giờ kèm theo la hét. Thường đi sau 1 ngày hoặc tại thời điểm đó có thể dùng thuốc giảm đau theo chỉ định.

- Co giật: Thường là những cơn co giật toàn thân không kèm theo dấu hiệu và triệu chứng tại chỗ, có thể có sốt hoặc không. Cần được điều trị hỗ trợ hô hấp như thông đường thở, hút đờm rãi, thở ô xy. Dùng thuốc chống co giật như Diazepam và/hoặc thuốc chống co giật khác theo đúng phác đồ xử trí co giật.

- Áp xe: Sờ thấy khối sưng, mềm hoặc có dò dịch tại chỗ tiêm, có thể là áp xe vô khuẩn hoặc nhiễm khuẩn. Điều trị bằng chích rạch và dẫn lưu, dùng kháng sinh nếu nguyên nhân do nhiễm khuẩn.

- Nhiễm khuẩn huyết: Bệnh thường khởi phát cấp tính, có tính chất toàn thân, trầm trọng. Biến chứng thường gặp và nguy hiểm là sốc nhiễm trùng. Cần sơ cấp cứu sốc (nếu có) và chuyển người bệnh lên tuyến trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thông tư số 12/2014/BYT ngày 20 tháng 3 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn quản lý sử dụng vắc-xin trong tiêm chủng.
2. Quyết định số 1737/QĐ-BYT ngày 16/5/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn tổ chức buổi tiêm chủng.
3. Quyết định số 1830/QĐ-BYT ngày 26/5/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn giám sát, điều tra, phân tích nguyên nhân phản ứng sau tiêm chủng.
4. Quyết định số 2535/QĐ-BYT ngày 10/7/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về Hướng dẫn theo dõi chăm sóc, xử trí phản ứng sau tiêm chủng.
5. Quyết định số 2301/QĐ-BYT ngày 12 tháng 6 năm 2015 về hướng dẫn khám sàng lọc trước tiêm chủng đối với trẻ em.
6. WHO (2018) Guidelines for the prevention and control of cervical cancer -
7. L'immunisation (vaccination) des personnes vivant avec le VIH/sida, l'Agence de la santé publique du Canada, <https://www.catie.ca/fr/feuilles-info/prevention/limmunisation-vaccination-personnes-vivant-vihsida>
8. Diabète et vaccination, Centre Europeen d'étude du diabete, <http://ceed-diabete.org/blog/diabete-et-vaccination/>

BÀI 25. LẠM DỤNG VÀ LỆ THUỘC VÀO CHẤT GÂY NGHIỆN

Mục tiêu:

1. *Trình bày được nội dung tư vấn phòng bệnh, phát hiện sớm các trường hợp lạm dụng và nghiện chất.*
2. *Trình bày được nguyên tắc điều trị nghiện ma túy tại cộng đồng.*

ĐẠI CƯƠNG

Chất gây nghiện, sự lạm dụng và lệ thuộc vào chất gây nghiện đã trở thành vấn đề cấp bách của nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Một mâu thuẫn đang tồn tại đó là chất gây nghiện có thể đem lại lợi ích kinh tế cho các quốc gia như chè, thuốc lá, bia, rượu...; sự phát triển của y học cũng đồng hành với sự tham gia của các thuốc gây nghiện (Morphin, Seduxen...), nhưng chất gây nghiện khi lạm dụng sẽ có thể khiến con người bị lệ thuộc vào chúng (hay còn gọi là nghiện) và từ đó mất kiểm soát nhận thức và hành vi, gây tác động tiêu cực tới bản thân, gia đình và xã hội. Vấn đề đặt ra là cần phải hiểu biết về chất gây nghiện để sử dụng nó đem lại lợi ích, nhưng cũng cần có những biện pháp can thiệp dựa trên các bằng chứng khoa học để ứng phó với những tác động tiêu cực của chất gây nghiện, đặc biệt là khi đã lệ thuộc vào chất gây nghiện.

Ở Việt Nam, điều trị nghiện ma túy trong những năm qua đã có một sự thay đổi và bước phát triển đáng kể dựa trên các bằng chứng khoa học của thế giới, đặc biệt là vấn đề điều trị thay thế chất gây nghiện dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone.

1. SƠ LƯỢC VỀ CHẤT GÂY NGHIỆN

1.1. Khái niệm về chất gây nghiện

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, chất gây nghiện là “chất hóa học sau khi được hấp thu sẽ làm thay đổi chức năng thực thể và tâm lý của người sử dụng”.

Điều 2, Luật Phòng, Chống ma túy số 23/2000/QH10 của Quốc hội “Chất gây nghiện là chất kích thích hoặc ức chế thần kinh, dễ gây tình trạng nghiện đối với người sử dụng”.

Chất gây nghiện ở đây được hiểu theo nghĩa rộng bao hàm cả chất gây nghiện được sử dụng hợp pháp như thuốc gây nghiện trong điều trị (Benzodiazepine; Morphine, Codein), như rượu, bia, thuốc lá, trà, cà phê, và bao gồm cả chất gây nghiện bất hợp pháp hay còn gọi là ma túy (heroin, thuốc phiện, cần sa, thuốc lắc, các loại chất gây nghiện kích thích dạng Amphetamins (ATS)...

1.2. Tình hình sử dụng chất gây nghiện trên thế giới và ở Việt Nam

1.2.1. Tình hình sử dụng rượu

Theo báo cáo của WHO năm 2011, hàng năm có 2,5 triệu người chết vì rượu, trong đó có đến 1/3 số người là giới trẻ. Rượu có liên quan đến nhiều vấn đề xã hội nghiêm trọng bao gồm cả bạo lực và lạm dụng trẻ em. Gánh nặng kinh tế, xã hội và sức khỏe do lạm dụng rượu, bia trên toàn cầu đã đạt mức báo động trong những năm gần đây.

Ở Việt Nam, kết quả nghiên cứu “Đánh giá tình hình lạm dụng rượu, bia tại Việt Nam” của Viện Chiến lược và chính sách y tế - Bộ Y tế công bố năm 2012 cho

thấy: Bình quân một người đàn ông Việt Nam uống 15,8 lít bia, 3,9 lít rượu trong một năm. Tỷ lệ người Việt Nam đang lạm dụng rượu là 18%, bia là 5%. Lạm dụng rượu, bia gây ra các hệ quả lâu dài về sức khỏe như đau dạ dày, viêm nhiễm thường xuyên, tổn thương gan, rối loạn tim mạch, tổn thương cơ quan sinh sản, tổn thương não bộ như: sa sút trí nhớ, lú lẫn, trầm cảm; ngoài ra còn các hệ quả tinh thần và các vấn đề xã hội khác.

1.2.2. Tình hình sử dụng thuốc lá

Theo báo cáo của WHO ngày 31/5/2012, hút thuốc là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong. Hút thuốc gây tử vong cho gần 6 triệu người mỗi năm. Ước tính số tử vong do thuốc lá sẽ tăng lên thành hơn 8 triệu ca vào năm 2030.

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ hút thuốc lá cao trên thế giới (56,1% ở nam giới và 1,8% ở nữ giới), 2/3 số phụ nữ và 1/2 số trẻ em bị ảnh hưởng thụ động của khói thuốc lá. Theo ước tính của Bộ Y tế, hàng năm có khoảng 40.000 ca tử vong vì các bệnh liên quan đến thuốc lá, gần gấp 4 lần số ca tử vong vì tai nạn giao thông đường bộ. Khói thuốc lá chứa hơn 4.000 chất hóa học, trong đó có 43 chất gây ung thư, gây ra 25 căn bệnh nguy hiểm khác nhau như ung thư phổi, bệnh tim mạch, phổi tắc nghẽn, vô sinh...

1.2.3 Tình hình sử dụng ma túy

Theo báo cáo về tình hình ma túy thế giới năm 2012 của Chương trình kiểm soát tội phạm và ma túy của Liên hiệp quốc (UNODC), ước tính năm 2010 trên toàn cầu có 230 triệu người sử dụng ma túy, trong đó 27 triệu người có vấn đề nghiêm trọng do sử dụng ma túy; 200.000 người tử vong hàng năm do sử dụng heroin, cocain và các loại ma túy khác. Trong số người tiêm chích ma túy, khoảng 20% nhiễm HIV, 46,7% mắc viêm gan C và 14,6% mắc viêm gan B, tạo thêm gánh nặng về bệnh tật cho toàn cầu; khoảng 1/100 ca tử vong ở người lớn là do sử dụng ma túy bất hợp pháp.

Ở Việt Nam, theo số liệu từ Bộ Công an, tính tới cuối tháng 6 năm 2012, cả nước có 171.400 người nghiện ma túy có hồ sơ quản lí. So với cuối năm 1994, số người nghiện ma túy đã tăng gấp 3 lần (55.445 người nghiện năm 1994) với mức tăng xấp xỉ 6.000 người nghiện mỗi năm.

1.3. Một số loại ma túy ở Việt Nam

1.3.1. Thuốc phiện và các chế phẩm thuốc phiện (Opiats)

Thuốc phiện là nhựa của quả cây thuốc phiện (cây Anh túc). Các chất dạng thuốc phiện (opioid) là những chất được chiết xuất từ nhựa thuốc phiện như: morphine, heroine, codeine, thuốc phiện (opium)....). Heroin là dạng được sử dụng phổ biến nhất ở Việt Nam chiếm khoảng 70% các loại ma túy được sử dụng trong những năm 90 của thế kỷ trước (Reid và Crofts 1999), đặc biệt là trong giới trẻ sống tại các đô thị, thành phố. Tuy nhiên, thuốc phiện vẫn tiếp tục được sử dụng bởi những người lớn tuổi sống ở vùng nông thôn và miền núi. Thuốc phiện thường được sử dụng thông qua hút bằng dụng cụ chuyên dùng (tẩu, bàn đèn), một số ít người chích dung dịch sỏi thuốc phiện vào tĩnh mạch. Heroin có thể được sử dụng bằng nhiều cách như tiêm vào tĩnh mạch; Hút bằng tẩu có nước hoặc tẩu thông thường, hít dưới dạng bột qua mũi; Đốt và hít khói trực tiếp



Qua cây thuốc phiện



Bột Heroin



Đốt và hít Heroin



Tiêm chích ma tuý

Biểu hiện lâm sàng khi lạm dụng thuốc phiện và các chế phẩm dạng thuốc phiện

**Sau khi sử dụng thuốc phiện thường xuất hiện các biểu hiện: Cảm giác ấm vùng thắt lưng, ấm bụng, người nhẹ nhõm, lâng lâng như sóng lượn. Khoái cảm, liên tưởng nhanh, tái hiện dễ. Tiếp theo là trạng thái ức chế vận động, ý thức thu hẹp, mất cảm giác đói, khát, chỉ còn cảm giác yên tĩnh, ngủ lim dim, đầy mơ mộng, sau đó ngủ sâu nếu dùng liều cao.*

Tác dụng cũng có sự đa dạng, tùy thuộc vào từng người. Sau khi phê người sử dụng thường cảm thấy buồn ngủ trong vài giờ. Tâm thần thường u ám, nhịp tim chậm, nhịp thở chậm. Khi tác dụng của thuốc hết, cảm giác phê cũng mất đi.

** Khi tình trạng phụ thuộc kéo dài người nghiện có nhiều biến đổi về mặt tâm lý, xã hội như: Hứng thú thu hẹp, khó tập trung chú ý, rối loạn trí nhớ, khí sắc không ổn định. Mất khả năng đánh giá hành vi của bản thân, nhân cách suy đồi và biến đổi. Chịu ảnh hưởng của nhóm xấu. Có thái độ thờ ơ với xã hội. Có hành vi tự sát.*

1.3.2. Amphetamine

Amphetamin được tổng hợp vào năm 1932 tại Mỹ. Trước đây, người ta sử dụng nó như 1 thuốc giảm đau, chống trầm cảm, điều trị suy nhược thần kinh, béo phì. Tuy nhiên, hiện nay do quá nhiều tác dụng khác mà nó mang lại, đặc biệt là khả năng gây nghiện thuốc nên đã bị cấm sử dụng trong y học.

Biểu hiện lâm sàng ở người nghiện khi sử dụng amphetamine chủ yếu là trạng thái kích thích, hưng phấn gây khoái cảm, Tâm thần khoan khoái, dễ chịu, tan biến các ức chế, tăng lòng tự tin, hoà nhã và cởi mở với mọi người.

Nếu người bệnh dùng amphetamine liều cao, có thể dẫn đến ý tưởng và hành vi tự sát. Sảng do dùng amphetamine thường liên quan đến việc sử dụng liều cao hoặc dùng kết hợp với các loại ma túy khác, đặc biệt là những người có tổn thương não.

Các rối loạn loạn thần thường gặp khi giảm hoặc ngừng sử dụng amphetamine là hoang tưởng ảo giác tương tự trong bệnh tâm thần phân liệt thể paranoid. Tuy nhiên các triệu chứng này chỉ kéo dài vài ngày và trên bệnh cảnh lâm sàng ít gặp cảm xúc bàng quan so với người bệnh tâm thần phân liệt. Chỉ định điều trị tình trạng này là sử dụng an thần kinh (Haloperidol) trong một thời gian ngắn. Các rối loạn cảm xúc khi dùng amphetamine là hưng cảm hoặc loạn cảm còn khi ngừng sử dụng amphetamine có thể là trầm cảm.

Các rối loạn chức năng tình dục. Amphetamine thường được sử dụng để tăng cường năng lực tình dục. Tuy nhiên khi sử dụng liều cao, dài ngày có thể gây rối loạn sự cương cứng và các chức năng tình dục khác.

1.3.3. Cần sa

Cần sa còn có tên như tài mà, gai dầu, gai mèo, lanh mèo, lanh mán, đại ma, hỏa ma, bồ đề (Cannabis) là một chi thực vật có hoa bao gồm ba loài: Cannabis sativa L, Cannabis indica Lam và Cannabis ruderalis Janisch. Ba loài này là thực vật với bản địa ở Trung Á và các khu vực xung quanh. Cần sa đã được sử dụng từ lâu để lấy sợi, hay dùng như chất ma túy hay trị bệnh

Cần sa thường được sử dụng dưới dạng lá (khô, tươi) hoặc nhựa (hachich) bằng cách hút như thuốc lá hoặc hút bàn đèn... Tác dụng của cần sa xuất hiện sau khi sử dụng khoảng 30 phút và kéo dài 3-4 giờ.

Biểu hiện lâm sàng ở người nghiện khi sử dụng cần sa chủ yếu là trạng thái kích thích, hưng phấn gây khoái cảm. Tâm thần khoan khoái, dễ chịu, tan biến các ức chế, tăng lòng tự tin, hoà nhã và cởi mở với mọi người. Người sử dụng cảm thấy tăng cảm giác với các kích thích bên ngoài. Kỹ năng vận động suy giảm. Sau 6-8 giờ dùng cần sa sự suy giảm kỹ năng vận động còn làm ảnh hưởng đến việc lái xe, vận hành máy móc... hơn nữa, những tác động không tốt này còn nặng thêm do tác dụng của rượu là thứ rất phổ biến mà những người sử dụng cần sa thường dùng kết hợp.

Khi sử dụng cần sa liều cao có thể gây trạng thái suy giảm khả năng nhận thức, giảm nhớ, rối loạn tri giác, chú ý...

1.3.4. Cocaine

Cocain là loại ma túy chiết xuất từ lá coca, có tinh thể hình kim, không màu và không mùi, vị hơi đắng mát và gây cảm giác hơi tê cho đầu lưỡi.

Cocain lần đầu tiên được một dược sĩ - hóa học người Đức (tên là Albert Niemann), chiết xuất từ lá cây coca vào năm 1860. Đến năm 1883 cocain mới được một bác sĩ thử nghiệm với binh lính Đức và cho kết quả là sự hồi phục sức khỏe đáng kinh ngạc. Năm 1884 dược tính của cocain lại được phát hiện thêm tác dụng giảm đau, có công hiệu với bệnh lao phổi, hen suyễn, đau thần kinh liên sườn, đau răng. Những tác dụng làm tăng sức khỏe của cocain đã khiến trong những năm đầu của lịch sử chế phẩm, cocain có mặt trong nhiều loại thuốc bổ, kẹo, bánh và nước giải khát.

Tuy vậy, với sự phổ biến của cocain, các nhà khoa học cũng nhận thấy tác dụng gây nghiện, gây hoang tưởng bộ phận rất mạnh của thuốc. Bởi vậy, cocain được

xếp vào nhóm ma túy và bị luật pháp của hầu hết quốc gia ngăn cấp tàng trữ, mua bán, vận chuyển và sử dụng trái phép.

1.3.5. Nước biển

Nước biển hay GHB thực chất là có tên gọi Gamma hydroxy axit butyrat, được bào chế và sử dụng như một loại thuốc gây mê và giảm đau cách đây gần 50 năm. GHB khi được sử dụng trực tiếp với một lượng vừa phải mang lại cho người “chơi” nó cảm giác hưng phấn lâng lâng và kích thích dục vọng

1.3.6. Một số loại ma túy mới

Cỏ Mỹ (K2/spice)

Đây thực chất là lá, thân, rễ của một loại cây thực vật được tẩm ướp chất gây nghiện nguồn gốc từ nước ngoài, thẩm lậu vào trong nước chủ yếu từ Trung Quốc. Vấn đề đáng chú ý là để gây sự thu hút, các loại này thường đóng gói trong bao bì có mẫu mã đẹp, bắt mắt. Cỏ Mỹ là loại thực vật dạng cỏ có tẩm ướp chất gây nghiện (XLR-11, JWH-018, 073, 200... Tất cả chất này đều có trong danh mục cấm theo nghị định 126). Cũng như muối tắm, trên bao bì luôn có dòng chữ “không dùng cho người – not for human consumption”.



Cỏ Mỹ (K2/spice).

Cách sử dụng cỏ Mỹ cũng giống như là cần sa là cuốn hút như thuốc rê. Nhưng khi hút cỏ Mỹ không gây mùi khét đặc trưng như cần sa nên khó bị phát hiện hơn. Khi sử dụng cỏ Mỹ sẽ gây ảo giác mạnh, giãn đồng tử, căng thẳng, kích động cực đoan. Do gây kích thích tên hệ thần kinh mạnh hơn so với cần sa nên Cỏ Mỹ được nhiều người ưa chuộng hơn và gây tác hại nặng nề hơn.

Lá "Khát"

Lá khát (hay Kat, Qat, Ghat hoặc Chat) còn gọi với cái tên khá hay là lá "*Thiên đường*" (tên khoa học: *Catha edulis*) là loại cây bụi được trồng, sử dụng và buôn bán ở nhiều nước châu Phi, vùng Nam Á Rập.

Lá Khát mới xuất hiện tại Việt Nam từ tháng 3 năm 2016 nhưng lực lượng chức năng đã tịch thu được gần 5 tấn. Lá Khát có chứa thành phần Cathinone, là chất ma túy rất độc hại thuộc Danh mục I – Nghị định 82/2013/NĐ-CP, có tác dụng tương tự như loại ma túy đá Amphetamine.

Muối tắm (bath salts)

Muối tắm là tên lóng của một loại ma túy tên hóa học là mephedrone và cathinone được xuất xứ từ cây Khát. Muối tắm có hình dạng kết tinh và cách sử dụng như đá (đốt hít). So với “đá” thì muối tắm không “phê” bằng một loại ma túy khác được điều chế từ lá khát là muối tắm tên lóng của ma túy tổng hợp từ mephedrone và cathinone.



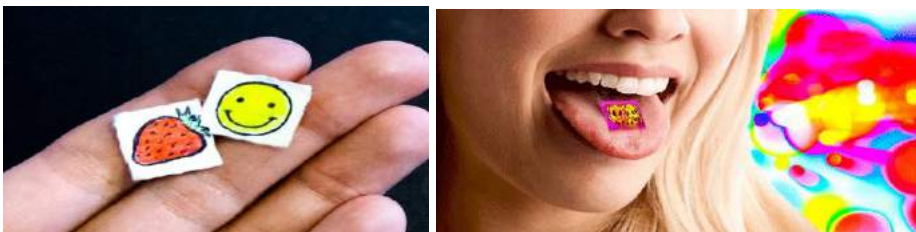
Muối tắm (bath salts).

Muối tắm gây rối loạn tâm thần, hoảng loạn và có hành vi bạo lực, cũng như gây đau tim và tăng nhiệt độ cơ thể. Ngụy trang dưới cái tên muối tắm, 1 loại muối dùng để thư giãn khi tắm, loại ma túy này có thể dễ dàng mua trực tuyến.

Hiện nay trên thị trường Việt Nam chưa có các test nhanh phát hiện muối tắm trong nước tiểu. Nghị định 82 đã đưa muối tắm (mephedrone và cathinone) vào danh mục chất ma túy bị cấm.

“Tem giấy”

Tem giấy còn được gọi là bùa lười, thực chất là miếng giấy được tẩm chất gây ảo giác LSD (Lysergic Acid Diethylamide), là chất bán tổng hợp được chiết xuất từ nấm cựa gà. Chất gây nghiện này tái xuất hiện trong thời gian gần đây sau một thời gian dài (từ cuối thập niên 1970) ngưng sản xuất. Đây là chất gây ảo giác mạnh nhất cho đến nay, chỉ vài chục mcg là có thể gây ảo giác nên được xem chất ma túy nguy hiểm nhất.



Tem giấy

Nhìn bên ngoài, “Tem giấy” là một miếng giấy dán tem giấy kích thước 1,5x1,5 cm, trong một miếng bìa có khoảng 25 tem giấy. Trên bìa in hình các nhân vật nổi tiếng như Einstein hay các ca sĩ nổi tiếng, giống như miếng bìa chơi của trẻ con. Giá mỗi miếng tem này chỉ khoảng 20.000 đồng.

Về cách thức sử dụng tem giấy rất đơn giản, chỉ cần liếm như dán giấy hoặc ngậm trên lưỡi. Tuy nhiên, LSD có tác dụng rất nhanh, chỉ sau 5 phút liếm, ngậm người dùng đã có cảm giác. Sử dụng LSD nhiều sẽ gây loạn thần, phụ thuộc về tâm thần.

Nước vui

“Nước vui” có xuất xứ từ Trung Quốc, thành phần gồm một số ma túy tổng hợp phổ biến hiện nay, trong đó có thành phần Methamphetamine, Ketamine... và tồn tại dưới dạng lỏng, đựng trong các lọ nhỏ khoảng 10-15ml. Khi sử dụng, các đối tượng thường trộn lẫn với các loại nước có ga theo một tỷ lệ nhất định sau đó uống trực tiếp vào cơ thể.



Ma túy “Nước vui”

Khi vào cơ thể, loại ma túy này sẽ tạo cho người sử dụng cảm giác hưng phấn, vui vẻ kéo dài, đặc biệt khi kết hợp với nghe nhạc mạnh. Giá thành mỗi lọ “Nước vui” trên thị trường dao động từ 1,2-1,5 triệu đồng/lọ.

Ma túy “Trà sữa”

“Trà sữa” là một loại hỗn hợp chứa nhiều loại ma túy tổng hợp, tồn tại ở dạng bột thường được đựng trong các túi nilon có bao bì bắt mắt, in chữ Trung Quốc. Ma túy “Trà sữa” dạng bột, có mùi sữa. Khi sử dụng, ma túy “Trà sữa” được pha cùng với các loại nước có ga tạo thành dung dịch có màu sắc và mùi vị giống như trà sữa thông thường, một loại đồ uống ưa thích của giới trẻ.

Việc sử dụng các loại ma túy “Trà sữa”, “Nước vui” sẽ gây nguy hiểm đối với bản thân người sử dụng. Tác động trực tiếp vào não bộ, gây kích thích thần kinh trung ương, tạo ảo giác ở người sử dụng làm cho họ cảm thấy sung , tự tin, thích được thực hiện những hành vi có cảm xúc mạnh, lác lác quay cuồng, la hét, đặc biệt khi đi kèm với âm thanh có cường độ lớn. Sau khi sử dụng, trạng thái hưng phấn gây rối loạn nhịp tim dễ dẫn đến trụy tim mạch và đột tử. Mặt khác, kích thích hệ thần kinh trung ương nên thường xuyên tạo trạng thái kích động và căng thẳng, suy sụp, chán chường, lo lắng, trầm cảm hoang tưởng, mất trí nhớ, mất phương hướng, lâu dần sẽ dẫn đến tâm thần.

Shisha

Shisha là tên gọi của một loại thuốc hút có xuất xứ từ Ả Rập từ hơn 400 năm trước, còn có tên gọi là thuốc lào Ả Rập, có chứa Nicotine – một chất gây hưng phấn, gây nghiện. Shisha được hút qua “bộ lọc” là nước, tương tự như hút thuốc lào của Việt Nam, gồm sợi thuốc lá trộn với mật ong và hương liệu bạc hà, chocolate hoặc trái cây táo, dâu, cherry... Chính vì được “lọc” qua nước nên lầm tưởng là ít gây tác hại.

Tuy nhiên, đã có rất nhiều báo cáo trên thế giới về khói Shisha cho thấy tác hại không thua kém gì thuốc lá, thậm chí còn độc hơn. Chính vì thế, một người hút Shisa thường xuyên sẽ vẫn chịu những rủi ro mắc bệnh giống như người hút thuốc lá như ho lao, trụy tim và cả ung thư.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới WHO và Hiệp hội Ung thư Mỹ, lượng khói hít vào cơ thể khi hút Shisa trong vòng 1 giờ tương đương với khi hút từ 100 đến 200 điếu thuốc lá, đồng thời, tỷ lệ Nicotine ngấm vào cơ thể khi hút Shisha cao hơn thuốc lá 70%.

Một bình Shisha như hiện tại thường được hút trong thời gian khoảng 40 phút – như vậy số lần hút vào sẽ là từ 50 – 200 lần. Lượng khói này tương đương với 0,15 – 0,5 lít khói. Đó quả là số lượng khủng khiếp. Cơ quan kiểm soát dịch bệnh Mỹ (CDC) cảnh báo hút Shisha có thể gây ung thư miệng, phổi, dạ dày, thực quản, suy giảm chức năng phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), giảm khả năng sinh sản.



Shisha.

Cùng với đó việc nhiều người dùng chung một ống có thể lây nhiễm các bệnh như lao, viêm gan, các bệnh răng miệng... Hương liệu trái cây được dùng để hút Shisha cũng thường có chất lượng kém và dễ gây nên những hậu quả nghiêm trọng đến sức khỏe như ảnh hưởng thần kinh, nhức đầu.

Một dụng cụ mới nổi hiện nay là thuốc lá điện tử shisha pen. Khác với kiểu hút shisha truyền thống, shisha pen sử dụng tinh dầu pha chế sẵn và người hút có thể chọn lựa hương liệu (mùi) tùy theo sở thích. Shisha pen ít khói hơn và nhỏ gọn nên hiện được giới trẻ ưa chuộng.

Shisha không phải là ma túy nên hiện chưa bị cấm. Tuy nhiên đây là khởi đầu của thói quen và hành vi nghiện ngập. Nguy hiểm hơn, để thu hút khách hàng, một số vũ trường, quán Bar đã bất chấp đạo đức kinh doanh, sử dụng “chiêu” chế Shisha: họ bỏ thêm vào bình Shisha nguyên chất một vài nguyên liệu như rượu, ma túy để tăng độ “phê” và gây nguy hiểm khó lường cho người sử dụng.

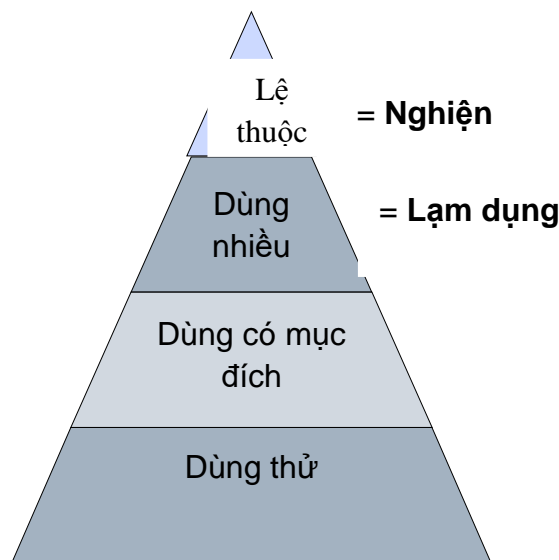
2. LẠM DỤNG VÀ LỆ THUỘC VÀO CHẤT GÂY NGHIỆN

2.1. Một số khái niệm

Không phải ai sử dụng chất gây nghiện đều có thể bị nghiện. Đa số những người bắt đầu sử dụng chất gây nghiện là để thử, hoặc dùng có chủ đích (để tỉnh táo, vui vẻ, bớt căng thẳng, phê/sương, khoái cảm...). Nhiều người trong số họ sẽ tự dừng lại không tiếp tục sử dụng nữa và sẽ không chuyển sang hình thức dùng nhiều. Một phần trong số họ sẽ tiếp tục sử dụng chất gây nghiện ở mức độ quá mức, quá giới hạn

sẽ trở thành lạm dụng. Một số những người lạm dụng tiếp tục sử dụng và sử dụng ngày một nhiều hơn dẫn đến lệ thuộc vào chất gây nghiện sẽ trở thành người nghiện.

Quá trình từ dùng thử rồi trở thành nghiện là một khoảng thời gian dài, có thể tính bằng nhiều tháng hoặc nhiều năm.



Hình 1. Lạm dụng và nghiện chất

2.1.1 Lạm dụng rượu/bia/đồ uống có cồn khác

Theo Quyết định số 244/2014/QĐ-TTg về “Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020”, “*Lạm dụng rượu, bia và đồ uống có cồn khác là việc sử dụng rượu, bia và đồ uống có cồn khác với mức độ, liều lượng, đối tượng không thích hợp dẫn đến sự biến đổi về chức năng của cơ thể hoặc xuất hiện dấu hiệu về lâm sàng ảnh hưởng có hại đến sức khỏe người sử dụng*”.

Mức độ, liều lượng, đối tượng không thích hợp là:

- Trẻ em, phụ nữ mang thai hoặc đang nuôi con bằng sữa mẹ sử dụng rượu, bia và đồ uống có cồn khác;
- Uống hơn 14 đơn vị rượu/tuần, hơn 2 đơn vị rượu (cốc chuẩn)/ngày, hơn 1/2 đơn vị rượu/giờ;
- Sử dụng rượu, bia và đồ uống có cồn khác trong trường hợp pháp luật nghiêm cấm.

2.1.2 Nghiện ma túy

Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa: “Nghiện ma túy là tình trạng nhiễm độc tính hay chu kỳ do sử dụng nhiều lần chất ma túy, với những đặc điểm cơ bản là: Không cưỡng lại được nhu cầu sử dụng ma túy và sẽ tìm mọi cách để có ma túy; Liều dùng tăng dần; Lệ thuộc chất ma túy cả về thể chất và tâm thần”.

Nghiện ma túy được coi là bệnh mạn tính tái phát của não bộ vì nó làm thay đổi cấu trúc, chức năng và cơ chế hoạt động của não và do vậy người nghiện cần phải được điều trị lâu dài.

Các biện pháp xét nghiệm nước tiểu để tìm chất gây nghiện và các sản phẩm chuyển hóa của chất gây nghiện chỉ chứng tỏ là người đó có sử dụng chất gây nghiện, chưa đủ khẳng định họ đã nghiện.

2.2. Chẩn đoán lạm dụng chất

Theo tiêu chuẩn của theo DSM-IV (1991), chẩn đoán xác định Lạm dụng chất khi người sử dụng chất gây nghiện có ít nhất một trong các biểu hiện sau trong 12 tháng:

1. Sử dụng một chất lặp đi lặp lại dẫn đến không hoàn thành nhiệm vụ chính, chủ yếu tại nơi làm việc, trường học hoặc gia đình (vắng mặt nhiều lần hoặc hiệu suất làm việc kém do việc sử dụng các chất, thường xuyên bỏ bê công việc gia đình).

2. Sử dụng một chất lặp đi lặp lại trong tình huống mà khi sử dụng nó là nguy hiểm (ví dụ uống rượu khi lái xe);

3. Vấn đề pháp lý lặp đi lặp lại liên quan đến việc sử dụng các chất (bị bắt giữ cho hành vi bất thường liên quan đến việc sử dụng các chất);

4. Sử dụng các chất bất chấp những vấn đề xã hội hoặc cá nhân tồn tại dai dẳng hoặc tái phát, mà những vấn đề này được gây ra hoặc làm trầm trọng thêm bởi ảnh hưởng của các chất (cãi nhau với bạn đời).

2.3. Chẩn đoán lệ thuộc chất gây nghiện

Theo WHO để chẩn đoán nghiện chất nếu người sử dụng chất gây nghiện, có ít nhất 3 trong số 6 các tiêu chí sau trong 12 tháng :

- Cảm giác buộc phải tìm kiếm sử dụng;
- Khó khăn trong việc kiểm soát hành vi sử dụng;
- Xuất hiện hội chứng cai thực thể (hội chứng đói, thiếu chất gây nghiện);
- Có bằng chứng về sử dụng nạp (tăng liều);
- Xao nhãng các thú vui, sở thích khác;
- Tiếp tục sử dụng chất gây nghiện đó bất chấp mọi hậu quả.

2.5. Hướng tiếp cận mới trong dự phòng lạm dụng và nghiện chất

Theo mô hình các hình thái sử dụng chất gây nghiện đã được phân tích ở phần trên, có thể thấy số người dùng thử thì nhiều nhưng số người tiến tới nghiện là tương đối ít. Mặc dù người nghiện ít, nhưng lại gây ra những tác động tiêu cực, tạo ra những gánh nặng quá lớn cho xã hội. Chính vì vậy, khi nói đến sử dụng chất gây nghiện, người ta thường chỉ tập trung vào những đối tượng nghiện và nói đến những vấn đề tiêu cực. Tương tự như vậy, khi xây dựng các chiến lược can thiệp, chúng ta cũng chỉ hướng tới nhóm người nghiện với ý chí quyết tâm đạt được mục tiêu CAI mà bỏ qua những nhóm người đang ở hình thái dùng thử, dùng có mục đích hoặc dùng nhiều. Điều đó đã bộc lộ khoảng trống trong quản lý cũng như dự phòng lạm dụng và nghiện chất. Không phải đến lúc nghiện thì người sử dụng ma túy mới gặp những nguy cơ, mới tạo những gánh nặng về y tế và xã hội, mà ngay từ lúc dùng thử, dùng có mục

đích, dùng nhiều họ đã có nguy cơ bị tử vong do sốc thuốc, rối loạn nhân cách và hành vi, lây nhiễm viêm gan B, C, HIV... và nhiều hậu quả xã hội khác.

Mặt khác, các chiến lược can thiệp với ý chí quyết tâm đạt được mục tiêu CAI đã tỏ ra thiếu thực tiễn, bởi vì nghiên cứu của thế giới cho thấy hầu hết người nghiện sau khi cai đều tái nghiện, nguyên nhân là do sự thức tỉnh của “hạch hạnh nhân sáng” trong não bộ người nghiện, gây ra sự thèm khát ma túy trở lại. Người nghiện ma túy sau một thời gian cai nghiện tập trung, do được điều trị cắt cơn, do trong cơ sở cai nghiện không có ma túy, do phải cải tạo lao động v.v... cho nên người nghiện đã tạm thời bỏ được ma túy. Nhưng khi ra khỏi cơ sở cai nghiện tập trung, người nghiện được tiếp cận với những người sử dụng ma túy, cơ hội “thức tỉnh” của “hạch hạnh nhân sáng” trở lại, người nghiện thèm khát và tái sử dụng ma túy.



Hình 2. Hạch hạnh nhân sáng ở người nghiện ma túy

Chính vì vậy, ở các nước trên thế giới, các trung tâm dự phòng và điều trị lạm dụng và nghiện chất hoạt động không phải vì mục tiêu CAI NGHIỆN mà vì mục tiêu dự phòng và điều trị lâu dài cho bệnh nghiện.

3. QUAN NIỆM MỚI VỀ ĐIỀU TRỊ NGHIỆN MA TÚY Ở VIỆT NAM

Ngày 27 tháng 12 năm 2013, Thủ tướng Chính Phủ đã có Quyết định số 2596/QĐ-TTg về việc phê duyệt Đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020. Trong đó xác định nghiện ma túy là một bệnh mạn tính, để điều trị hiệu quả cần phải điều trị lâu dài với nhiều liệu pháp phối hợp, với các hoạt động liên ngành trong các lĩnh vực như: y tế, tâm lý, xã hội...

Quan điểm đổi mới theo Quyết định số 2596/QĐ-TTg của Chính phủ bao gồm:

* **Đổi mới về quan niệm:** Từ quan niệm “tệ nạn xã hội” chuyển thành “bệnh mạn tính của não bộ”.

* **Đổi mới cơ chế chính sách:**

+ Chính phủ ban hành nhiều Nghị định, Bộ Y tế ban hành nhiều thông tư hướng dẫn về điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone.

+ Luật sửa đổi bổ sung một số điều của Bộ luật Hình sự 2009, bỏ Điều 199, theo đó bỏ hình sự hóa hành vi sử dụng ma túy.

* **Đổi mới phương pháp điều trị**

+ Chuyển từ điều trị cai nghiện sang điều trị bệnh mạn tính;

+ Chuyển từ cai nghiện bắt buộc tập trung sang hình thức điều trị lâm sàng, tư vấn tâm lý, tự nguyện tại cộng đồng;

+ Chuyển từ cai nghiện bắt buộc tại trung tâm sang điều trị thay thế nghiện chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone.

* Trách nhiệm của các Bộ ngành trong phòng chống ma túy:

- Bộ Công an: Có trách nhiệm thi hành pháp luật về vận chuyển, buôn bán, tàng trữ ma túy; xóa bỏ trồng thuốc phiện, cần sa...

- Bộ Lao động Thương Binh và xã hội: Có trách nhiệm giáo dục, dự phòng nghiện ma túy; quản lý, tổ chức cai nghiện.

- Bộ Y tế: Có trách nhiệm quản lý, tổ chức thực hiện các biện pháp giảm hại cho người nghiện: Điều trị thay thế; phòng chống HIV, viêm gan B; phát bơm kim tiêm sạch, bao cao su...

Dưới đây là một số liệu pháp cơ bản trong điều trị nghiện ma túy:

3.1. Liệu pháp thay thế bằng Methadone

Điều trị thay thế bằng Methadone hiện nay được áp dụng đối với người nghiện các chất dạng thuốc phiện (Thuốc phiện, heroin).

Bản chất của Methadone là một loại ma túy, tuy nhiên khi sử dụng Methadone thay thế Heroin sẽ có nhiều lợi ích:

- Độc tính thấp hơn: Cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống;
- Dùng uống: Giảm lây nhiễm HIV và bệnh lây truyền qua đường máu;
- Đào thải chậm hơn heroin rất nhiều, mỗi ngày chỉ cần uống 1 liều (heroin phải 3 lần)
- Không gây tăng liều;
- Được kiểm soát chặt chẽ tại cơ sở điều trị;
- Chi phí giảm hơn;
- Ổn định trật tự xã hội, giảm tỷ lệ vi phạm pháp luật

Chính phủ Việt Nam quy định, nếu quận/huyện nào có trên 200 người nghiện Heroin đều phải có 1 cơ sở điều trị methadone.

Thẩm quyền xác định người nghiện ma túy được thực hiện theo Thông tư số 17/2015/TTLT-BYT-BLĐTBXH-BCA, theo đó người có thẩm quyền xác nhận nghiện ma túy là bác sỹ hoặc y sỹ, có chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh, có chứng chỉ hoặc chứng nhận tập huấn về chẩn đoán và điều trị nghiện ma túy.

3.2. Liệu pháp tâm lý xã hội

Mục tiêu cơ bản của liệu pháp tâm lý xã hội là hỗ trợ người nghiện học được các kỹ năng thay đổi hành vi, tiến tới dừng sử dụng và đối phó với các vấn đề gặp phải mà không phải sử dụng chất gây nghiện. Hỗ trợ người bệnh trong việc giảm và tiến tới dừng sử dụng ma túy bằng cách: Hỗ trợ người bệnh trong việc giảm và tiến tới dừng sử dụng ma túy bằng cách:

- Giúp người bệnh tạo và duy trì động lực giảm hoặc dừng việc sử dụng ma túy, tăng cường động lực với các hành vi hỗ trợ cho mục tiêu trị liệu
- Xác định và đối phó với các tình huống nguy cơ tái sử dụng
- Phát triển kỹ năng từ chối, giải quyết vấn đề và dự phòng tái nghiện
- Hỗ trợ đề ra mục tiêu và xây dựng kế hoạch thực hiện
- Hỗ trợ người bệnh tìm tới các dịch vụ hỗ trợ và chăm sóc, bao gồm cả dịch vụ giảm hại

Biện pháp tâm lý xã hội được sử dụng rộng rãi và được chứng minh tính hiệu quả là biện pháp can thiệp ngắn theo tinh thần phòng vấn tạo động lực. Nó giúp tạo động lực cho người bệnh ngừng sử dụng chất gây nghiện và duy trì hành vi đó trên cơ sở cân nhắc và so sánh những lợi ích và hậu quả do việc sử dụng ma túy mang lại, giúp củng cố động lực để thay đổi. Nhóm tự hỗ trợ (nhóm đồng đẳng) cũng là một hình thức điều trị nằm trong liệu pháp tâm lý xã hội. Các nhóm này thường theo đuổi mục đích điều trị nghiện mà ở đó người sử dụng ma túy tự hỗ trợ giúp đỡ lẫn nhau.

3.3. Mô hình các nhóm tự lực

Mô hình các nhóm tự lực là một cấu trúc có hiệu quả hoặc đóng vai trò là liệu pháp bổ sung cho các mô hình điều trị khác. Ngày nay các nhóm tự lực được thành lập dưới nhiều hình thức và mục đích hoạt động khác nhau, chủ yếu nhằm mục tiêu giảm tác hại. Các thành viên đồng đẳng giúp đỡ lẫn nhau đạt được mục đích giảm nguy cơ cá nhân như giảm sử dụng, tham gia điều trị thay thế bằng methadone, hoặc về lâu dài cùng nhau ngừng hẳn sử dụng chất gây nghiện.

Kết luận: Lạm dụng và lệ thuộc vào chất gây nghiện đang là vấn đề cần phải giải quyết mang tính đa ngành, không chỉ của ngành y tế. Đối mặt với sự tổn thất của vấn đề lạm dụng và nghiện chất đang là gánh nặng cho cá nhân, gia đình và xã hội. Các can thiệp để giải quyết vấn đề này, ngoài trách nhiệm của đa ngành, cần có sự vào cuộc của gia đình, của cộng đồng và toàn xã hội. Mục đích của sự can thiệp là dự phòng và điều trị giảm hại lâu dài. Trong hệ thống y tế hiện nay, bác sỹ gia đình trạm y tế xã/phường là người đáp ứng tốt nhất trong việc phối hợp triển khai các hoạt động nêu trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật số 23/2000/QH10 của Quốc hội: Luật Phòng, Chống ma túy
2. Luật số 09/2012/QH10 của Quốc hội: Luật Phòng, Chống tác hại của thuốc lá
3. Quyết định số 244/QĐ-TTg về “Chính sách quốc gia phòng, chống tác hại của lạm dụng đồ uống có cồn đến năm 2020”.
4. Quyết định số 2596/QĐ-TTg về việc phê duyệt Đề án đổi mới công tác cai nghiện ma túy ở Việt Nam đến năm 2020
5. Thông tư số 17/2015/TTLT-BYT-BLĐTBXH-BCA quy định thẩm quyền, thủ tục và quy trình xác nhận nghiện ma túy
6. Thông tư số 60/2014/TT-BCT Quy định chi tiết một số điều của Nghị định số 94/2012/NĐ-CP Chính phủ về sản xuất, kinh doanh rượu

**HỌC PHẦN V.
XỬ TRÍ MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP
TẠI CỘNG ĐỒNG**

BÀI 26. XỬ TRÍ MỘT SỐ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP

Mục tiêu:

1. Liệt kê được một số cấp cứu thường gặp tại cộng đồng
2. Trình bày được nguyên tắc xử trí ban đầu một số cấp cứu thường gặp tại cộng đồng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình thực hành lâm sàng đa khoa, các bác sĩ gia đình chú trọng đến công tác phát hiện sớm, chẩn đoán, xử trí ban đầu, dự phòng một số cấp cứu thường gặp tại tuyến y tế cơ sở. Do cấp cứu diễn biến cấp tính và có thể nặng lên nhanh chóng nên đòi hỏi công tác cấp cứu phải rất khẩn trương: thu thập thông tin, đánh giá và đưa ra chẩn đoán, xử trí và can thiệp cấp cứu. Việc có kiến thức về các nguyên tắc xử trí ban đầu và thực hành đúng sẽ góp phần làm giảm nguy cơ tử vong và di chứng cho người bệnh, tạo điều kiện thuận lợi và an toàn để chuyển bệnh nhân và điều trị chuyên sâu ở tuyến trên (khi cần thiết).

I. NGUYÊN TẮC CHUNG XỬ TRÍ CẤP CỨU

1. Phân loại ưu tiên

- + *Nguy kịch (khẩn cấp)*: người bệnh có bệnh lý, tổn thương, rối loạn đe dọa tính mạng, nguy cơ tử vong nhanh chóng nếu không được can thiệp cấp cứu ngay.
- + *Cấp cứu*: người bệnh có bệnh lý, tổn thương, rối loạn có thể tiến triển nặng lên nếu không được can thiệp điều trị nhanh chóng.
- + *Không cấp cứu*: người bệnh có bệnh lý, tổn thương, rối loạn mà ít có khả năng tiến triển nặng, đe dọa tính mạng.

2. Các bước thăm khám

Bước 1: nhận định và kiểm soát ổn định các chức năng sống

- + Đánh giá và kiểm soát tuần tự theo 5 bước ABCDE (đánh giá: đường thở, hô hấp, tuần hoàn, thần kinh và khám xét toàn thân).
- + Xác định tổn thương ảnh hưởng các chức năng sống và có thể xử trí được ngay: tràn khí màng phổi áp lực, vết thương mạch máu, ép tim cấp do tràn dịch, tràn máu màng ngoài tim, rối loạn toan/kiềm máu nặng, rối loạn kali máu, hạ đường máu,...
- + Thực hiện ngay các xử trí cấp cứu để ổn định chức năng sống: khai thông đường thở, đặt NKQ, bóp bóng, thở oxy, đặt đường truyền tĩnh mạch, bồi phụ thể tích, cầm máu, chọc dịch màng phổi, chọc dịch màng ngoài tim, sốc điện chuyên nhịp nhanh,...

Bước 2: thăm khám một cách hệ thống theo nguyên tắc

- + Thăm khám lâm sàng một cách tập trung và liên tục.
- + Thăm khám một cách hệ thống, từ đầu đến chân, hết tất cả các hệ thống cơ quan.

- + Thăm khám kỹ các bộ phận liên quan và dấu hiệu giúp cho định hướng chẩn đoán.

3. Ra quyết định về chẩn đoán và định hướng xử trí

- Ưu tiên chẩn đoán và xử trí các rối loạn/tổn thương nguy hiểm.
- Định hướng chuyển: chuyển lên tuyến trên, về nhà hay lưu theo dõi.
 - + Bệnh nhân có cần chuyển lên cơ sở y tế tuyến trên không?
 - + Nếu cho về nhà: có đủ an toàn cho người bệnh không và cần theo dõi như thế nào?
 - + Để người bệnh lưu lại theo dõi thêm tại cơ sở y tế nếu chưa có quyết định hoặc còn phân vân.

II. CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN

1. Chẩn đoán ngừng tuần hoàn (NTH)

- Cần phát hiện nhanh ngừng tuần hoàn, không cần bất kỳ một thiết bị y tế nào:
- 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 ngay cấp cứu hỗ trợ.
- 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. Xác định động mạch cảnh bằng cách đặt 2 hoặc 3 ngón tay vào chỗ lõm cạnh khí quản. Sờ mạch cảnh trong 10 giây, nếu không thấy mạch hoặc không chắc chắn là có mạch, tiến hành ép tim thổi ngạt ngay.
- Song song với cấp cứu hồi sinh tim phổi cơ bản, cần nhanh chóng chẩn đoán nguyên nhân gây NTH để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát.

2. Xử trí

- Khởi động cấp cứu ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ NTH. Người cấp cứu tiến hành chẩn đoán, gọi người hỗ trợ và bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay theo trình tự C – A – B (ép tim - kiểm soát đường thở - hỗ trợ hô hấp).

Ép tim - thổi ngạt

- Nếu có 2 người cấp cứu:

- + 1 chu kỳ gồm: ép tim 30 nhát, rồi thổi ngạt 2 nhát.

- + Thực hiện 5 chu kỳ, 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 đang làm cấp cứu ngừng tuần hoàn.

2.2. Kỹ thuật ép tim

- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.
- Người cấp cứu quỳ bên cạnh nạn nhân.
- Đặt cùi tay của một tay vào giữa ngực nạn nhân, ở nửa dưới của xương ức.
- Đặt cùi tay còn lại lên trên cùi tay đã đặt trên ngực nạn nhân.
- Duỗi thẳng cánh tay và đặt vai thẳng đứng so với bàn tay.
- Ép nhanh - ít nhất 100 lần/phút và mạnh - sâu 5 cm (cấp nhật 100-120 lần, sâu 5-6 cm).
- Sau mỗi nhát ép, nhả tay để ngực phồng trở lại hoàn toàn (thời gian ấn bằng thời gian nhả, chú ý không nhắc hẳn tay khỏi ngực nạn nhân).
- Ép liên tục, tránh ngắt quãng.

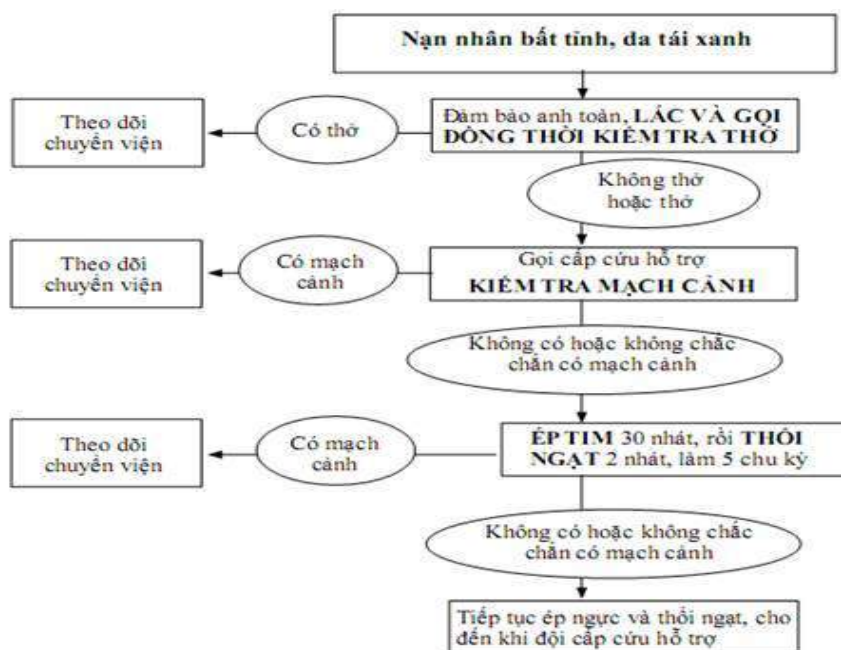
2.3. Kỹ thuật thổi ngạt

- 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, cằm cao.
- 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.
- 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.

2.4. 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 bóngambu, dùng bóngambu thay cho thổi ngạt.

SƠ ĐỒ ÁP DỤNG THỰC TẾ



2.5. Cấp cứu ngừng tuần hoàn khi có hỗ trợ của tuyến trên

Khi kịp cấp cứu đến hỗ trợ có kèm theo máy điện tim và máy sốc điện:

- Nếu trên điện tâm đồ có rung thất hoặc nhịp nhanh thất: có chỉ định sốc điện (sốc điện 1 pha 360J, 2 pha 150-200J).
- Nếu trên điện tâm đồ là 1 đường thẳng (vô tâm thu): không có chỉ định sốc điện, dùng Adrenalin càng sớm càng tốt, liều chuẩn 1mg tiêm tĩnh mạch cứ 3-5 phút tiêm 1 lần.
- Việc ép tim thổi ngạt vẫn tiến hành đồng thời (cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản) với tiêm adrenalin và sốc điện.

2.6 Đối với trẻ em từ 1 tuổi đến 12 tuổi

- Thứ tự áp dụng giống như 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.

2.7. Đối với trẻ sơ sinh

- Thứ tự áp dụng giống như người lớn và trẻ em trên 1 tuổi
- Chỉ khác những điểm sau:

+ Sờ mạch:

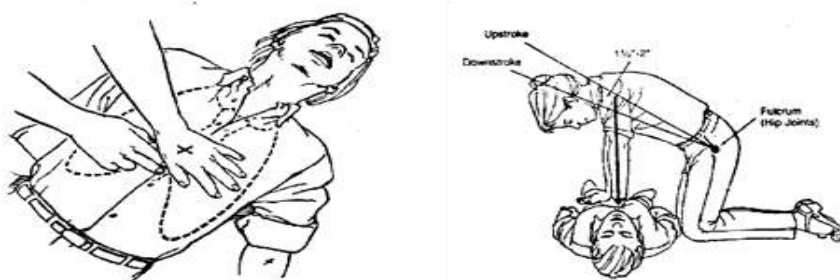
Sờ động mạch cánh tay: Đặt 2 ngón tay vào mặt trong cánh tay và ấn nhẹ để sờ động mạch cánh tay như hình 8:

+ Kỹ thuật ép tim:

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

+ Kỹ thuật thổi ngạt:

- Có thể thổi ngạt miệng - miệng, nhưng tốt hơn nên dùng kỹ thuật thổi ngạt miệng - miệng và mũi, dùng miệng áp vào cả miệng và mũi nạn nhân
- Chú ý thổi mạnh vừa phải nhưng phải đủ để ngực nạn nhân phồng lên.



Hình 1. Kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực

Thuốc dùng trong cấp cứu ngừng tuần hoàn:

- Nhanh chóng thiết lập đường truyền tĩnh mạch chắc chắn: Khuỷu tay, cánh tay hoặc tĩnh mạch vùng cổ.
- Sử dụng sớm Adrenalin: dùng Adrenalin qua đường tĩnh mạch, tiêm 1 mg Adrenalin mỗi 3 phút

III. PHỤ PHỔI CẤP HUYẾT ĐỘNG

1. Chẩn đoán

- Là thể thường gặp trong các bệnh tim mạch.
- Khởi phát thường đột ngột, nặng lên nhanh chóng, mặt tái nhợt hơn là tím, vã mồ hôi, khó thở nhanh, co kéo cơ hô hấp, nhịp thở 50 – 60 lần/phút.
- Ho nhiều, ban đầu ho khan nhưng sau khạc ra nhiều bọt hồng.
- Nghe phổi: ran ẩm nhỏ hạt hai bên phổi, ban đầu xuất hiện ở đáy sau đó lan dần lên đỉnh.
- Các dấu hiệu của bệnh tim mạch: bệnh van tim, cơ tim hoặc tăng huyết áp.
- Các thăm dò và xét nghiệm cận lâm sàng:
 - + X quang phổi: mờ hai bên phổi hình cánh bướm, hai đáy phổi mờ.
 - + Khí máu: PaO₂, SaO₂ giảm nặng; tỷ lệ PaO₂/ FiO₂ > 300, PaCO₂ ban đầu tăng nhẹ, sau tăng nặng.

2. Xử trí

- **Tư thế người bệnh:** ngồi thẳng, thông chân nếu bệnh nhân hợp tác hoặc tư thế Fowler (nửa nằm nửa ngồi, đầu và thân mình tạo với mặt giường một góc 30–45 độ).
- **Thở oxy và hỗ trợ hô hấp:**
 - + Thở oxy qua ống thông mũi hoặc mặt nạ 8 – 10 L/phút, theo dõi SpO₂ và khí máu, đảm bảo mục tiêu SpO₂ ≥ 90%, PaO₂ ≥ 60 mmHg.
 - + Nếu không cải thiện, cho người bệnh thở máy không xâm nhập: thở máy áp lực dương liên tục (CPAP) với mức áp lực ban đầu là + 5 cm H₂O, điều chỉnh tăng dần áp lực đến khi đạt được mức CPAP đảm bảo SpO₂ mục tiêu.
 - + Nếu người bệnh có rối loạn ý thức hoặc sau khi đã sử dụng máy thở không xâm nhập không đạt hiệu quả, tiến hành đặt nội khí quản thở máy xâm nhập với PEEP.
- **Thuốc**
 - + Nitroglycerin: dùng đường ngậm dưới lưỡi, xịt hoặc đường tĩnh mạch (không dùng dẫn chất nitrat khi huyết áp tâm thu < 110 mmHg)
 - Bình xịt (Nitromint 1% 200 liều/bình, 0,4 mg/liều): xịt 1– 2 nhát mỗi 10–15 phút.
 - Viên ngậm (Nitrostat 0,4 mg) ngậm 1 viên dưới lưỡi, cách 10 -15 phút.
 - Liều truyền tĩnh mạch: 5-20 microgam/phút.
 - + Furosemide: tiêm tĩnh mạch với liều 0,5–1 mg/kg/lần, có thể nhắc lại tùy theo đáp ứng người bệnh.
 - + Các thuốc hỗ trợ:
 - Giảm huyết áp nếu có tình trạng tăng huyết áp: sử dụng các thuốc hạ huyết áp đường uống hoặc Nicardipin (Loxen) truyền tĩnh mạch liều 1-5 mg/giờ trong các trường hợp huyết áp không kiểm soát được bằng các thuốc hạ áp thông thường.
 - Giảm kích thích, lo lắng: Morphin 1-3 mg tiêm tĩnh mạch. Lưu ý dự phòng Naloxon cho các trường hợp chưa được thông khí nhân tạo.
 - Thuốc trợ tim: Digoxin, Dobutamin.
 - Điều trị các nguyên nhân gây phù phổi cấp: hẹp hai lá, suy vành, suy thận,...

IV. CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG

1. Đánh giá ban đầu theo trình tự 5 bước ABCDE trong vòng 2 phút

- **A (Airway):** kiểm soát và khai thông đường thở có bảo vệ cột sống cổ.
 - + Phát hiện tắc nghẽn đường thở (dị vật, tụt lưỡi, vết thương/chấn thương khí quản...)
 - + Cố định cột sống cổ (tất cả các trường hợp bị chấn thương phải coi là có tổn thương cột sống cổ cho đến khi chứng minh được điều ngược lại).

- **B (Breathing):** đánh giá tình trạng hô hấp và các tổn thương ngực đe dọa đến tính mạng.
 - + Phát hiện tình trạng suy hô hấp (khó thở, tím tái, SpO₂ < 90%...).
 - + Phát hiện tổn thương ngực nguy hiểm: tràn khí màng phổi dưới áp lực, tràn máu màng phổi, gãy xương sườn, vết thương ngực hở,...
- **C (Circulation):** đánh giá tuần hoàn và kiểm soát chảy máu.

Bảng 2. Đánh giá mức độ sốc mất máu

	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
Lượng máu mất (ml)	< 750	750-<1500	1500-2000	>2000
Lượng máu mất (% tổng lượng máu)	<15%	15-<30%	30-40%	>40%
Mạch	<100	100-<120	120-140	>140
Huyết áp	Bình thường	Bình thường	Giảm	Giảm
Trương lực mạch (mmHg)	Bình thường hoặc tăng	Giảm	Giảm	Giảm
Nhịp thở	14-20	20-<30	30-40	>40
Lượng nước tiểu (ml/h)	>30	20-30	5-< 20	< 5
Tình trạng thần kinh	Hơi lo lắng	Lo lắng nhẹ	Lo lắng, lú lẫn	Hôn mê

Nhanh chóng phát hiện tình trạng sốc nếu có. Chẩn đoán ban đầu dựa vào các biểu hiện lâm sàng của tình trạng tưới máu không đầy đủ cho các cơ quan.

- **D (Disability and neurological assessment):** đánh giá thần kinh và mức độ tri giác.
 - + **A (Alert)** - Tỉnh.
 - + **V (Responds to Vocal stimuli)** - Đáp ứng với gọi hỏi.
 - + **P (Responds to Painful stimuli)** - Chỉ đáp ứng với các kích thích đau.
 - + **U (Unresponsive to all stimuli)** - Không đáp ứng với tất cả các kích thích.
- **E (Exposure):** bộc lộ nạn nhân, kiểm soát môi trường xung quanh, khám xét toàn thân. Lưu ý giữ ấm (nhất là khi thời tiết lạnh, tránh gây hạ thân nhiệt).

2. Xử trí ban đầu

- **Khai thông đường thở và bảo vệ cột sống cổ**
 - + Lấy bỏ các dị vật nếu có bằng cách dùng các ngón tay móc vét dị vật hay dùng kẹp. Nâng cằm và đẩy hàm giúp đường thở thẳng và thông thoáng. Có thể sử dụng các loại canyl đường thở ở những bệnh nhân mất ý thức hay mất phản xạ ho.
 - + Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản khi có suy hô hấp.

- + Bảo vệ cột sống cổ: tránh các cử động mạnh, cố định cột sống, sử dụng các thiết bị bất động thích hợp (Collier - nẹp cổ), cuộn khăn tẩm, bao cát,...
- **Hỗ trợ hô hấp**
 - + Thở oxy qua sonde, mặt nạ; duy trì $SpO_2 > 90\%$
 - + Đặt ống dẫn lưu ngực là bắt buộc khi xử trí các trường hợp chấn thương ngực đe dọa tính mạng như tràn khí màng phổi dưới áp lực, tràn khí màng phổi hở, tràn máu màng phổi lớn.
- **Ổn định tuần hoàn**
 - + Làm dừng chảy máu, cầm máu bằng cách ép trực tiếp lên trên vết thương hay can thiệp phẫu thuật.
 - + Bồi phụ khối lượng tuần hoàn. Cần đặt ít nhất hai catheter tĩnh mạch có khẩu kính lớn.
- **Quyết định vận chuyển người bệnh**
 - + Sau khi đánh giá ban đầu, cần quyết định vận chuyển người bệnh tới một cơ sở y tế thích hợp khi việc chữa trị bệnh nhân vượt quá khả năng của tuyến y tế cơ sở.
 - + Đảm bảo thông tin bệnh nhân được bàn giao đầy đủ khi vận chuyển.

V. MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP SƠ CỨU CHẢY MÁU VẾT THƯƠNG

1. Ép trực tiếp vào vết thương đang chảy máu

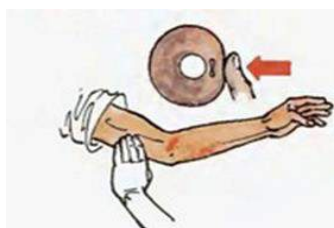
- Ép thẳng vào vết thương bằng một miếng vải sạch, ướt liên tục cho đến khi cầm máu.
- Nâng chỗ chảy máu lên cao hơn tim.



Hình 2. Phủ và ép vải sạch lên vết thương

2. Ấn động mạch

Là động tác dùng ngón tay đè chặt vào động mạch trên đường đi của động mạch từ tim đến vết thương nhằm làm động mạch bị ép chặt giữa ngón tay và nền xương.



Hình 3. Ấn động mạch cánh tay

3. Gấp chi tối đa



Hình 4. Gấp cẳng tay vào cánh tay



Hình 5. Gấp cánh tay vào thân mình



Hình 6. Gấp cẳng chân vào đùi



Hình 7. Gấp đùi vào thân người

4. Băng ép

Đặt một lớp gạc và bông thấm nước phủ kín vết thương, sau đó đặt một lớp bông mỡ (có tác dụng đàn hồi và không thấm nước) dày lên trên; băng kiểu vòng xoắn hoặc số 8, các vòng băng tương đối chặt.



Hình 8. Băng ép chặt

5. Băng chèn

Cũng là một cách đè ép động mạch trên đường đi của nó từ tim tới vết thương, nhưng đè bằng một vật tương đối rắn.



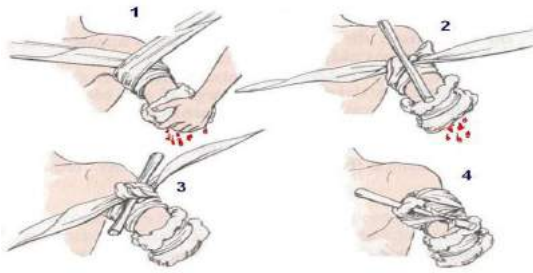
Hình 9. Băng chèn động mạch cánh tay



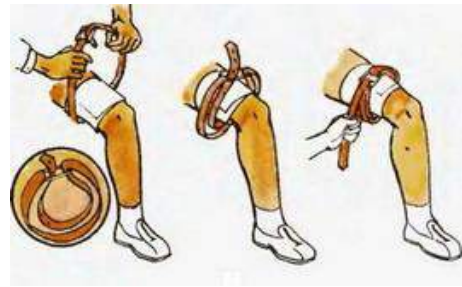
Hình 10. Cầm máu vết thương mạch ở cổ

6. Garo

Garô là biện pháp cầm máu tạm thời bằng sợi dây cao su buộc chặt vào đoạn chi để làm ngừng sự lưu thông máu từ trên xuống dưới của chi.



Hình 11. Garô cánh tay



Hình 12. Garô đùi

Nới garô khi đã đủ thời gian quy định (30-60 phút), tiến hành nới garô cho người bệnh, quan sát ngọn chi thấy hồng trở lại, để 1-2 phút, tiếp tục garô trở lại.

VI. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG CẰNG TAY

Đánh giá tình trạng toàn thân và tổn thương: lấy dấu hiệu sinh tồn, xác định vị trí gãy xương.

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Để người bệnh nằm hay ngồi theo tư thế thuận lợi.
- Giải thích với người bệnh về kỹ thuật sẽ tiến hành.
- Bộc lộ chi tổn thương.

Chuẩn bị dụng cụ:

- Hai nẹp gỗ: nẹp ngoài dài từ quá khuỷu tay đến đầu ngón tay, nẹp trong từ nếp gấp khuỷu tay đến lòng bàn tay, dày 0,5 -1 cm.
- Băng, gạc, băng cuộn.
- Hộp thuốc chống sốc.

Kỹ thuật:

- Nẹp thứ nhất ở mặt trước cẳng tay từ khuỷu đến khớp ngón bàn.
- Nẹp thứ hai đặt ở mặt sau cẳng tay, đối xứng với nẹp thứ nhất.
- Độn bông và cố định nẹp.

Đánh giá:

Kiểm tra nhiệt độ bàn tay, màu sắc ngón tay.

VII. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG CÁNH TAY

Đánh giá tình trạng toàn thân và tổn thương: lấy dấu hiệu sinh tồn, khám thực thể, xác định vị trí xương gãy.

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Để người bệnh ở tư thế thuận lợi.

- Giải thích cho người bệnh.
- Bộc lộ chi tổn thương.

Chuẩn bị dụng cụ:

- Một nẹp dài từ quá vai đến khuỷu tay và một nẹp dài từ dưới hố nách đến quá nếp gấp khuỷu tay.
- Băng, gạc tốt nhất là bông mỡ, băng cuộn.
- Hộp thuốc chống sốc.

Kỹ thuật:

- Một người đứng đối diện với người bệnh một tay đỡ khuỷu, một tay đỡ cánh tay sát hõm nách, kéo nhẹ nhàng theo trục của cánh tay. Đỡ cẳng tay vuông góc với cánh tay.
- Một người đặt 2 nẹp ở hai mặt trong và ngoài cánh tay: một nẹp ngoài đi từ quá vai đến quá khuỷu tay, một nẹp trong đi từ hõm nách đến quá khuỷu tay.
- Độn bông và cố định nẹp.

Đánh giá:

- Kiểm tra tuần hoàn đầu bàn tay và đầu chi.
- Đánh giá mức độ đau.

VIII. CỐ ĐỊNH GÃY HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN

Đánh giá tình trạng toàn thân và tổn thương: lấy dấu hiệu sinh tồn; xác định vị trí xương gãy.

Chuẩn bị dụng cụ:

- Hai nẹp kích thước 80 - 130 cm, rộng 8 - 10cm, dày 1cm.
- Băng, gạc tốt nhất là bông mỡ, gạc sạch, băng cuộn.

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Để người bệnh nằm.
- Giải thích với người bệnh về kỹ thuật sẽ tiến hành.
- Bộc lộ chi tổn thương; quan sát và đánh giá tình trạng chi tổn thương.

Kỹ thuật:

- Người phụ thứ nhất: ngồi bên người bệnh (phía bên lành), luồn hai tay nâng đỡ chi nạn nhân (phía trên và dưới chỗ gãy).
- Người phụ thứ hai: ngồi ở phía bàn chân của người bệnh, một tay đỡ gót chân gãy và kéo nhẹ nhàng theo trục của chi, tay kia nắm bàn chân người bệnh hơi đẩy về phía đùi để bàn chân vuông góc với cẳng chân, mắt luôn theo dõi sắc mặt người bệnh.
- Người chính: đặt hai nẹp ở mặt trong và mặt ngoài chi gãy, nẹp ngoài từ mào chậu đến quá gót, nẹp trong từ bẹn đến quá gót, độn bông, cố định.

Đánh giá:

- Kiểm tra tuần hoàn bàn chân và ngón chân.
- Đánh giá mức độ đau.

IX. CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG ĐÙI

Đánh giá tình trạng toàn thân và tổn thương: lấy dấu hiệu sinh tồn; xác định vị trí xương gãy, tìm các tổn thương phối hợp.

Chuẩn bị dụng cụ:

- Ba nẹp kích thước 8 - 30 cm, rộng 8 - 10cm, dày 1cm.
- Băng, gạc: tốt nhất là bông mỡ, gạc sạch.
- Băng cuộn hoặc băng vải.

Chuẩn bị bệnh nhân:

- Để người bệnh nằm.
- Giải thích với người bệnh về kỹ thuật sẽ tiến hành.
- Bộc lộ chi tổn thương; quan sát và đánh giá tình trạng chi tổn thương.

Kỹ thuật:

- Người phụ thứ nhất ngồi phía dưới chân người bệnh: một tay đỡ gót chân người bệnh và kéo theo tư thế thẳng trục, một tay nắm bàn chân người bệnh hơi đẩy ngược về đùi sao cho bàn chân vuông góc với cẳng chân. Mắt luôn quan sát sắc mặt người bệnh.
- Người phụ thứ hai ngồi phía bên chi lành: luôn hay tay nâng đỡ chi người bệnh (phía trên và dưới chỗ gãy) và đỡ nẹp.
- Người chính đặt ba nẹp:
 - o Đặt nẹp thứ nhất từ sau xương bả vai đến quá gót chân.
 - o Nẹp thứ hai từ hõm nách đến quá gót chân.
 - o Nẹp thứ ba từ bẹn đến quá gót chân.
- Độn bông và cố định.

Đánh giá:

- Kiểm tra tuần hoàn cẳng chân, bàn chân và ngón chân.
- Đánh giá mức độ đau.

X. CỐ ĐỊNH GÃY CỘT SỐNG CỔ

- **Tuân thủ 5 bước (ABCDE) trong đánh giá ban đầu các trường hợp chấn thương.**
- **Chuẩn bị dụng cụ:**
 - Ván cứng, nẹp cổ -collier.
 - Băng to bản, gối, ga,...
 - Bộ chống sốc.
- **Chuẩn bị bệnh nhân:**

Giải thích cho người bệnh yên tâm hợp tác (nếu người bệnh còn tỉnh).

- **Kỹ thuật:** người bệnh nằm ngửa trên ván cứng, cần 3 người thực hiện
 - Người thứ 1: Dùng 2 bàn tay giữ đầu và hàm người bệnh.
 - Người thứ 2: Luồn 2 tay vào 2 vai, cùng người thứ 1 nâng cổ và vai lên để tạo không gian cho người thứ 3 đặt nẹp.
 - Người thứ 3: Đưa Collier nửa vòng sau (luôn có kèm dây để cố định) luồn ra sau cổ người bệnh, đặt khít vào gáy, phần dài quay đầu xuống dưới ôm khít vai, phần trên ngắn hơn ôm vùng xương chẩm. Đặt nửa vòng phía trước, phần dưới của nửa trước dài hơn và quay xuống dưới ốp sát vào ngực, phần trên ngắn hơn để ôm khít vào cằm. Lắp đặt vòng cố định cổ (collier) đảm bảo đủ chặt để cố định cổ nhưng phải đảm bảo không bị chèn đường thở. Phải chọn cỡ nẹp cổ phù hợp mới có tác dụng và tránh làm tổn thương thêm cột sống. Kiểm tra hô hấp sau khi bắt động.

Lưu ý: nếu không có sẵn nẹp cổ, có thể lấy báo hoặc giấy gấp lại thành một dải dài khoảng 50 cm, cao từ 8 – 12 cm (tùy theo từng nạn nhân). Dùng vải hoặc khăn, giấy mềm bọc xung quanh. Có thể sử dụng hai cuộn khăn tắm, hoặc ga, hoặc hai bao cát để hai bên đầu người bệnh sau đó cố định bằng băng cuộn hoặc băng dính.

- **Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện:** nhanh chóng, nhẹ nhàng trên ván/ cáng cứng.
 - Sử dụng kỹ thuật log-roll để đặt người bệnh lên ván cứng.
 - Khi đặt người bệnh trên cáng cứng cần phải có các phương tiện (dây, đai) cố định (buộc) chắc chắn.
 - Lưu ý khi cố định phải cố định thân mình của người bệnh trước sau đó mới đến cố định đầu

XI. CỐ ĐỊNH GÂY CỘT SỐNG THẮT LƯNG

- **Tuân thủ 5 bước (ABCDE) trong đánh giá ban đầu các trường hợp chấn thương.**
- **Chuẩn bị:**
 - + Ván cứng.
 - + cuộn băng to bản.
 - + Gói, màn hay chăn mỏng.
 - + Bộ chống sốc.
- **Chuẩn bị bệnh nhân:**
 - + Giải thích cho người bệnh kỹ thuật sẽ tiến hành.
 - + Đặt người bệnh nằm ngửa trên ván cứng.
 - + Người thứ nhất luồn hai tay giữ đầu và vai người bệnh.
 - + Người thứ hai giữ lưng và thắt lưng.
 - + Người thứ ba luồn hai tay dưới đùi và cẳng chân.

- + Người điều khiển hô 1,2,3 tất cả cùng nâng người bệnh lên và đặt trên ván cứng.
- **Kỹ thuật:**
 - + Người phụ thứ nhất: giữ đầu người bệnh.
 - + Người phụ thứ hai: đỡ hai chân sao cho bàn chân đứng và vuông góc với cẳng chân.
 - + Người chính: dùng năm cuộn băng để cố định bệnh nhân vào cáng hoặc cố định hai chi của người bệnh vào nhau ở các vị trí: hông, đùi, đầu gối, cẳng chân và bàn chân.
 - + Chèn người: dùng gối mềm hoặc chèn chèn hai bên hông người bệnh.
- **Chuyển bệnh nhân đến bệnh viện** nhanh chóng và nhẹ nhàng nhất trên ván/cáng cứng. Cần phải có các phương tiện (dây, đai) cố định (buộc) chắc chắn.

XII. CẤP CỨU VÀ XỬ TRÍ BỎNG

1. Đánh giá thì đầu và xử trí ban đầu bỏng

1.1. Đánh giá ngay đường thở

- Chẩn đoán tổn thương đường thở do hít (khí nóng hay khí độc) khi có hai hoặc nhiều hơn các dấu hiệu sau:
 - + Vụ cháy xảy ra trong khoảng không gian kín.
 - + Đờm có muội than/cacbon.
 - + Giảm mức độ ý thức hay lú lẫn.
 - + Bỏng mặt, môi, mũi và miệng – tìm kiếm các vết cháy xém lông mũi và phù lưỡi gà.
 - + Các dấu hiệu của suy hô hấp như tăng nhịp thở hay khó thở.
 - + Thở rít hay các dấu hiệu bất thường khác ở hai trường phổi như ran ngáy hay ran nổ.
 - + Khàn tiếng hay mất giọng.

1.2. Làm dịu quá trình bỏng

- Nhanh chóng làm nguội ngay bằng cách ngâm hay đặt phần cơ thể bị tổn thương dưới vòi nước lạnh 10 – 15 phút hoặc tới khi đỡ đau rát, cắt bỏ quần áo của người bệnh nhưng không cố gỡ gây tổn thương thêm.
- Quần áo bị dính các chất hoá học cần được lấy bỏ một cách cẩn thận, các chất hoá học khô (dạng bột) cần phải được chải bỏ khỏi vết thương.

1.3. Đặt đường truyền tĩnh mạch

- BN bỏng với diện tích > 20% cần được truyền dịch để bù khối lượng tuần hoàn. Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi với canyl có khẩu kính lớn (từ 16 gauge trở lên).

1.4. Đặt sonde dạ dày

- Đặt sonde dạ dày hút dịch nếu người bệnh có biểu hiện buồn nôn, nôn, chướng bụng hay nếu bóng trên 20% diện tích bề mặt cơ thể hoặc trước khi vận chuyển người bệnh.

2. Đánh giá thì hai và điều trị bỏng

2.1. Đánh giá độ nặng của bỏng

2.1.1 Đánh giá diện tích của bỏng

- Đánh giá diện tích bề mặt cơ thể bị bỏng có thể đánh giá theo **Luật số 9**:
 - + Đầu và cổ: 9%
 - + Mỗi chi trên: 9%
 - + Phía trước thân mình: 18%
 - + Phía sau thân mình: 18%
 - + Mỗi chi dưới: 18%
 - + Vùng đáy chậu: 1%
- Đối với trẻ em dưới 30 kg (khoảng ≤ 12 tuổi), sự phân chia diện tích ở trên có một số điểm khác: diện tích đầu tương ứng với 18% diện tích cơ thể, còn mỗi chi dưới chỉ chiếm 14% diện tích cơ thể.

2.1.2. Đánh giá độ sâu của bỏng

- + **Bỏng độ I** (ví dụ bỏng nắng): da đỏ, hơi rát và không có các phỏng nước. Bỏng độ I không gây nguy hiểm đến tính mạng và thường không đòi hỏi phải truyền bù dịch.
- + **Bỏng độ II**: da có các vết đỏ hay đốm, kèm theo sưng và có các mụn phỏng. Bề mặt da ướt, rỉ nước và bệnh nhân đau nhiều.
- + **Bỏng độ III**: da tổn thương trở nên trong mờ, lốm đốm sẫm màu hay trắng xám giống như sáp. Bề mặt tổn thương khô, cũng có màu đỏ và không chuyển màu khi ấn vào. Người bệnh thường không đau tại bề mặt tổn thương.

2.2. Điều trị

2.2.1 Bù dịch

- Truyền 2 – 4 ml Ringer lactate/kg/% diện tích bề mặt cơ thể bị bỏng độ II và III trong vòng 24 giờ đầu để đảm bảo lưu lượng tuần hoàn. 1/2 lượng dịch sẽ được truyền trong vòng 8 giờ đầu sau khi bị bỏng, 1/2 lượng dịch còn lại được truyền trong 16 giờ tiếp theo.
- Ở bệnh nhi ≤ 30 kg có thể thêm dung dịch glucose vào công thức bù dịch sao cho lưu lượng nước tiểu đạt 1 ml/kg/giờ.

2.2.2 Chăm sóc vết thương bỏng

- Cần nhẹ nhàng che phủ vết bỏng bằng băng băng hoặc vải sạch.
- Không nên làm vỡ các vết phỏng rộp và cần loại bỏ các thuốc đã bôi lên vết bỏng.
- Không nên chườm lạnh cho bệnh nhân bị bỏng rộp.

2.2.3 Kháng sinh

- Không chỉ định kháng sinh dự phòng
- Dùng kháng sinh để điều trị trong trường hợp người bệnh bị nhiễm khuẩn kèm theo.

3. Các tổn thương bỏng đặc biệt

3.1. Bỏng hoá học

- Do tiếp xúc với axit, kiềm hay các sản phẩm hoá dầu.
- Cần nhanh chóng loại bỏ các chất hoá học ra khỏi tổn thương bằng cách chải bỏ bột hoá chất, hoá chất rắn (nếu có) rồi xối dưới vòi hoa sen hay nguồn nước sạch có ít nhất trong vòng 20 – 30 phút, riêng bỏng do kiềm rửa lâu hơn.
- Trung hoà chất gây bỏng không lợi hơn so với phương pháp rửa sạch bằng nước
- Bỏng mắt do kiềm cần rửa liên tục trong 8 giờ liền ngay sau khi bị bỏng, có thể gắn một canyl nhỏ vào nếp mí mắt để rửa.

3.2. Bỏng do điện

- Xử trí đường thở và bảo đảm hô hấp, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi ở chi không bị tổn thương, theo dõi điện tim và đặt sonde bàng quang.
- Tình trạng tiêu cơ vân xảy ra làm giải phóng myoglobin có thể dẫn đến suy thận cấp cần điều trị sớm

3.3. Tổn thương bỏng toàn bộ chu vi của chi gây chèn ép

- Tháo bỏ đồ trang sức.
- Đánh giá tình trạng tuần hoàn phía ngoại vi của chi xem có dấu hiệu xanh tím, tái đồ đầy mao mạch chậm hay các dấu hiệu tổn thương thần kinh tiến triển (dị cảm và đau sâu,...) không. Đánh giá mạch ngoại vi ở người bệnh bỏng tốt nhất bằng siêu âm doppler.
- Các cản trở tuần hoàn ở chi do bỏng xử trí tốt nhất bằng cắt lọc da và tổ chức hoại tử sau khi đã hội chẩn ngoại khoa. Cắt lọc da thường từ giờ thứ 6 sau khi người bệnh nhân bỏng.

XIII. SƠ CẤP CỨU BỎNG MẮT, CHẤN THƯƠNG MẮT

1. Các dạng tổn thương và cách sơ cứu

1.1. Chấn thương đụng giập mắt

- Dùng khăn mặt sạch quấn vài viên đá lạnh nhỏ để chườm lên mắt; vừa làm giảm đau vừa gây co mạch tránh được sung nề phần mềm quanh mắt.
- Không được ấn, dụi mắt hoặc dùng vật gì đè mạnh lên mắt.
- Có thể dùng paracetamol để giảm đau cho người bệnh.

1.2. Vết thương do bị cắt hoặc đâm bằng vật sắc vào mắt (có thể có dị vật nội nhãn)

- Tổn thương xuyên vào nhãn cầu thì không nên rửa mắt với nước hay cố lấy dị vật đã mắc kẹt trong mắt vì có thể làm nhiễm trùng nội nhãn. Cần chuyển tới cơ sở chuyên khoa mắt.

- Tránh dùng aspirin, ibuprofen hoặc thuốc chống viêm không steroid vì có thể làm tăng khả năng chảy máu. Không nhỏ thuốc nhỏ mắt, đặc biệt là các thuốc mỡ lên mắt.
- Không được cố vành mi để khám nếu người bệnh không hợp tác hoặc mắt bị phù nề nhiều.
- Không băng ép mắt vì có thể làm tăng áp lực nội nhãn gây phòi tổ chức nội nhãn ra ngoài.
- Có thể dùng kháng sinh toàn thân đường uống (ví dụ Zinnat) trước khi chuyển người bệnh.
- Chuyển người bệnh đến chuyên khoa mắt càng sớm càng tốt.

1.3. Dị vật bề mặt

- Thường gặp là bụi, mùn cưa gỗ ...
- Không được dụi mắt do khi dụi, dị vật cọ vào giác mạc gây tổn thương giác mạc, thậm chí xuyên vào nhãn cầu tạo thành dị vật nội nhãn.
- Yêu cầu người bệnh chớp mắt liên tục cho đến khi trào nước mắt để đẩy dị vật ra.
- Rửa mắt bằng nước muối sinh lý.
- Nếu còn dị vật thì cần đưa người bệnh đến chuyên khoa mắt để lấy dị vật, đặc biệt trong trường hợp dị vật cắm vào giác mạc.

1.4. Bỏng mắt do hóa chất

- Rửa mắt với một số lượng lớn nước sạch hoặc nước muối sinh lý. Có thể vừa rửa mắt vừa chuyển người bệnh tới chuyên khoa mắt.
- Trong trường hợp bỏng do vôi cần lấy tăm bông lấy hết vôi cục còn trước khi rửa mắt.
- Chuyển tới chuyên khoa mắt càng sớm càng tốt.

1.5. Bỏng mắt do ánh sáng

- Thường gặp khi người bệnh đi dưới trời nắng to hoặc tiếp xúc với nguồn sáng mạnh như hồ quang khi hàn xì, đèn sân khấu có ánh sáng mạnh. Triệu chứng thường gặp là đau nhức mắt, chói mắt, không mở được mắt.
- Xử trí: dừng tiếp xúc với nguồn sáng mạnh, nằm trong phòng có ánh sáng vừa phải, tra thuốc tê bề mặt để làm giảm triệu chứng. Băng kín mắt bằng gạc sạch. Triệu chứng hết sau vài tiếng, thường dưới 24 giờ.
- Nếu người bệnh không hồi phục hoặc nguồn sáng có năng lượng mạnh (đèn laser, tia sáng mặt trời trong nhật thực) gây tổn thương thường nặng hơn, cần chuyển chuyên khoa mắt.

2. Khi nào cần chuyển tới bác sĩ chuyên khoa mắt

Cần chuyển tới bác sĩ chuyên khoa khi có các dấu hiệu sau:

- Vết thương vào nhãn cầu, dị vật nhãn cầu, tổn thương nghi ngờ đứt tuyến lệ (do cần phải đặt sonde silicon sau khi khâu ống tuyến, nếu tự ý khâu mà ko đặt sonde có thể tắc ống tuyến dẫn đến khô mắt về sau).

- Bông mắt do hóa chất.
- Mắt đau nhiều hoặc có ánh đỏ trong mắt (hay gặp trong xuất huyết tiền phòng).
- Dấu hiệu đeo kính râm (quầng đen quanh mắt).
- Buồn nôn hoặc đau đầu kèm theo đau mắt (dấu hiệu tăng nhãn áp hoặc đột quỵ đi kèm).
- Có bất kì vấn đề nào về sức nhìn như nhìn mờ, nhìn đôi, mất thị lực.
- Chảy máu không kiểm soát được.
- Biểu hiện nhiễm trùng mắt: người bệnh có sốt, thấy mủ ở trong tiền phòng. Nhiễm trùng nội nhãn là một nhiễm khuẩn rất nặng.

XIV. CẤP CỨU SAY NẮNG, SAY NÓNG VÀ SỐC NHIỆT

1. Triệu chứng

- Nhiệt độ cơ thể tăng cao.
- Thay đổi trạng thái tâm thần, hành vi: mới đầu thấy nhức đầu, khó chịu, mặt đỏ lừ. Sau đó hồi hộp, lo lắng, nói lắp bắp, nặng hơn sẽ mê sảng, hôn mê, co giật do tổn thương thần kinh trung ương.
- Thay đổi bài tiết mồ hôi: nếu do thời tiết nóng thì da nóng và khô khi chạm vào; nếu sốc nhiệt do gắng sức thì lại thấy da ẩm ướt.
- Buồn nôn và nôn.
- Thở nhanh, hồi hộp trống ngực do phản xạ tăng nhịp tim (tăng cường tuần hoàn để làm mát cơ thể).
- Đái ít hoặc không đái được.
- Chuột rút, co giật toàn thân trong giai đoạn muộn.
- Xét nghiệm máu thấy natri máu tăng cao, cô đặc máu (hematocrit máu tăng), tăng áp lực thẩm thấu máu, tăng CK do tiêu cơ vân.
- Người bệnh say nắng, tổn thương trung khu điều nhiệt nên triệu chứng thường nặng nề ngay từ đầu, thân nhiệt có thể lên tới 42 – 43⁰C.

2. Xử trí ban đầu

- Nhanh chóng đưa người bệnh vào chỗ mát, cởi bỏ bớt quần áo.
- Làm mát cơ thể bằng các phương tiện sẵn có:
 - + Đặt người bệnh vào bồn nước mát hoặc dưới vòi tắm hoa sen nước mát.
 - + Phun, xịt nước vào người. Tránh phun vào mũi, miệng.
 - + Chườm nước lạnh hoặc chườm đá vào đầu, cổ, nách, bẹn.
 - + Kết hợp quạt gió liên tục.
- Có thể cho người bệnh uống paracetamol kết hợp để hạ nhiệt.
- Các dấu hiệu nặng: rối loạn ý thức, vô niệu, không hạ được thân nhiệt (do tổn thương trung khu điều nhiệt), chuột rút hoặc co giật. Khi có các dấu hiệu này cần nhanh chóng chuyển người bệnh đến khoa Hồi sức cấp cứu của bệnh viện.

- Các xử trí trước khi chuyển bệnh nhân:
 - + Truyền dịch chống sốc: đặt nhiều đường truyền, ưu tiên truyền glucose 5% trước (để làm giảm natri máu), sau đó dùng muối đẳng trương (natri clorua 0,9%). Lượng dịch truyền từ 4 – 5 lít dịch khi có sốc nhiệt ở người lớn. Theo dõi sát người bệnh phòng phù phổi cấp do truyền dịch quá nhanh, đặc biệt ở người cao tuổi, người bệnh có tiền sử bệnh tim mạch.
 - + Nếu có hôn mê hoặc co giật: đặt ống nội khí quản, tiêm diazepam để chống co giật.
 - + Truyền bicarbonat để tránh toan máu và toan hóa ống thận do tiêu cơ vân cấp.
- Ở khoa điều trị tích cực, người bệnh nên được đặt đường truyền tĩnh mạch trung tâm để kiểm soát dịch. Các trường hợp nặng do suy đa tạng sẽ cần lọc máu.

XV. HƯỚNG CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ ĐAU ĐẦU

1. Phân loại đau đầu

1.1. Các trường hợp cấp cứu

- Hội chứng tăng áp lực nội sọ (u, áp xe, tụ máu não).
- Các tổn thương màng não (viêm, chảy máu màng não).
- Bệnh Horton.
- Bệnh não tăng huyết áp.
- Glôcôm góc đóng.

1.2. Đau đầu kịch phát

- Đau đầu Migraine.
- Đau đầu mạch máu.
- Đau dây V.

1.3. Đau đầu dai dẳng

- Tổn thương choán chỗ.
- Đau đầu tâm thần.

1.4. Các nguyên nhân đau đầu thông thường khác

2. Một số nguyên nhân gây đau đầu cần chú ý

2.1. Chảy máu não và chảy máu màng não

Thường khởi phát rất đột ngột, đau đầu dữ dội, nôn, rối loạn ý thức kèm theo dấu hiệu màng não hoặc dấu hiệu thần kinh khu trú.

Chẩn đoán dựa vào chụp cắt lớp vi tính sọ não và chọc dò dịch não tủy.

2.2. Áp xe não

Nhức đầu thường đi kèm với tình trạng nhiễm khuẩn, phối hợp với các dấu hiệu thần kinh khu trú và hội chứng tăng áp lực nội sọ. Khi nghi ngờ áp xe não cần tìm kiếm ổ nhiễm khuẩn ban đầu như nhiễm khuẩn trên da, vùng hàm mặt, viêm nội tâm mạc.

Chẩn đoán: dựa vào chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não.

2.3. Viêm màng não cấp (*viêm màng não mủ, viêm màng não do virus*)

Thường đau dữ dội kèm theo sốt, gáy cứng. Chẩn đoán dựa vào chọc dò dịch não tủy.

2.4. Bệnh Horton

Cần phải nghĩ tới bệnh này ở tất cả bệnh nhân trên 50 tuổi, mới bị đau đầu nhưng trầm trọng và tiến triển dần dần vì có nguy cơ mù mắt do huyết khối động mạch trung tâm võng mạc và các nhánh của nó.

- Triệu chứng

- + Vị trí đau thường ở vùng thái dương, một hoặc hai bên (đôi khi không điển hình như ở vùng chẩm), đau hay gặp về đêm làm người bệnh mất ngủ, sút cân, có thể sốt.
- + Có thể giảm hoặc mất thị lực một bên.

- Chẩn đoán

- + Sờ động mạch thái dương thấy cứng, không đập, đau, tăng nhiệt độ tại chỗ (có thể thấy các hoại tử da vùng đầu, đầu lưỡi).
- + Máu lắng tăng cao.
- + Sinh thiết động mạch thái dương thấy có viêm từng ổ, từng đoạn.

2.5. **Con tăng huyết áp:** đau đầu cấp khi có con tăng huyết áp, nếu có mạch nhanh, vã mồ hôi cần phải nghĩ tới u tuyến thượng thận. Cần phải điều trị thuốc hạ huyết áp cho bệnh nhân.

2.6. **Glocom góc đóng:** đau đầu dữ dội trước trán và hô mắt hai bên, cảm giác mắt như bị đẩy lùi, kèm theo giảm thị lực, đôi khi có liệt vận nhãn, biến dạng đồng tử. Đo nhãn áp thấy tăng cao.

2.7. Đau đầu migrain

Bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam, hay gặp ở người dưới 45 tuổi, có tiền sử gia đình.

Biểu hiện đau nửa đầu dữ dội, mệt mỏi. Xảy ra thành từng cơn. Cơn thường kéo dài từ vài giờ đến không quá 72 giờ nhưng xảy ra bất kỳ do đó người bệnh luôn trong tình trạng lo sợ làm giảm sút nghiêm trọng chất lượng cuộc sống.

Chẩn đoán: gồm 2 loại chính

- Migrain không có aura (migrain chung)

- + Cơn đau kéo dài 4-72 giờ, ít nhất có 5 cơn.
- + Có ít nhất 2 trong số các đặc điểm sau:
 - Đau nửa đầu (có thể lần lượt đôi bên).
 - Đau với tính chất mạch đập.
 - Đau vừa hoặc dữ dội.
 - Đau tăng khi gắng sức: có một trong 2 triệu chứng sau kèm theo trong cơn đau:

- Nôn hoặc/ và buồn nôn.
- Sợ ánh sáng, sợ tiếng động.

- Migrain có aura

Aura là các rối loạn chức năng của vỏ não hoặc dưới vỏ xảy ra nhanh 4 phút trước cơn, tồn tại không quá 60 phút. Người bệnh đã có ít nhất 2 cơn đau với ít nhất 3 - 4 triệu chứng sau:

- + Có trên một aura phục hồi chứng tỏ rối loạn chức năng vỏ não và/hoặc thân não.
- + Có ít nhất một triệu chứng của aura xảy ra tăng dần quá 4 phút hoặc hai triệu chứng aura nối tiếp nhau.
- + Không một triệu chứng aura nào tồn tại quá 60 phút, nếu có trên một triệu chứng của aura thì thời gian có thể tăng theo tỷ lệ.
- + Nhức đầu xảy ra sau aura không quá 60 phút, có thể có khoảng thời gian không đau sau aura không dài quá 60 phút, cũng có thể nhức đầu xảy ra cùng một lúc với aura.

Các aura thường gặp là bán manh, rối loạn cảm giác 1/2 người, rối loạn ngôn ngữ, chóng mặt, loạng choạng, mất phối hợp chi, dị cảm kiến bò tứ chi và đôi khi cả xung quanh miệng...

2.8. Đau dây V

Là những cơn đau dữ dội nửa mặt, dễ xuất hiện cơn khi có các kích thích, cần phân biệt đau dây V vô căn và đau dây V triệu chứng. Điều trị bằng thuốc kháng động kinh.

3. Khi nào cần chuyển bệnh nhân tới cơ sở chuyên khoa

- Chuyên khoa mắt: khi nghi ngờ glôcôm
- Chuyên khoa thần kinh: có hội chứng tăng áp lực nội sọ, hội chứng màng não, triệu chứng thần kinh khu trú hoặc khi đau đầu có các triệu chứng gợi ý tình trạng nặng sau:
 - + Đau như chưa từng gặp bao giờ.
 - + Có sốt hoặc các dấu hiệu toàn thân không giải thích được.
 - + Nôn xuất hiện trước khi đau đầu.
 - + Có triệu chứng thần kinh khu trú .
 - + Gây mất ngủ hoặc xuất hiện ngay khi vừa tỉnh giấc.
 - + Trên bệnh nhân có bệnh toàn thân từ trước (ung thư, bệnh máu).
 - + Xuất hiện đau đầu ở người bệnh trên 55 tuổi.

4. Điều trị

Đối với tất cả các trường hợp đau đầu đều phải được điều trị theo nguyên nhân. Đối với các đau đầu chưa rõ nguyên nhân, nguyên tắc chung là dùng thuốc giảm đau, an thần không gây nghiện.

XVI. XỬ TRÍ CƠN ĐỘNG KINH

1. Nhận biết cơn động kinh

Trên lâm sàng thường gặp nhất là cơn động kinh co cứng co giật (động kinh cơn lớn). Cơn động kinh co cứng co giật điển hình thường trải qua 3 giai đoạn:

- *Giai đoạn co cứng* (10-30 giây): co cứng toàn bộ các cơ tứ chi, ở thân, ngực, hai tay co, hai chân duỗi. Bệnh nhân thường tím tái, ngừng thở, có thể cắn vào thành bên lưỡi.
- *Giai đoạn co giật* (khoảng một vài phút): giật cơ từng đợt đều đặn có nhịp, nhãn cầu đảo ngược, tăng tiết nước bọt, có thể lẫn máu do cắn vào lưỡi.
- *Giai đoạn sau cơn*: người bệnh mất ý thức, thở mạnh, có thể tiểu không tự chủ. Sau đó tỉnh lại dần, đau đầu, mỏi mệt, có thể nôn. Một số người bệnh lú lẫn sau cơn, không nhớ những gì vừa xảy ra.

2. Xử trí ban đầu cơn động kinh

2.1. Những điều CẦN thực hiện khi có cơn động kinh

- Giữ bình tĩnh, yêu cầu người xung quanh đứng cách xa người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm xuống mặt phẳng rộng, an toàn (nằm trên sàn nhà hoặc trên đệm, nếu nằm trên giường phải chú ý tránh ngã). Bỏ các vật sắc, nhọn, dây buộc ra xa tránh nguy hiểm cho bệnh nhân.
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, dùng vật mềm kê dưới đầu để tránh tổn thương đầu khi co giật.
- Lấy đờm, thức ăn trong miệng người bệnh ra (nếu có) đảm bảo đường thở thông thoáng, tránh bị sặc. Đặt canyl vào miệng người bệnh (nếu có).
- Nói lỏng quần áo, khăn, thắt lưng của người bệnh để phòng bị thắt gây ngạt.
- Theo dõi tính chất của cơn co giật, tình trạng trong và sau cơn giật: vị trí khởi đầu cơn giật, cơn cục bộ hay toàn thể, co cứng hay co giật, nhãn cầu đảo ngược trong cơn, tăng tiết đờm, rãi, cắn vào lưỡi, tiểu không tự chủ, đau đầu sau cơn, nôn, lú lẫn, thời gian người bệnh tỉnh lại, thời gian kéo dài cơn giật ...
- Nếu có thể thì dùng điện thoại hoặc máy ảnh quay video toàn bộ cơn động kinh để làm bằng chứng cho chẩn đoán loại cơn.

2.2. Những điều KHÔNG được làm khi có cơn động kinh

- Không cho bất kỳ vật gì vào miệng người bệnh. Không dùng vật cứng để ngang miệng vì có thể làm tổn thương niêm mạc, gãy răng, sứt lợi.
- Không cho người bệnh ăn và uống.
- Không ép tim và hô hấp nhân tạo.
- Không đè lên người hoặc giữ người bệnh để chống lại cơn giật.
- Không vã nước vào mặt người bệnh.
- Không chích máu ở tay người bệnh.

2.3. Những điều CẦN làm sau khi người bệnh hết cơn động kinh

- Khám phát hiện các tổn thương có thể có: gãy xương, trật khớp, rách da, vết cắn ở lưỡi, dấu hiệu liệt nửa người, chấn thương đầu.
- Phát hiện và theo dõi sát các trường hợp lú lẫn sau cơn.
- Theo dõi người bệnh đến khi tỉnh hoàn toàn.
- Nói lại cho người bệnh biết những điều vừa xảy ra.
- Liên lạc với gia đình hoặc người thân của người bệnh.

2.4. Khi nào cần chuyển ngay bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa

- Người bệnh bị thương trong cơn co giật: sơ cứu vết thương và theo dõi. Nếu vết thương nặng, cần chuyển tuyến chuyên khoa.
- Người bệnh không tỉnh lại, đau đầu hoặc nôn nhiều: theo dõi sát, điều trị triệu chứng, giảm đau, chống nôn, chống phù não. Chuyển lên tuyến trên nếu tiến triển nặng dần.
- Có tình trạng lú lẫn sau cơn kéo dài.
- Cơn co giật kéo dài hơn 5 phút hoặc nhiều cơn tái diễn trong một thời gian ngắn: sử dụng thuốc cắt cơn co giật, thường dùng là Diazepam 10mg tiêm bắp. Nếu cơn vẫn kéo dài hoặc cơn xuất hiện liên tục, giữa các cơn bệnh nhân không tỉnh, cần phải nghĩ đến trạng thái động kinh và cần chuyển sang hồi sức tích cực.
- Sau cơn, khám phát hiện thấy các triệu chứng thần kinh khu trú, cần phải gửi người bệnh đến tuyến chuyên khoa sớm.

XVII. CẤP CỨU ĐỘT QUỴ NÃO (TAI BIẾN MẠCH NÃO)

1. Triệu chứng lâm sàng

Tổn thương các chức năng thần kinh, xảy ra do nguyên nhân mạch máu não. Tổn thương thần kinh thường khu trú, tồn tại quá 24 giờ hoặc tử vong trong vòng 24 giờ.

- **Một số triệu chứng xảy ra đột ngột có tính chất gợi ý:**
 - + Rối loạn ý thức.
 - + Co giật cục bộ.
 - + Thiếu sót vận động hoặc giảm cảm giác: liệt, rối loạn cảm giác ½ người, liệt mặt.
 - + Hội chứng tiểu não - hội chứng tiền đình trung ương.
 - + Rối loạn lời nói (nói khó, thất ngôn).
 - + Rối loạn thị giác (mù, bán manh).
 - + Liệt dây thần kinh sọ.
 - + Đau đầu, hội chứng màng não.
- **Dấu hiệu nhận biết đột quỵ sớm:**
 - Liệt mặt.
 - Giảm vận động của tay, cầm nắm khó...



– Nói khó.

Ba dấu hiệu này thường gặp trong các trường hợp đột quy (hơn 80%).

2. Cận lâm sàng (tại cơ sở y tế tuyến trên)

3. Xử trí

- **Đảm bảo đường thở và thông khí:**

+ Tư thế nằm nghiêng an toàn, đầu cao khoảng 30 độ.

+ Canuyn miệng, hút đờm. Đặt nội khí quản khi: ứ đọng hầu họng, glasgow < 8 điểm.

- **Kiểm soát huyết áp:**

+ 80% các trường hợp đột quy não là nhồi máu não, các bệnh nhân cần được theo dõi huyết áp liên tục và chỉ định dùng thuốc hạ áp cấp cứu khi huyết áp tâm thu > 220 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương > 120 mmHg, hạ huyết áp từ từ, mục tiêu hạ 15 - 20% trị số huyết áp trong 24h đầu.

+ Một số thuốc hạ huyết áp:

- Nicardipin (Loxen) truyền tĩnh mạch liều 5 - 15 mg/giờ trong các trường hợp huyết áp không kiểm soát được bằng các thuốc hạ áp thông thường.
- Các thuốc khác: labetalol, hydralazine, enalapril, nitroprusside...

- **Chống phù não và tăng áp lực nội sọ:**

+ Nằm đầu cao 30 độ.

+ Kiểm soát huyết áp.

+ Đảm bảo thông khí tốt .

+ Manitol: 1g/kg/1 lần truyền 20-30 phút.

+ An thần, tránh kích thích vật vã.

- **Nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa điều trị đột quy não.**

- **Điều trị tiếp theo sau cấp cứu đột quy não:**

+ Dự phòng huyết khối (nhồi máu não có liệt mức độ nặng) và dự phòng tái phát:

- Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu: Aspirin 300mg – 325mg/ngày uống dài ngày.
- Trong trường hợp có chống chỉ định dùng aspirin hoặc đã dùng aspirin mà thất bại: Ticlopidin (Ticlid).

+ Các thuốc dinh dưỡng và bảo vệ tế bào thần kinh.

+ Tập vận động và tập phục hồi chức năng sớm, chăm sóc vệ sinh, nuôi dưỡng.

4. Dự phòng đột quy

Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ:

- Phát hiện sớm, quản lý tốt, điều trị đạt mục tiêu các bệnh: tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường và bệnh tim mạch khác.
- Lối sống: tư vấn bỏ thuốc lá, chế độ ăn và thay đổi lối sống, tránh thừa cân và béo phì.
- Tiền sử gia đình: phát hiện các yếu tố nguy cơ để can thiệp dự phòng sớm, sàng lọc phát hiện sớm.
- Khám sức khỏe định kỳ.

Lưu ý: việc điều trị và công tác dự phòng muốn đạt hiệu quả cần cá thể hóa từng người bệnh.

XVIII. XỬ TRÍ SẶC, HÓC, DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ

1. Biểu hiện của dị vật đường thở

1.1. Hội chứng xâm nhập

- Người bệnh đột ngột hai tay nắm chặt vào cổ họng, vật vã, ho sặc sụa, ngạt thở, tím tái. Con ho có thể kéo dài 5 – 10 phút.
- Nếu dị vật bít tắc hoàn toàn, người bệnh không nói được, cố gắng ho nhưng không ra tiếng, suy hô hấp nhanh chóng, cuối cùng là bất tỉnh và có thể tử vong.

1.2. Dị vật thanh quản

- Khó thở vào; thở chậm.
- Thở rít, có tiếng rít thanh quản; khàn tiếng.

1.3. Dị vật khí quản

- Khó thở dữ dội, tím tái.
- Ho sặc sụa từng cơn.
- Nghe phổi có rale rít hai bên trường phổi, có thể nghe tiếng lật phật khi di vật di động.

1.4. Dị vật phế quản

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Ho dai dẳng; khó thở kéo dài.
- Khám hô hấp có thể thấy lồng ngực xẹp một bên, nghe phổi có rì rào phế nang giảm, rale rít và rale ngáy ở vùng tổn thương, rale ẩm nếu có viêm phổi.

2. Xử trí cấp cứu dị vật đường thở

2.1. Cấp cứu tại chỗ

2.1.1. Đối với người lớn hoặc trẻ lớn

Đánh giá tình trạng tắc nghẽn: người bệnh có tỉnh không, hỏi xem có nói được không.

Nếu người bệnh tỉnh nhưng không thể nói được hoặc không ho được, có thể tắc nghẽn đường thở hoàn toàn:

- Đứng cạnh, hơi về phía sau người bệnh.

- Một tay đỡ ngực người bệnh để người bệnh nhân cúi về phía trước.
- Dùng phần cườm của tay kia vỗ mạnh và dứt khoát vào lưng người bệnh (giữa hai xương bả vai).
- Đánh giá cải thiện của người bệnh sau mỗi lần vỗ.
- Nếu sau 5 lần vỗ mà người bệnh không cải thiện thì tiến hành nghiệm pháp Hemlich như sau:
 - + Đứng phía sau người bệnh.
 - + Hai tay ôm vòng qua eo người bệnh.
 - + Nắm tay đặt vào vị trí bụng giữa mũi ức và rốn, tay kia bọc lấy tay này.
 - + Tiến hành đẩy bụng dứt khoát theo hướng vào trong và lên trên.
 - + Đánh giá tình trạng người bệnh sau mỗi lần đẩy bụng.
- Tiến hành xen kẽ 5 lần vỗ lưng và đẩy bụng cho đến khi dị vật được tống ra ngoài hoặc khi người bệnh hôn mê

Nếu người bệnh hôn mê:

- Gọi hỗ trợ xung quanh và gọi cấp cứu.
- Đặt người bệnh nằm xuống đất.
- Khai thông đường thở bằng cách một ngón tay cho vào miệng kiểm tra và loại bỏ dị vật.
- Tiến hành hồi sinh tim phổi.
- Lưu ý kiểm tra dị vật trong miệng định kỳ trong quá trình hồi sinh tim phổi.

Nếu người bệnh tỉnh và vẫn trả lời được, có thể tắc nghẽn đường thở một phần

- Không nên dùng nghiệm pháp Hemlich vì có thể gây tắc nghẽn đường thở hoàn toàn.
- Trấn an người bệnh.
- Khuyến khích cho người bệnh ho.
- Nếu tình trạng không cải thiện thì gọi xe cấp cứu.

2.1.2. Đối với trẻ nhỏ dưới 2 tuổi

Nếu trẻ tỉnh:

- Đặt trẻ nằm sấp trên cánh tay, cố định cổ và đầu bằng bàn tay, đầu trẻ thấp hơn thân.
- Dùng phần cườm bàn tay vỗ mạnh vào lưng trẻ 5 lần ở phần giữa hai xương bả vai.
- Kiểm tra miệng của trẻ và lấy dị vật ra bằng ngón tay út.
- Sau đó cho trẻ nằm ngửa, nếu còn khó thở thì dùng 3 ngón tay ấn vào giữa ngực 5 lần.
- Tiếp tục luân phiên 5 lần vỗ lưng và 5 lần ấn ngực cho đến khi dị vật ra khỏi đường thở hoặc trẻ hôn mê.

Nếu trẻ hôn mê:

- Gọi người hỗ trợ và nhân viên y tế.
- Tiến hành hồi sinh tim phổi.

2.2. Tại cơ sở y tế

- Nếu người bệnh bị khó thở, mở khí quản cấp cứu qua màng nhầy giáp hoặc chọc kim qua màng nhầy giáp.
- Sau đó tiến hành soi gấp dị vật.
- Chuyển người bệnh đến cơ sở chuyên khoa tai mũi họng để soi gấp dị vật.

XIX. XỬ TRÍ CẤP CỨU CÔN TRÙNG ĐỐT

1. Biểu hiện lâm sàng

1.1. Biểu hiện tại chỗ

Biểu hiện tại chỗ xảy ra sớm, sau vài phút bị côn trùng cắn, người bệnh thấy đau, ngứa ở vết cắn, kèm theo nề đỏ quanh vết cắn.

Biểu hiện tại chỗ có thể tự hết trong một vài giờ. Đối với người bệnh bị suy giảm miễn dịch (AIDS, leukemia...), vết đốt có thể tiến triển thành bóng nước, hoặc hoại tử kèm theo biểu hiện toàn thân như sốt, nổi hạch.

1.2. Biểu hiện toàn thân

- Buồn nôn, chóng mặt.
- Nổi ban đỏ toàn thân; phù quincke.
- Khó thở, thở rít.
- Rối loạn tiêu hóa: đau quặn bụng, tiêu chảy, nôn mửa.
- Tụt huyết áp.
- Nếu tình trạng nặng, người bệnh có thể hôn mê, ngừng tuần hoàn.

2. Xử trí cấp cứu côn trùng đốt

2.1. Xử trí ngoại viện

Đưa nạn nhân đến vị trí an toàn, tránh bị côn trùng đốt.

Xử trí vết đốt tại chỗ

- Lấy ngòi ra nếu vết đốt có ngòi ong để tránh chất độc phóng thích thêm vào máu.
- Rửa sạch vết đốt bằng xà phòng và nước.
- Giảm phù nề bằng cách chườm lạnh.
- Dùng thuốc giảm đau như ibuprofen, acetaminophen.
- Bôi kem làm giảm đau, giảm ngứa tại chỗ vết đốt. Kem có các thành phần: hydrocortisone, lidocaine, pramoxin giúp làm giảm đau.
- Nếu vết cắn sưng nề và ngứa nhiều và gây khó chịu, có thể sử dụng thuốc kháng histamine H₁ đường uống kết hợp với glucocorticoid đường uống.
- Thuốc kháng histamine H₂ có thể được dùng phối hợp để tăng tác dụng của thuốc kháng histamine H₁.

- Thuốc kháng histamine H₁ tại chỗ không nên bôi trên diện tích bề mặt lớn và không nên sử dụng đồng thời với các thuốc kháng histamine H₁ đường uống vì có thể gây tác dụng phụ kháng acetylcholine.

Ở nhiều trường hợp, vận chuyển đến bệnh viện là không cần thiết. Nếu người bệnh có dấu hiệu/triệu chứng của phản ứng toàn thân hay có tiền sử sốc phản vệ do côn trùng cần chuyển bệnh viện để xử trí và theo dõi.

Xử trí trong khi chờ đợi nhân viên y tế hoặc trên đường đến bệnh viện

- Gọi cấp cứu và người giúp đỡ.
- Nói lỏng quần áo chật sau đó đắp chăn cho người bệnh. Không uống bất cứ thứ gì.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng tránh chất nôn hay máu từ miệng gây bít tắc đường thở.
- Tiến hành hồi sinh tim phổi khi có dấu hiệu ngừng tuần hoàn.
- Kiểm tra trong túi áo quần của nạn nhân xem có thuốc chống sốc adrenalin không. Nếu có thì dùng thuốc bằng cách bấm bơm tự động chứa thuốc vào đùi và giữ vài giây.

2.2. Xử trí tại cơ sở y tế

Nếu người bệnh có dấu hiệu khó thở, thở rít hoặc tụt huyết áp, cần xử trí theo phác đồ sốc phản vệ:

- Đặt người bệnh nằm đầu thấp.
- Thở oxy.
- Nếu đường thở phù nề, co thắt nhiều thì chỉ định đặt ống nội khí quản.
- Adrenalin 1mg/ml tiêm ngay vào mặt ngoài bắp đùi 0,5 mg. Lặp lại sau 5-10 phút nếu tình trạng không cải thiện. Liều cho trẻ em là 0.01 mg/kg.
- Có thể tiêm adrenalin đường tĩnh mạch 0,5 mg sau khi pha với nước cất theo tỉ lệ 1/10 nếu tiêm bắp không cải thiện. Sau đó truyền tĩnh mạch liên tục với liều 0,1 µg/kg/phút.
- Đặt đường truyền lớn, truyền dịch đẳng trương nhanh với lượng 20 ml/kg.
- Methylprednisolon 40 mg tiêm tĩnh mạch.
- Kháng histamine H₁: Diphenylhydramin (Dimedrol 10mg tiêm bắp).
- Kháng histamine H₂: Ranitidine 50mg tiêm tĩnh mạch.
- Theo dõi tại bệnh viện ít nhất 72 giờ đối với những trường hợp có sốc phản vệ.
- Nếu người bệnh không có biểu hiện sốc phản vệ: xử trí vết đốt tại chỗ, giảm đau, truyền dịch, dùng kháng histamine, corticoid và theo dõi sát.

XX. XỬ TRÍ RẮN ĐỘC CẢN

1. Chẩn đoán

1.1. Rắn hổ cắn

- Tại chỗ:
 - + Phù nề thường do rắn hổ chúa, rắn hổ mang.

- + Rắn hồ cắn thường gây hoại tử.
- + Rắn cạp nong, cạp nia: dấu hiệu tại chỗ cắn nhỏ như kim châm cách nhau 0,5 – 1cm.
- Toàn thân:
 - + Sụp mí, giãn đồng tử, đau họng, khó thở, liệt hô hấp, liệt tứ chi: rắn cạp nia, cạp nong, rắn hổ chúa.
 - + Sưng nề, tiêu cơ vân, đái ít, suy thận do tiêu cơ vân: hổ mang, hổ chúa.

1.2. Rắn lục cắn

- Tại chỗ:
 - + Chảy máu tại chỗ, khó cầm.
 - + Sưng tấy nhanh, chi bị cắn sưng to, tím, có phỏng rộp trên da.
- Toàn thân:
 - + Tình trạng sốc, chóng mặt, bệnh nhân lo lắng.
 - + Chảy máu nhiều: tại vết cắn, nơi tiêm truyền, nôn ra máu, đi ngoài ra máu, đái ra máu, nặng nhất là chảy máu não.
 - + Suy thận cấp do tiêu cơ vân.

1.3. Rắn biển cắn

- Tại chỗ: đau ít tại vết cắn.
- Toàn thân:
 - + Đau cơ: đặc biệt là cơ cổ, cơ lớn, tăng khi cử động.
 - + Sụp mí, giãn đồng tử.
 - + Miệng: tê bì quanh miệng, lưỡi dày khó cử động, nuốt khó.
 - + Vã mồ hôi, khát nước, đái ít, vô niệu, khó thở.

2. Xử trí

2.1. Cấp cứu ban đầu

- Trấn an nạn nhân giữ bình tĩnh, cởi bỏ vòng, nhẫn, đồng hồ.
- Không để người bệnh tự đi, chạy. Không uống rượu, chất kích thích, không tự chích rạch, không garo.
- Nặn, rửa dưới vòi nước hoặc trong chậu nước sạch có thể giảm độc.
- Cần băng ép bằng băng bản rộng xung quanh vết cắn tới tận đầu chi và tới hết toàn bộ chi, nẹp bất động rồi chuyển ngay tới bệnh viện.

Chú ý: không băng ép khi rắn lục cắn, rắn choàm quạp, lục xanh, khô mộc cắn.

Kỹ thuật băng ép bất động sơ cứu nhóm rắn hổ cắn

- Dùng băng rộng khoảng 5-10 cm, dài vài mét, có thể băng chun, băng vải, hoặc tự tạo từ khăn, quần áo. Cởi đồ trang sức ở vùng bị cắn vì dễ gây chèn ép khi vùng đó bị sưng nề. Không cố cởi quần áo vì dễ làm vùng bị cắn cử động, có thể băng đè lên quần áo.

- Đặt băng. Băng tương đối chặt nhưng không quá mức (còn sờ thấy mạch đập, đủ để luồn một ngón tay qua giữa các nếp băng).
- Bắt đầu băng từ ngón chân tới gốc bẹn hoặc nách.
- Dùng nẹp cứng (miếng gỗ, que, miếng bìa cứng,...) để cố định chân, tay.
- Vết cắn ở bàn, ngón tay, cẳng tay:
 - + Băng ép bàn, ngón tay, cẳng tay; dùng nẹp cố định cẳng bàn tay.
 - + Dùng khăn hoặc dây treo lên cổ bệnh nhân.
- Duy trì băng ép bất động tới khi người bệnh đến cơ sở y tế có khả năng cấp cứu hồi sức hoặc có thuốc giải độc (bác sĩ quyết định thời điểm tháo băng ép).
- Vết cắn ở thân mình: ép lên vùng bị cắn nhưng không làm hạn chế cử động thành ngực.

2.2. Vận chuyển

- Bất động, vận chuyển nhanh bằng xe cơ giới hoặc xe cấp cứu tới bệnh viện. Không chờ bằng xe đạp, xe máy nếu người bệnh có sốc, trụy mạch, liệt chi. Khi vận chuyển để thông tay chân bị cắn.
- Phải đảm bảo hô hấp: bóp bóng ambu, đặt nội khí quản, thở oxy.
- Đảm bảo huyết động: truyền dịch, dùng thuốc vận mạch nếu cần.
- Gọi tư vấn Trung tâm Chống độc.

XXI. CẤP CỨU ĐIỆN GIẬT

1. Khám ban đầu

- Đường thở thông thoáng?
- Thở bình thường không?
- Tuần hoàn: mạch, nhịp tim đều hay không?
- Kiểm tra da: vết bỏng, cháy, chú ý đám chột da, khu vực da quanh khớp, quanh miệng (đặc biệt ở trẻ em).
- Chức năng thần kinh: Ý thức thế nào? Đồng tử còn phản xạ ánh sáng không?
- Khám mắt: Bị mù không? Có thể khám đáy mắt.
- Khám tai mũi họng: kiểm tra sơ bộ sức nghe, màng nhĩ.
- Khám hệ cơ xương: gãy xương, hội chứng khoang, khám kỹ chấn thương cột sống.

2. Xử trí

2.1. Xử trí tại chỗ

- Nhanh chóng ngắt nguồn điện khỏi nạn nhân, đánh giá ngay xem người bệnh có ngừng tuần hoàn không: mất ý thức, ngừng thở hoặc thở ngáp, mất mạch cảnh. Nếu có ngừng tuần hoàn phải nhanh chóng tiến hành hồi sinh tim phổi: đặt nạn nhân lên một nền cứng, tiến hành ngay Ép tim ngoài lồng ngực (C) – Làm thông thoáng đường thở (A) – Thổi ngạt (B).
- Kỹ thuật hồi sinh tim phổi chất lượng cao như sau: đặt cườm tay lên giữa ngực ép

manh xuống lún $\frac{1}{2}$ độ dày thành ngực, với tốc độ nhanh 120 lần/phút, cuối thì ép phải nâng tay để tránh tì vào thành ngực làm ngực không nở ra được. Cứ sau 30 lần ép tim như thế, thổi ngạt 2 lần. Thổi ngạt bằng cách hít một hơi thật sâu rồi ngậm miệng nạn nhân thổi một hơi thật mạnh, lặp lại lần thứ 2.

- Có thể sốc điện nếu có nhịp nhanh thất, rung thất. Phải làm liên tục cho đến khi có đơn vị cấp cứu ngoại viện, nhân viên y tế đến hỗ trợ.
- Tập trung cấp cứu nạn nhân liên tục, kiên trì hàng giờ. Chỉ chuyển nạn nhân đến bệnh viện khi đã thở trở lại, khi tuần hoàn được tái lập. Vận chuyển bằng xe chuyên dụng. Kể cả người đã tự thở vẫn có nguy cơ suy hô hấp sau đó do nước đã vào phổi, nên vẫn phải vận chuyển vào bệnh viện.
- Người bệnh không ngừng tuần hoàn nhưng thở yếu cần phải thổi ngạt, bóp bóng hoặc hỗ trợ hô hấp thông qua mask thanh quản, hoặc ống nội khí quản.
- Đánh giá và xử trí người bệnh hôn mê, có thể do khói ngạt, bỏng đường thở, có định cột sống cổ,....
- Cố định gãy xương, cầm máu vết thương hở.
- Cho uống nước nếu người bệnh tỉnh táo, đặt đường truyền dịch trên đường vận chuyển.
- Monitor theo dõi điện tim liên tục trong suốt quá trình cấp cứu và vận chuyển dù người bệnh không có ngừng tuần hoàn.

2.2 Tại cơ sở y tế

- Tiếp tục hồi sức huyết động: cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao, thuốc nâng huyết áp, thuốc điều trị rối loạn nhịp tim.
- Đặt nội khí quản khi:
 - + Rối loạn ý thức, không có khả năng bảo vệ đường thở, và/hoặc
 - + Không thể duy trì $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ hoặc $\text{SpO}_2 > 90\%$ bằng oxy mask dòng cao và/hoặc
 - + $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$.
- Có thể thở không xâm nhập CPAP hoặc BiPAP nếu đảm bảo được oxy, chống chỉ định cho bệnh nhân tụt huyết áp hoặc có các chỉ định đặt ống nội khí quản.
- Thở oxy dòng cao qua mask mũi miệng, có thể đặt nội khí quản khi có chỉ định.
- Truyền dịch theo yêu cầu, nên đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, truyền dịch theo CVP, và duy trì nước tiểu $> 100 \text{ ml/h}$ để phòng suy thận cấp liên quan đến tiêu cơ vân. Thận trọng khi bệnh nhân vô niệu, không nên truyền dịch có kali vì nguy cơ tăng kali máu.
- Điều trị các chấn thương kèm theo: cố định vết thương, cầm máu, phẫu thuật kết hợp xương, nối mạch máu.
- Nếu huyết động rối loạn có thể phải tìm chấn thương ngực, tim và mất máu do vỡ tạng đặc gây chảy máu trong ổ bụng.
- Sử dụng thuốc dự phòng loét dạ dày tá tràng đặc biệt ở bệnh nhân có bỏng hoặc bệnh nhân không ăn uống qua đường miệng.

- Các thăm dò và xét nghiệm cần làm: điện tim, CK máu (phát hiện tiêu cơ vân), điện giải máu (hạ natri máu có thể gặp sau điện giật do hội chứng mất natri do não, tăng kali máu), troponin (phát hiện nhồi máu cơ tim, tổn thương cơ tim do điện giật), công thức máu, chức năng thận, X-quang phát hiện gãy xương, các thăm dò khác nếu có nghi ngờ tổn thương.

XXII. CẤP CỨU ĐUỐI NƯỚC

1. Tổn thương các cơ quan khi đuối nước

1.1 Cơ chế

Nạn nhân biểu hiện đầu tiên là hoảng loạn, không giữ được nhịp thở bình thường, rời nín thở, đói khí, vật lộn cố để nổi lên mặt nước. Oxy máu thấp do đóng nắp thanh môn hoặc do nước xâm nhập vào phổi. Thiếu oxy sẽ dẫn đến tổn thương đa cơ quan, các tổn thương, tử vong chủ yếu liên quan đến thiếu oxy não.

1.2 Các tổn thương

- Phổi: nước làm tổn thương lớp chất surfactant gây phù phổi cấp tổn thương (ARDS).
- Thần kinh: nhồi máu não, phù não gây tăng áp lực nội sọ. Khoảng 20% bệnh nhân có tổn thương não không hồi phục.
- Tim mạch: rối loạn nhịp tim do hạ thân nhiệt và hạ oxy máu.
- Rối loạn điện giải: thường gặp toan chuyển hoá và/hoặc toan hô hấp. Đặc biệt khi đuối nước mặn có thể gây tăng natri, tăng magie và tăng calci máu.
- Thận: suy thận do huỷ ống thận cấp do liên quan đến thiếu oxy, sốc.
- Đông máu: tan máu và rối loạn đông máu hiếm gặp ở bệnh nhân đuối nước nhẹ.

2. Xử trí đuối nước

2.1. Cấp cứu tại chỗ và trên đường vận chuyển đến cơ sở y tế

- Gọi người xung quanh đến hỗ trợ.
- Ưu tiên xác định được tình trạng ngừng tuần hoàn để tiến hành hồi sinh tim phổi càng sớm càng tốt, nhanh chóng đưa nạn nhân lên bờ.
- Thổi ngạt bằng cách hít một hơi thật sâu rồi ngậm miệng nạn nhân thổi một hơi thật mạnh, lặp lại lần thứ 2, việc này cần phải tiến hành ngay khi có thể, khi nạn nhân đã được kéo đến chỗ nông hơn, ít nguy hiểm hơn, khi chân người cứu chạm đất.
- Nếu nạn nhân không tỉnh trở lại sau 2 lần thổi ngạt đủ mạnh làm ngực phồng lên thì cần tiến hành ngay hồi sinh tim phổi kết hợp ép tim và thổi ngạt: đặt nạn nhân nằm ngửa trên bờ, đặt cườm tay lên giữa ngực ép mạnh xuống, tốc độ nhanh 120 lần/phút; cứ sau 30 lần ép tim như thế, thổi ngạt 2 lần. Có thể sốc điện nếu có nhịp nhanh thất, rung thất. Phải làm liên tục cho đến khi có đơn vị cấp cứu ngoại viện, nhân viên y tế đến hỗ trợ.
- Không làm nghiệm pháp Heimlich, và KHÔNG ĐƯỢC dốc ngược nạn nhân để nước tống ra từ phổi, vì không có tác dụng gì. Cần tập trung để thổi ngạt và ép tim

cho nạn nhân.

- Cởi bỏ quần áo ướt; làm ấm cơ thể nạn nhân.
- Tập trung cấp cứu nạn nhân liên tục, kiên trì hàng giờ. Chỉ chuyển nạn nhân đến bệnh viện khi đã thở trở lại, khi tuần hoàn được tái lập. Vận chuyển bằng xe chuyên dụng, kể cả người đã tự thở vẫn có nguy cơ suy hô hấp sau đó do nước đã vào phổi nên vẫn phải vận chuyển vào bệnh viện.

2.2 Tại cơ sở y tế

- Đặt nội khí quản khi:
 - + Rối loạn ý thức, không có khả năng bảo vệ đường thở, và/hoặc
 - + Không thể duy trì $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$ hoặc $\text{SpO}_2 > 90\%$ bằng oxy mask dòng cao, và/hoặc
 - + $\text{PaCO}_2 > 50 \text{ mmHg}$.
- Đặt ống thông dạ dày sau khi đặt xong nội khí quản để làm xẹp dạ dày, dẫn lưu nước trong dạ dày nếu còn.
- Có thể thở không xâm nhập CPAP hoặc BiPAP nếu đảm bảo được oxy, chống chỉ định với người bệnh tụt huyết áp hoặc có các chỉ định đặt ống nội khí quản.
- Thở oxy dòng cao qua mask mũi miệng, có thể đặt nội khí quản khi có chỉ định.
- Làm ấm cơ thể khi có hạ thân nhiệt.
- Theo dõi các thông số sinh tồn; theo dõi glucose máu.
- Chú ý chấn thương, tránh bỏ sót chấn thương, chấn thương cột sống cổ thường ít gặp khi đuối nước nhưng cần lưu ý khi tai nạn nhảy xuống hồ nông.

XXIII. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC CẤP

1. Chẩn đoán tình trạng ngộ độc cấp (NĐC)

1.1. Hỏi bệnh

- Người bệnh đột ngột hôn mê, co giật, đau bụng, nôn và ỉa chảy cấp, suy hô hấp cấp, suy tuần hoàn, suy gan cấp, rối loạn thân nhiệt, đái ít vô niệu... mà trước đó bình thường.
- Các dấu hiệu nghi ngờ: bệnh nhân trẻ tuổi, có bằng chứng chuẩn bị ngộ độc cấp, mâu thuẫn gia đình, chấn thương tình cảm, nghiện hút, rượu, sống một mình, có bệnh mạn tính, tâm thần.

1.2. Khám và phát hiện các hội chứng lâm sàng của NĐC (toxidrome)

- **Hội chứng kháng cholinergic:** tăng thân nhiệt, run, nói lắp bầm không rõ, vật vã, kích thích, đồng tử giãn, mạch nhanh, huyết áp tăng, da nóng đỏ, khô, cầu bàng quang, giảm nhu động ruột. Nặng có thể hôn mê, co giật. Ví dụ: Atropin và các chất tác dụng giống atropin như: thuốc cảm có kháng histamin, một số thuốc điều trị parkinson, thuốc giãn đồng tử dùng tại chỗ, chống trầm cảm 3 vòng...
- **Hội chứng cường giao cảm (kích thích giao cảm):** mạch nhanh, huyết áp tăng, thở nhanh, nhiệt độ tăng, đồng tử giãn, vã mồ hôi, da ướt, run, kích thích vật vã, hoang tưởng, nặng có thể loạn nhịp và co giật.

Ví dụ: ngộ độc amphetamin, cocain, quá liều phenylpropanolamin, ephedrin, và pseudoephedrin trong thuốc cảm, quá liều theophyllin, caffein, thuốc kích thích β_2 ...

- **Hội chứng cường cholinergic (ngộ độc chất kháng acetylcholinesterase)**

+ Dấu hiệu Muscarin: nhịp chậm, đồng tử co nhỏ, nôn, tăng tiết nước bọt, nước mắt, dịch phế quản, vã mồ hôi, ỉa chảy, co thắt phế quản.

+ Dấu hiệu Nicotin: mạch nhanh, máy cơ, yếu và liệt cơ (cơ hô hấp).

+ Dấu hiệu thần kinh trung ương: thay đổi ý thức, co giật và hôn mê.

Ví dụ: NĐC thuốc trừ sâu phospho hữu cơ, carbamat, thuốc ức chế cholinesterase như physostigmin, neostigmin.

- **Hội chứng ngộ độc opi:** tam chứng kinh điển của hội chứng ngộ độc opi là giảm ý thức, ức chế hô hấp và đồng tử co nhỏ như đầu đinh. Có thể thấy nhịp chậm, hạ huyết áp, hạ thân nhiệt, giảm phản xạ và vết tiêm chích. Ví dụ: ngộ độc heroin, morphin.

- **Hội chứng ngộ độc thuốc ngủ an thần bao gồm:** hạ huyết áp, thân nhiệt giảm, đồng tử co, thở chậm, bệnh nhân lơ mơ và hôn mê, phản xạ gân xương giảm. Ví dụ: ngộ độc nhóm các thuốc ngủ (barbiturat) và an thần (benzodiazepin), một vài thuốc an thần chủ yếu, ngộ độc rượu ethanol...

1.3. Xét nghiệm trong NĐC

1.3.1. Xét nghiệm thông thường

- **Các xét nghiệm máu:** công thức máu, điện giải, glucose, ure, creatinin, CK, chức năng gan, khí máu động mạch, tính khoảng trống anion, áp lực thẩm thấu máu, tính khoảng trống áp lực thẩm thấu...

- **Điện tim:** cần làm ở các bệnh nhân uống các chất gây loạn nhịp tim, bệnh nhân ngộ độc nặng và cung cấp thêm thông tin chẩn đoán một số chất độc.

- **X quang ngực:** có thể chỉ định để đánh giá ngộ độc một số chất độc như uống xăng, dầu hỏa, ngộ độc paraquat, hít phải khí clo...

- **X quang bụng:** chỉ định khi ngộ độc chất có tính cản quang đường tiêu hóa như ngộ độc một số kim loại nặng.

1.3.2. Xét nghiệm tìm độc chất

Mẫu dịch dạ dày (100ml), nước tiểu (100ml), máu (10ml).

- Các kỹ thuật định tính: sắc ký lớp mỏng, các xét nghiệm sàng lọc độc chất nhanh: ít chính xác, thông dụng, rẻ tiền, dễ sử dụng.

- Các kỹ thuật định tính và định lượng hiện đại (sắc ký khí, sắc ký lỏng, quang phổ khối, quang phổ hấp thụ...): có độ chính xác cao, đắt tiền, khó sử dụng hơn.

2. Nguyên tắc xử trí ngộ độc cấp

2.1. Hồi sức và ổn định bệnh nhân

Các nguyên tắc xử trí bệnh nhân ngộ độc nặng cũng giống xử trí bệnh nhân cấp cứu nói chung. Đảm bảo đường thở, sau đó là các biện pháp hỗ trợ hô hấp và tuần hoàn. Theo dõi liên tục nhịp tim, SpO₂, và đặt đường truyền tĩnh mạch khi có chỉ định. Kiểm soát đường thở nên chú ý điều chỉnh giảm ôxy máu, toan hô hấp và tránh sặc phổi.

2.2. Biện pháp ngăn ngừa hấp thu, loại bỏ chất độc

2.2.1. **Làm sạch da, tóc:** bằng nước ấm, xà phòng và nước gội đầu nếu chất độc bám vào da, tóc như thuốc trừ sâu.

2.2.2. **Rửa mắt:** nếu chất độc bám vào mắt, gây hồng mắt nhanh cần rửa liên tục bằng nước sạch hoặc nước muối sinh lý từ 10 đến 15 phút. Nếu chất độc là acid hay base, cần duy trì pH ở mức 6,5 - 7,5 và đưa đến chuyên khoa mắt cấp cứu.

2.2.3. Gây nôn

Dùng ngay vài phút sau khi uống hay ăn nhầm chất độc. Hiện nay, rất ít khi được dùng trong cấp cứu ngay tại chỗ và hầu như không dùng ở bệnh viện.

- Chỉ định: người bệnh tỉnh, hợp tác và dùng ngay tại nhà, hay tại nơi làm việc.
- Chống chỉ định: người bệnh thay đổi ý thức, hôn mê, có dấu hiệu co giật, chất độc là thuốc gây co giật, là chất ăn mòn như acid hay kiềm, uống hydrocarbon.
- Kỹ thuật gây nôn
 - + Cho người bệnh uống 200ml nước (100ml nước muối sinh lý ở trẻ em).
 - + Dùng một que dài một đầu quấn bông hoặc vải, bảo người bệnh há miệng, ngoáy que bông vào góc hàm kích thích nôn. Khi nôn để người bệnh đầu thấp tránh sặc vào phổi
 - + Có thể uống siro ipeca 30ml (người lớn); 10-15ml ở trẻ em, sau 15 phút sẽ gây nôn.

2.2.4. Rửa dạ dày

- Chỉ định
 - + Cho hầu hết các loại ngộ độc cấp đường tiêu hóa với lượng lớn thuốc hay độc chất và đến viện ngay sau uống.
 - + Lấy dịch dạ dày để tìm chất độc, đưa than hoạt vào dạ dày dễ dàng.
- Chống chỉ định
 - + Không rửa dạ dày cho người bệnh có thay đổi ý thức, hôn mê, co giật vì mất phản xạ bảo vệ đường thở, sẽ sặc vào phổi. Muốn rửa dạ dày phải đặt nội khí quản, bơm bóng chèn trước mới an toàn
 - + Khi uống các chất ăn mòn: acid hay kiềm mạnh, uống hydrocarbon.
- Kỹ thuật
 - + Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên trái, đầu thấp, tư thế Trendelenburg.
 - + Đặt nội khí quản trước ở người bệnh rối loạn ý thức hay hôn mê và cho thuốc chống co giật nếu có nguy cơ co giật.
 - + Đưa ống rửa dạ dày có bôi trơn nhẹ nhàng qua mũi hay miệng người bệnh (ống cỡ 36-40F ở người lớn; 16-28F ở trẻ con) vào dạ dày, cho nước muối sinh lý hay nước sạch pha muối (5g/1lít), cần làm ấm về mùa đông, mỗi lần 200ml ở người lớn hay 50ml (trẻ dưới 5 tuổi) vào dạ dày, rồi lại lấy ra. Rửa tổng số một vài lít dịch hoặc tới khi dịch ra trong. Theo dõi sát người bệnh bằng monitor và chuẩn bị sẵn máy hút, dụng cụ đặt nội khí quản để xử trí nếu người bệnh nôn, hoặc tiến triển nặng.

2.2.5. Dùng than hoạt liều duy nhất

- Chỉ định: hầu hết các loại ngộ độc cấp đường tiêu hóa trừ các chất than hoạt hấp phụ kém.
- Chống chỉ định: người bệnh hôn mê, co giật (trừ phi được đặt ống nội khí quản, bơm bóng chèn và dùng thuốc chống co giật trước), bệnh nhân uống các chất ăn mòn (vì khó khăn khi soi thực quản, dạ dày). Người bệnh không có tắc ruột, thủng đường tiêu hóa.
- Kỹ thuật: cho 1 - 2g/kg hoà với 100ml nước uống hay bơm qua ống sonde dạ dày.

2.2.6. Thuốc nhuận tràng

Dùng kích thích ruột đào thải các chất được hấp phụ với than hoạt ra ngoài theo phân, thường dùng một liều cùng than hoạt. Liều thông thường sorbitol 1g/kg cân nặng.

2.2.7. Rửa toàn bộ ruột

Rửa toàn bộ ruột bằng thể tích dịch lớn đưa vào dạ dày và ruột. Dịch này được cân bằng về điện giải và chứa polyethylen glycol, không gây ra mất nước hay điện giải của cơ thể. Chỉ định trong ngộ độc các chất không hấp phụ được bằng than hoạt như sắt, chì, các kim loại nặng khác, lithium, borat và các trường hợp nuốt các gói ma túy cần lấy ra ngay trước khi các túi bị rách.

Liều người lớn là 500 ml/h qua sonde dạ dày và có thể tăng 1000-2000 ml/h nếu người bệnh không nôn. Liều trẻ em thường là 100-200 ml/h. Thường được dùng cho tới khi dịch ra từ trực tràng trong hoặc trong trường hợp ngộ độc chất cản quang như sắt, cho tới khi phim X quang bụng hết chất độc.

2.3. Biện pháp tăng thải trừ chất độc

2.3.1. Bài niệu tích cực

Bài niệu tích cực để nhanh thải trừ chất độc ra khỏi cơ thể hoặc phòng tránh suy thận do tiêu cơ vân cấp. Truyền dịch nhanh đảm bảo huyết áp và đưa áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP) tới 5-10 cmH₂O và đạt lưu lượng nước tiểu khoảng 200 ml/h. Nếu đã truyền đủ dịch, huyết áp đảm bảo mà không đạt lưu lượng nước tiểu có thể dùng lợi tiểu Furosemid tĩnh mạch.

2.3.2. Kiểm hóa nước tiểu

Kiểm hóa nước tiểu bằng truyền bicarbonat làm tăng thải trừ các acid yếu như phenobarbital, salicylat, methotrexat, thuốc diệt cỏ chlorophenoxy... Các chất độc là acid khi đi vào ống thận gặp môi trường pH nước tiểu kiềm sẽ chuyển thành dạng ion không tái hấp thu lại được và thải ra ngoài theo dòng nước tiểu. Theo dõi sát pH niệu, khí máu, kali và điện tim.

2.3.3. Than hoạt đa liều

- Chỉ định: uống lượng lớn carbamazepin, dapsone, phenobarbital, quinin, theophyllin. Uống lượng lớn các chất có chu trình gan-ruột, thuốc giải phóng chậm.
- Chống chỉ định: giống than hoạt liều duy nhất.
- Kỹ thuật: liều ban đầu 1g/kg cân nặng, sau đó 0,25 - 0,5 g/kg cân nặng mỗi 1-6 giờ. Liều khuyến cáo dựa trên liều có thể dung nạp được hơn là liều dược lý thích hợp. Liều lớn hơn và khoảng cách dùng nhắc lại ngắn hơn có thể áp dụng cho bệnh nhân ngộ độc nặng hơn.

2.3.4. Nhanh chóng vận chuyển người bệnh đến cơ sở chuyên khoa để điều trị thuốc giải độc đặc hiệu (Antidote)

Bảng 3. Một số thuốc giải độc thiết yếu

Thuốc độc	Thuốc giải độc đặc hiệu
Acetaminophen (paracetamol)	N-acetylcystein
Thuốc chống trầm cảm 3 vòng	Bicarbonat
Arsen, thủy ngân	Dimercaprol (BAL)
Benzodiazepin	Flumazenil (Anexate)
Cyanua	Hydroxocobalamin, Lilly cyanide kit
Digoxin	Digoxin Fab
Heparin	Protamin
Sắt	Deferoxamin
Chì	EDTA, succimer, D penicillamin

Methemoglobin	Xanh methylen
Warfarin	Vitamin K ₁
Opi	Naloxon
Thuốc sâu phospho hữu cơ	Atropin, pralidoxim
Rắn độc cắn	Huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu
Rimifon (INH)	Pyridoxin (Vitamin B6)
Methanol	Fomepizol, ethanol
Atropin	Physostigmin
Cho nhiều thuốc độc uống	Than hoạt

XXIV. NHỒI MÁU CƠ TIM

Khi một vùng cơ tim bị nhồi máu, sẽ có 3 loại tổn thương:

- + **Hoại tử:** tế bào cơ tim ở xa các mạch máu nuôi dưỡng, bị thiếu máu nặng, kéo dài dẫn đến chết hoàn toàn. Vùng hoại tử này trở thành sẹo nhồi máu và không hồi phục.
- + **Tổn thương:** tế bào cơ tim bị thiếu máu vừa nhưng còn khả năng hồi phục nếu tái tưới máu tốt.
- + **Thiếu máu:** tế bào cơ tim bị thiếu máu nhẹ còn khả năng hồi phục nhờ tuần hoàn bàng hệ hoặc tái tưới máu.

Mục đích của cấp cứu nhồi máu cơ tim là để phục hồi vùng tổn thương và vùng thiếu máu, không để cho vùng hoại tử lan rộng. Trên lâm sàng, đa số trường hợp nhồi máu cơ tim có biểu hiện của cơn đau tim cấp. Chẩn đoán nhồi máu cơ tim dựa vào cơn đau tim cấp, điện tâm đồ và men tim.

Đối với y tế cơ sở, việc phát hiện cơn đau tim cấp và xử trí ban đầu cơn đau tim cấp là rất quan trọng, đảm bảo chức năng sống cho người bệnh.

1. Phát hiện sớm cơn đau tim cấp ở tuyến y tế cơ sở

Nhĩ đến một cơn đau tim cấp khi cơn đau có những đặc điểm sau:

- **Tính chất đau:** đột ngột, dữ dội, cảm giác như đè nén, bóp nghẹt, khiến người bệnh hoảng hốt, lo sợ, dùng thuốc nitroglycerin không đỡ.
- **Vị trí:** đau sau xương ức, thượng vị, cổ và cằm, đôi khi vùng giữa 2 bả vai.
- **Hướng lan:** lan lên vai, ra 2 cánh tay, thường tay trái, lan xuống cổ tay và có khi lan ra cả ngón 4,5 hoặc lan lên cằm và hai xương hàm dưới.
- **Các triệu chứng kèm theo cơn:** khó thở, vã mồ hôi, hồi hộp, đánh trống ngực, nôn, buồn nôn, ngất, sốc tim (mạch nhanh, huyết áp thấp, tiếng tim nhẹ...).
- Thường xuất hiện ở người có yếu tố nguy cơ tim mạch.
- Cơn đau tim có thể giống cơn đau của bệnh cấp cứu bụng (đặc biệt ở nam giới) như: thủng dạ dày, cơn đau dạ dày cấp, viêm tụy cấp, viêm túi mật...

2 Xử trí ban đầu cơn đau tim cấp ở tuyến y tế cơ sở

* Tất cả các cơn đau tim cấp đều phải nghĩ tới nhồi máu cơ tim cho tới khi có bằng chứng ngược lại, và đều phải được xử trí đồng thời:

- Giảm đau: Morphin, liều dùng từ 1/2 -1 ống tiêm tĩnh mạch chậm, sau đó nhắc lại sau 5-10 phút nếu người bệnh vẫn đau.
- Thở oxy với liều 2-4 lít/phút.
- Dẫn mạch vành: Nitroglycerin (0,4mg) ngậm dưới lưỡi hoặc Natispray xịt dưới lưỡi, có thể nhắc lại sau mỗi 5 phút trừ khi huyết áp quá thấp (< 90 mmHg).
- Giảm tiêu thụ oxy cơ tim:

Nằm bất động (ăn cũng cần cẩn thận),

Giảm nhịp nếu nhịp tim nhanh (Propranolone),

Hạ áp nếu huyết áp cao (Propranolone, hoặc ức chế men chuyển),

Hạ sốt (paracetamol),

Chống stress (an thần).

- Nếu mạch chậm kèm huyết áp giảm, tiêm atropin sulphat 1/2 mg tĩnh mạch.
- Lập đường truyền và giữ ven, hạn chế truyền dịch.
- Nếu có máy điện tim:

Ghi ngay điện tâm đồ khi khám lần đầu (trong vòng 10 phút).

Ghi điện tâm đồ nhiều lần cách nhau 15-30 phút.

Điện tâm đồ bình thường không loại trừ nhồi máu cơ tim cấp.

* Chú ý:

- Digoxin và các thuốc vận mạch (adrenalin, dopamin) đều làm tăng tiêu thụ oxy cơ tim, làm tăng diện tích ổ nhồi máu và có thể gây rối loạn nhịp thất. Cần cân nhắc lợi ích và nguy cơ khi dùng thuốc vận mạch. Nên sử dụng liều thấp nhất có thể để duy trì tưới máu và hạn chế được biến chứng có hại.
- Đồng thời với việc cấp cứu ban đầu, y tế cơ sở cần gọi cấp cứu 115 hoặc bệnh viện tuyến trên phối hợp chuyển bệnh nhân đến bệnh viện càng sớm càng tốt để xác định chẩn đoán và khẩn trương cứu vãn vùng cơ tim chưa hoại tử bằng cách thông mạch vành (tiêu sợi huyết < 6h, nong vành, đặt stent, chống đông, kháng tiêu cầu...).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội (2018). Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc ban đầu. Nhà xuất bản Y học.
2. Vũ Văn Đỉnh và cộng sự (2015). Hồi sức cấp cứu toàn tập, Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y Tế (2015). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị cấp cứu nội khoa.
4. Cleland JG, Yassin AS, Khadjooi K (2010), *Acute heart failure: focusing on acute cardiogenic pulmonary oedema. Clin Med.10(1), 59–64.*

5. International first aid and resuscitation guidelines, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, 2016
6. Hoàng Thị Phúc và cộng sự (2011), Bài giảng nhân khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
7. Nguyễn Hữu Tú và cộng sự (2013), Cấp cứu tai nạn thương tích, Nhà xuất bản y học.
8. Matthew F.G., et al (2016). Overview of eye injuries in the emergency department. UpToDate.
9. [Wes Shepherd, MD, FCCP](#) (2016). **Airway foreign bodies in adults. UpToDate.**
10. [By Mayo Clinic Staff](#) (2014). **Choking: First aid.** Mayo Clinic
11. Boyd (Bo) D Burns (2016), Insect bites, Emedicine.medscape.com
12. Bradley D. Riley, Anthony F. Pizon, Anne-Michelle Ruha (2011), Snakes and other reptiles, Goldfrank's Toxicologic emergencies, 9th edition, The McGraw-Hill Companies.
13. Vũ Văn Đỉnh và cộng sự (2015). Điện giật. Cẩm nang Cấp cứu. Nhà xuất bản Y học
14. Dipak Chandy, Gerald L Weinhouse (2016). Drowning (submersion injuries). UpToDate.

BÀI 27. CẬP NHẬT KIẾN THỨC XỬ TRÍ TRONG THẢM HỌA

Mục tiêu:

- 1. Trình bày được thể nào là thảm họa và liệt kê được các loại thảm họa thường gặp tại địa phương.*
- 2. Trình bày được các nguyên tắc trong xử trí thảm họa.*
- 3. Trình bày được phân loại nạn nhân trong xử trí thảm họa.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Là sự cố bất ngờ do con người hoặc thiên nhiên gây ra, làm ảnh hưởng đến con người, xã hội và môi trường. Về mặt y tế, đây là sự cố gây thương vong hàng loạt, nhiều nạn nhân cần được cấp cứu trong một môi trường không bình thường và nhiều xáo trộn.

Thảm họa do con người gây ra: khủng bố, chiến tranh, tai nạn giao thông (đường bộ, đường thủy, đường không), tai nạn sinh hoạt (cháy nổ, sập cầu...), tai nạn trong các khu vực sản xuất công nghiệp (nhà máy hóa chất, nhà máy thủy điện, khai thác hầm mỏ) v.v... Thảm họa do thiên nhiên gây ra: bão, lụt, sạt lở đất, động đất, sóng thần, núi lửa phun v.v...

Về công tác y tế, đòi hỏi yêu cầu kiểm soát cấp cứu hàng loạt. Vấn đề đặt ra cho ngành y tế là làm sao thực hiện cấp cứu hàng loạt một cách có hiệu quả nhất.

Thảm họa gây nhiều tổn thất:

- Tổn thất về con người: tử vong, thương tật, di chứng tinh thần và thể xác.
- Tổn thất về tài sản: tổn thất tài sản cá nhân và tài sản nhà nước.
- Tổn thất về kinh tế: tư liệu sản xuất, tổn thất cho một hoặc nhiều ngành kinh tế.
- Tổn hại đến môi trường: ảnh hưởng trước mắt và ảnh hưởng lâu dài đến môi trường gây hậu quả khó khắc phục.
- Ảnh hưởng đến xã hội: lo lắng, hoảng sợ, bất ổn trong xã hội.

2. PHÂN LOẠI THẢM HỌA

2.1. Phân loại thảm họa theo số người bị tác động trực tiếp:

- Thảm họa mức 1: có từ 30 đến 100 người bị nạn, hoặc 20- 50 người phải nằm viện.
- Thảm họa mức 2: có từ 101 đến 500 người bị nạn, hoặc 51- 200 người phải nằm viện.
- Thảm họa mức 3: có từ 501 đến 2.000 người bị nạn, hoặc 200-300 người phải nằm viện.
- Thảm họa mức 4: hàng ngàn người bị nạn, trên 300 người phải nằm viện.

Phân loại mức độ: Là cơ sở để đánh giá mức độ ảnh hưởng chung về các mặt, là căn cứ để huy động người, xe cứu thương và các phương tiện phục vụ công tác khắc phục hậu quả của thảm họa.

2.2. Phân loại thảm họa theo yêu cầu can thiệp của ngành y tế

Thảm họa gây tổn thất về người ngay tức khắc (tai nạn giao thông, động đất...): ngành y tế phải kịp thời tham gia cấp cứu và vận chuyển cấp cứu.

Thảm họa vừa gây ra tổn thất về người ngay tức khắc, vừa gây hậu quả về sau (bão, lụt...): bên cạnh công tác cấp cứu, ngành y tế phải chú ý đến vệ sinh môi trường, phòng chống dịch bệnh, theo dõi và chăm sóc sức khỏe người dân sau thảm họa.

3. NGUYÊN TẮC TRONG XỬ TRÍ THẢM HỌA

3.1. Nguyên tắc phòng chống thảm họa:

Phòng chống thảm họa gồm 4 giai đoạn:

- Giai đoạn ngăn ngừa, giảm nhẹ tổn thất: ngăn ngừa những nguy cơ phát sinh thảm họa hoặc làm giảm nhẹ tổn thất do thảm họa gây ra.
- Giai đoạn chuẩn bị, sẵn sàng: xây dựng kế hoạch phòng chống thảm họa, tổ chức diễn tập chống thảm họa với sự tham gia nhiều ngành (y tế, công an, quân đội...) và chuẩn bị phương tiện vật chất.
- Giai đoạn đối phó với thảm họa: phát hiện, giải thoát, phân loại , sơ cứu, vận chuyển nạn nhân, với sự tham gia của nhiều ngành: công an, quân đội, cứu hỏa, cứu hộ, lực lượng y tế...
- Giai đoạn phục hồi: Phục hồi, tái thiết khu vực xảy ra thảm họa

3.2. Nguyên tắc trong xử trí thảm họa

Đảm bảo các yêu cầu: Cơ động - Liên hoàn - Thống nhất .

- Cơ động: Các lực lượng nói trên sẵn sàng đến hiện trường trong thời gian ngắn nhất và trong mọi hoàn cảnh, địa hình.
- Liên hoàn: Thể hiện qua hoạt động đồng bộ của các lực lượng các cấp, từ các đơn cấp Thành phố đến các đơn vị cơ sở và sự hiệp đồng của các ngành khác như: Công an, Quân đội, Cứu hỏa, Cứu hộ, Y tế, Điện lực, Viễn thông ...
- Thống nhất: Thể hiện sự thống nhất trong mệnh lệnh chỉ huy, cụ thể hóa các mức thang chỉ huy: Trung ương → Tỉnh, thành phố → Quận, huyện → Cơ sở

4. CÔNG TÁC Y TẾ TRONG PHÒNG CHỐNG THẢM HỌA

4.1. Nhiệm vụ Ngành y tế

Ngành y tế luôn sẵn sàng đối phó với thảm họa nhằm mục đích giảm nhẹ tổn thất về sinh mạng con người, phục hồi sức khỏe, giảm thiểu di chứng cho nạn nhân; phòng chống dịch bệnh, bảo vệ môi trường sau khi thảm họa xảy ra.

Các tuyến y tế từ trung ương đến cơ sở đều phải xây dựng kế hoạch và sẵn sàng tham gia, đáp ứng yêu cầu phục vụ y tế.

Cán bộ y tế phải nắm vững quy trình kiểm soát cấp cứu thương vong hàng loạt trong thảm họa.

Đảm bảo đáp ứng đủ nguồn nhân lực y tế, thiết bị, dụng cụ tế, xe cứu thương, dịch truyền, máu, thuốc phục vụ cứu chữa nạn nhân thảm họa.

4.2. Mục tiêu trong cấp cứu thảm họa

Thực hiện 6 nhiệm vụ của cấp cứu ngoại viện, theo biểu tượng cấp cứu quốc tế:

- Phát hiện sớm.
- Báo cáo nhanh.
- Đáp ứng kịp thời.
- Chăm sóc tại hiện trường.
- Chăm sóc trên đường vận chuyển.
- Chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

4.3. Quy trình nghiệp vụ

- Phát tín hiệu cấp cứu.
- Tiếp nhận tín hiệu cấp cứu.
- Xử lý thông tin cấp cứu.
- Đáp ứng yêu cầu cấp cứu và huy động cấp cứu .
- Kiểm soát cấp cứu thương vong hàng loạt.

5. PHÂN LOẠI NẠN NHÂN TẠI HIỆN TRƯỜNG

5.1. Nguyên tắc

- Năng động, nhanh chóng.
- Ưu tiên cho điều trị và giải thoát nạn nhân khỏi hiện trường.
- Phân loại người bệnh và đánh giá đúng tình trạng người bệnh.
- Cán bộ y tế phải bình tĩnh.

5.2. Các dạng phân loại

5.2.1. Phân loại tại chỗ (phân loại đầu tiên):

- Khẩn cấp
- Không khẩn cấp

5.2.2. Phân loại y tế (phân loại lần II):

Kết hợp phương pháp S.T.A.R.T (simple triage and rapid treatment) với phương pháp gắn ký hiệu màu cho người bệnh:

- Đỏ (immediate).
- Vàng (delayed) .
- Xanh (minor injuries).
- Đen (deceased).

5.2.3. Phân loại vận chuyển (phân loại lần III):

- Đỏ: cần vận chuyển càng nhanh càng tốt.
- Vàng: không có vấn đề đe dọa tính mạng.
- Xanh: có thể đi bộ được.
- Đen: tử vong (chuyển nhà xác, lực lượng pháp y).

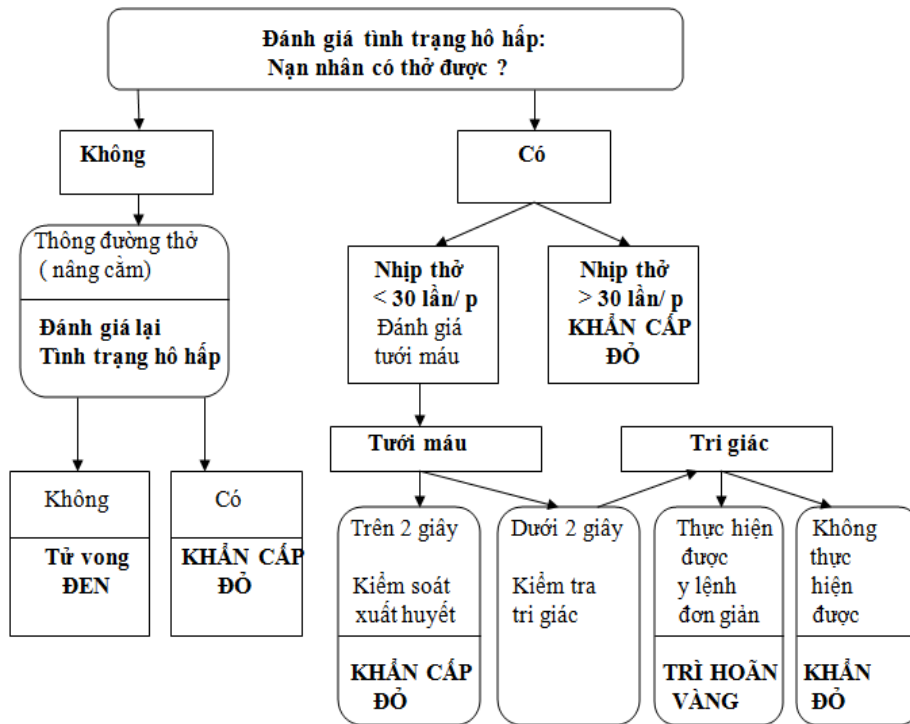


Tấm bìa cứng phân loại nạn nhân:

5.3. Khám phân loại tại hiện trường

- Một tay bắt mạch quay: có thể bình thường trong giai đoạn đầu của sốc, mạch nhẹ: tình trạng sốc giảm thể tích.
- Một tay để trên trán người bệnh, vừa nhìn vào mắt người bệnh vừa nói chuyện với nạn nhân. Việc làm này giúp cho đánh giá: đồng tử, việc nghe và làm theo y lệnh của nạn nhân, đường hô hấp trên, nhiệt độ, mức độ xanh tái, dấu hiệu chấn thương vùng đầu.
- Tay sau khi bắt mạch, chuyển sang xem xét vùng xương trán.
- Tiếp tục xem xét vùng cổ: tìm kiếm dấu hiệu của biến dạng, vết thương, vị trí đau, tràn khí dưới da, căng tĩnh mạch cổ, lệch khí quản, bầm dập, chảy máu...
- Tiếp theo, xem xét vùng vai, xương đòn, hai tay, lồng ngực: tìm kiếm dấu hiệu biến dạng lồng ngực, tràn khí dưới da, cử động không đối xứng, chảy máu, thủng ngực.
- Một tay cầm ống nghe, một tay tiếp tục xem xét vùng bụng, vùng chậu: vị trí đau, gồng cứng bụng, vết thương, vết thủng bụng.
- Xem xét hai chi: biến dạng, vị trí đau, độ ấm chi, cụt chi.
- Sau đó quay trở lại khám hai vai, hai tay, nhìn lại mắt người bệnh.

5.4. Phân loại nhanh



6. QUẢN LÝ VÀ VẬN CHUYỂN NẠN NHÂN

6.1. Quản lý tại hiện trường

- Ước lượng số nạn nhân, đặc điểm thương tích của thảm họa
- Xác định các vị trí: vị trí tiếp nhận, vị trí phân loại, vị trí sơ cứu nạn nhân, hướng di chuyển nạn nhân ra khỏi hiện trường...
- Phân loại nạn nhân.
- Sơ cấp cứu: bảo đảm đúng kỹ thuật y tế.
- Vận chuyển nạn nhân: Vận chuyển theo nguyên tắc ưu tiên và vận chuyển an toàn.
- Tiếp tế tại hiện trường: khi hoạt động cấp cứu tại hiện trường kéo dài.

6.2. Vận chuyển nạn nhân

- Dựa trên phân loại người bệnh để có thứ tự ưu tiên trong vận chuyển.
- Ưu tiên vận chuyển nạn nhân bằng phương tiện vận chuyển hiệu quả.
- Đảm bảo nguyên tắc cứu chữa liên tục.
- Theo dõi và phát hiện các dấu hiệu nặng có thể xảy ra trong quá trình vận chuyển bệnh để xử trí kịp thời.

6.3. Giải quyết nạn nhân tử vong tại hiện trường

- Bác sĩ cấp cứu có trách nhiệm xác định nạn nhân tử vong, ghi rõ trong biên bản tử vong.
- Công an, Pháp y tiếp nhận hồ sơ của Đội cấp cứu bàn giao và tiến hành các thủ tục cần thiết.

- * Chú ý không để hình ảnh nạn nhân đã tử vong làm ảnh hưởng đến tâm lý những nạn nhân khác, đến người dân trên qua các phương tiện thông tin đại chúng và ngay cả với đội ngũ những người tham gia công tác cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Đỉnh. “Tổ chức quản lí Mạng lưới cấp cứu hồi sức tại bệnh viện và vấn đề cấp cứu ngoại viện ” - Quản lí bệnh viện, Bộ Y Tế -Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1997, trang 447 – 458.
2. Lê Ngọc Trọng. “ Hoạt động của Ngành y tế trong công tác chủ động giảm nhẹ và khắc phục hậu quả thiên tai”- -Y Tế trong thảm họa, Trung Tâm Đào tạo và Bồi dưỡng cán bộ Y tế TP. Hồ Chí Minh , Lưu hành nội bộ, 1994, trang 25- 40.
3. Đỗ Công Tâm. “Đáp ứng và hỗ trợ y tế trong thảm họa”- NXB Đại học Huế; 2009
4. Emergency Management- website: http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_management
5. Hogan, David E.; Burstein, Jonathan L., “ Disaster Medicine”, second edition, 2007 Lippincott Williams & Wilkins.

BÀI 28. DỰ PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

Mục tiêu:

1. Trình bày được nguyên tắc dự phòng phản vệ.
2. Trình bày được tiêu chuẩn chẩn đoán và cách xử trí phản vệ.
3. Thực hành đúng xử trí phản vệ trên mô hình với tình huống giả định.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản vệ là một sự cố y khoa thường gặp và có thể dự phòng được. Khi phản vệ tiến triển đến giai đoạn có sốc hoặc sốc phản vệ xảy ra tức thì sẽ gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng, thậm chí tử vong, do vậy, việc tiếp cận với vấn đề phản vệ giúp cán bộ y tế tuyến cơ sở biết cách dự phòng, phát hiện sớm và xử trí kịp thời phản vệ ở giai đoạn chưa có sốc.

Việc phát hiện muộn và xử trí chậm trễ là lý do chính dẫn đến sự nguy hiểm đến tính mạng người bệnh. Việc sơ cấp cứu tại chỗ ban đầu đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc cứu sống người bệnh. Những yêu cầu trong cấp cứu ban đầu phản vệ là: phát hiện sớm (từ khi chưa có sốc), cấp cứu khẩn cấp tại chỗ, xử lý đúng và kịp thời.

Năm 2017, Bộ Y tế đã ban hành Thông tư số 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.

1. ĐỊNH NGHĨA VÀ PHÂN ĐỘ PHẢN VỆ

1.1 Định nghĩa phản vệ (theo hướng dẫn của BHYT)

Phản vệ là một phản ứng dị ứng, có thể xuất hiện ngay lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

Dị nguyên là yếu tố lạ khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong trong vòng một vài phút.

1.2 Phân độ phản vệ

Độ I (nhẹ): biểu hiện ở da và mô dưới da: ban đỏ, nổi mề đay, phù môi mắt hay phù mạch.

Độ II (nặng): khó thở, thở khò khè, thở rít, nôn ói, say xẩm, toát mồ hôi, cảm giác bóp nghẹt họng và lồng ngực, đau bụng, tiêu chảy.

Độ III (nguy kịch) = Sốc phản vệ:

- + Suy hô hấp: SpO₂ < 90%, khó thở, tím tái
- + Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- + Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp, vã mồ hôi, nổi vân tím.

Độ IV: ngừng tuần hoàn

2. NGUYÊN TẮC DỰ PHÒNG PHẢN VỆ

Dự phòng phản vệ là biện pháp tốt nhất ngăn ngừa các phản ứng phản vệ xảy ra. Việc dự phòng phản vệ phải theo các nguyên tắc sau:

- Khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên khác (thức ăn, côn trùng đốt, bụi, phấn hoa...) của người bệnh trước khi kê đơn thuốc, lưu ý người bệnh bị hen phế quản, viêm mũi dị ứng, chàm, mẫn ngứa, mề đay, ho mạn tính, phù Quincke...
- Chỉ tiêm, truyền thuốc khi đường dùng khác không thể thực hiện được hoặc không đạt hiệu quả.
- Chỉ tiến hành test da trước khi sử dụng thuốc hoặc dị nguyên nếu người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc dị nguyên có liên quan và nếu người bệnh có tiền sử phản vệ với nhiều dị nguyên khác nhau. Nếu test da dương tính thì không được tiêm. Nếu test da âm tính thì làm tiếp test nội bì. Nếu cả 2 test đều âm tính thì phải làm giải mẫn cảm và phải được sự đồng ý của người bệnh bằng văn bản mới được tiêm thuốc.
- Bác sỹ chuyên ngành dị ứng miễn dịch hoặc bác sỹ được tập huấn về phản vệ là người thực hiện các test.
- Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh. Trường hợp cần phải dùng thuốc thì phải hội chẩn chuyên ngành dị ứng miễn dịch hoặc bác sỹ được tập huấn về phản vệ và phải được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh.
- Các cán bộ y tế phải được tập huấn về phản vệ và thành thạo trong xử trí phản vệ.
- Điều trị dự phòng phản vệ: được chỉ định trên những người bệnh thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (>6 lần/ năm hoặc >2 lần /2 tháng):
 - + Prednisolon 60-100mg/ ngày x 1 tuần, sau đó:
 - + Prednisolon 60mg/ cách ngày x 3 tuần, sau đó:
 - + Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng.
 - + Phối hợp: kháng H1: cetirizin 10mg/ ngày, loratadin 10mg/ ngày.
- Người bệnh bị dị ứng được cơ quan y tế cấp thẻ dị ứng, trong đó ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng.
- Tất cả trường hợp phản vệ phải được báo cáo.
- Nơi có sử dụng thuốc, xe tiêm phải được trang bị và sẵn sàng hộp thuốc cấp cứu phản vệ (bảng 1).

Bảng 1. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02

3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói/hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg/1ml	ống	05
6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

3. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

3.1 Phát hiện sớm các dấu hiệu của phản vệ

Phản ứng phản vệ làm cho các chất trung gian hoá học (mediator) được tiết ra từ các tế bào mast và basophil như histamin, serotonin, bradykinin, leucotrien, prostaglandin..., các chất này làm giãn mạch, co thắt cơ trơn phế quản, cơ trơn tiêu hóa, mày đay, phù Quincke...

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện đột ngột ít nhất một trong các triệu chứng dưới đây sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc không:

- Trên da, niêm mạc: mày đay, ban đỏ, mẩn ngứa, phù mí mắt, phù mặt phù, Quincke.
- Tim mạch: mạch nhanh, huyết áp tụt, ngất.
- Phế quản: phù niêm mạc phế quản, co thắt cơ trơn phế quản, tăng tiết dịch, ho, tức ngực, nghẹt thở, khó thở cò cứng, ran rít, ran ngáy.
- Tiêu hóa: tăng tiết dịch dạ dày, tăng nhu động ruột gây ra nôn, ỉa chảy, đau bụng.
- Rối loạn ý thức, cơ tròn bàng quang, cơ hậu môn: lơ mơ, hôn mê, đái ỉa không tự chủ.

3.2. Chẩn đoán phản vệ

Chẩn đoán phản vệ khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn 1: Xuất hiện đột ngột (vài phút đến vài giờ) các triệu chứng ở da, niêm mạc: ban đỏ, ngứa, phù môi - lưỡi - vùng hầu - họng và kèm theo ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- (1) Triệu chứng hô hấp: khó thở, khò khè, ho, giảm SpO₂
- (2) Tụt huyết áp hoặc các triệu chứng: ngất, đại tiểu tiện không tự chủ, nói sáng.

Tiêu chuẩn 2:

Xuất hiện đột ngột (vài phút đến vài giờ) 2 trong 4 triệu chứng sau, sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc các yếu tố giống dị nguyên:

- (1) Các triệu chứng ở da, niêm mạc
- (2) Các triệu chứng hô hấp
- (3) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp
- (4) Các triệu chứng tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng

Tiêu chuẩn 3:

Tụt huyết áp xuất hiện vài phút đến vài giờ sau khi tiếp xúc với một dị nguyên đã biết.

- Trẻ em: huyết áp tối đa giảm so với lứa tuổi (huyết áp trẻ em = 70 mmHg + 2 x tuổi) hoặc giảm 30% huyết áp tối đa so với huyết áp nền.
- Người lớn: huyết áp tối đa < 90 mmHg hoặc giảm 30% huyết áp tối đa so với huyết áp nền.

3.3 Xử trí cấp cứu phản vệ

3.3.1 Nguyên tắc chung

- Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.
- Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.
- Adrenalin là thuốc quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay sau khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

3.3.2 Xử trí phản vệ nhẹ (độ I):

- Là tình trạng dị ứng, chỉ có triệu chứng trên da và niêm mạc, nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch.
- Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy theo tình trạng người bệnh.
- Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

3.3.3 Xử trí phản vệ nặng và nguy kịch (độ II trở lên):

a/ Adrenaline

- Là thuốc phải được sử dụng đầu tiên.

- Adrenaline tiêm bắp: Tiêm bắp adrenaline là đường tốt nhất vì có một số lợi điểm: an toàn hơn so với đường tĩnh mạch, không phải chờ đợi lấy ven truyền tĩnh mạch, dễ dàng hơn trong thực hành của nhân viên y tế.

+ Vị trí tiêm: mặt trước bên giữa đùi. Kim tiêm phải đủ dài để đảm bảo thuốc được tiêm vào trong cơ bắp.

+ Liều tiêm: 0,01mg/kg cân nặng, tối đa 1mg ở người lớn (1 ống 1mg = 1ml); 0,3 mg ở trẻ em. Cụ thể:

Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10 kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống).

Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống).

Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống).

Trẻ > 30 kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống).

Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1/2-1 ống).

+ Tiêm nhắc lại liều adrenaline mỗi 3-5 phút nếu tình trạng lâm sàng không cải thiện.

- Sử dụng adrenaline theo đường dưới da hoặc đường hô hấp không được khuyến cáo.

- Sử dụng adrenaline đường tĩnh mạch cần lưu ý:

+ Không tiêm, truyền tĩnh mạch adrenaline cho trẻ em.

+ Adrenaline đường tĩnh mạch chỉ nên dùng khi có mặt của bác sỹ chuyên khoa có kinh nghiệm dùng thuốc vận mạch (cấp cứu, hồi sức tích cực) vì: có thể gặp các tác dụng phụ nguy hiểm do dùng liều adrenaline không đúng hoặc chẩn đoán sai sốc phản vệ mà lại tiêm adrenaline tĩnh mạch; người bệnh không rối loạn huyết động, tiêm tĩnh mạch có thể gây nguy hiểm như tăng huyết áp, nhịp tim nhanh, rối loạn nhịp tim, thiếu máu cơ tim... ; đặc biệt là khi tiêm tĩnh mạch nhanh, thuốc không được pha loãng, hoặc liều quá mức có thể gây tử vong.

+ Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn thì phải tiêm tĩnh mạch chậm 0,5 -1 ml dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1/10) trong 1- 3 phút. Sau 3 phút có thể tiêm nhắc lại liều trên nếu huyết áp chưa đo được. Nếu người bệnh có đường truyền tĩnh mạch và đã truyền đủ dịch, pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9% liều bắt đầu truyền là 0,1 µg/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

b/ Các biện pháp hồi sức tiếp theo

* Tư thế người bệnh: nằm đầu thấp (nâng 2 chân cao hơn đầu).

* Cung cấp oxy càng sớm càng tốt

- Bắt đầu dùng oxy với nồng độ cao nhất bằng mặt nạ có túi dự trữ oxy.

- Bảo đảm dòng oxy cao (thường 6- 10 lít/phút) để dự phòng xẹp bóng chứa oxy trong thì hít vào.

- Nếu không cải thiện phải đặt nội khí quản sớm.

* Dịch truyền càng sớm càng tốt, vì:

- Trong phản ứng phản vệ, có lượng lớn thể tích dịch bị thoát mạch từ tuần hoàn ra khoảng kẽ, do vậy cần phải bồi hoàn lượng lớn dịch thay thế.

- Truyền tĩnh mạch nhanh (20 ml/kg ở trẻ em hoặc 500 – 1000ml ở người lớn trong giờ đầu) và theo dõi đáp ứng của người bệnh để truyền thêm.

- Dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer lactate là lựa chọn thích hợp nhất cho hồi sức ban đầu.

- Không có bằng chứng ủng hộ việc sử dụng dung dịch keo thay cho dung dịch tinh thể.

- Nếu việc đặt đường truyền tĩnh mạch chậm trễ hoặc không thể đặt được, đường truyền nội xương có thể được sử dụng để truyền dịch.

- Không trì hoãn việc sử dụng adrenalin tiêm bắp trong khi đang cố gắng đặt đường truyền.

* Steroids được sử dụng sau khi đã hồi sức cấp cứu ban đầu

- Corticosteroids có thể giúp dự phòng hoặc rút ngắn thời gian tình trạng phản vệ bị kéo dài.
- Người bệnh hen phế quản, điều trị corticosteroids sớm có lợi ích hơn.
- Liều dùng tối ưu trong sốc phản vệ chưa được xác định.
- Liều hydrocortisone phụ thuộc vào tuổi:

Người lớn: 200 mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm.

Trẻ em: > 6 – 12 tuổi: 100 mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm.

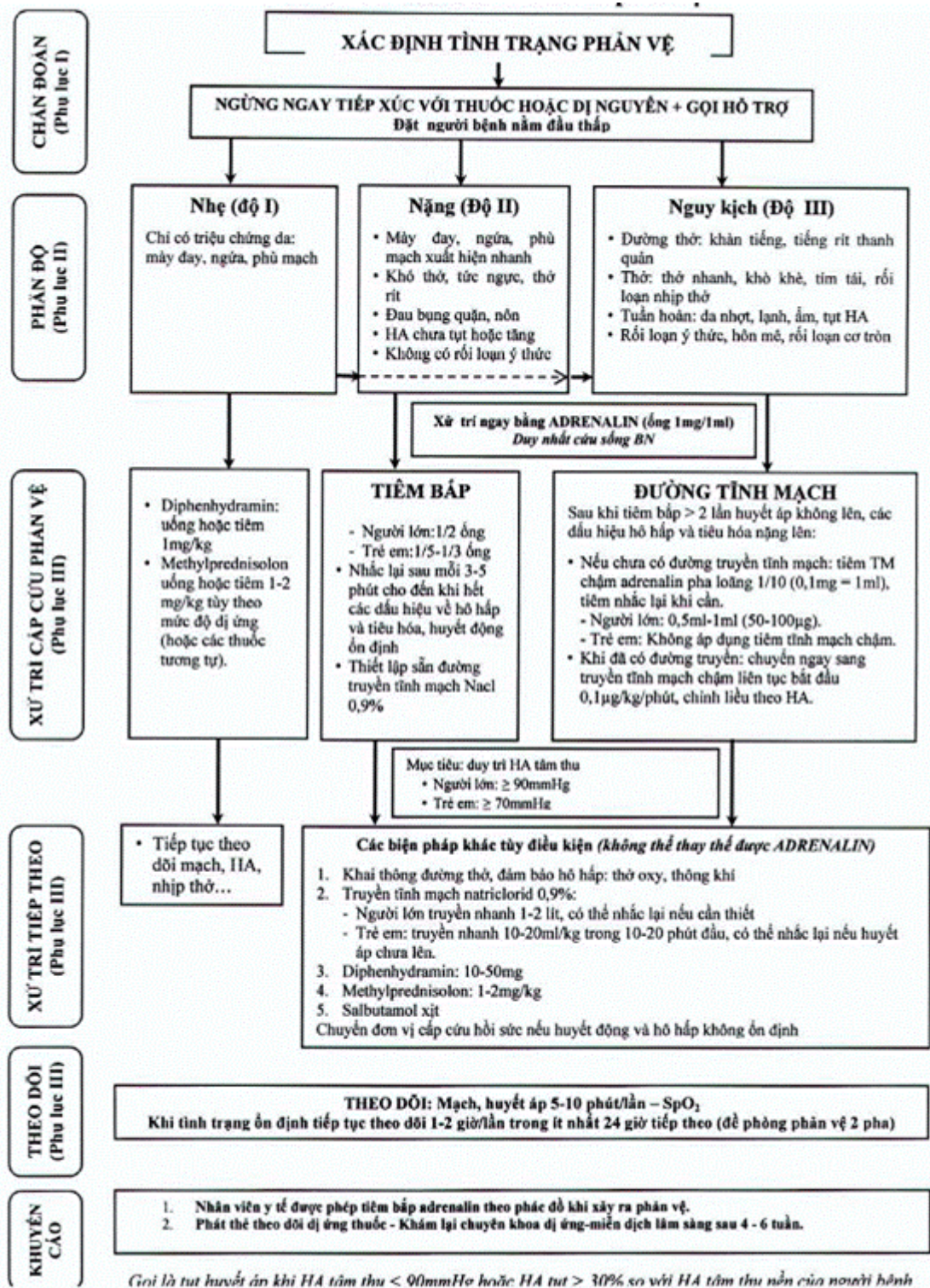
> 6 tháng – 6 tuổi: 50 mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm.

< 6 tháng tuổi: 25 mg, tiêm bắp hoặc tĩnh mạch chậm.

* Các thuốc hỗ trợ khác:

- Kháng histamine: dimedrol (tiêm tĩnh mạch).
- Dẫn phế quản: salbutamol khí dung (albuterol) hoặc truyền tĩnh mạch.

Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ



4. THỰC HÀNH XỬ TRÍ PHẢN VỆ VỚI TÌNH HUỐNG GIẢ ĐỊNH

Tình huống 1: Trẻ 18 tháng tuổi, sau tiêm vắc xin Sởi mũi 2 được 2 giờ, trẻ đột ngột xuất hiện ban đỏ, nổi mề đay ở da bụng và lưng, phù môi-mắt, nôn, tiêu chảy, không khó thở, phổi không có ran rít, ran ngáy, mạch 110 lần/phút, HA = 80/50 mmHg.

Anh/chị hãy phân tích các triệu chứng lâm sàng, từ đó chẩn đoán và xử trí cấp cứu cho người bệnh.

Tình huống 2: Người bệnh nam 50 tuổi, chẩn đoán bệnh: viêm phế quản cấp, sau khi tiêm bắp cephalexin 1g (tại trạm y tế) được 10 phút, người bệnh đột ngột xuất hiện mệt, vã mồ hôi, da tái, huyết áp tụt (HA = 85/50 mmHg), mạch nhanh nhỏ khó bắt, nghe phổi không có ral rít, ran ngáy.

Anh/chị hãy phân tích các triệu chứng lâm sàng, từ đó chẩn đoán và xử trí cấp cứu cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thông tư số 51/2017/TT-BYT về hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ
2. World Allergy Organization (2013), Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis, <https://www.worldallergy.org/disease-focus/anaphylaxis>

BÀI 29. CHUYỂN TUYẾN AN TOÀN

Mục tiêu:

1. Liệt kê được những tình trạng của người bệnh cần chuyển tuyến trên.
2. Trình bày được những biện pháp đảm bảo an toàn cho người bệnh khi chuyển tuyến trên.
3. Thực hiện được một số kỹ thuật đảm bảo chuyển tuyến an toàn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chuyển tuyến người bệnh là việc di chuyển người bệnh từ tuyến y tế cơ sở (hoặc từ hiện trường nơi xảy ra các tình huống cấp cứu) đến các cơ sở y tế tuyến trên để tiếp tục thực hiện các biện pháp cấp cứu, chẩn đoán và điều trị. Trong quá trình vận chuyển, người bệnh luôn có nguy cơ diễn biến nặng lên hoặc xuất hiện các biến chứng do tiến triển tự nhiên của bệnh hoặc do chính kỹ thuật vận chuyển không đúng. Do vậy, các phương tiện, thuốc, máy móc, khám người bệnh, hồ sơ bệnh án... phải được chuẩn bị tốt; đồng thời công tác vận chuyển người bệnh cần phải đảm bảo đúng các kỹ thuật nhằm hạn chế các biến cố nguy hiểm, đảm bảo an toàn cho người bệnh trong quá trình vận chuyển.

1. TÌNH TRẠNG CỦA NGƯỜI BỆNH CẦN CHUYỂN TUYẾN

- Tất cả các trường hợp sau khi đã sơ cấp cứu ban đầu tại cộng đồng hoặc tại y tế cơ sở nhưng người bệnh cần được tiếp tục cấp cứu và điều trị ở tuyến trên.
- Tất cả các trường hợp bệnh lý chưa rõ nguyên nhân.
- Tất cả các trường hợp vượt quá khả năng chẩn đoán và điều trị của y tế cơ sở (*).
- Người bệnh cần phải thực hiện các kỹ thuật chuyên môn mà y tế cơ sở không được thực hiện, ví dụ chọc dịch ổ khớp (*).
- Người bệnh cần phải khám chuyên khoa sâu (tim mạch, nội tiết, hô hấp...).
- Người bệnh cần phải thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng.
- Người bệnh cần tái khám theo hẹn của tuyến trên.
- Người bệnh có nguyện vọng chuyển tuyến trên.

Ghi chú: () Danh mục kỹ thuật chuyên môn theo phân tuyến được quy định bởi Thông tư số 43/2013/ TT-BYT về “Quy định chi tiết phân tuyến chuyên môn kỹ thuật đối với hệ thống cơ sở khám bệnh, chữa bệnh”.*

2. BIỆN PHÁP ĐẢM BẢO AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH KHI CHUYỂN TUYẾN

2.1. Chuẩn bị phương tiện, thiết bị, thuốc, người bệnh

2.1.1 Chuẩn bị phương tiện

- Nếu người bệnh cấp cứu có rối loạn chức năng sống đe dọa đến tính mạng người bệnh: cần sơ cấp cứu ban đầu đảm bảo chức năng sống, đồng thời gọi cấp cứu 115 hoặc bệnh viện tuyến trên gần nhất đến hỗ trợ, phối hợp cấp cứu và chuyển tuyến, để có thêm cán bộ y tế chuyên sâu và thiết bị hỗ trợ chức năng sống (bóp bóng, nội khí quản, thuốc nâng huyết áp, monitor theo dõi...). Tránh vận chuyển bằng

phương tiện cá nhân không sẵn có thiết bị cấp cứu, vì việc vận chuyển như vậy sẽ có nhiều rủi ro và nhiều nguy cơ tử vong hơn là lợi ích.

- Nếu người bệnh không có dấu hiệu đe dọa đến tính mạng nhưng cần phải ở tư thế nằm (ví dụ: ỉa chảy mất nước, rối loạn tiền đình) hoặc nửa nằm nửa ngồi (ví dụ: khó thở, suy hô hấp): tốt nhất là gọi xe cấp cứu 115 hoặc bệnh viện tuyến trên gần nhất đến hỗ trợ phối hợp chuyên tuyến. Trong điều kiện không nhận được sự hỗ trợ của tuyến trên, có thể vận chuyển người bệnh bằng phương tiện cá nhân nhưng phải đảm bảo đặt được cang cho người bệnh nằm hoặc giường chuyên dụng có thể nâng cao đầu (đối với khó thở) hoặc nâng cao chân (đối với trụy mạch) và chuẩn bị đầy đủ thiết bị, thuốc phục vụ người bệnh trên xe cá nhân.
- Nếu người bệnh có thể tự di chuyển nhưng cần phải có sự hỗ trợ của cán bộ y tế: có thể vận chuyển người bệnh bằng phương tiện cá nhân nhưng phải có cán bộ y tế đi kèm.
- Nếu người bệnh có thể tự di chuyển được một mình: vận chuyển người bệnh bằng phương tiện cá nhân hoặc phương tiện công cộng.
- Các phương tiện khác vận chuyển người bệnh trong một khoảng cách ngắn (từ giường ra xe ô tô): xe lăn, xe đẩy, cang, giường lăn...

2.1.2 Chuẩn bị thiết bị

Thông thường, tuyến y tế cơ sở cần chuẩn bị tối thiểu các thiết bị sau: găng sạch, bơm kim tiêm, catheter ngoại biên, dây truyền dịch, bông, băng, cùn, gạc, ống nghe, huyết áp, nhiệt kế, túi/ bình oxy, bóng mask, cang... Ngoài ra, tùy theo tình trạng người bệnh và khả năng trang thiết bị của y tế cơ sở, cần chuẩn bị thêm: máy khí dung, các máy truyền dịch, bơm tiêm điện, máy theo dõi mạch/huyết áp/oxy, dây bản to cố định người bệnh...

Cần có phương tiện liên lạc trên xe vận chuyển và duy trì liên lạc để hội chẩn từ xa khi cần thiết.

2.1.3 Chuẩn bị thuốc cấp cứu

Tùy theo tình trạng người bệnh, các thuốc cấp cứu cần chuẩn bị:

- Dịch truyền: để giữ ven hoặc để hồi phục thể tích tuần hoàn trong trường hợp tụt huyết áp, sốc, mất máu...
- Adrenalin: dự phòng ngừng tuần hoàn, nâng huyết áp.
- Hạ sốt, chống co giật: trong trường hợp co giật, sốt cao.
- Giảm đau: trong trường hợp chấn thương, đau thắt ngực...
- Hạ áp: trong trường hợp tăng huyết áp.
- Cầm máu: trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa, chảy máu sau đẻ.
- Dẫn phế quản: trong trường hợp hen, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Insulin: trong trường hợp tăng đường máu.
- Lợi tiểu: trong trường hợp suy thận cấp, phù phổi cấp...

2.1.4 Chuẩn bị người bệnh và các thủ tục hành chính liên quan

- Trước khi chuyển tuyến, tất cả người bệnh đều phải được khám bệnh toàn diện, đối với bệnh lý cấp tính phải được sơ cấp cứu ban đầu: nẹp cố định xương gãy, khâu vết thương, cầm máu, hạ sốt, chống giât, truyền dịch, khai thông đường thở,...
- Giải thích cho người bệnh và/hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về việc cần thiết, mục đích của việc chuyển tuyến người bệnh và các rủi ro, nguy cơ có thể xảy ra trong khi vận chuyển.
- Đánh giá lại các chức năng sống của người bệnh, cho thở oxy, mắc máy monitoring theo dõi, đặt đường truyền tĩnh mạch và duy trì đường truyền tĩnh mạch trong suốt quá trình vận chuyển.
- Kiểm tra lại các thủ tục hành chính: hồ sơ bệnh án, phiếu chuyển viện, sổ bàn giao tình trạng người bệnh.
- Liên hệ trước với tuyến trên để họ sẵn sàng tiếp nhận người bệnh.

2.1.5 Người tham gia vận chuyển người bệnh

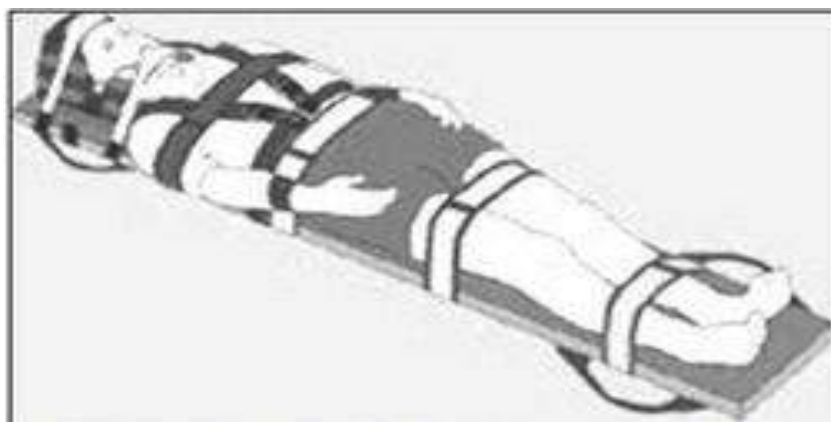
- Người bệnh chuyển tuyến cấp cứu: phải có bác sỹ, y sỹ tham gia vận chuyển. - Các người bệnh khác có thể do nhân viên y tế, học sinh, sinh viên tham gia vận chuyển.

2.2 Một số biện pháp an toàn trong quá trình vận chuyển

2.2.1 Người bệnh có chấn thương cột sống

Khi bệnh nhân bị chấn thương không thể cử động chân, tay, không có cảm giác hoặc tê ở chân và tay phải nghĩ tới chấn thương cột sống. Để vận chuyển người bệnh an toàn, cần có 4 người để nâng người bệnh: một người nâng đầu, một người nâng vai và lưng, một người nâng mông và thắt lưng và một người nâng đùi và chân. Khi nâng, 4 người cùng nâng đồng thời, luôn giữ thẳng trục đầu, cổ và thân mình, cột sống không bị xoắn vặn và gấp góc. Người hỗ trợ phía ngoài sẽ đẩy cáng cứng vào phía dưới lưng của người bệnh để đặt từ từ người bệnh xuống cáng cứng. Cần đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu bằng trên cáng cứng. Dùng vải buộc cố định toàn bộ người bệnh trên cáng cứng (người bệnh thẳng, cứng như một khúc gỗ) trước khi tiến hành vận chuyển. Nếu có chấn thương cột sống cổ thì cần nẹp cổ trước khi cố định hoặc để hai túi cát vào hai bên đầu người bệnh để cố định (hình 1).

Trong khi vận chuyển phải chú ý không cho người bệnh nghiêng người, dịch chuyển.



Hình 1. Cố định toàn bộ người bệnh trên cáng cứng

2.2.2. Người bệnh có vết thương chảy máu

Cần ép trực tiếp vào động mạch chảy máu hoặc ép ngay sát trên chỗ vết thương bằng băng đo huyết áp bơm lên trên số huyết áp tối đa. Nếu có điều kiện thì đặt lên vết thương một miếng gạc hoặc miếng vải sạch trước khi ép trực tiếp. Nếu vết thương chảy máu nhiều, có thể dùng chính bàn tay của người bệnh hoặc bàn tay của người vận chuyển để ép chặt vết thương lại, sau đó nâng cao vùng bị tổn thương (hình 2). Nếu các vết thương chảy máu có dị vật như mảnh gỗ, kim loại hoặc bất kỳ vật gì đâm vào và vẫn cắm ở vết thương thì không được rút dị vật ra. Bịt kín vết thương bằng cách ép mép vết thương sát với dị vật. Dùng miếng vải vuông hoặc một khăn tam giác quấn lại thành vòng đệm xung quanh dị vật, sau đó dùng băng ép chặt lại (hình 3).



Hình 2. Băng ép cầm máu và nâng cao vùng bị tổn thương



Hình 3. Băng ép cầm máu vết thương có dị vật

2.2.3 Người bệnh mất máu hoặc mất nước cấp

Người bệnh cần được truyền dịch liên tục (thay thế máu trong trường hợp mất máu) trong suốt quá trình vận chuyển để đảm bảo thể tích tuần hoàn. Tùy theo tình trạng mất máu hoặc mất nước, tốc độ truyền có thể lên tới 1 lít trong 1 giờ đầu. Cần lưu ý là dung dịch glucose không có vai trò hồi phục thể tích tuần hoàn, nên truyền dung dịch tinh thể đẳng trương như ringer lactat, natriclorua 9‰. Chỉ truyền dung dịch keo sau khi đã truyền đủ dung dịch tinh thể.

2.2.4 Bệnh nhân có gãy xương hoặc/và trật khớp

- Người bệnh cần được nẹp cố định xương gãy hoặc/và đặt lại khớp đúng tư thế trước khi vận chuyển. Động tác xử trí này giúp phòng các biến chứng: gãy xương kín bị chuyển thành gãy xương hở.
- Dùng thuốc giảm đau cho người bệnh để phòng sốc do đau.

2.2.5 Các biện pháp khác

- Khi khiêng cáng cần chú ý nguyên tắc: khi đi xuống dốc (hoặc xuống cầu thang) phía chân người bệnh đi trước, khi lên dốc (hoặc lên cầu thang) phía đầu người bệnh đi trước. Dùng dây cố định người bệnh vào cáng trong khi vận chuyển, thường cố định ở 3 vị trí là ngang ngực, ngang bụng, ngang chân người bệnh, có thể nâng cao đầu cáng lên nếu không có chông chỉ định. Không được để chi tổn thương rơi ra ngoài cáng, hoặc chi đung đưa khi vận chuyển.
- Trong quá trình vận chuyển phải hết sức nhẹ nhàng, tránh rung, lắc.
- Luôn luôn đảm bảo “đường thở phải thông”: đường thở thẳng trục, tránh gập cổ, tránh tịt lưới, thường xuyên hút đờm rãi, chất nôn. Thở oxy khi người bệnh có khó thở.
- Theo dõi sát người bệnh và xử trí kịp thời trong quá trình vận chuyển: mạch, huyết áp, nhịp thở, ý thức, sốt, nôn, co giật, chảy máu, đau...

2.3. Tư thế người bệnh lúc vận chuyển

Có 4 tư thế chính trong khi vận chuyển người bệnh: nằm ngửa, nằm nghiêng, ngồi, nửa nằm nửa ngồi.

- Bệnh nhân có chấn thương ở đầu: nằm ngửa, đầu cao 10-30 độ (kê gối mỏng), đầu nghiêng sang một bên, dùng 2 gối chèn 2 bên đầu người bệnh.
- Bệnh nhân có chấn thương lồng ngực (gãy xương sườn): ngồi trên ghế cứng, lưng tựa vào đệm ở sau.
- Bệnh nhân có chấn thương cột sống: nằm ngửa, giữ thẳng trục đầu - cổ - thân mình và cố định toàn bộ người bệnh trên cáng.
- Bệnh nhân có chấn thương xương chậu: nằm ngửa trên cáng gỗ cứng, không được nhắc người bệnh đặt lên cáng mà phải đặt nhẹ nhàng.
- Bệnh nhân có chấn thương bụng: nằm ngửa, 2 chân co để làm chùng cơ bụng.
- Bệnh nhân có gãy xương chi trên đơn thuần: tư thế nửa ngồi (sẽ thoải mái cho người bệnh hơn), dùng khăn choàng đỡ tay bị gãy.
- Bệnh nhân có gãy xương chi dưới: tư thế nằm ngửa, kê chân cao khoảng 10-20 độ (tác dụng giảm phù nề).
- Người bệnh khó thở: nằm ngửa tư thế Fowler hoặc nằm kê cao đầu, hoặc ngồi trên xe đẩy.
- Người bệnh sốc, trụy mạch: nằm ngửa tư thế chân cao hơn đầu (đầu thấp).
- Người bệnh hôn mê: nằm nghiêng an toàn, tránh sặc.

3. MỘT SỐ KỸ THUẬT DI CHUYỂN NGƯỜI BỆNH AN TOÀN

a/ Kỹ thuật khiêng người bệnh



Hình 4. Khiêng người bệnh ở tư thế nằm

Nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có 3-4 người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. Người thực hiện vận chuyển quỳ một chân ở cùng một bên của người bệnh, luôn tay dưới đầu, lưng hông, đùi chân người bệnh, nâng lên và cùng di chuyển giữ cho cơ thể người bệnh luôn được giữ thẳng trục (hình 5).



Hình 5. Khiêng người bệnh nghi có tổn thương cột sống



Hình 6. Khiêng người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi



Hình 7. Khiêng người bệnh ở tư thế ngồi
b/ Kỹ thuật dìu người bệnh

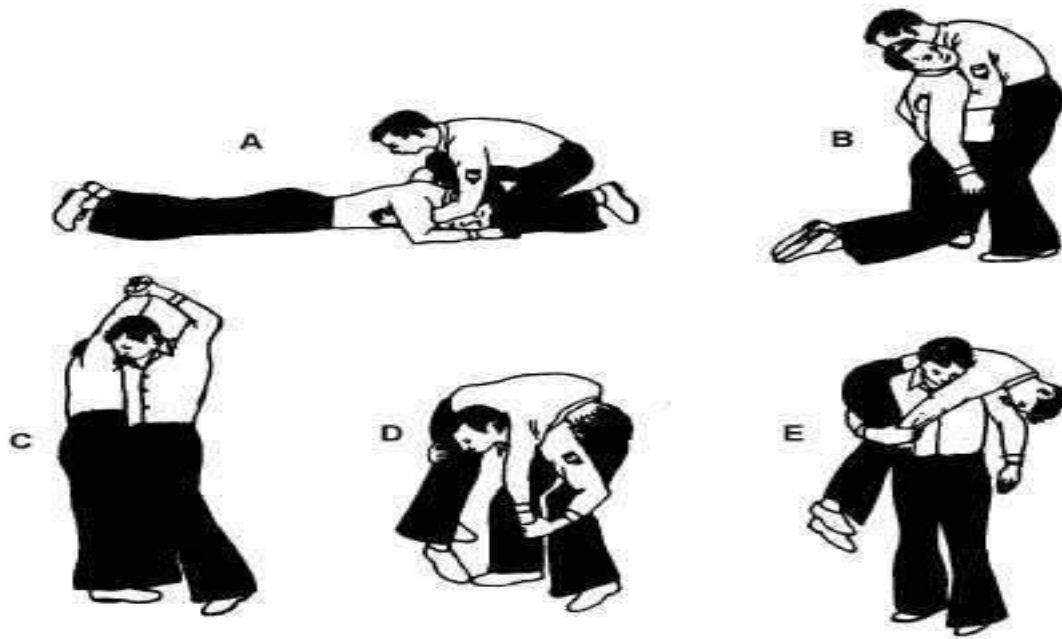


Hình 8. Dìu người bệnh ra khỏi giường



Hình 9. Dìu người bệnh di chuyển

c/ Kỹ thuật cõng người bệnh



Hình 10. Cõng người bệnh di chuyển

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 19/2014/QĐ-K2ĐT của Bộ Y tế ban hành “chương trình và tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản”.
2. Phương pháp vận chuyển người bệnh (2012), điều dưỡng cơ bản, nhà xuất bản Y học.
2. Intensive care society (2011): Guideline for the transfer of critically ill patients - 3rd edition 2011.