

BỘ Y TẾ

SỨC KHOẺ SINH SẢN

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CỬ NHÂN Y TẾ CÔNG CỘNG)

Chủ biên : TS. BÙI THỊ THU HÀ



NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC

BỘ Y TẾ

SỨC KHỎE SINH SẢN

(DÙNG CHO ĐÀO TẠO CỬ NHÂN Y TẾ CÔNG CỘNG)

MÃ SỐ: Đ.14.Z.13

**NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC
HÀ NỘI – 2008**

Chỉ đạo biên soạn:

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

Chủ biên:

TS. BÙI THỊ THU HÀ

Những người biên soạn:

TS. BÙI THỊ THU HÀ

TS. VƯƠNG TIẾN HOÀ

ThS. TRẦN ĐỨC THUẬN

ThS. LÊ MINH THI

TS. LÊ CỰ LINH

Thư ký biên soạn:

ThS. LÊ MINH THI

Tham gia tổ chức bản thảo:

ThS. PHÍ VĂN THÂM

TS. NGUYỄN MẠNH PHA

ThS. PHÍ NGUYỆT THANH

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo Cử nhân Y tế công cộng. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy – học các môn cơ sở và chuyên môn theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách đạt chuẩn chuyên môn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách ***Sức khoẻ sinh sản*** được biên soạn dựa vào chương trình đào tạo của Trường Đại học Y Hà Nội trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các tác giả TS. Bùi Thị Thu Hà (chủ biên), TS. Vương Tiến Hoà, ThS. Trần Đức Thuận, ThS. Lê Minh Thi, TS. Lê Cự Linh biên soạn theo phương châm: kiến thức cơ bản, hệ thống; nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách ***Sức khoẻ sinh sản*** đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy – học chuyên ngành đào tạo Cử nhân Y tế công cộng của Bộ Y tế thẩm định năm 2008. Bộ Y tế quyết định ban hành tài liệu dạy – học đạt chuẩn chuyên môn của ngành trong giai đoạn hiện nay. Trong thời gian từ 3 đến 5 năm, sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế chân thành cảm ơn các tác giả và Hội đồng chuyên môn thẩm định đã giúp hoàn thành cuốn sách; Cảm ơn GS.TS. Đỗ Trọng Hiếu, GS.TS. Phạm Thị Minh Đức đã đọc và phản biện để cuốn sách sớm hoàn thành kịp thời, phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau sách được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO – BỘ Y TẾ

MỤC LỤC

Lời giới thiệu.....	3
Danh mục các chữ viết tắt.....	8
Bài 1. Đại cương về sức khoẻ sinh sản.....	9
1. Khái niệm sức khoẻ sinh sản.....	9
2. Đối tượng nghiên cứu của môn sức khoẻ sinh sản.....	10
3. Các biện pháp chăm sóc sức khoẻ sinh sản.....	11
4. Nội dung của sức khoẻ sinh sản trong chiến lược quốc gia về sức khoẻ sinh sản tại Việt Nam 2001–2010.....	12
4.1. Lâm mẹ an toàn.....	12
4.2. Kế hoạch hoá gia đình.....	12
4.3. Phá thai an toàn.....	13
4.4. Giáo dục sức khoẻ sinh sản cho vị thành niên.....	13
4.5. Phòng các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản.....	13
4.6. Phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục.....	14
4.7. Phòng ung thư vú và ung thư sinh dục.....	14
4.8. Vô sinh.....	14
4.9. Sức khoẻ tình dục và giáo dục về tình dục.....	14
4.10. Thông tin, giáo dục, truyền thông về sức khoẻ sinh sản.....	15
5. Trách nhiệm của nam giới trong chương trình sức khoẻ sinh sản bao gồm kế hoạch hoá gia đình và sức khoẻ tình dục.....	15
6. Kết luận.....	16
Tự lượng giá.....	16
Tài liệu đọc thêm.....	16
Bài 2. Giải phẫu và sinh lý của cơ quan sinh sản ứng dụng trong sức khoẻ sinh sản.....	17
1. Giải phẫu cơ quan sinh dục nam và nữ.....	17
1.1. Hệ thống cơ quan sinh dục nam.....	17
1.2. Hệ thống cơ quan sinh dục nữ.....	18
1.3. Vú.....	19
2. Sinh lý sinh dục nữ.....	20
2.1. Chu kỳ buồng trứng.....	21
2.2. Chu kỳ nội mạc tử cung.....	22
3. Sự thụ tinh, làm tổ và sự phát triển của thai.....	23
3.1. Định nghĩa.....	23
3.2. Sự thụ tinh.....	23
3.3. Sự di chuyển của trứng.....	23
3.4. Sự làm tổ của trứng.....	23
3.5. Sự phát triển của thai nhi.....	23
4. Ứng dụng trong sức khoẻ sinh sản.....	24
Tự lượng giá.....	25
Tài liệu đọc thêm.....	25
Bài 3. Đại cương sức khoẻ tình dục.....	26
1. Giới thiệu về tình dục học.....	26
1.1. Tại sao phải nghiên cứu về tình dục.....	26
1.2. Các khái niệm liên quan đến sức khoẻ tình dục.....	27
1.3. Các khía cạnh của tình dục.....	29

2. Chu trình đáp ứng tình dục ở người	31
2.1. Giai đoạn kích thích (excitement)	31
2.2. Giai đoạn cao trào (plateau)	31
2.3. Giai đoạn cực khoái (orgasm)	32
2.4. Giai đoạn thoái trào (resolution)	32
3. Mối liên hệ giữa sức khỏe tình dục, giới và sức khỏe sinh sản	33
4. Một số rối loạn chức năng tình dục	33
4.1. Rối loạn cương	33
4.2. Xuất tinh sớm	34
4.3. Xuất tinh chậm	34
4.4. Đau khi giao hợp	34
4.5. Giảm ham muốn tình dục	35
Tự lượng giá	35
Tài liệu đọc thêm	36
Bài 4. Sức khỏe sinh sản vị thành niên và giáo dục giới tính	37
1. Những đặc điểm phát triển tâm lý ở tuổi vị thành niên	37
1.1. Sự phát triển thể chất ở tuổi VTN	37
1.2. Thay đổi về tâm sinh lý	38
2. Các yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe sinh sản vị thành niên	39
2.1. Môi trường xã hội và kinh tế	39
2.2. Thông tin và kỹ năng	39
2.3. Tiếp cận với dịch vụ y tế	39
3. Các vấn đề sức khỏe sinh sản vị thành niên	40
3.1. Quan hệ tình dục và hôn nhân	40
3.2. Mang thai và sinh con ở lứa tuổi VTN	40
3.3. Phá thai	41
3.4. Kiến thức và sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT)	42
3.5. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) và HIV/AIDS	42
4. Các chương trình và chiến lược can thiệp	43
Tự lượng giá	45
Tài liệu đọc thêm	46
Bài 5. Nhiễm khuẩn đường sinh sản, các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục và HIV/AIDS	47
1. Nhiễm khuẩn đường sinh sản	47
1.1. Giới thiệu chung	47
1.2. Những đặc điểm của NKĐSS	48
2. Các yếu tố ảnh hưởng tới bệnh NKĐSS	48
2.1. Yếu tố ảnh hưởng	48
2.2. Hậu quả của NKĐSS	49
3. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục	49
3.1. Giới thiệu chung	49
3.2. Đặc điểm của bệnh LTQĐTD	50
3.3. HIV/AIDS	52
Tự lượng giá	55
Tài liệu đọc thêm	55
Bài 6. Làm mẹ an toàn	56
1. Tình hình làm mẹ an toàn trên toàn cầu	56
1.1. Tình hình tử vong mẹ trên thế giới	56
1.2. Sự ra đời của sáng kiến làm mẹ an toàn	57
2. Tử vong mẹ	58
2.1. Định nghĩa	58
2.2. Nguyên nhân tử vong mẹ	59

3. Các biện pháp can thiệp giảm tử vong mẹ.....	62
3.1. Cấp cứu sản khoa cơ bản/thiết yếu và toàn diện.....	63
3.2. Xử trí 3 "chậm".....	63
4. Chăm sóc và quản lý thai nghén.....	64
4.1. Mục tiêu của chăm sóc và quản lý thai nghén.....	65
4.2. Thăm thai và dùng phiếu theo dõi sức khoẻ bà mẹ tại nhà.....	65
4.3. Những vấn đề cần chuẩn bị cho lần đẻ con tới.....	70
4.4. Mô hình chăm sóc và quản lý thai nghén mới của WHO.....	70
5. Chăm sóc khi đẻ và sau khi đẻ.....	71
5.1. Chăm sóc khi đẻ.....	71
5.2. Chăm sóc sau đẻ.....	72
Tự lượng giá.....	72
Tài liệu đọc thêm.....	73
Bài 7. Các biện pháp tránh thai và vấn đề kế hoạch hoá gia đình.....	74
1. Giới thiệu.....	74
1.1. Một số khái niệm.....	74
1.2. Lịch sử phát triển của các biện pháp tránh thai trên thế giới.....	74
1.3. Quan điểm về Kế hoạch hoá gia đình của ICPD.....	75
2. Kế hoạch hoá gia đình và chiến lược dân số Việt Nam.....	76
3. Các biện pháp tránh thai phổ biến và tình hình áp dụng các biện pháp tránh thai tại Việt Nam.....	77
3.1. Các biện pháp tránh thai hiện đại.....	77
3.2. Các biện pháp tránh thai truyền thống (tránh thai tự nhiên).....	80
3.3. Tình hình áp dụng các BPTT ở Việt Nam trong những năm gần đây.....	81
4. Mối quan hệ giữa kế hoạch hoá gia đình và sức khoẻ phụ nữ.....	82
5. Vai trò của nam giới trong KHHGD.....	83
6. Quá trình tư vấn về kế hoạch hoá gia đình.....	84
6.1. Quyền của khách hàng khi nhận dịch vụ tư vấn KHHGD.....	84
6.2. Quá trình tư vấn KHHGD.....	85
Phụ lục.....	86
Tự lượng giá.....	88
Tài liệu đọc thêm.....	89
Bài 8. Phá thai.....	90
1. Một số khái niệm.....	90
2. Tình hình phá thai ở Việt Nam và trên thế giới.....	91
2.1. Phá thai trên thế giới.....	92
2.2. Phá thai không an toàn.....	93
2.3. Phá thai ở Việt Nam.....	93
3. Các kỹ thuật phá thai.....	94
3.1. Phá thai bằng thuốc.....	94
3.2. Thủ thuật ngoại khoa.....	94
4. Các biến chứng và vấn đề xã hội của phá thai.....	96
4.1. Các biến chứng của phá thai.....	96
4.2. Các vấn đề xã hội của phá thai.....	98
5. Các biện pháp làm giảm phá thai và phá thai không an toàn.....	101
5.1. Tuyên truyền giáo dục về áp dụng các biện pháp KHHGD.....	101
5.2. Cung cấp dịch vụ KHHGD và phá thai an toàn.....	102
5.3. Cụ thể hoá việc phá thai bằng luật pháp và chính sách.....	103
Tự lượng giá.....	104
Tài liệu đọc thêm.....	105
Bài 9. Vô sinh.....	106
1. Định nghĩa.....	107

2. Những yếu tố liên quan đến vô sinh nữ	107
2.1. Do giải phẫu	107
2.2. Do các tuyến nội tiết khác	107
2.3. Do những yếu tố khác:	107
3. Những yếu tố liên quan đến vô sinh nam	108
4. Những vấn đề chức năng sinh dục	108
5. Điều trị cho một cặp vô sinh	109
5.1. Nguyên tắc	109
5.3. Những vấn đề chính cần tư vấn cho một cặp vợ chồng bị vô sinh	109
6. Để phòng vô sinh	110
7. Những phương pháp hỗ trợ sinh sản	110
7.1. Các phương pháp áp dụng khi nguyên nhân vô sinh do nam giới	110
7.2. Các phương pháp áp dụng khi nguyên nhân vô sinh do nữ giới	110
7.3. Một số phương pháp hỗ trợ sinh sản phổ biến	111
8. Các vấn đề xã hội của vô sinh	112
8.1. Khía cạnh xã hội của vô sinh	112
8.2. Tiếp cận dịch vụ vô sinh	112
8.3. Các vấn đề liên quan đến chính sách	113
Tự lượng giá	114
Tài liệu đọc thêm	114
Bài 10. Sức khỏe sinh sản người cao tuổi	115
Giới thiệu	115
1. Ung thư vú	116
1.1. Ung thư vú là một vấn đề y tế công cộng cần được quan tâm	116
1.2. Yếu tố nguy cơ liên quan đến UTV	116
1.3. Chẩn đoán sớm UTV	117
2. Ung thư cổ tử cung	118
2.1. Tình hình ung thư cổ tử cung (UTCTC)	118
2.2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến UTCTC	119
2.3. Chẩn đoán sớm UTCTC	119
3. Những thay đổi ở phụ nữ thời kỳ mãn kinh	123
3.1. Định nghĩa	123
3.2. Những thay đổi quanh thời kỳ mãn kinh	124
4. Chăm sóc sức khỏe sinh sản người mãn kinh và người cao tuổi	128
Tự lượng giá	129
Tài liệu đọc thêm	130
Bài 11. Tổ chức hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản	131
1. Tổ chức mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản	131
1.1. Hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản	131
1.2. Chức năng, nhiệm vụ của Vụ Sức khỏe sinh sản	135
1.3. Chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Trung tâm bảo vệ SKBMTE KHHGD thuộc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương	136
1.4. Đội BVSKBMTE – KHHGD thuộc Trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh	138
2. Mục tiêu chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản 2001–2010	139
2.1. Quan điểm	139
2.2. Mục tiêu	140
3. Các chính sách hiện hành trong chăm sóc sức khỏe sinh sản	142
Tự lượng giá	143
Tài liệu đọc thêm	144
Tài liệu tham khảo	145

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BPTT	Biện pháp tránh thai
BVBMTE	Bảo vệ bà mẹ trẻ em
CSSKSS	Chăm sóc sức khoẻ sinh sản
CTC	Cổ tử cung
CĐSL	Chẩn đoán sàng lọc
DCTC	Dụng cụ tử cung
HIV/AIDS	Human immunodeficiency virus/ Acquired immuno Deficiency Syndrom (Virus gây suy giảm miễn dịch mắc phải ở người/hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải ở người)
KHHGD	Kế hoạch hoá gia đình
LMAT	Làm mẹ an toàn
LTQĐTD	Lây truyền qua đường tình dục
NHT	Nạo hút thai
NKĐSS	Nhiễm khuẩn đường sinh sản
SKSS	Sức khoẻ sinh sản
SKSS VTN	Sức khoẻ sinh sản vị thành niên
STDs	Sexual transmitted disease (Bệnh lây truyền đường tình dục)
UTCTC	Ung thư cổ tử cung
UTV	Ung thư vú
VTN	Vị thành niên
WHO	Tổ chức Y tế thế giới

ĐẠI CƯƠNG SỨC KHOẺ SINH SẢN

MỤC TIÊU

1. Định nghĩa được sức khỏe sinh sản.
2. Trình bày được các biện pháp chăm sóc sức khỏe sinh sản.
3. Nêu được 10 nội dung của sức khỏe sinh sản trong chiến lược chăm sóc sức khỏe sinh sản của Việt Nam 2001 – 2010.
4. Nắm được vai trò của nam giới trong chăm sóc sức khỏe sinh sản.

NỘI DUNG

1. KHÁI NIỆM SỨC KHOẺ SINH SẢN

Năm 1994, Hội nghị quốc tế về Dân số và phát triển (ICPD – *international conference of Population and Development*) họp tại Cairô, thủ đô nước Ai Cập đã đưa ra định nghĩa về sức khỏe sinh sản (SKSS):

SKSS là trạng thái thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội của tất cả những gì liên quan tới hoạt động và chức năng của bộ máy sinh sản chứ không phải là không có bệnh hay khuyết tật của bộ máy đó. Điều này cũng hàm ý là tất cả mọi người, kể cả nam và nữ đều có được cuộc sống tình dục thoả mãn và an toàn; họ có khả năng sinh sản và tự do quyết định khi nào sinh và khoảng cách các lần sinh; có quyền được nhận thông tin và tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các biện pháp kế hoạch hoá gia đình an toàn, hiệu quả và chấp nhận được theo sự lựa chọn của mình, cũng như có khả năng lựa chọn các biện pháp phá thai phù hợp không trái với pháp luật, nhằm bảo đảm cho phụ nữ trải qua quá trình thai nghén và sinh đẻ an toàn, tạo cho các cặp vợ chồng cơ may tốt nhất để sinh được đứa con khỏe mạnh.

Định nghĩa SKSS nguyên văn tiếng Anh (1994):

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters related to the reproductive system and to its function process. Reproductive therefore implies that people are able to have satisfying and safe sex life and that they have the capacity to reproduce and the freedom to decide if, when and how often

to do so. Implicit in the last condition are the rights of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choices, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, the right of access to appropriate health care service that women will be able to go safely through pregnancy and child birth and provide couples with the best chance of having a healthy infant.

Nói gọn lại SKSS bao gồm:

– Thể chất: Bộ máy sinh sản phải được bình thường và khoẻ mạnh về hoạt động tình dục và chức năng sinh sản.

– Tinh thần: Có sự thoải mái, bằng lòng, không lo lắng hay băn khoăn về bộ máy sinh sản.

– Xã hội: Được xã hội tôn trọng và đối xử công bằng về các quyền sinh sản và tình dục.

Vì vậy SKSS cũng hàm ý là mọi người đều có thể:

– Có cuộc sống tình dục thoải mái và an toàn.

– Tự do quyết định sinh con.

– Tiếp cận thông tin và các biện pháp kế hoạch hoá gia đình an toàn, hiệu quả.

– Tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ, sinh đẻ an toàn.

2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU CỦA MÔN SỨC KHOẺ SINH SẢN

Cả nam và nữ đều có bộ máy sinh sản. Hoạt động tình dục cũng như chức năng sinh sản đòi hỏi có sự phối hợp của cả hai giới. Vậy đối tượng của SKSS chính là cả nam và nữ. Như vậy đối tượng của SKSS rất rộng, bao gồm cả hai giới, không bó hẹp riêng giới nữ như môn học Bảo vệ sức khoẻ bà mẹ trẻ em trước đây.

Cuộc đời người phụ nữ được chia làm 5 giai đoạn:

a) Thời kỳ bào thai và thai nhi, nghĩa là khi còn nằm trong bụng mẹ.

b) Thời kỳ trẻ em và tuổi học đường, là khi bắt đầu được sinh ra cho đến lúc tròn 9 tuổi.

c) Thời kỳ vị thành niên, từ 10 đến 19 tuổi.

d) Thời kỳ sinh sản, từ 15 đến 49 tuổi; như vậy ở tuổi vị thành niên từ 15 tuổi trở lên là đã có khả năng sinh đẻ.

e) Thời kỳ tuổi già.

Ở nam giới cũng có 5 giai đoạn như nữ giới nhưng không phân biệt rõ về tuổi tại thời kỳ sinh sản và thời kỳ tuổi già vì nam giới không có mốc mãn kinh

như nữ giới, hoạt động sản sinh tinh trùng của nam vẫn tiếp tục khi nam giới đã già.

Tất cả năm giai đoạn trên đều cần được chăm sóc về SKSS. Mỗi thời kỳ có cách chăm sóc riêng.

- Bào thai và thai nhi: chăm sóc bà mẹ tốt để có trẻ sơ sinh khoẻ mạnh.
- Trẻ em: bảo vệ sức khoẻ trẻ em và tuổi học đường.
- Thời kỳ vị thành niên: giáo dục giới tính, các vấn đề sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ tình dục.
- Thời kỳ sinh sản: chăm sóc thai sản, vấn đề kế hoạch hoá gia đình, các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, HIV/AIDS và các vấn đề liên quan đến sức khoẻ tình dục.
- Thời kỳ tuổi già: mãn kinh, thiếu hụt estrogen (ở nữ), loãng xương, ung thư (ở nam và nữ).

Hoạt động của bộ máy sinh sản nhằm hai mục tiêu: Mục tiêu sinh sản là sinh đẻ và hạn chế sinh đẻ; Mục tiêu không sinh sản là những hoạt động tình dục.

Cả hai mục tiêu này đều mang tính chất xã hội rộng rãi và tính tự nhiên vốn có của nó, vì vậy hiểu một cách đơn giản và cụ thể SKSS là: khả năng nam và nữ tiến hành hoạt động tình dục an toàn, mong muốn có thai hoặc không và nếu mong muốn có thai thì quá trình mang thai phải đủ tháng và an toàn, trẻ đẻ ra khoẻ mạnh và được chuẩn bị nuôi dưỡng tốt. Ngoài ra, SKSS còn quan tâm đến sức khoẻ, chức năng tình dục của cả nam và nữ lứa tuổi già. Như vậy đối tượng của môn SKSS là con người từ thời kỳ bào thai cho đến lứa tuổi già.

3. CÁC BIỆN PHÁP CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

Chăm sóc sức khoẻ sinh sản (CSSKSS) là sự phối hợp các biện pháp kỹ thuật, dịch vụ nhằm nâng cao chất lượng SKSS làm cho các hoạt động và chức năng của bộ máy sinh sản được tốt hơn, khoẻ mạnh hơn, bao gồm cả sức khoẻ tình dục, mục đích là làm cho cuộc sống có chất lượng và hạnh phúc hơn bằng cách phòng ngừa và giải quyết các vấn đề SKSS. Ví dụ như phải khám thai, chăm sóc tốt bà mẹ trong khi có thai để có trẻ sơ sinh khoẻ mạnh; phát hiện và điều trị sớm các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản để hạn chế chữa ngoài tử cung và vô sinh hoặc tuyên truyền thực hiện tốt các biện pháp tránh thai để nâng cao sức khoẻ cho con người... Các biện pháp CSSKSS bao gồm:

Các biện pháp kỹ thuật và dịch vụ để góp phần nâng cao chất lượng SKSS và hạnh phúc bằng cách phòng ngừa và giải quyết các vấn đề sức khoẻ sinh sản bao gồm cả sức khoẻ tình dục, nhằm mục đích để cao cuộc sống và các mối quan

hệ riêng tư chứ không phải chỉ là việc tư vấn và chăm sóc liên quan đến sinh sản và các bệnh lây truyền đường tình dục.

Chăm sóc sức khoẻ tình dục là làm cho con người có một cuộc sống tình dục thoả mãn và an toàn, có khả năng sinh sản, tự do quyết định khi nào và thường xuyên như thế nào trong tình dục.

Các quyền của nam và nữ được thông tin và tiếp cận các biện pháp kế hoạch hoá gia đình an toàn, hiệu quả và đủ khả năng chấp nhận được các biện pháp họ tự chọn để điều hoà mức sinh không trái với pháp luật.

4. NỘI DUNG CỦA SỨC KHOẺ SINH SẢN TRONG CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA VỀ SỨC KHOẺ SINH SẢN TẠI VIỆT NAM 2001 – 2010

Bản kế hoạch hành động ICPD sau Cairô của Quỹ dân số Liên hiệp quốc mô tả sức khoẻ sinh sản với sáu nội dung chính có liên quan mật thiết với nhau bao gồm:

1. Làm mẹ an toàn.
2. Kế hoạch hoá gia đình.
3. Sức khoẻ tình dục.
4. Nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây truyền qua đường tình dục.
5. Phá thai.
6. Vô sinh.

Năm 2000, kế hoạch hành động này được bổ sung và chỉnh sửa với các mục tiêu phát triển của thiên niên kỷ mới (MDGs–Millenium Development Goals). Nhưng tại mỗi quốc gia, mỗi khu vực lại có những vấn đề ưu tiên riêng. Tại Việt Nam, SKSS được chi tiết hoá thành 10 nội dung trong chiến lược quốc gia về SKSS 2001–2010 như sau:

4.1. Làm mẹ an toàn

Làm mẹ an toàn là những biện pháp được áp dụng để đảm bảo sự an toàn cho cả người mẹ và thai nhi (cũng như trẻ sơ sinh); mục đích là giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật ngay từ khi người phụ nữ mang thai, trong khi sinh và suốt trong thời kỳ hậu sản (42 ngày sau đẻ). Chìa khoá của làm mẹ an toàn là kế hoạch hoá gia đình, chăm sóc người mẹ trước, trong và sau khi sinh.

4.2. Kế hoạch hoá gia đình

- Sử dụng tốt, rộng rãi và đa dạng các biện pháp tránh thai.
- Mỗi gia đình chỉ có từ một đến hai con dù trai hay gái.
- Khoảng cách sinh giữa các lần sinh từ 3 đến 5 năm.
- Tuổi đẻ lần đầu là 22, lần cuối là dưới 35. Không sinh con đầu lòng trước 20 tuổi và con cuối cùng sau 35 tuổi.

- Vai trò và trách nhiệm của nam giới trong kế hoạch hoá gia đình.
- Lợi ích của việc thực hiện tốt công tác kế hoạch hoá gia đình khống chế sự gia tăng dân số, giảm tai biến sản khoa, đảm bảo sức khoẻ phụ nữ, nâng cao chất lượng cuộc sống.

4.3. Phá thai an toàn

- Phá thai an toàn là thực hiện cuộc phá thai thật tốt để đảm bảo sức khoẻ cho người phụ nữ.
- Quan trọng nhất là áp dụng rộng rãi các biện pháp tránh thai để không có thai ngoài ý muốn.
- Chỉ phá thai khi chắc chắn là có thai bằng xét nghiệm thai sớm hoặc siêu âm và thực hiện phá thai ở các cơ sở y tế được phép phá thai và do những cán bộ đã được đào tạo chu đáo về các phương pháp phá thai.
- Phải làm tốt công tác tư vấn trước và sau phá thai.
- Không phá thai chui.
- Thực hiện tốt những lời dặn dò của thầy thuốc sau phá thai về sử dụng thuốc men, vệ sinh, sinh hoạt tình dục....

4.4. Giáo dục sức khoẻ sinh sản cho vị thành niên

- Giáo dục sinh lý kinh nguyệt.
- Giáo dục sinh lý thụ thai và các biện pháp tránh thai. Những điều kiện và các dấu hiệu có thai.
- Giáo dục vệ sinh cho vị thành niên nữ, vệ sinh kinh nguyệt.
- Giáo dục tình bạn, tình yêu lành mạnh. Những nguy cơ do thai nghén. Nguy cơ có thai ngoài ý muốn.
- Giáo dục về sức khoẻ tình dục và tình dục an toàn nhằm giảm gánh nặng dân số, bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản kể cả nhiễm HIV/AIDS cũng như lợi ích của việc sử dụng bao cao su.

4.5. Phòng các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản

- Vệ sinh thân thể hằng ngày ngay từ bé gái cho đến những người cao tuổi.
- Vệ sinh kinh nguyệt.
- Vệ sinh thai nghén.
- Vệ sinh sinh hoạt tình dục.
- Vệ sinh sau đẻ, sảy, phá thai.
- Phòng và điều trị sớm những viêm nhiễm đường sinh sản cho cả nam và nữ.

4.6. Phòng các bệnh lây truyền qua đường tình dục

– Cung cấp kiến thức chung, đặc biệt là các đường lây truyền của các bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm cả HIV/AIDS và hậu quả của các bệnh lây truyền qua đường tình dục bao gồm cả HIV/AIDS.

- Không dùng chung các dụng cụ bị nhiễm dịch cơ thể của người khác.
- Sống thủy chung một vợ, một chồng.
- Sử dụng rộng rãi và đúng cách bao cao su.

4.7. Phòng ung thư vú và ung thư sinh dục

– Tự khám vú hằng ngày, nếu đau vú hoặc tự sờ thấy hay nghi ngờ có khối u phải đi khám ngay.

– Ít nhất 6 tháng nên đi khám phụ khoa một lần, bao gồm cả khám vú. Xét nghiệm tế bào dịch âm đạo, cổ tử cung (Pap smear) để phát hiện ung thư cổ tử cung. Khám phụ khoa để phát hiện các khối u sinh dục.

- Tránh và hạn chế bị nhiễm khuẩn đường sinh sản.
- Phải điều trị sớm và tích cực những viêm nhiễm đường sinh sản.
- Khám và chẩn đoán sớm ung thư tuyến tiền liệt.

4.8. Vô sinh

– Tránh những nguyên nhân dẫn đến vô sinh nam lẫn nữ, không để bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu sinh dục.

– Hạn chế tối đa các nguy cơ dẫn đến vô sinh mắc phải như phá thai không an toàn, viêm nhiễm đường sinh dục.

– Vệ sinh cơ quan sinh dục sạch sẽ, đúng cách.

– Phòng và điều trị sớm các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và lây truyền qua đường tình dục.

– Điều trị sớm những trường hợp bị rong kinh, nhất là ở những vị thành niên nữ.

4.9. Sức khỏe tình dục và giáo dục về tình dục

– Giáo dục về sức khỏe tình dục, tình dục an toàn và lành mạnh đặc biệt trong nhóm tuổi vị thành niên.

– Tăng cường vai trò và trách nhiệm của nam giới trong chăm sóc SKSS, đặc biệt vấn đề chăm sóc con cái và cùng tham gia trong KHHGD.

– Quan tâm, săn sóc sức khỏe tình dục cho người cao tuổi cả nam và nữ vì tuổi thọ hiện nay cao, số người cao tuổi ngày càng tăng, họ còn sống một thời gian dài sau khi nghỉ hưu.

– Bình đẳng giới trong gia đình và xã hội, đặc biệt trong việc lựa chọn các biện pháp tránh thai nhằm đạt mục tiêu tình dục an toàn và lành mạnh.

4.10. Thông tin, giáo dục, truyền thông về sức khỏe sinh sản

– Đẩy mạnh công tác thông tin, giáo dục, truyền thông về SKSS trong các cấp, ngành, đoàn thể, đặc biệt đưa giáo dục SKSS vào nhà trường.

– Đa dạng hoá các phương thức thông tin, giáo dục, truyền thông về SKSS.

– Phát huy vai trò của truyền thông viên về SKSS tại cộng đồng.

– Nhấn mạnh vai trò và trách nhiệm của các cấp lãnh đạo.

– Ưu tiên và tăng cường cho vùng sâu, vùng xa.

5. TRÁCH NHIỆM CỦA NAM GIỚI TRONG CHƯƠNG TRÌNH SỨC KHOẺ SINH SẢN BAO GỒM KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH VÀ SỨC KHOẺ TÌNH DỤC

Nam giới cần ủng hộ những hành động của phụ nữ liên quan đến sinh sản, tôn trọng quyền sinh sản và tình dục của phụ nữ. Nâng cao sức khỏe sinh sản của nam và nữ. Công nhận các hành vi sinh sản và tình dục an toàn và có trách nhiệm trong tuổi vị thành niên và thanh niên.

Động viên nam giới chủ động tham gia vào chương trình SKSS như nam giới cần chấp nhận và biểu thị sự ủng hộ của họ với nhu cầu, quyền sinh sản của bạn đời, bạn tình; chia sẻ về sức khỏe tình dục, tình dục an toàn; thương lượng và chia sẻ trách nhiệm về kế hoạch hoá gia đình; trách nhiệm và vai trò của nam giới trong gia đình.

Hội nghị Cairô cũng kêu gọi:

– Quyền sinh sản bao gồm quyền của tất cả các cặp và cá nhân có được một đời sống tình dục thoả mãn quyền quyết định một cách tự do sinh con và có trách nhiệm về số con, khoảng cách và thời điểm sinh con; quyền được biết thông tin và dịch vụ để lựa chọn và cải thiện chất lượng cuộc sống của họ.

– Tăng cường sự bình đẳng về giới, đáp ứng nhu cầu của con người, đặc biệt là nhóm tuổi vị thành niên về thông tin và dịch vụ kế hoạch hoá gia đình, lôi cuốn nam giới chia sẻ trách nhiệm trong SKSS.

– Coi nguyên tắc tự do lựa chọn biện pháp tránh thai, số con và khoảng cách sinh con của các cặp và cá nhân là yếu tố cần thiết cho thành công lâu dài của chương trình kế hoạch hoá gia đình, tránh mọi hình thức cưỡng ép.

6. KẾT LUẬN

Như vậy, SKSS đã bao quát một cách tổng thể lên sức khỏe và quyền con người, nâng cao vị thế của người phụ nữ. Tuy nhiên, chúng ta cần đầu tư và nỗ lực hoạt động hơn nữa để có những tiến bộ đảm bảo sự hài hoà về SKSS và nâng cao chất lượng sống cho con người.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được định nghĩa SKSS.
2. Trình bày được các biện pháp chăm sóc SKSS.
3. Kể tên 10 nội dung của SKSS trong chiến lược chăm sóc SKSS của Việt Nam 2001 – 2010. Lấy ví dụ trên thực tế cho từng nội dung đó.
4. Trình bày vai trò của nam giới trong chăm sóc SKSS, nêu ví dụ trên thực tế.
5. Hãy chọn đúng/sai cho từng câu hỏi sau:
 - a) Đối tượng của SKSS là tất cả mọi người, kể từ khi sinh ra đến khi chết.
 - b) Làm mẹ an toàn là đảm bảo sức khỏe bà mẹ từ khi có thai cho đến khi mẹ tròn con vuông.
 - c) Giáo dục truyền thông cho các đối tượng nam giới là một nội dung của chiến lược quốc gia về SKSS 2001 – 2010.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bộ Y tế, *Chiến lược quốc gia về Sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001 – 2010*. Nhà xuất bản Y học, 2001.
2. Bộ Y tế, *Chuẩn quốc gia về Sức khỏe sinh sản*. Nhà xuất bản Y học, 2003.
3. Đại học Y tế công cộng. *Bài giảng Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em*. Nhà xuất bản Y học, 2004.

GIẢI PHẪU VÀ SINH LÝ CỦA CƠ QUAN SINH SẢN ỨNG DỤNG TRONG SỨC KHOẺ SINH SẢN

MỤC TIÊU

1. Mô tả sơ bộ được cấu tạo, chức năng các cơ quan sinh dục nam và nữ.
2. Giải thích được sự thụ tinh, làm tổ và phát triển của thai nhi.
3. Trình bày được ứng dụng và vai trò của giải phẫu và sinh lý hệ thống sinh sản trong môn học Sức khỏe sinh sản.

NỘI DUNG

1. GIẢI PHẪU CƠ QUAN SINH DỤC NAM VÀ NỮ

Bộ máy sinh sản ở nam và nữ có nhiều điểm khác nhau đặc thù, bài này hệ thống lại giải phẫu và sinh lý sinh sản của nam và nữ, làm cơ sở ứng dụng và giải thích các vấn đề trong SKSS và sức khỏe tình dục.

1.1. Hệ thống cơ quan sinh dục nam

a) Dương vật: có hai chức năng chính là bài tiết nước tiểu và chức năng giao hợp, chuyển tinh dịch trong khi xuất tinh. Dương vật được cấu tạo bằng các lớp mô đặc biệt, gọi là vật hang và vật xốp. Các mô này bao bọc niệu đạo bên trong. Vì vậy, khi ở trạng thái bình thường, dương vật mềm và nằm ép sát cơ thể. Trong trạng thái bị kích thích về mặt tình dục, máu sẽ tràn vào các mô dương vật và thông qua các cơ thắt chặn máu ở tĩnh mạch không cho quay trở ra, làm cho dương vật cương cứng lên, kích thước trở nên to và dài hơn.

b) Tinh hoàn: Có hai tinh hoàn, nằm ở hai bên dương vật trong một túi da gọi là bìu, treo vào gốc dương vật. Tinh hoàn của nam giới trưởng thành có hàng trăm ngàn ống nhỏ trong mỗi bên tinh hoàn. Đó là nơi phát triển tế bào sinh dục nam (tinh trùng). Tinh hoàn đồng thời cũng là tuyến nội tiết, chúng sản xuất ra phần lớn lượng nội tiết tố sinh dục nam testosterone.

c) Các hệ thống ống và tuyến hỗ trợ cho bộ máy sinh dục nam: Ống dẫn tinh kết nối hai tinh hoàn với túi tinh, rồi sau đó nhập làm một và tiếp nối với niệu đạo từ bàng quang đi ra. Túi tinh là nơi sản xuất phần lớn tinh dịch và chứa tinh trùng từ tinh hoàn chuyển tới. Các chất chứa trong tinh dịch có tác dụng nuôi dưỡng tinh trùng và chuyển tải tinh trùng trong quá trình phóng tinh và thụ tinh. Khi phóng tinh, tinh dịch sẽ được các cơ co bóp, đẩy từ túi tinh qua niệu đạo ra khỏi dương vật. Tinh trùng chỉ chiếm khoảng 1% tinh dịch và mỗi lần phóng tinh ở nam giới có khoảng 100 đến 300 triệu tinh trùng.

d) Nội tiết tố sinh dục nam: Nội tiết tố chính của nam là chất testosterone. Đây là một nội tiết tố giới tính có chức năng điều chỉnh sự phát triển cơ thể của các bé trai để trở thành những người đàn ông trưởng thành. Từ sau tuổi dậy thì, testosterone điều chỉnh cả khả năng hoạt động tình dục và thụ tinh ở người đàn ông. Suy giảm nội tiết tố này kéo theo nhiều vấn đề về chức năng sinh lý sinh dục ở nam giới. Testosterone được sản xuất trong cơ thể dưới sự kiểm soát của hai nội tiết tố khác là FSH và LH, là những chất được sản xuất tại tuyến yên trong não bộ.

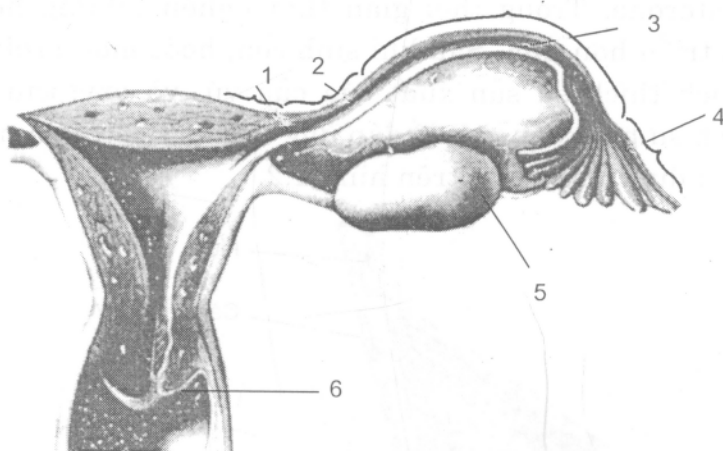
1.2. Hệ thống cơ quan sinh dục nữ

a) Âm hộ: là cơ quan sinh dục ngoài của phụ nữ (hình 1.1) bao gồm các mô mềm dưới da che phủ xương mu, một rãnh kép do các nếp da hình vòng cung tạo thành, được gọi là môi lớn và môi bé. Những nếp da này ngăn cách cơ quan sinh dục ngoài với hậu môn. Môi lớn và môi bé đồng thời bao phủ cả lỗ thoát của niệu đạo nữ.

b) Âm đạo: Đây thực chất là một ống cơ nối tiếp âm hộ và tử cung ở bên trong. Thực chất, âm hộ là một khoang ảo, ở trạng thái bình thường các thành âm đạo ép sát vào nhau. Thành âm đạo gồm những thớ cơ có tính đàn hồi, sẽ dẫn ra để chứa dương vật trống khi giao hợp (hình 1.1). Âm đạo có chiều dài vào khoảng 8 – 10 cm, tùy từng người. Môi trường bên trong âm đạo mang tính axit và có chứa cả các vi khuẩn có tính chất bảo vệ, đồng thời âm đạo cũng tự làm sạch bằng cách tiết dịch nhầy. Ở đa số phụ nữ, một màng da mỏng sát ngoài âm đạo được gọi là màng trinh che lấp một phần lối vào âm đạo. Tuy vậy, không phải người phụ nữ nào cũng có màng trinh, mặt khác, có nhiều hình thái màng trinh khác nhau. Ở nhiều phụ nữ, màng trinh có nhiều hình dạng khác nhau như hình sàng, hình vành khăn, trong khi nhiều người khác màng trinh chỉ là một nếp gấp da rất nhỏ mảnh và tạo ra một lỗ rộng ở chính giữa. Hơn nữa màng trinh được cấu tạo bằng nhiều thớ cơ sợi và có tính co giãn khác nhau tùy từng người.

c) Tử cung: là một cơ quan hình quả lê, thực chất là một khối cơ rỗng, nối tiếp âm đạo, nằm sau bàng quang và trước trực tràng. Tử cung đóng vai trò quan trọng trong quá trình sinh nở, là nơi phôi thai làm tổ và phát triển trong

quá trình thai nghén. Cơ tử cung dày, gồm 3 lớp và có thể giãn nở trong quá trình thai nghén. Cổ tử cung nối liền với đáy âm đạo (hình 1.1).



Hình 1.1. Phân đoạn của vòi tử cung

1. Đoạn tử cung; 2. Đoạn eo; 3. Đoạn bóng; 4. Đoạn loa vòi; 5. Buồng trứng; 6. Tử cung.

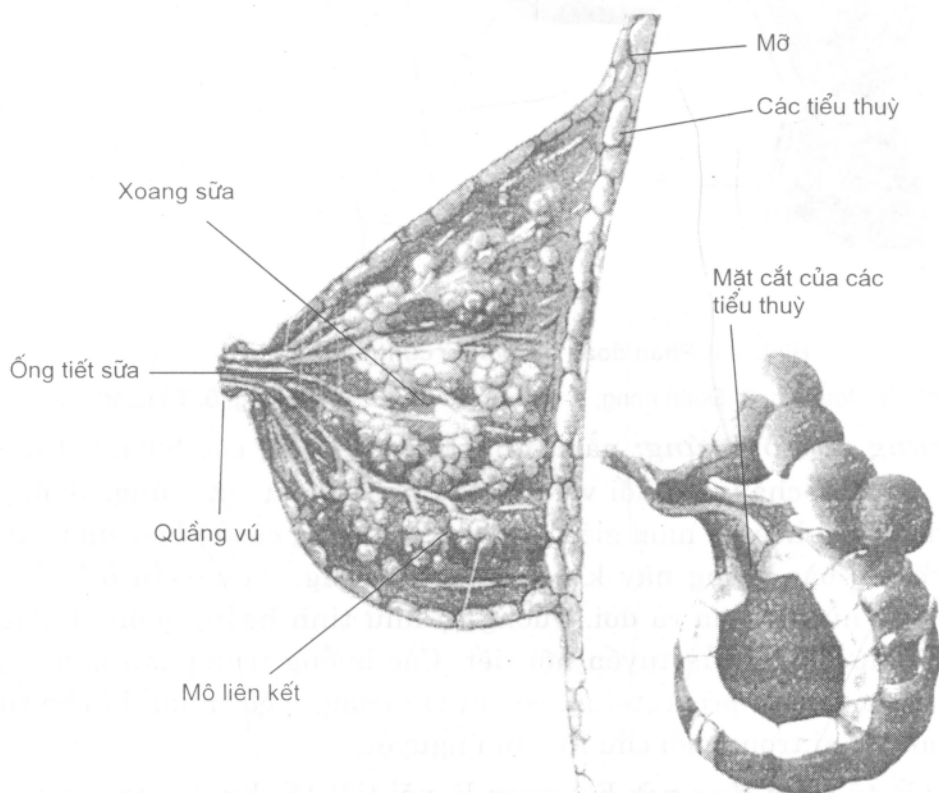
d) Buồng trứng và vòi trứng: nằm ở hai bên tử cung, các buồng trứng được bao bọc bởi các dây chằng và nối với tử cung thông qua vòi trứng. Buồng trứng, tương tự như tinh hoàn ở nam giới, là nơi nuôi dưỡng các tế bào sinh sản nữ. Tuy nhiên, các tế bào trứng này khác với tinh trùng, đã có sẵn ở buồng trứng của người phụ nữ khi vừa ra đời. Tương tự như tinh hoàn, buồng trứng cũng đồng thời có chức năng của tuyến nội tiết. Các buồng trứng sản xuất ra hai nội tiết tố là estrogen và progesteron, có vai trò trong việc chuẩn bị cho tử cung sẵn sàng mang thai trong mỗi chu kỳ kinh nguyệt.

e) Các nội tiết tố sinh dục nữ: Estrogen là nội tiết tố chủ đạo trong việc điều khiển sự trưởng thành và phát dục của cơ thể phụ nữ. Cùng với progesteron, estrogen có tác dụng điều chỉnh những thay đổi trong tử cung vào các kỳ kinh nguyệt và vào thời kỳ mang thai. Estrogen và progesteron được sản xuất ra bên trong buồng trứng và theo một chu kỳ nhất định trong tháng. Bên cạnh hai nội tiết tố này, ở phụ nữ cũng có các nội tiết tố đóng vai trò điều khiển, đó là FSH và LH giống như ở nam giới. FSH và LH cũng được sản xuất tại tuyến yên ở trong não và theo dòng máu để tác động đến những thay đổi tại buồng trứng và tử cung của người phụ nữ.

1.3. Vú

Vú là tuyến phụ của hệ thống sinh sản nữ. Vú của nam giới chỉ tồn tại ở dạng thô sơ. Vú có hình nửa khối cầu nằm ở thành trước ngực. Ở trung tâm của vú có một mỗm lõi nhỏ hình nón gọi là *núm vú*. Vùng da sẫm màu bao quanh

núm vú gọi là *quầng vú*. Ở nữ, vú cũng nhỏ ở trước tuổi dậy thì. Từ tuổi dậy thì trở đi, vú to ra và phát triển đến kích thước trưởng thành dưới ảnh hưởng của estrogen và progesterone. Trong thời gian thai nghén, những hoóc môn này kích thích vú phát triển hơn nữa. Sau khi sinh con, hoóc môn prolactin từ thùy trước tuyến yên kích thích sự sản xuất sữa của vú, và oxytocin từ thùy sau tuyến yên kích thích sự bài xuất sữa để đáp ứng với sự kích thích núm vú do trẻ mút. Cấu tạo của vú được minh họa trên hình 1.2.



Hình 1.2. Cấu tạo của vú

Ở dưới lớp da vú, ta phân biệt được ba loại mô tạo nên tuyến vú: mô tuyến, mô xơ và mô mỡ.

Mỗi vú có khoảng 20 thùy *mô tuyến*, mỗi thùy do một số tiểu thùy tạo nên. Mỗi tiểu thùy là một chùm nang tuyến đổ vào một ống tiết nhỏ và các ống nhỏ của tiểu thùy kết hợp lại để tạo thành một ống tiết chung của thùy gọi là *ống tiết sữa*.

2. SINH LÝ SINH DỤC NỮ

Sinh lý sinh sản của nam và nữ khác nhau. Tuy nhiên, trong bài này giới thiệu kỹ hơn sinh lý sinh dục nữ nhằm giải thích các vấn đề liên quan đến SKSS (mục 3).

Trong đời sống sinh dục của người phụ nữ, từ lúc dậy thì đến khi mãn kinh có hai hiện tượng quan trọng nhất hoạt động theo chu kỳ, đó là chu kỳ buồng trứng và chu kỳ nội mạc tử cung. Mỗi chu kỳ được tính từ ngày đầu của chu kỳ này đến ngày đầu của chu kỳ sau. Chu kỳ buồng trứng bao gồm những thay đổi của noãn ở buồng trứng, dẫn đến phóng noãn và tạo lập hoàng thể có tính chất chu kỳ, xảy ra dưới sự kiểm soát của trục dưới đồi – tuyến yên – buồng trứng. Sự chế tiết các hoóc môn sinh dục nữ, sản phẩm của buồng trứng cũng biến đổi có tính chất chu kỳ và gây ra sự biến đổi có tính chất chu kỳ của nội mạc tử cung.

2.1. Chu kỳ buồng trứng

Khi ra đời mỗi buồng trứng sơ sinh chứa đựng khoảng 1000000 đến 2000000 noãn bào. Tới khi phụ nữ trưởng thành, chỉ có 400 – 450 tế bào noãn chín và rụng. Như vậy có rất nhiều tế bào bị thoái hoá. Vào ngày thứ 14 của chu kỳ, nang noãn đạt kích thước tối đa, khoảng 150 – 200µm và chịu nhiều biến đổi quan trọng về cấu trúc và chức năng.

Nếu noãn không được thụ tinh, hoàng thể tồn tại trung bình khoảng 12 – 14 ngày rồi thoái hoá để lại sẹo xơ nhỏ trên bề mặt buồng trứng. Trong trường hợp ngược lại, nếu noãn được thụ tinh các thành phần đệm nuôi của trứng sẽ chế tiết hCG. Dưới tác dụng của hCG, hoàng thể to ra trở thành hoàng thể thai nghén và tiếp tục hoạt động chế tiết cho đến hết 3 tháng đầu thời kỳ thai nghén.

2.1.1. Cơ chế điều hoà hoạt động nội tiết của buồng trứng

Vùng dưới đồi: LH–RH là sản phẩm của các nơron chế tiết của vùng dưới đồi. Đặc điểm của hoạt động chế tiết này là tính xung động và tính chu kỳ. Có sự liên quan mật thiết giữa chế tiết dạng xung của LH–RH với hoạt động chế tiết của FSH và LH từ tuyến yên. Hoạt động chế tiết LH–RH còn bị ảnh hưởng bởi các kích thích đến từ hệ thần kinh trung ương, nơi xuất phát các đường dẫn truyền có liên hệ với các thần kinh chế tiết ở vùng dưới đồi.

Tuyến yên: Chế tiết 2 hoóc môn là FSH và LH

Buồng trứng: chế tiết 2 loại hoóc môn:

17 beta estradiol: là sản phẩm của quá trình thơm hoá các androgen xảy ra tại các tế bào hạt dưới tác động của FSH, nồng độ 17 beta estradiol tăng dần tạo ra một ức chế phản hồi lên hoạt động chế tiết FSH của tuyến yên. Vài ngày trước khi hành kinh, hoàng thể suy thoái dẫn đến sự giảm đột ngột của E2 và progesteron. Chính sự giảm đột ngột này làm bong niêm mạc tử cung dẫn đến hiện tượng hành kinh.

Progesteron: là hoóc môn đặc hữu của hoàng thể được chế tiết từ hai loại tế bào hoàng thể. Nồng độ progesteron huyết tương tăng dần và đạt đỉnh vào giữa pha hoàng thể.

2.1.2. Tác dụng của estrogene và progesterone lên các cơ quan đích

Buồng trứng chế tiết hai loại hoóc môn:

Progesteron làm niêm mạc âm đạo mỏng đi kèm theo hiện tượng bong vảy của các tế bào bề mặt của biểu mô Malpighi. Cùng với estrogen, progesteron thúc đẩy sự phát triển hệ thống ống dẫn sữa và nang tuyến sữa.

2.2. Chu kỳ nội mạc tử cung

Là cơ quan đích của estrogen và progesteron, cấu trúc mô học của nội mạc tử cung biến đổi có chu kỳ theo nhịp điệu hoạt động của buồng trứng và phản ánh hoạt động nội tiết này.

Về mặt mô học, nội mạc tử cung được cấu tạo bởi hai thành phần: tế bào biểu mô trụ tuyến và mô đệm.

Về mặt chức năng, nội mạc tử cung gồm hai lớp: nội mạc không thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt mang phần đáy của các ống tuyến. Lớp nội mạc tuyến hoạt động chịu nhiều biến đổi trong chu kỳ kinh nguyệt.

Mỗi chu kỳ kinh nguyệt có độ dài khoảng 25 – 30 ngày, trung bình khoảng 28 ngày. Các biến đổi của nội mạc tử cung trong chu kỳ có thể được phân ra ba giai đoạn kế tiếp nhau.

2.2.1. Thời kỳ tăng trưởng

Sau khi hành kinh, dưới tác dụng của estrogen nội mạc tử cung bắt đầu tái tạo và tăng trưởng cho đến ngày thứ 14 của chu kỳ. Các ống tuyến dài, to, thẳng với nhiều hình ảnh phân bào.

2.2.2. Thời kỳ chế tiết

Kể từ ngày thứ 15 của chu kỳ, dưới tác dụng của estrogen và progesteron các tuyến phát triển rất nhanh trở nên ngoằn ngoèo. Với hoạt động chế tiết glycogen, mô đệm càng trở nên phù nề. Chấm dứt hiện tượng phân bào trong cả hai thành phần của nội mạc. Các động mạch xoắn, nhánh tận của động mạch nên nội mạc tử cung phát triển rất nhanh nên xoắn lại. Vào ngày thứ 24 của chu kỳ, chiều dày của nội mạc tử cung đạt độ dày tối đa, khoảng 10mm.

2.2.3. Thời kỳ hành kinh

Vào khoảng ngày thứ 14 sau rụng trứng, nếu hiện tượng thụ tinh không xảy ra, nồng độ estrogen giảm đột ngột cùng với sự phóng thích tại chỗ của prostaglandine F2 alpha, các tiểu động mạch xoắn co thắt gây ra hiện tượng hoại tử nội mạc do thiếu máu. Lớp nội mạc tuyến hoạt động, bong và chảy máu tạo nên hiện tượng hành kinh. Hiện tượng hành kinh kéo dài khoảng 3 – 5 ngày, lượng máu mất trung bình khoảng 80ml. Máu hành kinh thường có màu

đỏ sẫm; không đông, kèm với mảnh vụn của niêm mạc tử cung, chất nhầy cổ tử cung và nhiều vi trùng thường trú ở âm đạo.

Hiện tượng hành kinh là kết quả của những biến đổi nội mạc tử cung, dưới sự kiểm soát của trục dưới đồi–tuyến yên–buồng trứng. Chỉ cần một bất thường dù nhỏ trong hoạt động của một thành phần bất kỳ của cơ quan đích hay trục kiểm soát cũng sẽ dẫn đến những bất thường của chu kỳ kinh nguyệt và của hiện tượng hành kinh.

3. SỰ THỤ TINH, LÀM TỔ VÀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA THAI

3.1. Định nghĩa

Sự thụ tinh là sự kết hợp của tinh trùng và noãn để thành một tế bào mới gọi là trứng.

Sự thụ thai là sự thụ tinh, kèm theo sau đó là sự làm tổ của trứng. Sau khi làm tổ, trứng phát triển thành thai và phần phụ của thai (phần phụ của thai gồm bánh rau, màng rau, dây rau và nước ối).

3.2. Sự thụ tinh

Vào ngày thứ 14 của vòng kinh, noãn từ buồng trứng được phóng ra ngoài và được loa vòi đón vào trong vòi tử cung. Nếu có tinh trùng ở âm đạo, tinh trùng di chuyển nhanh về phía cổ tử cung, lên buồng tử cung và vòi tử cung để gặp noãn và thụ tinh. Hiện tượng thụ tinh bình thường diễn ra ở 1/3 ngoài vòi tử cung.

3.3. Sự di chuyển của trứng

Sau khi được thụ tinh, trứng tiếp tục di chuyển vào trong vòi tử cung để đến làm tổ tại buồng tử cung. Ở người bình thường, trứng mất khoảng 3 – 4 ngày để di hết phần còn lại của vòi tử cung. Trên đường đi, trứng phân chia bào rất nhanh và tạo thành phôi dâu khi đến được buồng tử cung. Trứng sống tự do trong buồng tử cung từ 2 – 3 ngày rồi mới làm tổ.

3.4. Sự làm tổ của trứng

Trứng bắt đầu làm tổ vào ngày thứ 6 – 8 sau khi thụ tinh khi niêm mạc tử cung đã phát triển đầy đủ để chuẩn bị nhận trứng vào làm tổ. Nơi làm tổ thường là vùng đáy tử cung. Quá trình làm tổ gồm: dính, bám rễ qua lớp biểu mô và nằm sâu trong lớp đệm. Hiện tượng làm tổ chịu tác động của các yếu tố sinh hoá học, miễn dịch học và đặc biệt là về nội tiết với sự tiết progesteron.

3.5. Sự phát triển của thai nhi

Sau khi thụ tinh, trứng phân chia rất nhanh để cấu tạo thành thai nhi và phần phụ của thai nhi. Về phương diện thời gian, quá trình phát triển của thai chia thành hai thời kỳ:

– Thời kỳ sắp xếp tổ chức: bắt đầu từ thụ tinh đến hết tháng thứ hai. Nếu có rối loạn sự phát triển của phôi thai sẽ gây ra dị dạng thai nhi về sau.

– Thời kỳ hoàn chỉnh tổ chức: bắt đầu từ tháng thứ ba cho đến khi phát triển đủ tháng. Nếu có rối loạn sự phát triển của thai sẽ chỉ gây biến dạng thai nhi.

Trong suốt thời gian mang thai (khoảng 38 – 42 tuần), thai sống phụ thuộc hoàn toàn vào mẹ. Sức khỏe người mẹ và tuần hoàn tử cung – rau thai có ảnh hưởng trực tiếp tới sự phát triển của thai nhi.

4. ỨNG DỤNG TRONG SỨC KHOẺ SINH SẢN

Hoạt động của bộ máy sinh sản nhằm hai mục tiêu:

– Mục tiêu sinh sản là sinh đẻ.

– Mục tiêu không sinh sản là những hoạt động tình dục.

Cả hai mục tiêu này đều mang tính chất xã hội rộng rãi và tính tự nhiên vốn có của nó, vì vậy Fred Sai đã định nghĩa SKSS đơn giản, cụ thể là "khả năng nam và nữ tiến hành hoạt động tình dục an toàn, mong muốn có thai hoặc không và nếu mong muốn thì quá trình mang thai đủ tháng an toàn, đẻ ra khỏe mạnh và được chuẩn bị nuôi dưỡng tốt..."

Tất cả các cơ quan sinh dục nam và nữ, từ bộ phận sinh dục ngoài đến trong đều có những vai trò nhất định, đảm bảo chức năng sinh sản và chức năng tình dục. Bên cạnh việc đảm bảo thực hiện những chức năng sinh lý bình thường đó, các cơ quan này còn có thể dễ dàng bị nhiễm các bệnh khác trong quá trình thực hiện những chức năng sinh sản đó, ví dụ như các bệnh lây nhiễm qua đường tình dục (STDs), HIV/AIDS, các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, khối u, vô sinh... Các bất thường hoặc dị dạng cơ quan sinh dục của nam và nữ cũng là cơ sở giải thích các vấn đề sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục của con người. Các kiến thức này là cơ sở tiền đề cho tư vấn, dự phòng và quản lý chương trình SKSS.

Các bất thường trong quá trình thai nghén đều có thể hiểu và giải thích rõ ràng, ví dụ như các trường hợp chữa ngoài tử cung, đa thai, thai dị dạng/biến dạng... Vì vậy, vai trò của chăm sóc quản lý thai nghén/chương trình làm mẹ an toàn là cơ sở phát hiện, dự phòng các bất thường trong quá trình thai nghén cũng như chăm sóc tốt cho sức khỏe bà mẹ sau đẻ và trẻ sơ sinh.

Các vấn đề SKSS và sức khỏe tình dục có sự khác biệt theo giới. Nam giới có thể mắc các bệnh lây truyền đường tình dục, nhiễm khuẩn đường sinh sản, rối loạn nội tiết trong sinh sản tinh trùng, các vấn đề liên quan đến suy giảm chức năng sinh dục và các bệnh khối u như ung thư tuyến tiền liệt khi về già. Bên cạnh đó, phụ nữ cũng có thể có các vấn đề đặc thù riêng theo giới như các bệnh liên quan đến kinh nguyệt, rối loạn nội tiết, viêm nhiễm đường sinh sản, các bất

thường khi mang thai và sinh đẻ cũng như vấn đề ung thư vú và các bất thường trong thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh (chi tiết từng vấn đề sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục sẽ được trình bày kỹ hơn trong các bài học cụ thể ở các phần tiếp theo của giáo trình này hoặc trong phần thực hành SKSS ứng dụng).

Những vấn đề liên quan đến các bệnh như STDs/HIV/AIDS, vô sinh, các rối loạn do mãn kinh v.v... có thể cần phải có những biện pháp phòng nhất định. Việc nắm vững cấu tạo giải phẫu, chức năng sinh lý của các cơ quan sinh dục sẽ tạo điều kiện giải thích cũng như chẩn đoán các bệnh liên quan đến sinh sản, nhằm làm giảm tỷ lệ mắc bệnh, đảm bảo việc thực hiện tốt chức năng sinh sản và đưa ra được các chiến lược phòng chống hiệu quả.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô tả cấu tạo, chức năng các cơ quan sinh dục nam. Chỉ được các vị trí giải phẫu cơ bản trên mô hình.
2. Mô tả cấu tạo, chức năng các cơ quan sinh dục nữ. Chỉ được các vị trí giải phẫu cơ bản trên mô hình.
3. Giải thích được sự thụ tinh của trứng trên mô hình đã cho.
4. Giải thích được sự làm tổ và phát triển của thai nhi trên hình vẽ đã cho.
5. Trình bày được ứng dụng và vai trò của giải phẫu và sinh lý hệ thống sinh sản trong môn học Sức khỏe sinh sản. Lấy ví dụ minh họa.
6. Hãy chọn đúng/sai cho từng câu hỏi sau:
 - a) Hoóc môn FSH tác động lên cả cơ quan sinh sản nam và nữ.
 - b) Cơ quan sinh sản của nữ nhằm mục tiêu sinh đẻ.
 - c) Phụ nữ dễ bị viêm nhiễm đường sinh sản hơn nam giới do cấu tạo giải phẫu.
 - d) Thời kỳ dễ có thai của phụ nữ là lúc gần hành kinh.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Đại học Y Hà Nội, *Bài giảng giải phẫu học*. Nhà xuất bản Y học, 1995
2. Đại học Y Hà Nội, Bộ môn Phụ sản, *Bài giảng sản phụ khoa*. Nhà xuất bản Y học, 2004.
3. Master W, Johnson V, Kolodny R, *Sức khỏe tình dục của con người*. Tái bản lần thứ 5. Nhà xuất bản Harper Collins, 1995.

ĐẠI CƯƠNG SỨC KHOẺ TÌNH DỤC

MỤC TIÊU

1. Trình bày được một số khái niệm cơ bản liên quan đến sức khỏe tình dục, các nét khái quát về các khía cạnh tình dục.
2. Mô tả được những giai đoạn chính trong chu trình đáp ứng tình dục ở người trưởng thành.
3. Trình bày được mối liên quan giữa sức khỏe sinh sản, giới và sức khỏe tình dục.
4. Trình bày được một số rối loạn chức năng tình dục thường gặp.

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU VỀ TÌNH DỤC HỌC

Tình dục và các vấn đề có liên quan thu hút sự quan tâm của loài người từ thời Cổ đại cho tới ngày nay, bất kể họ là ai và ở tầng lớp xã hội nào. Chủ đề về tình yêu khá phổ biến trong nghệ thuật, thi ca, văn chương. Các tôn giáo, các học thuyết và cả hệ thống pháp luật, tất cả đều quan tâm đến hành vi của con người và cố gắng thiết lập những giá trị cũng như những kiêng kỵ tiêu biểu về tình dục.

Mặc dù đã hiểu biết nhiều về nguồn gốc lịch sử, tính cá thể và cộng đồng của văn hóa tình dục, chúng ta vẫn có thể mở rộng và làm sâu sắc sự hiểu biết của chúng ta bằng việc nghiên cứu tình dục ở các khía cạnh sinh học, tâm lý học, hành vi, bệnh học và văn hóa.

1.1. Tại sao phải nghiên cứu về tình dục

Nghiên cứu về tình dục học có thể cung cấp những kiến thức có khả năng sử dụng trong cuộc sống hằng ngày. Điều này không có nghĩa là không tồn tại các giá trị khoa học khi nghiên cứu về tình dục. Nghiên cứu về tình dục vừa mang tính khoa học vừa mang tính ứng dụng thực tiễn cao.

Yêu cầu thông tin chính xác về tình dục giúp ngăn ngừa các vấn đề tình dục và nó có thể giúp chúng ta giáo dục tốt hơn về giới tính. Được trang bị đầy đủ về vấn đề giới tính cũng có thể giúp chúng ta giải quyết một cách hiệu quả hơn các loại vấn đề nảy sinh trong đời sống (ví dụ như vô sinh, thiếu năng tình dục, các

bệnh lây truyền qua đường tình dục, quấy rối tình dục, v.v...). Nghiên cứu tình dục học còn giúp chúng ta nhận thức và nhạy cảm hơn trong các quan hệ giữa các cá thể, đóng góp vào tăng cường sức khỏe tình dục.

Có nhiều lý do buộc chúng ta cần có những hiểu biết về tình dục trong thời đại ngày nay. Trong kỷ nguyên của đại dịch HIV, những hiểu biết nhất định này có thể giúp chúng ta đưa ra quyết định tình dục an toàn. Thêm vào đó, nó cũng cho thấy rằng, những thông tin chính xác về tình dục và sức khỏe tình dục có thể sẽ giúp cho bản thân mỗi người có những hiểu biết về thiệt hại và ảnh hưởng của HIV/AIDS đối với cuộc sống con người nói riêng và các quốc gia nói chung.

Phần này giới thiệu những khái niệm cơ bản và sơ lược về một số khía cạnh trong sức khỏe tình dục – một phần quan trọng của SKSS nói chung, đặc biệt là khía cạnh riêng tư của mỗi cá nhân; và quan trọng hơn là các kiến thức này sẽ giúp khám phá bản thân và người khác. Các kiến thức về tình dục có thể dẫn đến những hành vi tình dục mang tính trách nhiệm cao và có thể giúp bản thân mỗi cá nhân có những quyết định về tình dục đúng đắn và an toàn.

1.2. Các khái niệm liên quan đến sức khỏe tình dục

Tình dục không chỉ là quan hệ xác thịt như những cư dân cổ xưa ở thời kỳ Đồ đá, tình dục ngụ ý tình yêu và ân ái; đó là nền tảng của hôn nhân và gia đình; nó lan tỏa sang các lĩnh vực nghệ thuật, lịch sử và văn hóa. “Sexuality” trong tiếng Việt có hai nghĩa *tình dục* và *tính dục*.

Tình dục/tính dục là gì? Freud đã xem tình dục như một sức mạnh về mặt sinh học và tâm lý đầy quyền năng, trong khi Malinowski nhấn mạnh đến khía cạnh văn hóa và xã hội. Trong cuộc sống hàng ngày của chúng ta, từ “tình dục” (sex) ám chỉ tất cả các khía cạnh liên quan đến hoạt động tình dục. Tính dục là khía cạnh mang tính nhân văn chứ không đơn giản là ám chỉ khả năng của con người trong quan hệ tình dục. Như vậy, *tính dục* biểu hiện tính văn hóa và xã hội rộng hơn *tình dục*, vì tình dục chỉ là quan hệ thể xác giữa hai cá nhân.

Tình dục thuộc về phương diện văn hoá cụ thể, do vậy những định nghĩa và ngôn ngữ có thể khác nhau từ văn hoá này sang văn hoá khác và từ cộng đồng này sang cộng đồng khác. Nó quan trọng đối với những người thiết kế chương trình và người cung cấp dịch vụ trong thăm dò và hiểu ý nghĩa của những thuật ngữ này ở ngay trong chính cộng đồng, ngôn ngữ và văn hoá của họ.

Sau đây là một số khái niệm:

a) *Tình dục*

Tính dục của con người bao gồm sự hiểu biết về tình dục, sự tin tưởng, thái độ, giá trị và hành vi của từng cá nhân. Nó bao gồm cả giải phẫu học, sinh lý học và sinh hoá học của hệ thống phản ứng tình dục; về tính đồng nhất, sự định

hướng, vai trò và nhân cách, sự suy nghĩ, tình cảm và mối quan hệ. Sự biểu hiện của tính dục được chi phối bởi sự quan tâm đến đạo đức, tâm hồn, văn hoá và lương tâm.

b) Sức khoẻ tình dục

Theo Tổ chức Y tế thế giới định nghĩa, sức khoẻ tình dục như là “Sự hoà hợp thành một hệ thống nhất từ nhiều mặt của cơ thể, cảm xúc, tri thức và xã hội của cuộc sống tình dục theo chiều hướng tích cực và làm tốt thêm, nhằm nâng cao nhân cách, giao tiếp và tình yêu. Mỗi người có quyền tiếp nhận thông tin về tình dục và quan tâm đến mối quan hệ tình dục khoái cảm cũng như sự sinh sản”.

c) Mối quan hệ tình dục lành mạnh

Một mối quan hệ tình dục lành mạnh là dựa trên sự chia sẻ giá trị và có năm đặc tính: đó là sự đồng ý, không lợi dụng, chân thật, mang lại niềm khoái lạc cho nhau và được bảo vệ chống lại sự có thai ngoài ý muốn và bệnh lây nhiễm qua đường tình dục bao gồm HIV/AIDS.

d) Quyền tình dục

Mỗi cá nhân có quyền được tiếp nhận thông tin, giáo dục, kỹ năng, nhận giúp đỡ và dịch vụ khi họ cần để có thể ra những quyết định có tính trách nhiệm cho chính bản thân họ. Những điều này bao gồm quyền nguyên vẹn thể xác, mối quan hệ tình dục tự nguyện trong một phạm vi đầy đủ của sự tự nguyện tiếp cận đến các dịch vụ sức khoẻ tình dục và SKSS, khả năng bày tỏ định hướng tình dục của bản thân mà không có sự cưỡng bức hay sự phân biệt đối xử.

e) Giáo dục tình dục

Giáo dục tình dục là quá trình lâu dài để thu được thông tin và định hình ra thái độ, tin tưởng và giá trị về nhân dạng, mối quan hệ và sự thân mật. Nó bao gồm sự phát triển của tình dục, SKSS, những mối quan hệ giữa cá nhân với nhau, cảm giác yêu thích, sự thân tình, hình dung về cơ thể và những vai trò của giới. Giáo dục giới tính là nhấn mạnh về các phương diện của tình dục từ sinh học, văn hoá – xã hội học, tâm lý học và tâm linh học.

f) Tình dục học: là môn khoa học nghiên cứu về ứng xử tình dục của con người.

g) Sexosophy là sự hiểu biết về văn hoá tình dục.

h) Rối loạn chức năng tình dục (bất lực tình dục): là không có khả năng phản ứng lại bằng xúc động và/hoặc thân thể đối với sự kích thích tình dục trong một chuẩn mực bình thường được kỳ vọng ở người khoẻ mạnh hoặc tùy theo tiêu chuẩn riêng của chính bản thân họ. Rối loạn chức năng tình dục có thể ảnh hưởng đến nhiều giai đoạn khác nhau trong chu kỳ đáp ứng tình dục như dục vọng, tình trạng kích thích tình dục và sự cực khoái tình dục. Chúng có

một phạm vi rộng về tâm lý, sinh lý hoặc phối hợp nhiều căn nguyên và có thể tiên phát hoặc thứ phát. Phần lớn đàn ông và phụ nữ ở một thời điểm nào đó trong quá khứ ít nhiều họ đã trải qua sự bất lực về tình dục.

Tóm lại tính dục là một thuật ngữ với hàm ý rộng để chỉ tất cả các khía cạnh thể chất, tinh thần và xã hội của tình dục.

i) *Tình dục vì mục đích sinh sản:* là mối quan hệ tình dục chỉ nhằm mục đích duy trì nòi giống. Đôi khi nó được khuyến khích bởi nhà thờ và một vài tổ chức khác như lý do chính để quan hệ tình dục.

k) *Tình dục vì mục đích giải trí:* là các hoạt động tình dục nhằm mục tiêu thỏa mãn khoái lạc tình dục. Vấn đề xúc cảm và sự thân thiết bị hạn chế một cách chủ định.

l) *Tình dục dựa trên cơ sở tình yêu:* là hoạt động tình dục dựa trên sự liên quan mật thiết về tình cảm.

Tuy nhiên, ngôn từ của chúng ta khi nói về tình dục và tính dục còn rất nhiều hạn chế. Chúng ta có thể phân biệt giữa các biểu hiện hành vi tình dục (như hôn, âu yếm, thủ dâm và giao hợp) và biểu hiện tính dục (bao gồm không chỉ các hành động tình dục cụ thể mà còn là chuyện tán tỉnh, ăn mặc theo một cách nào, đọc các ấn phẩm văn hóa đề cập đến vấn đề tình dục, hẹn hò nhau, v.v...).

Chúng ta có thể mô tả các loại tình dục khác nhau như quan hệ tình dục vì mục đích duy trì nòi giống, hoặc vì quan hệ tình cảm và dễ dàng nhận thấy sự phân loại này còn quá ít. Bản thân thuật ngữ tính dục cũng chưa được sử dụng rộng rãi, một số nơi vẫn dùng chung thuật ngữ tình dục. Một số khía cạnh của tình dục sẽ được trình bày dưới đây.

1.3. Các khía cạnh của tình dục

1.3.1. *Khía cạnh sinh học*

Khía cạnh sinh học của tình dục bao hàm rộng. Yếu tố sinh học kiểm soát sự phát triển tình dục từ việc ngừa thai đến việc sinh đẻ và khả năng sinh sản của con người khi đến tuổi trưởng thành. Khía cạnh sinh học của tình dục cũng ảnh hưởng đến những mong muốn về tình dục, hoạt động tình dục và một cách gián tiếp đến sự thỏa mãn tình dục.

1.3.2. *Khía cạnh tâm lý – xã hội*

Khía cạnh tâm lý của tình dục bao gồm các yếu tố tâm lý (cảm xúc, suy nghĩ và tính cách) trong sự kết hợp với các thành tố xã hội (mọi người phản ứng như thế nào). Khía cạnh tâm lý tình dục rất quan trọng. Từ thời thơ ấu, xác định giới tính của một người (cảm giác của mỗi người về việc mình là nam hay là nữ) chủ yếu hình thành bằng những áp lực tâm lý. Thái độ ban đầu về tình dục –

trong chúng ta thường bắt đầu ở độ tuổi trưởng thành. Dựa vào cha mẹ, bạn bè và giáo viên chúng ta biết được ý nghĩa và mục đích của giới tính.

Đồng thời, vấn đề tình dục của con người cũng mang ý nghĩa xã hội, trong đó vì nó bị kiểm soát bởi xã hội thông qua các đạo luật, đạo đức xã hội, những điều cấm kỵ và áp lực của gia đình cùng với những mối quan hệ. Tất cả những điều này khiến chúng ta tuân theo một lối mòn của hành vi tình dục.

1.3.3. Khía cạnh hành vi

Hành vi tình dục là kết quả của yếu tố sinh học và yếu tố tâm lý xã hội. Nghiên cứu hành vi giúp chúng ta hiểu không chỉ mọi người làm gì mà còn hiểu như thế nào và tại sao mọi người làm như vậy. Khía cạnh hành vi tình dục còn chịu ảnh hưởng rõ rệt của yếu tố văn hoá. Các nền văn hoá, tôn giáo khác nhau có những hành vi và sự chấp nhận khác nhau đối với vấn đề tình dục.

1.3.4. Khía cạnh bệnh học

Mặc dù cảm xúc tình dục là một điều hết sức tự nhiên, tuy nhiên rất nhiều trở ngại có thể xảy ra làm giảm khoái cảm trong đời sống tình dục. Vấn đề thể chất như ốm, chấn thương hoặc dùng thuốc có thể thay đổi hưởng ứng tình dục ở mỗi người. Cảm giác tức giận, tội lỗi, ngưng ngừng hoặc buồn rầu và những xung đột trong quan hệ cá nhân cũng có thể cản trở vấn đề tình dục. Yếu tố bệnh lý của tình dục cũng đề cập đến những giải pháp đối với những vấn đề trên và các vấn đề khác nhằm giúp mọi người đạt được hạnh phúc và trạng thái sức khỏe tình dục an toàn và lành mạnh.

1.3.5. Khía cạnh văn hóa

Chủ đề tình dục thường gây nhiều tranh cãi, nó liên quan đến thời gian, địa điểm và hoàn cảnh văn hoá cụ thể. Những hành vi được coi là hợp “đạo đức” hay “có quyền” khác nhau ở mỗi nền văn hóa, tôn giáo và cũng thay đổi theo thời gian. Rất nhiều vấn đề đạo đức gắn liền với tình dục liên quan đến những truyền thống tôn giáo nhất định, nhưng tôn giáo không độc quyền về mặt đạo đức. Không có một hệ thống giá trị tình dục toàn diện nào đúng với tất cả mọi người và không có một chuẩn mực đạo đức nào đúng và ứng dụng toàn cầu được.

Trong khía cạnh văn hoá, yếu tố giới đóng vai trò quan trọng trong hình thành và phát triển tính dục. Tuy từng nền văn hoá khác nhau, giới nam hay giới nữ mà có các biểu hiện khác nhau về tính dục. Nghiên cứu mối liên hệ giữa yếu tố giới, văn hoá và tính dục cần được mở rộng, so sánh giữa các khu vực và là tiền đề để tiến hành các can thiệp liên quan đến tăng cường sức khỏe tình dục.

Tại nhiều nước, thông điệp về hành vi tình dục phổ biến ở nửa đầu thế kỷ XX đã thay đổi đáng kể vào cuối thế kỷ XX và đầu thế kỷ XXI. Chẳng hạn như vấn đề trình tiết của người phụ nữ trước hôn nhân từng được xem là rất quan trọng,

nhưng ngày nay thái độ đối với tình dục trước hôn nhân đã trở nên thoáng hơn. Trong khi đó, các nền văn hóa phương đông vẫn đề cao vấn đề trinh tiết của người phụ nữ. Tuổi quan hệ tình dục lần đầu thấp hơn nhiều so với hai, ba mươi năm trước ở các nước công nghiệp hóa, số lượng thanh thiếu niên quan hệ tình dục và sống chung với nhau tăng nhanh. Một ví dụ khác minh chứng thời gian và thái độ thay đổi là mức độ chấp nhận hành vi thủ dâm như một hành động giúp đem lại khoái cảm tình dục và vô hại, trong khi trước kia nó bị xem như một dấu hiệu của suy đồi đạo đức và là nguyên nhân suy nhược thể chất và tinh thần.

2. CHU TRÌNH ĐÁP ỨNG TÌNH DỤC Ở NGƯỜI

Theo các nhà nghiên cứu trên thế giới, trước những năm 60 của thế kỷ XX người ta chưa biết nhiều về những đáp ứng của cơ thể người trong quá trình kích thích tình dục. Trong khi đa số các nghiên cứu vẫn chỉ dừng lại ở trên đối tượng là động vật thí nghiệm, Masters và Johnson (Mỹ) đã lần đầu tiên tiến hành nghiên cứu bằng các quan sát thực nghiệm hơn 10000 “sự kiện” hoạt động tình dục trên đối tượng là 382 phụ nữ và 312 nam giới trong phòng thí nghiệm đặc biệt của họ. Kết quả các nghiên cứu này ngày nay được công nhận rộng rãi và các tổng kết cho thấy rằng, chu trình đáp ứng tình dục ở người có thể được mô tả thành bốn giai đoạn: *kích thích*, *cao trào*, *cực khoái* và *thoái trào*. Các giai đoạn này tương ứng với những mức độ khác nhau của cơ thể người khi đáp ứng với những kích thích tình dục trong một hành động giao hợp cụ thể giữa người nam và người nữ. Phân chia giai đoạn chỉ mang tính ước lệ, không có một ranh giới thật rõ ràng giữa các giai đoạn ở từng cá thể trong một lần giao hợp nhất định, cũng như giữa các lần giao hợp khác nhau.

2.1. Giai đoạn kích thích (excitement)

Giai đoạn này là kết quả của nhiều kích thích và ham muốn tình dục, có thể là những kích thích về thực thể, tâm lý hoặc cả hai.

2.2. Giai đoạn cao trào (plateau)

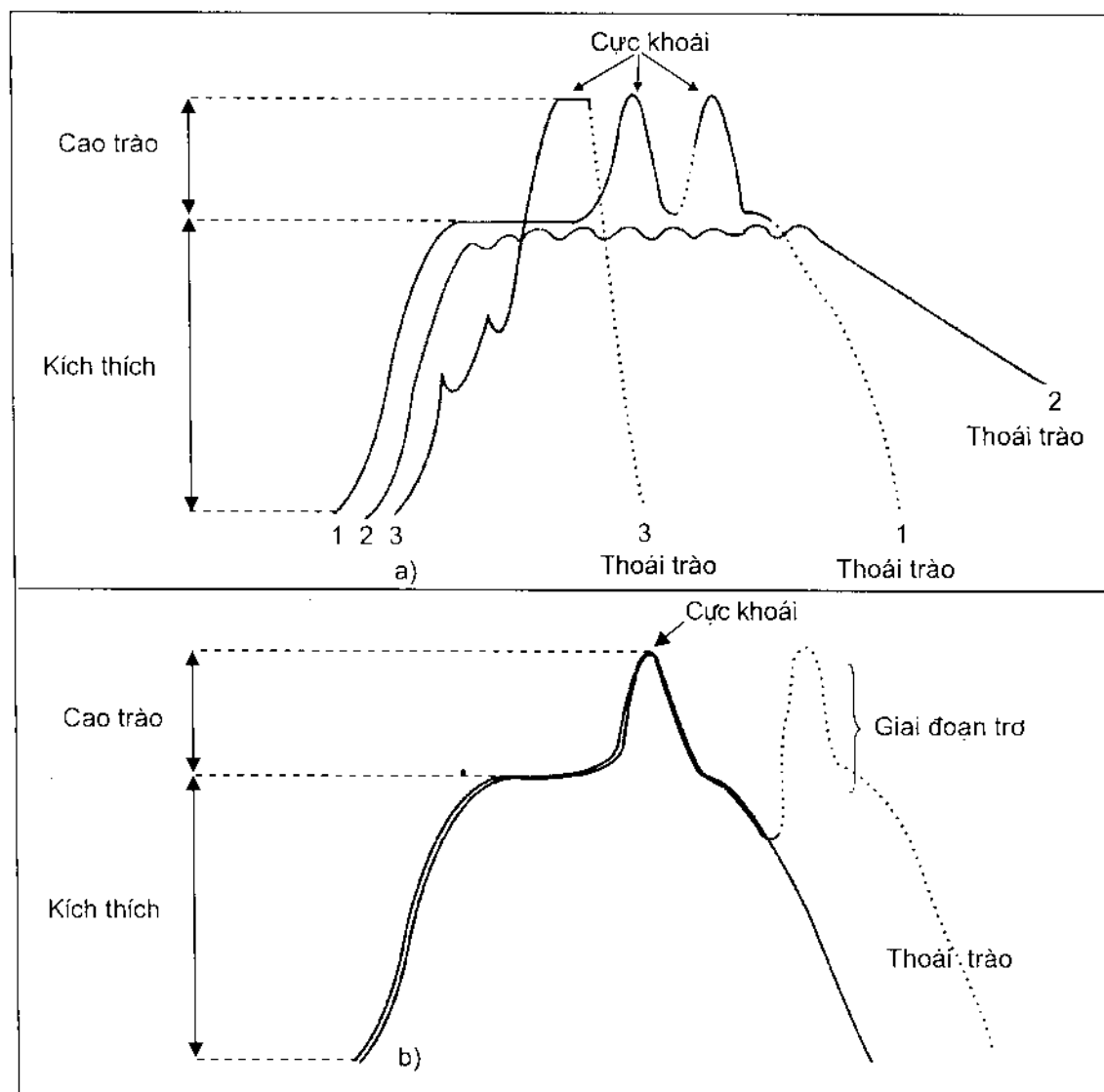
Tiếp theo sau giai đoạn kích thích, trong giai đoạn cao trào những biểu hiện của cơ thể và hệ thống sinh dục tiếp tục được nâng lên và duy trì ở mức cao, hướng đến giai đoạn đỉnh cao (cực khoái). Giai đoạn này dài ngắn khác nhau tùy từng người. Với đàn ông, giai đoạn này có thể rất ngắn, trong khi ở phụ nữ có thể dài hơn. Ở nam giới, nếu muốn sử dụng bao cao su để tránh thai đúng cách, người đàn ông cần đeo bao cao su ngay từ đầu, không đợi đến giai đoạn cao trào hay gần xuất tinh mới đeo bởi vẫn có khả năng tinh trùng đã xuất tiết ra từ trước đó. Với cả nam và nữ, các thay đổi về cơ thể khác cũng diễn ra trong giai đoạn cao trào, nhịp tim, nhịp thở và huyết áp vốn đã bắt đầu tăng từ giai đoạn kích thích, đến lúc này càng tăng nhanh và rõ rệt hơn.

2.3. Giai đoạn cực khoái (orgasm)

Nếu những kích thích tình dục tiếp tục được duy trì trong giai đoạn cao trào, thì những khoái cảm tình dục này sẽ dần đạt đến một ngưỡng nhất định gọi là cực khoái (hay còn gọi là khoái lạc tột đỉnh – climax). Về mặt sinh học, cực khoái là một giai đoạn tương đối ngắn ngủi trong chu trình đáp ứng tình dục, thông thường chỉ diễn ra trong vài giây. Cường độ và độ dài của cơn cực khoái rất khác nhau giữa các cá nhân.

2.4. Giai đoạn thoái trào (resolution)

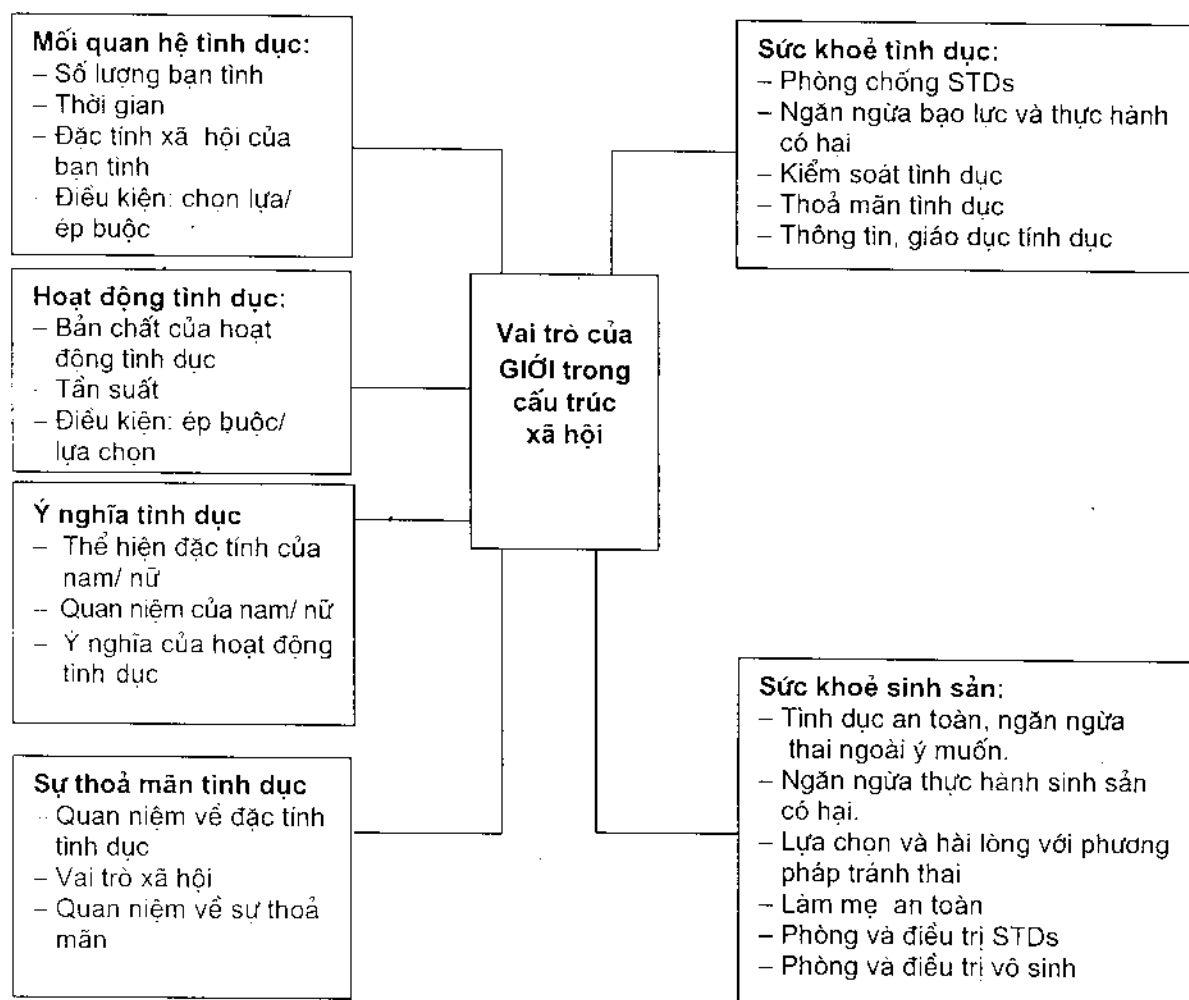
Giai đoạn thoái trào có thể nói là giai đoạn cơ thể trở về trạng thái bình thường khi không có các kích thích tình dục. Trong giai đoạn này, các thay đổi về mặt giải phẫu và sinh lý diễn ra ở giai đoạn kích thích và cao trào mất dần đi.



Hình 3.1. Chu trình đáp ứng tình dục ở người
a) Nữ; b) Nam

3. MỐI LIÊN HỆ GIỮA SỨC KHOẺ TÌNH DỤC, GIỚI VÀ SỨC KHOẺ SINH SẢN

Mô hình của Ruth – Dixon Muller (1993) mô tả mối liên hệ mật thiết giữa vai trò của yếu tố giới với sức khỏe sinh sản và sức khỏe tình dục. Mô hình này được sử dụng khá phổ biến trên thế giới trong các nghiên cứu giải thích hành vi tình dục, các khía cạnh và các mối liên hệ tình dục cũng như là cơ sở để tiến hành can thiệp cộng đồng.



4. MỘT SỐ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC

4.1. Rối loạn cương

Rối loạn cương thể hiện ở khó cương cứng dương vật (đôi khi được gọi một cách thông tục là “bất lực”) là một biểu hiện khá phổ biến. Về cơ bản có hai nhóm nguyên nhân chính, đó là tâm lý và thực thể. Một số người có thể cương

cứng khi tự kích thích (thủ dâm) nhưng lại gặp khó khăn khi tiến hành giao hợp bình thường. Một số có thể gặp khó khăn cương cứng với người phụ nữ này nhưng lại không có vấn đề gì với người khác. Nếu loại trừ các nguyên nhân tâm lý như quá hồi hộp, lo lắng, lần đầu quan hệ tình dục, hay lần đầu với một bạn tình mới,... mà vẫn có vấn đề thì nhiều khả năng đã có một bệnh lý thực thể và cần tham khảo cán bộ tư vấn và thầy thuốc chuyên khoa.

4.2. Xuất tinh sớm

Trước đây các nhà nghiên cứu đặt ra các mốc thời gian cho việc xuất tinh, ngày nay thường sử dụng định nghĩa là, khi người bạn tình chưa đạt cực khoái mà người đàn ông đã xuất tinh thì đều được coi là xuất tinh sớm. Tâm trạng lo lắng trong quan hệ tình dục là nguyên nhân chủ yếu. Đặc biệt xuất tinh sớm hay gặp ở những người đàn ông quan hệ tình dục lần đầu tiên. Các mối quan hệ tình dục vội vàng, những lần quan hệ nhanh và vội trộm, lo lắng sợ bị phát hiện, v.v... dễ dàng gây ra sự xuất tinh sớm.

4.3. Xuất tinh chậm

Ngược lại với xuất tinh sớm, người đàn ông có thể vẫn cương cứng bình thường mà không xuất tinh được vào lúc mong muốn hay thậm chí mất hoàn toàn khả năng xuất tinh.

4.4. Đau khi giao hợp

Đây là vấn đề vào loại phổ biến nhất trong các biểu hiện trực trặc về tình dục ở nữ trong mọi lứa tuổi. Người phụ nữ có thể thấy đau hoặc không thoải mái ở xung quanh âm đạo, âm hộ khi bắt đầu, trong hay sau khi giao hợp. Thuật ngữ y học còn gọi là *giao hợp đau*. Có nhiều nguyên nhân khác nhau như đau do giao hợp quá sớm sau khi sinh con. Thông thường cần kiêng giao hợp khoảng ít nhất là 6 tuần sau khi sinh (có thể lâu hơn nếu phải cắt, khâu vùng tầng sinh môn). Tốt nhất là chỉ bắt đầu tiến hành giao hợp lại sau khi người phụ nữ cảm thấy thể lực hồi phục hoàn toàn.

Các viêm nhiễm sinh dục cũng là một nguyên nhân phổ biến gây giao hợp đau. Các khối u tiết niệu sinh dục cũng là một nguyên nhân phổ biến. Trong tất cả các trường hợp có bệnh lý thực thể cần phải đi khám, chăm sóc và điều trị y tế phù hợp. Ngoài ra, sự suy giảm nội tiết tố (nhất là trong giai đoạn mãn kinh) ở phụ nữ cũng dẫn tới việc dịch tiết âm đạo, âm hộ giảm sút làm cho âm đạo bị khô và đau đến khi giao hợp. Các liệu pháp hoóc môn sẽ có thể khắc phục tình trạng này. Ngoài ra, khi giao hợp cũng nên dùng thêm những chất kem bôi trơn phù hợp theo hướng dẫn của bác sĩ. Cá biệt cũng có những phụ nữ quá lo lắng khi giao hợp (nhất là lần đầu tiên) gây ra co thắt các cơ vòng quanh âm đạo và

gây đau. Những liệu pháp tâm lý giúp giải tỏa lo lắng và những kích thích tình dục phù hợp sẽ có những hiệu quả nhất định.

4.5. Giảm ham muốn tình dục

Điều này có thể xảy ra ở cả nam và nữ do nhiều nguyên nhân khác nhau. Tần số và cường độ ham muốn tình dục phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố về tâm lý, sinh lý, kinh nghiệm cuộc sống và nhiều bệnh lý thực thể.

Với phụ nữ, chu kỳ kinh nguyệt ảnh hưởng khá rõ tới nhu cầu quan hệ tình dục. Những nguyên nhân tâm lý khác như phải làm việc quá sức, quá tập trung vào một vấn đề cá nhân hoặc gia đình nào đó. Việc giảm ham muốn tình dục với một bạn tình nào đó nhưng vẫn bị cuốn hút và có hứng thú với các đối tượng khác có thể là biểu hiện của sự rạn nứt, đổ vỡ trong mối quan hệ và biểu hiện của sự thay đổi tình cảm. Ở nam giới, gánh nặng công việc, gánh nặng về tài chính có thể để lại hậu quả nhất định, làm suy giảm sức lực, sự tập trung và ham muốn tình dục.

Rượu cũng là một tác nhân có ảnh hưởng tiêu cực tới ham muốn tình dục. Một số loại thuốc điều trị nhất định cũng có tác dụng phụ làm suy giảm ham muốn tình dục ở nam giới. Vì vậy, khi đang theo một phác đồ điều trị một bệnh nào đó cần tham khảo ý kiến chuyên môn về việc này. Suy giảm hoặc môn sinh dục ở cả hai giới là một yếu tố quan trọng dẫn tới giảm hưng phấn và hứng thú tình dục. Cá biệt, một số thay đổi khuynh hướng tình dục cũng dẫn tới việc giảm ham muốn tình dục khác giới.

Mặc dù chưa được nghiên cứu sâu rộng ở Việt Nam, đồng tính luyến ái và quan hệ tình dục đồng giới đã là một chủ đề khá phổ biến ở nhiều nước trên thế giới. Những người thấy có sự thay đổi về khuynh hướng tình dục, cần tham khảo ý kiến tư vấn của thầy thuốc chuyên khoa. Để có một đời sống tình dục thoải mái, các yếu tố tâm lý và thể chất đều cần phải được chú trọng. Cuộc sống tình dục thỏa mãn đòi hỏi sự yêu thương, chăm sóc từ cả hai phía, sự rèn luyện và duy trì sức khỏe tốt, chế độ dinh dưỡng phù hợp, một thói quen sinh hoạt điều độ, hài hòa giữa công việc và thư giãn, nghỉ ngơi.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày một số khái niệm cơ bản liên quan đến sức khỏe tình dục.
2. Tình dục khác với tính dục ở điểm nào?
3. Phân tích các ví dụ minh họa cho các khía cạnh tình dục.
4. Mô tả được những giai đoạn chính trong chu trình đáp ứng tình dục ở người trưởng thành.

5. Nêu được một số rối loạn chức năng tình dục thường gặp trên thực tế (câu hỏi lựa chọn).
6. Hãy chọn một câu trả lời đúng nhất:
1. Chu kỳ đáp ứng tình dục ở người bình thường có mấy giai đoạn:
 - a) 2 giai đoạn
 - b) 3 giai đoạn
 - c) 4 giai đoạn
 - d) 5 giai đoạn.
 2. Theo mô hình của Ruth – Dixon Muller, SKTD có mối liên quan như thế nào với các yếu tố khác:
 - a) SKSS – SKTD
 - b) SKSS – giới tính – SKTD
 - c) SKSS – giới – SKTD

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Đơn vị nghiên cứu Sức khỏe Cộng đồng – Đại học Y khoa Hà Nội. *Những điều cần biết thêm về sức khỏe vợ chồng*. Bản dịch từ tiếng Anh – tài liệu lưu hành nội bộ.
2. Nguyễn Quỳnh Trang, Debra Efroymson, Nguyễn Khánh Linh, *Trò chuyện về giới tính, tình yêu, sức khỏe*. Nhà xuất bản Phụ nữ. Hà Nội, 1997.
3. Ủy ban quốc gia DS – KHHGD, *Tình yêu tình dục và hạnh phúc lứa đôi*. GTZ – UBQGDS, Dự án tăng cường sức khỏe gia đình. Hà Nội, 2000.

Bài 4

SỨC KHOẺ SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN VÀ GIÁO DỤC GIỚI TÍNH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được những đặc điểm tâm sinh lý trong giai đoạn trẻ ở lứa tuổi vị thành niên (VTN).
2. Nêu được các yếu tố nguy cơ về SKSS VTN.
3. Trình bày được những vấn đề SKSS thường gặp ở lứa tuổi VTN.
4. Nêu được phương hướng tiếp cận giải quyết các vấn đề SKSS VTN.

NỘI DUNG

1. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM PHÁT TRIỂN TÂM LÝ Ở TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

Tổ chức Y tế thế giới quy định VTN là những người trong độ tuổi từ 10 – 19. Như vậy, những người này ở sau tuổi nhi đồng và trước tuổi trưởng thành. Thanh niên là những người trong độ tuổi từ 15 – 24, còn những người trẻ tuổi là những người trong độ tuổi 10 – 24.

Giai đoạn này đặc trưng cho sự phát triển từ một em bé thành một người lớn, với những đặc tính về mặt thể chất cũng như tâm tư, tình cảm. Cùng với quá trình phát triển này, vị trí xã hội của các bé gái và bé trai không ngừng thay đổi: đó là sự thay đổi trong cách ứng xử với các em cũng như trong cách ứng xử của các em với mọi người.

Những thay đổi trong giai đoạn VTN

1.1. Sự phát triển thể chất ở tuổi VTN

Sự phát triển thể chất của VTN được biểu hiện bởi sự thay đổi hình thái bên ngoài về giải phẫu và sinh lý.

Theo phân loại của Tanner về phát triển, dậy thì được chia làm 5 giai đoạn. Giai đoạn đầu tiên là tiền dậy thì, và giai đoạn cuối cùng là trưởng thành. Đối với bé gái, phân loại được định ra theo sự phát triển của vú và lông mu, còn với nam thì sự phát triển của dương vật, tinh hoàn và lông mu. Xuất hiện kinh nguyệt là dấu hiệu chắc chắn nhất của dậy thì hoàn toàn ở nữ. Xuất tinh (giấc mơ ướt) là hiện tượng quan trọng để có thể nói rằng trẻ trai đã dậy thì hoàn toàn.

Bé gái bắt đầu dậy thì ở tuổi 10 – 11 và bé trai ở tuổi từ 13 – 14 tuổi. Thời gian đạt được đặc tính sinh dục như người lớn ở trẻ trai là khoảng 4 năm và ở trẻ gái khoảng 2 ÷ 3 năm tính từ lúc bắt đầu dậy thì.

Ở trẻ trai, tốc độ tăng trưởng về chiều cao trung bình 8,7 cm trong năm đầu của dậy thì, 6,5 cm ở năm thứ hai hay thứ ba. Trong năm tăng trưởng tối đa, tốc độ tăng trưởng về chiều cao có thể đạt từ 9 ÷ 12 cm/năm.

Ở trẻ gái, tốc độ tăng trưởng về chiều cao trung bình 7,5 cm ở năm đầu của dậy thì, 5,5 cm ở năm sau. Trong năm tăng trưởng tối đa, tốc độ tăng trưởng có thể đạt từ 6 ÷ 11 cm/năm.

Tóm tắt sự thay đổi thể chất ở tuổi dậy thì như sau:

Nữ	Nam
Phát triển chiều cao	Phát triển chiều cao
Phát triển cân nặng	Phát triển cân nặng
Phát triển vú	Phát triển vú
Phát triển lông mu	Phát triển lông mu
Thay đổi giọng nói	Giọng nói trầm
Tăng tiết mồ hôi và chất nhờn	Tăng tiết mồ hôi và chất nhờn
Bắt đầu có kinh nguyệt	Dương vật và tinh hoàn phát triển, cơ cánh tay phát triển, các cơ rắn chắc, lông trên cơ thể và mắt phát triển
Không phát triển về ngực, vai và các cơ như ở nam	Dương vật và tinh hoàn phát triển, bắt đầu xuất tinh
Đùi trở nên thon	
Cơ quan sinh dục phát triển, bắt đầu có kinh nguyệt	Ngừng phát triển bộ xương, sau khi hình thể đã hoàn thiện
Ngừng phát triển bộ xương, sau khi hình thể đã hoàn thiện	

Nguồn: UNFPA, 1999

1.2. Thay đổi về tâm sinh lý

Trong giai đoạn dậy thì, do thay đổi của hoóc môn đã dẫn đến những thay đổi về thể chất và tâm sinh lý. Vị thành niên thường dễ bị chấn thương về tinh thần. Họ thường có xu hướng độc lập hơn, không phụ thuộc vào bố mẹ và hướng về bạn bè nhiều hơn. Đồng thời, họ thường cố gắng khẳng định mình là người lớn.

Ở tuổi VTN, tình dục và sinh sản trở thành hai khái niệm quan trọng. Việc giáo dục thanh, thiếu niên về sinh sản phải bắt đầu từ việc giảng giải về bản năng tình dục của con người, tình yêu giữa hai giới. Hoạt động tình dục của con người tương đối phức tạp. Con người luôn có tiềm năng và lòng ham muốn tình

dục, kể từ tuổi dậy thì cho đến lúc già. Hoạt động tình dục không chỉ có một mục đích đơn giản là để sinh ra một đứa con mà còn để tận hưởng sự vui thú, thể hiện sự gần gũi tâm tình, để giải phóng bớt sinh lực và để tìm nguồn hạnh phúc nữa. Hoạt động tình dục ở nam và nữ rất khác nhau. Một trong những lý do khiến đàn ông cho phép mình dễ dãi trong quan hệ tình dục là họ không thể có thai. Đối với phụ nữ, niềm vui sướng trong chốc lát có thể dẫn tới việc có thai không đúng lúc và không mong muốn. Để cho một xã hội tồn tại được, nam giới và nữ giới cần phải kiểm soát được hoạt động, tình dục của mình, thậm chí còn phải kiểm soát chặt chẽ hơn tất cả các hành vi khác của con người.

2. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỐI VỚI SỨC KHOẺ SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN

Vị thành niên trên toàn thế giới đứng trước vận hội và nguy cơ về sức khỏe sinh sản và tình dục, do họ không được cung cấp đầy đủ thông tin, kỹ năng, dịch vụ y tế và hỗ trợ để có thể đẩy lùi quan hệ tình dục trước tuổi trưởng thành, có khả năng tự đưa ra các quyết định dựa trên hiểu biết đầy đủ.

2.1. Môi trường xã hội và kinh tế

Đối với hàng triệu VTN, tình dục liên quan đến bạo lực, cưỡng ép và lạm dụng do chính những người trong gia đình hoặc là những người có vị trí địa vị cao trong xã hội. Do quan niệm và vị trí thấp kém trong xã hội, người phụ nữ thường không tránh khỏi cưới sớm, quan hệ tình dục với những người chồng không chung thủy v.v... Rất nhiều nữ VTN do không có trình độ văn hoá, điều kiện kinh tế đã bị đẩy vào vòng kiếm tiền thông qua quan hệ tình dục không an toàn, nghiện rượu, thuốc v.v...

2.2. Thông tin và kỹ năng

Tại hầu hết các nước trên thế giới, đại đa số VTN không được trang bị đầy đủ kiến thức và kỹ năng về tình dục và SKSS. Họ không có khả năng để từ chối quan hệ tình dục không an toàn hoặc thoả hiệp về tình dục an toàn. Rất nhiều nhà lãnh đạo cho rằng, việc cung cấp các kiến thức về tình dục và SKSS sẽ "vẽ đường cho hươu chạy", VTN sẽ trở nên có các hành vi về quan hệ tình dục sớm hơn. Nhưng trên thực tế, việc giáo dục tình dục an toàn hoàn toàn không dẫn đến quan hệ tình dục sớm hoặc tăng lên ở VTN.

2.3. Tiếp cận với dịch vụ y tế

Hầu hết VTN có quan hệ tình dục trước tuổi 20 không có tiếp cận với dịch vụ KHHGD, chăm sóc thai nghén, và chữa bệnh lây truyền qua đường tình dục. Nhiều yếu tố cản trở sự tiếp cận dịch vụ y tế của VTN, ví dụ như thời gian làm

việc không thích hợp, quá xa, không đảm bảo tính riêng tư v.v... Nhiều khi thái độ khắt khe của cán bộ y tế đã làm VTN không cảm thấy thoải mái khi tiếp cận với dịch vụ y tế.

3. CÁC VẤN ĐỀ SỨC KHOẺ SINH SẢN VỊ THÀNH NIÊN

3.1. Quan hệ tình dục và hôn nhân

Quan hệ tình dục trước hôn nhân phổ biến ở nhiều khu vực trên thế giới và ngày càng có xu hướng tăng lên. Các nghiên cứu ở châu Á và châu Phi đã cho thấy, phụ nữ trẻ chịu áp lực xã hội và các nhóm đồng đẳng rất lớn trong quan hệ tình dục trước hôn nhân. Tuổi kết hôn trung bình đã tăng lên tại nhiều nước, nên thời gian có nguy cơ quan hệ tình dục trước hôn nhân ngày càng cao. Nhiều yếu tố xã hội dẫn đến việc quan hệ tình dục trước hôn nhân ngày càng tăng, ví dụ tiếp cận với các phương tiện truyền thông, di dân, phân cấp giàu nghèo trong xã hội ngày càng lớn v.v...

Quan hệ tình dục trước hôn nhân thường xảy ra phổ biến ở nam VTN hơn là nữ VTN. Trong hầu hết các xã hội, các quy định nghiêm cấm tình dục trước hôn nhân thường chú trọng vào phụ nữ hơn là nam giới.

Việc có con ngoài hôn nhân là một gánh nặng tinh thần và vật chất đối với những người mẹ trẻ VTN. Họ có nguy cơ phải nuôi dạy con một mình mà không có sự hỗ trợ của gia đình và người nam giới.

Tại Việt Nam và các nước châu Á, sự trinh tiết vẫn được đánh giá cao. Tỷ lệ quan hệ tình dục trước hôn nhân rất khó xác định chính xác. Một số nghiên cứu cho rằng có khoảng 30% thanh niên có quan hệ tình dục trước hôn nhân và một số nguồn thông tin khác cho rằng tỷ lệ đó có thể cao hơn.

Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng, tuổi bắt đầu có quan hệ tình dục ở nam là khoảng 19 và nữ là 19,5. Lý do dẫn đến xu hướng quan hệ tình dục trước hôn nhân ngày càng tăng là tuổi kết hôn ngày càng tăng và tuổi dậy thì ngày càng giảm, VTN lựa chọn bạn tình kỹ hơn.

Hầu hết nam VTN đều nói rằng, họ đã có quan hệ tình dục với bạn gái. Tuy nhiên, theo một số nghiên cứu thì có 25% số nam thanh niên được phỏng vấn có quan hệ tình dục lần đầu tiên với gái mại dâm. Quan hệ tình dục với nhiều bạn tình làm tăng nguy cơ nhiễm HIV và các bệnh lây truyền qua đường sinh sản.

3.2. Mang thai và sinh con ở lứa tuổi VTN

Có thai và sinh con trong tuổi VTN có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, bao gồm cả nguy cơ liên quan đến thai nghén, biến chứng do nạo phá thai không an toàn và tử vong mẹ, cũng như những tác hại xấu đến việc học hành và hậu quả kinh tế.

Nguy cơ sức khỏe ở VTN có thai trước 18 tuổi rất cao do cơ thể chưa phát triển hoàn chỉnh. Hiểu biết về sinh lý thụ thai, các biện pháp tránh thai còn chưa đầy đủ hoặc chưa được hướng dẫn cẩn thận. VTN từ 14 – 18 tuổi có thai thì nguy cơ tử vong cao hơn từ 20 – 24 tuổi là 5 lần. Tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh ở những người mẹ VTN cao hơn so với những người mẹ trên 20 tuổi là 30%.

Hiện nay việc sinh con sớm cũng không được khuyến khích. Có con muộn sẽ tạo nhiều cơ hội thăng tiến cho VTN. Họ có điều kiện hơn để học hành, tìm việc làm khi chưa vướng vào việc gia đình. Có con khi ngoài 20 tuổi sẽ làm giảm tỷ lệ tăng trưởng dân số nói chung và nhiều cơ hội tốt đẹp hơn trong cuộc sống cho VTN.

Việc sinh con ngoài ý muốn là một gánh nặng cho rất nhiều VTN và gia đình, đặc biệt khi việc này không được chấp thuận. Việc sinh con sẽ đặt nhiều VTN nữ bắt buộc phải kết hôn, phải thôi học giữa chừng. Rất nhiều VTN nữ cho rằng, họ sinh con ngoài ý muốn. Trong số 13 triệu VTN trên thế giới sinh con hàng năm, có rất nhiều người sinh con ngoài ý muốn.

Ở Việt Nam, trong những năm gần đây, tỷ lệ lấy chồng sớm ở nông thôn đang gia tăng một cách đáng lo ngại, song tiếc thay chúng ta chưa có số liệu thống kê đầy đủ về vấn đề này. Tuy nhiên, cũng có một số nghiên cứu về tình trạng có thai và sinh con sớm ở tuổi VTN.

Theo bà Huỳnh Thị Trọng (Trung tâm BVBMTE TP. Hồ Chí Minh), năm 1990, có tới 583 trẻ VTN nạo thai, năm 1995 đã tăng lên tới 1423 em. Tại bệnh viện Hùng Vương, TP. Hồ Chí Minh, trong 3 tháng từ 1/11/1996 đến 31/3/1996 có 19 sản phụ dưới 19 tuổi sinh con tại bệnh viện này và người ít tuổi nhất là 14 tuổi. Tỷ lệ nhiễm độc thai nghén, ngôi thai bất thường, chấn thương đường sinh dục, trẻ sơ sinh nhẹ cân cao hơn nhiều so với những sản phụ ngoài 20 tuổi. Đây là một vấn đề bức xúc đối với xã hội và nổi cộm trong chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam cũng như các nước khác trên thế giới.

3.3. Phá thai

Có khoảng 2 triệu phụ nữ trẻ VTN ở các nước đang phát triển nạo phá thai mỗi năm và có khoảng 1/3 số phụ nữ dưới 20 tuổi phải đi điều trị tại các bệnh viện do tai biến nạo phá thai. Nguy cơ tai biến sau phá thai của VTN cao hơn bình thường do VTN không có kinh nghiệm trong việc nhận định tình trạng có thai của mình, thường cố lùi thời điểm phá thai vào giai đoạn muộn. Tai biến do nạo phá thai có thể là nhiễm trùng, chấn thương trong quá trình nạo phá thai, ví dụ thủng tử cung, băng huyết. Tai biến lâu dài có thể là nguy cơ có thai ngoài tử cung, nhiễm khuẩn đường sinh dục mạn tính và vô sinh.

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ phá thai cao trên thế giới. Theo số liệu của Bộ Y tế, Việt Nam có khoảng 300000 ca nạo phá thai ở những người trẻ dưới 19 tuổi vào năm 1992. Tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, từ tháng 3 – 8/2001 có 2344 trường hợp nạo phá thai, trong đó có tới 19,5% là ở độ VTN. Tuổi ít nhất trong số này là 16, trong đó học sinh chiếm tới 17,29%, chưa có chồng chiếm 76,59%.

3.4. Kiến thức và sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT)

Tỷ lệ VTN có thể kể tên ít nhất một BPTT tương đối cao. Tuy nhiên hiểu biết về cách sử dụng các BPTT ở VTN còn rất hạn chế. Kiến thức về nơi/nguồn cung cấp BPTT cũng rất hạn chế ở VTN. VTN ở nông thôn thường ít hiểu biết về nơi cung cấp BPTT hơn là VTN thành thị.

Một số BPTT được sử dụng tương đối phổ biến trong số VTN là viên uống tránh thai, thuốc tiêm, cấy và vòng tránh thai. Rất ít VTN sử dụng bao cao su, mặc dù thông tin về HIV/AIDS được phổ biến rộng rãi. Tỷ lệ này thấp dưới 8% ở các nước đang phát triển.

Hiện tại không có nhiều số liệu về tình hình sử dụng BPTT ở VTN Việt Nam, đặc biệt ở đối tượng chưa có gia đình. Theo một nghiên cứu thì tỷ lệ sử dụng BPTT rất thấp ở VTN, nam VTN là 8,8%, nữ VTN là 1,1%, tỷ lệ hiện tại sử dụng là 6,6% và 0,9% (2001). Phương pháp sử dụng phổ thông nhất là bao cao su, tiếp đó là biện pháp truyền thống. Kiến thức của VTN về cách sử dụng BPTT còn rất hạn chế. Rất nhiều người không hiểu thế nào là tình dục an toàn, thường có nhiều hiểu biết và quan điểm không chính xác về các BPTT, đặc biệt là thuốc viên tránh thai và thuốc uống tránh thai khẩn cấp.

3.5. Các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) và HIV/AIDS

Tỷ lệ mắc các bệnh LTQĐTD rất cao. Trên thế giới, hàng ngày có khoảng 500000 người trẻ tuổi nhiễm bệnh LTQĐTD. Hầu hết trong số đó thuộc lứa tuổi 20 – 24 và sau đó là 15 – 19 tuổi. Tại Bắc Mỹ và Tây Âu có khoảng 8 – 9/100 người mắc bệnh LTQĐTD/năm và con số này còn cao hơn tới 3 lần ở các nước đang phát triển.

Khả năng nhiễm bệnh LTQĐTD của VTN cao hơn bình thường do họ có ít kháng thể hơn, đường sinh dục chưa hoàn chỉnh nên khả năng lây bệnh cao hơn. Các hậu quả của bệnh LTQĐTD là vô sinh, con sinh ra nhẹ cân, đẻ non... Điều kiện vệ sinh kém, nghèo đói và không có tiếp cận với các dịch vụ y tế làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Tỷ lệ VTN Việt Nam nhiễm bệnh LTQĐTD ngày càng tăng, có khoảng 1,7% trẻ dưới 15 tuổi mắc bệnh lậu và 1,5% bị nhiễm các bệnh LTQĐTD khác.

Những người mắc bệnh LTQĐTD thường có nguy cơ nhiễm HIV/AIDS cao hơn bình thường. VTN có nguy cơ cao bị lây nhiễm HIV. Có khoảng 50% số ca mới nhiễm HIV là VTN ở lứa tuổi 15 – 24. Đặc biệt nữ VTN có nguy cơ nhiễm HIV cao hơn là nam ở lứa tuổi 20. Hằng năm có khoảng 53% số ca mới mắc HIV là nữ VTN và 25% số ca nhiễm khuẩn là nữ VTN từ 13 – 21 tuổi.

Tại Việt Nam, theo Ủy ban quốc gia phòng chống AIDS (2003) thì thanh niên là những người dễ nhiễm HIV nhất. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS đã tăng trong thời gian 1997 đến 1998 từ 5,3% lên 12,0% ở lứa tuổi 13 – 19 và tăng từ 16,8% lên 34,2% ở đối tượng 20 – 29. Tiêm chích ma túy là con đường lây nhiễm chủ yếu ở thanh niên, tuy nhiên tỷ lệ lây nhiễm qua đường tình dục có xu hướng tăng lên như tình hình ở các nước khác. Kiến thức về HIV/AIDS của thanh thiếu niên vẫn còn nhiều hạn chế. Rất nhiều bạn trẻ cho rằng HIV/AIDS không liên quan tới đời sống của họ cho dù thông tin về HIV/AIDS đã được tuyên truyền rộng rãi trong cả nước.

4. CÁC CHƯƠNG TRÌNH VÀ CHIẾN LƯỢC CAN THIỆP

Trong vòng 5 năm gần đây các vấn đề về VTN là một điểm nóng tại các nước đang phát triển do quan hệ tình dục, có thai ngoài ý muốn và HIV/AIDS tăng nhanh. Tình trạng sức khỏe và sự phát triển của VTN chịu tác động của nhiều yếu tố như môi trường, kinh tế, văn hoá, xã hội, điều kiện sống v.v... Đẩy mạnh các chương trình sức khỏe dành cho VTN chỉ là một phần của giải pháp nhằm tăng cường sức khỏe VTN mà thôi. Tuy nhiên việc đẩy mạnh các chương trình y tế là một trong những phần cần phải thay đổi nhanh nhất trong giai đoạn trước mắt, nhằm đảm bảo việc cung cấp thông tin và dịch vụ y tế về SKSS cho các thanh thiếu niên. Mục đích chính của các chương trình SKSS này là hỗ trợ VTN trong việc tiếp cận, nhận thông tin, tăng cường các cơ hội có thể xây dựng được kỹ năng, tư vấn về các dịch vụ lâm sàng cần thiết. Cách tiếp cận đó có thể được thực hiện tại nhiều địa điểm khác nhau, ví dụ tại gia đình, trường học, cơ quan, các địa điểm thuộc cộng đồng, các cơ sở y tế và KHHGĐ. Rất nhiều thanh thiếu niên mong muốn rằng nguồn thông tin về SKSS sẽ là cha mẹ mình. Tuy nhiên, trên thực tế cha mẹ thường không trao đổi với con cái mình về những vấn đề này do họ cảm thấy không thoải mái, không biết chính xác lắm về những vấn đề cần phải trao đổi thảo luận. Tình hình tương tự như vậy đối với thầy, cô giáo và các cán bộ y tế. Cho nên, thực tế nguồn thông tin chính về SKSS là bạn bè và thông tin đại chúng (sách báo, đài phát thanh và truyền hình).

Để khắc phục những khó khăn đó, có một số can thiệp đã được triển khai rộng ở các nước đang phát triển, ví dụ chương trình giáo dục giới tính tại các

trường học, hoặc các chương trình truyền thông thường kỳ dành cho thanh thiếu niên, hoặc là các dịch vụ tư vấn tại các cơ sở y tế khi thanh thiếu niên đi khám hoặc chữa bệnh tại đó. Nhiều chương trình có chất lượng tốt, tuy nhiên thường không đáp ứng được nhu cầu của thanh thiếu niên và không có độ bao phủ rộng.

WHO/UNFPA/UNICEF đã đưa ra chiến lược chung nhằm nâng cao sự phát triển lành mạnh và cung cấp dịch vụ khi cần thiết đối với VTN. Có 6 nguyên tắc chính cho các nhà hoạch định và xây dựng chương trình về VTN như sau:

- Xem VTN cần gì và họ đã làm gì để có thể có được thông tin và dịch vụ SKSS và tình dục.

- Nhận biết và đề cập được nhu cầu của VTN khác nhau tùy theo kinh nghiệm tình dục và các yếu tố liên quan khác.

- Xây dựng kỹ năng cho VTN như là một phần cơ bản của chương trình can thiệp.

- Lôi cuốn người lớn trong việc tạo ra môi trường an toàn hỗ trợ cho VTN có thể phát triển là tự làm chủ cuộc đời, kể cả đời sống SKSS và tình dục.

- Cung cấp thông tin và dịch vụ SKSS với các loại hình khác nhau (địa điểm và người cung cấp dịch vụ: nhà nước, tư nhân, lâm sàng và cận lâm sàng).

- Tận dụng tối đa những điều kiện sẵn có, xây dựng và phát triển, kết nối các dịch vụ với nhau một cách linh hoạt để có thể tiếp cận được với VTN một cách nhiều nhất.

Ở Việt Nam hiện nay, dịch vụ SKSS cho VTN vẫn còn nghèo nàn. Các chương trình KHHGD vẫn tiếp tục chú trọng vào vòng tránh thai, tuy rằng biện pháp này không thích hợp với các phụ nữ trẻ chưa có con. Mặc dù các chương trình KHHGD có đề cập nhiều đến việc giãn khoảng cách sinh, nhưng áp lực gia đình và xã hội vẫn rất lớn đối với phụ nữ trong việc phải sinh con sớm, đặc biệt là sinh con trai.

Các phụ nữ trẻ chưa có gia đình có thể tiếp cận với dịch vụ nạo phá thai. Tuy nhiên, họ thường không được nhận dịch vụ tư vấn sau nạo phá thai kể cả tư vấn về BPTT. Theo một nghiên cứu của GTZ thì có 85% VTN cho rằng họ cần được cung cấp thông tin về SKSS/KHHGD. Tuy nhiên, chỉ có 35% cần được cung cấp dịch vụ mà thôi. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới việc tiếp nhận thông tin và dịch vụ của VTN. Một trong những lý do họ không được cung cấp thông tin và dịch vụ là do chính sách quốc gia chú trọng chủ yếu vào những người có gia đình, và những người cung cấp dịch vụ chưa được đào tạo để có thể thực hiện được dịch vụ tư vấn cho VTN.

Tại nhà trường các chương trình giảng dạy chủ yếu chỉ đề cập đến vấn đề dân số và sự phát triển kinh tế chứ không chú trọng nhiều đến SKSS và sức khỏe tình dục. Các chương trình giảng dạy chưa được sôi động, tích cực lôi cuốn học sinh và chưa đề cập đến sự khác biệt giữa những người có quan hệ tình dục/không quan hệ tình dục và người có gia đình/chưa có gia đình.

Ngày 13/1/2000, Hội KHHGD Việt Nam đã tổ chức Diễn đàn về SKSS VTN. Chương trình dự án SKSS VTN đã thực hiện những vấn đề sau:

- Đưa chương trình giáo dục giới tính vào trong trường học.
- Đẩy mạnh việc truyền thông cá nhân và thông qua phương tiện đại chúng.
- Tạo ra các địa điểm có điều kiện tổ chức hoạt động sinh hoạt văn hoá, thể thao có thể thu hút được VTN.
- Tăng cường thu hút sự hỗ trợ của Nhà nước và các nhà tài trợ khác.

Hiện nay, một số chương trình can thiệp SKSS cho VTN đã được thực hiện. Ngoài việc từng bước đưa giáo dục giới tính vào trường học, các kênh thông tin, giáo dục SKSS cũng dần được đa dạng qua các loại hình như diễn đàn thanh niên, câu lạc bộ tiền hôn nhân, cộng đồng tham gia trong giáo dục SKSS, đường dây nóng trả lời thắc mắc, giới tính 1080, Internet, tư vấn trực tuyến, radio và các cuộc thi tìm hiểu, các dịch vụ sức khỏe thân thiện v.v... Đây là điều kiện cho VTN tiếp cận với thông tin và dịch vụ đa dạng, tăng niềm tin cho VTN nữ, nâng cao bình đẳng giới trong nhóm VTN.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày những đặc điểm tâm sinh lý trong giai đoạn trẻ ở lứa tuổi vị thành niên (VTN).
2. Trình bày các yếu tố nguy cơ về SKSS vị thành niên. Lấy ví dụ minh họa cho từng nguy cơ.
3. Kể tên một vài chương trình SKSS VTN ở Việt Nam mà bạn biết.
4. Trình bày những vấn đề SKSS thường gặp ở lứa tuổi VTN (quan hệ tình dục trước hôn nhân, mang thai và sinh con, vấn đề bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiến thức về các biện pháp tránh thai). Phân tích trường hợp do giáo viên chuẩn bị.
5. Hãy chọn đúng/sai cho từng câu hỏi sau:
 1. Vị thành niên có nguy cơ khi mang thai và sinh đẻ cao hơn những người trưởng thành.
 2. Theo Tổ chức Y tế thế giới, vị thành niên là nhóm tuổi từ 15 – 24.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Belanger và Hong. K.T. *Kết quả nghiên cứu về tình dục và nạo thai trước hôn nhân của nữ thanh niên trên địa bàn Hà Nội*. Báo cáo cho UNFPA, 1996.
2. GTZ – UBQGDS – KHHGD. *Tăng cường sức khoẻ sinh sản, Thanh thiếu niên. Sức khoẻ sinh sản và sức khoẻ tình dục*. Chương 1 – 5. Hà Nội, 2000.
3. GTZ. *Tăng cường sức khoẻ sinh sản*. Điều tra tư liệu về: Các dịch vụ điều hoà kinh nguyệt và nạo thai tại ba tỉnh của Việt Nam: Ninh Bình, Nghệ An và Bình Định, 2000.

NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN, CÁC BỆNH LÂY NHIỄM QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC VÀ HIV/AIDS

MỤC TIÊU

1. Trình bày được những đặc điểm chung của bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản (NKĐSS) và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) và HIV/AIDS.
2. Nêu được các yếu tố nguy cơ lây nhiễm các bệnh NKĐSS, LTQĐTD và HIV/AIDS.
3. Nêu được biện pháp phòng chống các bệnh NKĐSS, LTQĐTD và HIV/AIDS.

NỘI DUNG

1. NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG SINH SẢN

1.1. Giới thiệu chung

Nhiễm khuẩn đường sinh sản (trước đây gọi là viêm sinh dục tiếng Anh là Reproductive Tract Infections – RTIs), là một bệnh thường gặp nhất ở phụ nữ, đặc biệt ở những nước đang phát triển. Tỷ lệ bệnh NKĐSS khá cao. Tổ chức Y tế thế giới ước tính có khoảng 333 triệu ca mới mắc bệnh NKĐSS hằng năm và có khoảng 6 trên 10 phụ nữ ở một số nước mắc bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) (UNFPA, 1997). NKĐSS bao gồm ba loại nhiễm khuẩn:

– Do các bệnh LTQĐTD như Chlamydia, lậu, trùng roi sinh dục, giang mai, hạ cam, éc pét sinh dục, sùi mào gà sinh dục và các di chứng mắc sùi mào gà và nhiễm HIV/AIDS.

– Nhiễm khuẩn nội sinh là do sự phát triển quá mức của các vi sinh vật có sẵn trong đường sinh dục của phụ nữ như viêm âm đạo vi khuẩn và viêm âm hộ – âm đạo do nấm men.

– Nhiễm khuẩn do thủ thuật y tế không vô khuẩn sau sảy, đẻ, nạo hút thai không an toàn.

Như vậy, NKĐSS rất rộng, bao gồm tất cả các nhiễm khuẩn đường sinh dục. Hầu hết tất cả các bệnh nhiễm khuẩn này đều có thể phòng ngừa và điều

trị khỏi được. Nếu phân chia theo cơ quan bị bệnh, nhiễm khuẩn sinh sản nữ được phân thành nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới và nhiễm khuẩn đường sinh dục trên.

- Nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới: âm hộ, âm đạo, cổ tử cung.
- Nhiễm khuẩn đường sinh dục trên: tử cung, vòi trứng, buồng trứng.

Ở nam giới, NKĐSS bao gồm viêm quy đầu, niệu đạo, tinh hoàn, mào tinh hoàn và thừng tinh.

1.2. Những đặc điểm của NKĐSS

Phụ nữ dễ mắc NKĐSS hơn nam giới. Khi bị bệnh thường ẩn các triệu chứng nên người phụ nữ ít chú ý đến. Chỉ khi phát bệnh rồi mới đi khám bệnh thì đã muộn. Biểu hiện của NKĐSS thường không điển hình. Ví dụ có các hội chứng như tiết dịch âm đạo (ở nữ giới) hoặc tiết dịch niệu đạo (ở nam giới), đau bụng dưới (ở nữ giới), loét sinh dục, sưng hạch bẹn và sùi mào gà sinh dục (ở cả nam và nữ).

Phụ nữ mang thai hoặc nuôi con nhỏ bị hạn chế tác dụng điều trị do một số thuốc qua rau thai hoặc sữa sẽ ảnh hưởng đến thai nhi hoặc sự phát triển của trẻ em nên không dùng để điều trị được. Những người mắc bệnh LTQĐTD có nguy cơ mắc bệnh HIV/AIDS cao hơn là người bình thường.

2. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI BỆNH NKĐSS

2.1. Yếu tố ảnh hưởng

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới sự phát triển của bệnh NKĐSS và được phân ra làm ba loại chính sau: môi trường sinh lý cơ thể, hành vi sức khỏe cá nhân và điều kiện kinh tế xã hội.

Các vi sinh vật có sẵn trong cơ thể (âm đạo), hoặc môn và các yếu tố miễn dịch có ảnh hưởng trực tiếp đến mức độ cảm nhiễm, lây nhiễm của cơ thể cũng như biến chứng của cơ thể đối với bệnh NKĐSS. Những yếu tố này chịu ảnh hưởng trực tiếp của các hành vi cá nhân như quan hệ tình dục và các hành vi sức khỏe khác, cũng như ảnh hưởng của chế độ vệ sinh khi sinh hoạt tình dục và môi trường sinh hoạt, làm việc (nước).

Hành vi cá nhân và các yếu tố nguy cơ chịu sự tác động lớn của môi trường kinh tế, văn hóa, xã hội và các yếu tố khác ở cộng đồng. Tình trạng nghèo đói ở các nước đang phát triển dễ tạo điều kiện cho các hành vi nguy cơ như quan hệ tình dục vì tiền. Bên cạnh đó, các dịch vụ y tế không đáp ứng được nhu cầu khám chữa bệnh và phòng bệnh cũng là một yếu tố dẫn đến sự gia tăng của

bệnh NKĐSS. Tỷ lệ dân số trẻ cao, bất bình đẳng về giới cũng là những yếu tố nguy cơ dẫn đến tăng tỷ lệ bệnh NKĐSS.

Việc sử dụng các chất gây nghiện cũng có ảnh hưởng tới mắc bệnh LTQĐTD. Đặc biệt tiêm chích ma túy là nguyên nhân chính trong lây truyền HIV ở nhiều nước trên thế giới và Việt Nam. Sử dụng rượu và các chất gây nghiện khác cũng dễ tạo nên quan hệ tình dục không an toàn và gây ra nguy cơ nhiễm các bệnh LTQĐTD.

2.2. Hậu quả của NKĐSS

NKĐSS gây khó chịu, giảm chất lượng cuộc sống. Các bệnh này thường dẫn đến nguy cơ gây ra vô sinh và chữa ngoài tử cung cao. Bệnh có thể gây ra những hậu quả liên quan đến thai nghén, ví dụ như vô sinh, chữa ngoài tử cung, thai chết trong tử cung, sảy thai, thai nhẹ cân, nhiễm khuẩn chu sinh và sơ sinh sau đẻ. Phụ nữ chịu ảnh hưởng lâu dài do bệnh NKĐSS thường có thể bị nhiễm khuẩn cấp vùng tiểu khung, vô sinh, viêm phần phụ mãn tính.

Hậu quả của NKĐSS phụ thuộc rất nhiều vào tác nhân gây bệnh, thời gian mắc bệnh, kết quả điều trị, tuổi thai khi người mẹ mắc bệnh. Nói chung khi mắc bệnh càng ít tuổi thì nguy cơ càng cao, ảnh hưởng đến thai nghén nặng nề hơn. Nhiễm khuẩn cấp tính gây hậu quả xấu đối với thai nghén hơn là nhiễm khuẩn mạn tính.

Đặc biệt, NKĐSS tạo điều kiện thuận lợi cho việc lây truyền HIV/AIDS vì HIV/AIDS xâm nhập vào cơ thể qua những tổn thương này. Ngay cả những bệnh LTQĐTD không có vết loét cũng làm nguy cơ nhiễm HIV/AIDS từ 3 – 5 lần. Ngược lại, nhiễm HIV/AIDS lại làm tăng nguy cơ nhiễm các bệnh LTQĐTD.

3. CÁC BỆNH LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC

3.1. Giới thiệu chung

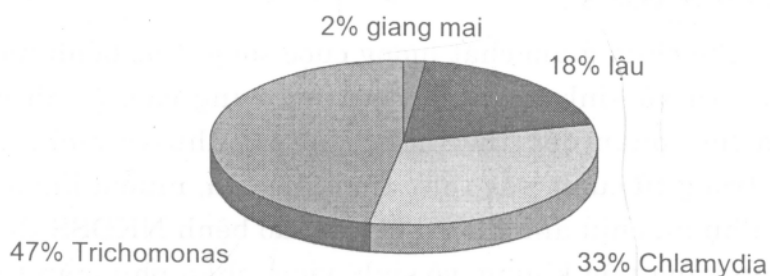
Bệnh LTQĐTD (Sexually transmitted infections – STIs) là những bệnh lây truyền chủ yếu bằng cách tiếp xúc trực tiếp thân thể, đặc biệt là qua sinh hoạt tình dục. Bệnh có thể lây truyền giữa nam với nam, nữ với nữ, nhưng chủ yếu và thường gặp ở những người quan hệ tình dục khác giới. Vì vậy, nguyên tắc điều trị là phải điều trị cho cả người vợ và chồng hoặc bạn tình.

Tỷ lệ mắc bệnh LTQĐTD những năm gần đây tăng cao và đang tiếp tục gia tăng. Hậu quả của các bệnh này sẽ làm ảnh hưởng đến sức khỏe và nguy cơ gây vô sinh. Tất cả những bệnh LTQĐTD đều có thể phòng ngừa và hầu hết có thể

điều trị khỏi, nhưng điều quan trọng nhất là phòng bệnh, phát hiện sớm, điều trị kịp thời và được theo dõi quản lý tốt.

**Ước tính số người mới mắc bệnh LTQĐTD
từ 15 – 49 tuổi ở khu vực Tây Thái Bình Dương, 1995**

Tổng số ca mới mắc bệnh LTQĐTD khoảng 30 triệu/năm



3.2. Đặc điểm của bệnh LTQĐTD

3.2.1. Đặc điểm của bệnh LTQĐTD

Những triệu chứng của bệnh LTQĐTD không đặc trưng lắm. Có khoảng 70% phụ nữ và nam giới bị nhiễm Chlamydia mà không có triệu chứng và 80% phụ nữ và 70% nam giới bị nhiễm bệnh lậu không có triệu chứng. Tuy nhiên, có thể thấy một số biểu hiện như: loét ở bộ phận sinh dục, mủ tiết ra ở dương vật, khí hư hôi ở âm đạo và sưng ở bộ phận sinh dục. Bản thân người mắc bệnh có thể cảm thấy ngứa bên trong âm đạo, ngứa ở bên ngoài bộ phận sinh dục (lông mu) và có thể có đau bụng dưới.

Có ba đường lây bệnh LTQĐTD chính là: quan hệ tình dục nam – nữ; quan hệ qua đường hậu môn và qua đường miệng.

VTN dễ nhiễm LTQĐTD hơn người trưởng thành. Nữ có nguy cơ mắc bệnh LTQĐTD hơn nam và cũng khó điều trị hơn nam giới do hoàn cảnh không thuận lợi về xã hội, kinh tế hoặc do biểu hiện lâm sàng không điển hình.

Hành vi nguy cơ cao liên quan đến mắc bệnh LTQĐTD như có nhiều bạn tình, thay đổi bạn tình thường xuyên, quan hệ với gái mại dâm, đã mắc bệnh LTQĐTD, quan hệ tình dục vì tiền, tiêm chích ma túy, sử dụng chung bơm kim tiêm, xăm hình trên da, sử dụng rượu/thuốc trước quan hệ tình dục, truyền máu.

Bên cạnh những hậu quả chung như của bệnh NKĐSS, những người mắc bệnh LTQĐTD còn có một số biến chứng đặc trưng liên quan đến thai nghén và sinh con. Những người mắc bệnh lậu có thể bị sảy thai, đẻ non, vỡ ối sớm do nhiễm khuẩn. Trẻ sơ sinh khi đẻ ra có thể bị lậu mắt dẫn đến viêm kết mạc làm giảm thị lực hoặc có khi bị mù.

Với những người bị mắc bệnh giang mai, khi có thai có thể bị thai đa ối, hoặc thai bị dị dạng và trẻ sơ sinh bị giang mai bẩm sinh. Trẻ sơ sinh của những bà mẹ bị mắc bệnh Chlamydia có thể bị viêm kết mạc hoặc viêm phổi.

3.2.2. Phòng chống bệnh LTQĐTD

Bệnh LTQĐTD có thể xuất hiện cả ở nam và nữ. Hiện nay WHO đã triển khai chương trình điều trị theo hội chứng các bệnh LTQĐTD ở các nước, trong đó có Việt Nam.

Các bước của điều trị theo hội chứng như sau:

1. Khai thác bệnh sử và khám bệnh.
2. Sử dụng bảng hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.
3. Giáo dục sức khỏe về tình dục an toàn, sử dụng bao cao su (BCS).
4. Hướng dẫn bạn tình đi khám /tính riêng tư và bảo mật.

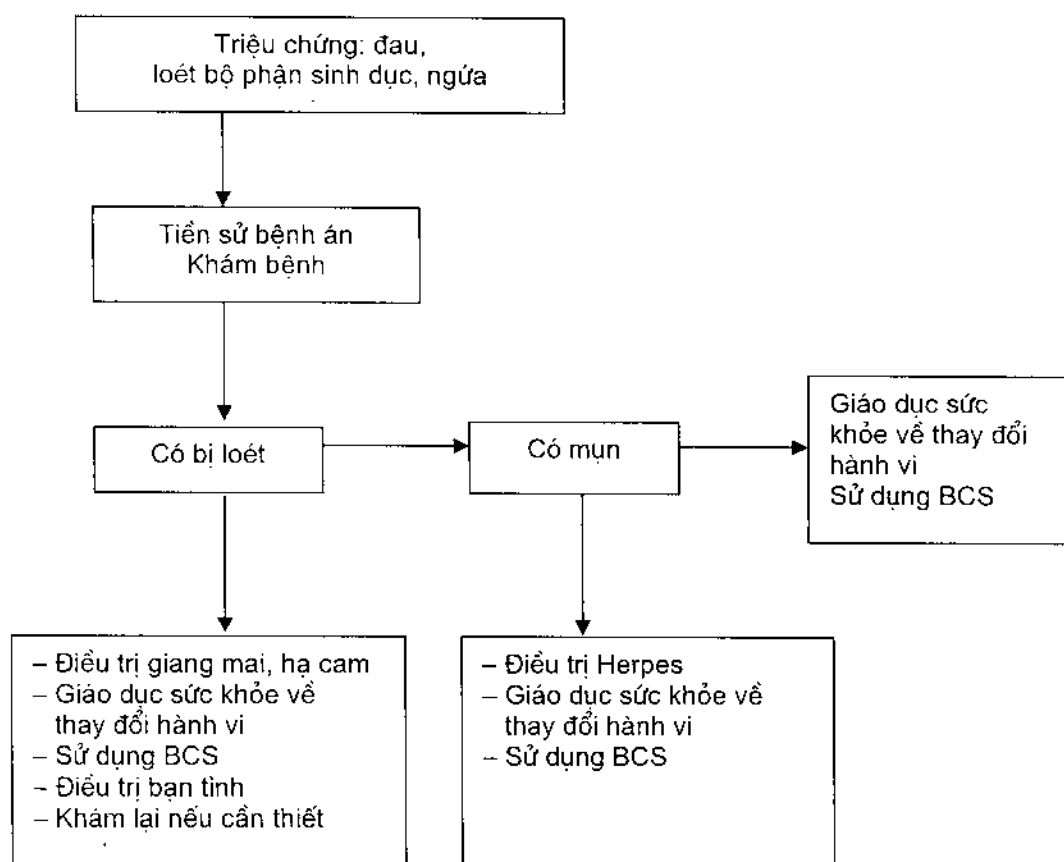
Điều trị theo hội chứng đưa ra một phác đồ điều trị hoàn chỉnh ngay từ lần khám đầu tiên. Các phương pháp điều trị thuận tiện và dễ, tiến hành điều trị nhiều loại vi khuẩn cùng một lúc (60% bệnh nhân có ít nhất hai loại vi khuẩn), theo các nguyên nhân quan trọng của hội chứng. Trong quá trình điều trị, các bác sỹ đề cập cả về phòng chống bệnh, điều trị bạn tình và khuyến khích sử dụng bao cao su. Phương pháp điều trị theo hội chứng thích hợp với hoàn cảnh chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Các biện pháp phòng chống bệnh LTQĐTD:

- Không quan hệ với nhiều bạn tình.
- Quan hệ tình dục an toàn.
- Giữ gìn vệ sinh cá nhân.
- Thảo luận với bạn tình.
- Chữa bệnh cho cả hai người nếu mắc bệnh.

Với các bệnh NKĐSS nội sinh như viêm âm đạo do vi khuẩn và viêm âm hộ – âm đạo do nấm ở phụ nữ không lây truyền qua đường tình dục thì không cần phải tiến hành điều trị cho bạn tình.

Bảng hướng dẫn điều trị theo hội chứng bệnh LTQĐTD (WHO, 1999)



3.3. HIV/AIDS

3.3.1. Đặc điểm của HIV/AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus) là loại vi rút gây nên hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrom), thuộc họ Retrovirus. Vi rút HIV phá huỷ các tế bào lympho T4 và các tế bào thuộc hệ thần kinh trung ương, gây nên một sự suy giảm miễn dịch tế bào, làm phát sinh vài loại u bướu và nhiễm trùng cơ hội.

Sự lây truyền bệnh có thể qua đường máu, tinh dịch, dịch âm đạo và qua sữa mẹ. Việt Nam là một trong những nước ở châu Á có tỷ lệ tăng nhiễm HIV nhanh. Trong đó 70% số nhiễm HIV là những người tiêm chích, sau đó đến gái mại dâm, bệnh nhân mắc bệnh LTQĐTD và sau đó là các đối tượng khác như người đồng tính luyến ái, người nhận máu (nhất là những người bị bệnh tan huyết – Hemophilie). Bà mẹ có huyết thanh dương tính với HIV có thể truyền siêu vi khuẩn cho thai nhi qua đường rau thai. Sự lây truyền từ mẹ sang con sau sinh hầu như không có nếu bà mẹ không cho con bú sữa mẹ.

Ở phụ nữ nghiện ma tuý do tiêm chích là nguyên nhân chính làm huyết thanh dương tính với HIV. Ngoài ra, còn lây do giao hợp, nhất là giao hợp bằng đường hậu môn hay đường miệng do không sử dụng các biện pháp dự phòng như bao cao su trong quan hệ tình dục.

Người mới nhiễm HIV trải qua giai đoạn đầu khi chưa có biểu hiện lâm sàng và huyết thanh vẫn còn âm tính với HIV. Giai đoạn này gọi là giai đoạn cửa sổ và đặc biệt nguy hiểm. Người nhiễm HIV chưa biết mình bị bệnh, vẫn tiếp tục quan hệ tình dục và nguy cơ lây truyền bệnh rất lớn. Huyết thanh dương tính với HIV có thể xuất hiện vào khoảng 4 – 12 tuần sau nhiễm virút HIV.

Khoảng 70% bệnh nhân ở dạng mang bệnh không triệu chứng trong vài tháng đến vài năm sẽ bước sang giai đoạn AIDS. Dấu hiệu nhẹ của nhiễm HIV là đặc trưng của tình trạng suy giảm miễn dịch. Giai đoạn này gọi là giai đoạn tiền AIDS hoặc cận AIDS. Biểu hiện là sốt 38 – 39°C, xuất hiện bất chợt rồi biến mất, kèm mệt mỏi, tiêu chảy, sụt cân, ho khan, bệnh ở da như nấm, zona và có thể nổi hạch ở vùng cổ, nách, bẹn.

Giai đoạn AIDS, khi có nhiễm trùng, cơ hội ở phổi (90%), tiêu hoá, da, niêm mạc, hệ thần kinh trung ương (60%) dưới dạng viêm não hay viêm màng não. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng của AIDS đến khi tử vong tuỳ thuộc nhiều yếu tố. Trung bình khoảng 2 năm ở trẻ em, 5 năm ở nam giới, 8 năm ở nữ giới.

Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS chủ yếu sử dụng thuốc phòng vi rút (anti retro virus – ART), tuân thủ nghiêm ngặt chế độ điều trị. Họ phải được điều trị với sự thông cảm chứ không phải là kỳ thị.

3.3.2. HIV/AIDS và phụ nữ có thai

Hiện nay có khoảng 4,5 triệu trẻ em bị nhiễm HIV, 3 triệu đã chết và 600000 ca mới hằng năm. Trong đó 90% số trẻ em nhiễm HIV là lây từ mẹ sang con, chủ yếu qua đường bú mẹ. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ nhiễm HIV là 25 – 40%. Ở các nước phát triển, khi có thuốc phòng vi rút thì tỷ lệ là 1%.

Cho bú mẹ và cho ăn bổ sung làm tăng nguy cơ lây nhiễm HIV/AIDS. Tỷ lệ nhiễm HIV/AIDS tăng lên theo thời gian bú mẹ. Ví dụ, nếu không bú mẹ: tỷ lệ lây là 15 – 30%; bú mẹ 6 tháng là 25 – 35%; bú mẹ 18 – 24 tháng: 30 – 45%. Vì thế, nếu có khả năng nuôi con bằng sữa ngoài thì nên cho trẻ ăn bằng cốc và thìa. Trong trường hợp không có khả năng cho trẻ ăn sữa ngoài thì nên cố gắng cho ăn bằng sữa mẹ hoàn toàn trong vòng 4 – 5 tháng đầu tiên. Nên cố gắng cho ăn bổ sung sớm, giảm thời gian cho bú mẹ.

Hiện nay thuốc nevirapine được sử dụng một liều cho mẹ trong lúc đẻ và một liều cho trẻ mới sinh. Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị dùng thuốc cho tất

cả những người nhiễm HIV dương tính hoặc những người không có khả năng làm xét nghiệm nhưng ở nhóm nguy cơ cao.

Tổ chức Y tế thế giới đã đưa ra chương trình phòng chống lây HIV từ mẹ sang con (Prevention of mother transmission to child treatment – PMTCT). Trong đó, phụ nữ phải được phòng chống lây nhiễm vi rút HIV (các can thiệp phải tập trung vào phụ nữ, không phân biệt xem có nhiễm HIV không): phòng HIV cho phụ nữ đặc biệt là phụ nữ trẻ.

Những phụ nữ nhiễm HIV hoặc có nguy cơ nhiễm HIV nên tránh có thai ngoài ý muốn. Phải phòng chống vi rút cho trẻ em trước, trong và sau khi đẻ đối với phụ nữ nhiễm HIV. Các mục tiêu cụ thể của chương trình như sau:

- Thực hiện đẻ an toàn: mở để có lựa chọn, hạn chế các thủ thuật can thiệp.
- Nuôi con an toàn: Ăn thay thế sữa mẹ nếu có thể, hoặc nuôi hoàn toàn bằng sữa mẹ và cho ăn bổ sung càng sớm càng tốt.
- Tư vấn về HIV/AIDS.
- Xét nghiệm HIV/AIDS.
- Điều trị HIV/AIDS.
- Tư vấn về nuôi con trong hoàn cảnh nhiễm HIV.
- Truyền thông về phòng chống HIV/AIDS.

Tóm lại, việc phòng chống các bệnh NKĐSS yêu cầu phải có sự phối kết hợp của nhiều ban ngành, nhiều yếu tố. Trong đó, quan hệ tình dục an toàn là một yếu tố cơ bản quyết định sự thành công của nhiều chương trình phòng chống bệnh NKĐSS, đặc biệt là bệnh LTQĐTD, HIV/AIDS.

3.3.3. Thay đổi hành vi để phòng chống HIV

Hiện nay nhiều chương trình phòng chống HIV/AIDS trên thế giới có sử dụng cách tiếp cận về thay đổi hành vi. Có ba hành vi chính được khuyến khích là: không quan hệ tình dục (hoặc muợn quan hệ tình dục đối với người trẻ tuổi – abstinence), chung thủy một vợ một chồng (hoặc giảm số bạn tình – being faithful) và sử dụng bao cao su thường xuyên, đúng cách đối với những trường hợp có nguy cơ cao.

Việc hiểu đúng và khuyến khích những hành vi trên là những yếu tố cơ bản quyết định cho sự thành công của chương trình phòng chống HIV/AIDS ở nhiều nước. Tuy nhiên, tùy theo hoàn cảnh của từng quốc gia và địa phương, ba hành vi trên sẽ được khuyến khích thực hiện ở những mức độ khác nhau, nhằm mục đích để giảm sự lây nhiễm của HIV/AIDS.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày những đặc điểm chung của NKDSS.
2. Trình bày những đặc điểm chung của các bệnh LTQĐTD và HIV/AIDS.
3. Phân tích trường hợp bị nhiễm STIs có liên quan đến hành vi quan hệ tình dục không an toàn do giáo viên chuẩn bị.
4. Nêu được các yếu tố nguy cơ lây nhiễm các bệnh NKDSS, LTQĐTD và HIV/AIDS.
5. Nêu được biện pháp phòng chống các bệnh NKDSS, LTQĐTD và HIV/AIDS trên cơ sở trường hợp minh họa do giáo viên chuẩn bị.
6. Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất:
 1. Đây là STIs có số bệnh nhân mắc nhiều nhất:
 - a) Lậu
 - b) Giang mai
 - c) Chlamydia
 - d) Lậu/Chlamydia
 2. Nhóm nào sau đây không phải là nhóm có trong hệ thống giám sát trọng điểm?
 - a) Gái mại dâm
 - b) Khách làng chơi
 - c) Nghiện chích
 - d) Phụ nữ có thai.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, 2003.
2. UNFPA. *Quyền lựa chọn: quyền sinh sản và sức khỏe sinh sản*. UNFPA, New York, 1997.
3. Vương Tiến Hoà. *Sức khỏe sinh sản*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2001.

LÀM MẸ AN TOÀN

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nội dung và ý nghĩa của chương trình làm mẹ an toàn.
2. Nêu được định nghĩa tử vong mẹ và các hướng can thiệp nhằm làm giảm tử vong mẹ.
3. Trình bày được mục tiêu và nội dung của chăm sóc và quản lý thai nghén.

NỘI DUNG

1. TÌNH HÌNH LÀM MẸ AN TOÀN TRÊN TOÀN CẦU

1.1. Tình hình tử vong mẹ trên thế giới

Hàng năm trên thế giới có khoảng 525000 phụ nữ tử vong vì những biến chứng liên quan đến thai nghén và sinh con, trong đó 99% là phụ nữ ở các nước đang phát triển. Chỉ tính riêng khu vực cận Sahara và châu Á đã chiếm tỷ lệ 90% (472.000) bà mẹ tử vong hàng năm.

Tử vong mẹ chênh lệch rất lớn giữa các nước đang phát triển và các nước phát triển. Ngay trong cùng khu vực ASEAN cũng có sự chênh lệch về tử vong mẹ. Tử vong mẹ cao nhất ở Lào (650/100000) và Campuchia (450/100000). So với Phillipin và Indonesia là hai nước có mức thu nhập bình quân đầu người (GDP) cao hơn Việt Nam, nhưng tử vong mẹ cũng cao hơn Việt Nam (200/100000 và 230/100000 so với 165/100000). Nguy cơ tử vong có liên quan đến thai nghén và sinh con ở phụ nữ Bắc Âu là 1/4000, trong khi đó nguy cơ này ở phụ nữ châu Phi là 1/62.

Tử vong mẹ là một chỉ số đánh giá sự mất công bằng và khoảng cách giữa nam và nữ trong xã hội. Chỉ số này phản ánh phần nào sự bất lực và mất công bằng trong việc tiếp cận với giáo dục, cơ hội việc làm, thu nhập, và vị trí thấp kém của phụ nữ, sự hạn chế tiếp cận với thông tin và dịch vụ y tế trong lúc có thai và sau đẻ. Để đảm bảo sự an toàn của người phụ nữ từ lúc có thai đến khi sinh con và sau đẻ, chương trình làm mẹ an toàn cần có sự hợp tác liên ngành, không chỉ đơn thuần là nỗ lực của ngành y tế.

Tử vong mẹ và tai biến sản khoa chưa được chú ý đúng mức, chủ yếu ở vùng nông thôn, vùng xa xôi và nghèo. Trên 70% số tử vong mẹ do 5 nguyên nhân chính gây ra: băng huyết, nhiễm khuẩn, nạo thai không an toàn, nhiễm độc thai nghén và đẻ khó. Hầu hết các trường hợp tử vong (61%) xảy ra trong giai đoạn sau đẻ và trên một nửa xảy ra trong ngày đầu tiên. Một điều đáng tiếc là hầu hết những trường hợp tử vong đó có thể phòng tránh được nếu như có các biện pháp xử trí kịp thời. Cái chết của mỗi bà mẹ để lại rất nhiều gánh nặng cho những người ở lại. Có khoảng 2/3 trong số 8 triệu trẻ sơ sinh tử vong hàng năm liên quan đến sức khỏe mẹ kém, không được chăm sóc chu đáo, không được hỗ trợ trong quá trình sinh và không được chăm sóc trẻ sơ sinh cẩn thận.

Hàng năm có khoảng 75 triệu người có thai ngoài ý muốn, trong đó có 50 triệu ca nạo phá thai và 20 triệu ca nạo phá thai không an toàn. Có khoảng 40% số phụ nữ có thai, tức là khoảng 50 triệu người hàng năm trải qua những vấn đề bệnh tật liên quan đến thai nghén. Trong đó 15% số phụ nữ này bị ảnh hưởng bệnh mạn tính. Hiện tại có khoảng 300 triệu phụ nữ có các bệnh liên quan đến thai nghén như thiếu máu, rò đường sinh dục, các bệnh viêm nhiễm đường sinh dục và vô sinh. Cứ một phụ nữ tử vong do thai nghén và sinh con thì có 30 người phụ nữ khác bị các bệnh tật liên quan đến tai biến sản khoa.

1.2. Sự ra đời của sáng kiến làm mẹ an toàn

Vào năm 1987, do nỗ lực của các tổ chức quốc tế và các quốc gia, sáng kiến Làm mẹ an toàn (LMAT) được đưa ra nhằm giảm tử vong và bệnh tật của bà mẹ và trẻ sơ sinh đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Sáng kiến này đặt ra mục tiêu phấn đấu giảm tỷ lệ tử vong mẹ còn một nửa vào năm 2000. LMAT có thể đạt được với việc cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng cao cho tất cả các bà mẹ.

Sáng kiến LMAT đã được hơn 100 quốc gia và các tổ chức quốc tế chọn làm chương trình hành động. Chương trình được thực hiện với sự hỗ trợ của UNICEF, UNFPA, Ngân hàng thế giới, Tổ chức Y tế thế giới, Hiệp hội cha mẹ quốc tế, Hội đồng dân số, Hiệp hội nữ hộ sinh quốc tế, Hiệp hội sản phụ khoa quốc tế, Hệ thống phòng chống tử vong mẹ khu vực châu Phi và Hệ thống làm mẹ an toàn Nepal.

Vào năm 1997, Hội nghị Tư vấn kỹ thuật được tổ chức tại Sri Lanka nhằm đánh giá lại kết quả hoạt động sau 10 năm ra đời của sáng kiến LMAT. Tuy đã có nhiều cố gắng, nhưng sau 10 năm tỷ lệ tử vong và bệnh tật của bà mẹ ở các nước đang phát triển vẫn còn quá cao. Có hai nguyên nhân chính dẫn đến việc chuyển biến chậm là:

- Đưa ra các mục tiêu và chương trình hoạt động quá chung và quá tốn kém đối với các quốc gia cũng như những nhà tài trợ.

- Vẫn còn thiếu sự cam kết và hiểu biết của các nhà tài trợ và hoạch định chính sách về lĩnh vực này, do đó chưa có đủ nguồn lực cần thiết để thực hiện chương trình.

Hội nghị đã đi đến thống nhất về một số vấn đề cụ thể sau:

– Các chương trình y tế phải đảm bảo cung cấp dịch vụ LMAT. Chỉ cần 3 USD là có thể cung cấp được các dịch vụ cơ bản về chăm sóc trước đẻ, trong đẻ và sau đẻ ở các nước đang phát triển.

– Có 10 thông điệp hoạt động chính nhằm nâng cao sức khỏe bà mẹ được rút ra sau 10 năm kinh nghiệm hoạt động. Các thông điệp này được chọn làm chương trình hoạt động trong giai đoạn 1997 – 2007 và được thông tin rộng rãi trên khắp các phương tiện truyền thông đại chúng. Ba thông điệp đầu liên quan đến việc thay đổi môi trường chính trị đối với người phụ nữ, nâng cao quyền lực của họ. Các thông điệp sau liên quan trực tiếp đến việc thiết kế và thực hiện chương trình.

Tóm lại, để thực hiện thành công chương trình làm mẹ an toàn mỗi quốc gia phải đưa ra được chương trình hành động, phối hợp hoạt động liên ngành. Đảm bảo mỗi người phụ nữ có thai phải có tiếp cận với dịch LMAT lồng ghép có chất lượng cao. Mỗi ca đẻ phải có cán bộ y tế đỡ (nữ hộ sinh, y sỹ sản nhi, bác sỹ), các phương tiện giao thông phải sẵn sàng trong trường hợp cấp cứu. Các quốc gia phải có kế hoạch đào tạo đủ số cán bộ y tế, được trang bị đủ các trang thiết bị cần thiết và họ có thể tiếp cận được với các khu vực ở xa và nghèo đói. Các hoạt động của chương trình LMAT phải bao gồm các hoạt động sau:

- Giáo dục cộng đồng về LMAT;
- Chăm sóc trước đẻ và tư vấn;
- Cán bộ y tế thực hiện đỡ đẻ;
- Xử trí kịp thời khi có tai biến sản khoa và cấp cứu;
- Chăm sóc sau đẻ;
- Xử trí các tai biến do nạo phá thai và chăm sóc sau đẻ, nạo phá thai an toàn;
- Thông tin và dịch vụ KHHGĐ đủ;
- Giáo dục và cung cấp dịch vụ SKSS VTN.

2. TỬ VONG MẸ

2.1. Định nghĩa

Tử vong mẹ là tử vong của người phụ nữ trong suốt thời kỳ thai nghén cho đến 42 ngày sau khi kết thúc thai nghén, không tính đến tuổi thai và vị trí của thai, do bất kỳ nguyên nhân gì liên quan đến thai nghén hoặc do thai nghén làm nặng thêm hay do ảnh hưởng của điều trị, trừ chết do tai nạn hoặc tự tử.

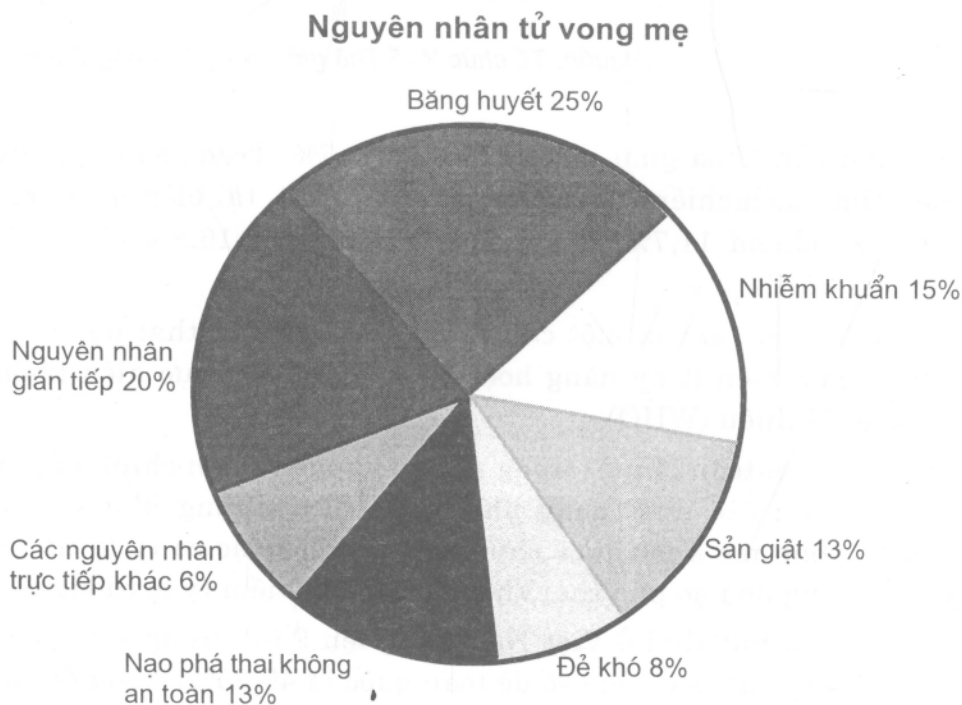
2.2. Nguyên nhân tử vong mẹ

Theo số liệu của UNICEF (1995), tỷ suất tử vong mẹ ở Việt Nam là 95/100000 trẻ đẻ sống. Số liệu mới đây nhất cho thấy, tử vong mẹ tại cộng đồng là 165/100000. Có hai nhóm nguyên nhân chính dẫn đến tử vong mẹ là nguyên nhân sản khoa trực tiếp và các nguyên nhân gián tiếp khác.

2.2.1. Nguyên nhân y tế

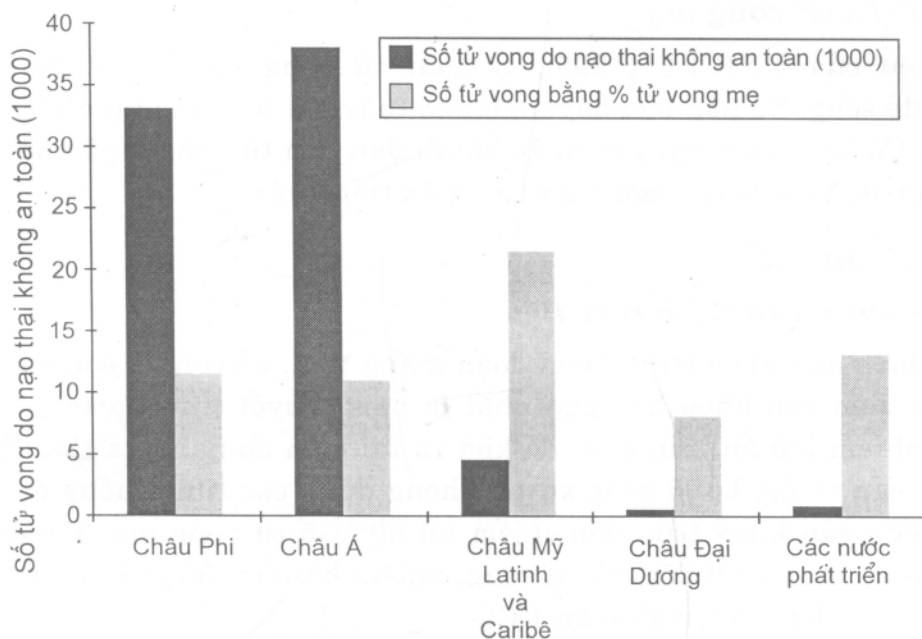
a) Nguyên nhân sản khoa trực tiếp

Do các tai biến sản khoa (trong giai đoạn mang thai, đẻ con và sau đẻ) gây ra. Có năm tai biến sản khoa hay gặp nhất là băng huyết (thường trong giai đoạn sau đẻ), nhiễm khuẩn, sản giật, đẻ khó và tai biến do nạo phá thai, hoặc do kết quả các can thiệp, bỏ lỡ hoặc xử trí không đúng các tình huống đã nêu trên. Các tai biến sản khoa trực tiếp chiếm tới 80% số tử vong mẹ. Trong đó, băng huyết sau đẻ chiếm tới 25% số tử vong, nhiễm khuẩn 15%, sản giật 13%, đẻ khó 8%, nạo phá thai không an toàn 13%.



Nguồn: WHO (1999)

Tại Việt Nam, nguyên nhân sản khoa trực tiếp chiếm tới 76,3% các trường hợp tử vong mẹ. Trong số đó băng huyết chiếm tỷ lệ cao nhất (41,0%), nhiễm độc thai nghén (21,3%), nhiễm trùng sau đẻ (16,6%), nạo thai (11,5), chữa ngoài tử cung (4,9%) và vỡ tử cung (4,7%).



Nguồn: Tổ chức Y tế Thế giới và Ngân hàng thế giới, 1997.

Nguyên nhân sản khoa gián tiếp chiếm tới 23,7%. Trong số đó, các vấn đề liên quan đến tim mạch chiếm 12%, viêm gan là 11,3%, tai biến mạch máu não do tăng huyết áp chiếm 11,7%, lao phổi 12,5%, sốt rét 16,8% và các nguyên nhân khác chiếm 35,7%.

Phá thai không an toàn là một can thiệp để chấm dứt thai nghén ngoài ý muốn do người thực hiện ít kỹ năng hoặc do môi trường thực hiện không đáp ứng yêu cầu y tế tối thiểu (WHO).

Phá thai không an toàn là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong ở một số lớn phụ nữ các nước đang phát triển. Tại những khu vực khi các nguyên nhân tử vong mẹ khác được chú ý giải quyết hoặc có tỷ lệ tử vong mẹ thấp thì tỷ lệ tử vong do nạo phá thai không an toàn chiếm tỷ lệ tương đối cao.

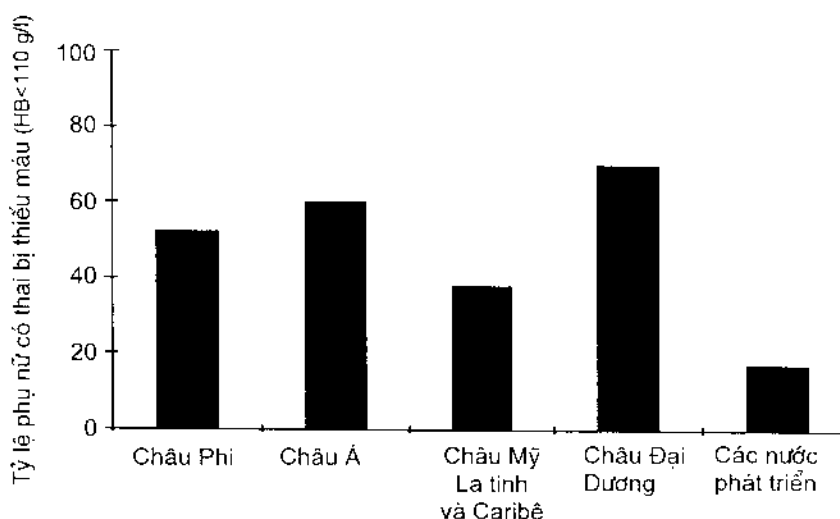
Số ca tai biến do hút thai ở Việt Nam tăng lên 9,6% trong vòng 1 năm từ 2000 đến 2001. Tỷ lệ hút thai/tổng số đẻ toàn quốc là 49,35%, trong đó cao nhất là khu vực Đông Nam bộ (85,35%) và thấp nhất là 16,13%. Các thành phố lớn như Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh có tỷ lệ cao hơn 100%. Đây chỉ là số liệu thu được từ các cơ sở nhà nước. Trên thực tế số lượng nạo hút thai được thực hiện tại các cơ sở y tế tư nhân rất lớn. Những con số trên cho thấy thách thức giảm tỷ lệ nạo hút thai và tai biến là rất lớn.

b) Nguyên nhân gián tiếp

Các tình trạng bệnh tật trước đây, hoặc bệnh tật phát sinh trong quá trình thai nghén, không liên quan đến nguyên nhân sản khoa trực tiếp, nhưng chịu

tác động sinh lý khi mang thai. Ví dụ như sốt rét, thiếu máu, HIV/AIDS và bệnh tim mạch.

Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai theo khu vực (WHO, 1999)



Phụ nữ mang thai thiếu máu chiếm tỷ lệ rất cao, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Tỷ lệ này là trên 50% ở châu Á. Nguyên nhân thiếu máu chủ yếu là do thiếu sắt. Lượng sắt được hấp thụ không đủ đáp ứng nhu cầu cơ thể. Trẻ sơ sinh, trẻ em trước tuổi đến trường, VTN và phụ nữ trong lứa tuổi sinh đẻ, đặc biệt là phụ nữ có thai nguy cơ thiếu máu lớn. Thiếu máu ở phụ nữ có thai có thể dẫn đến tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong, tăng tỷ lệ chết chu sinh và nguy cơ trẻ được sinh ra nhẹ cân.

2.2.2. Các nguyên nhân khác

Tình trạng nghèo đói và vị trí thấp kém của người phụ nữ là lý do cơ bản của tử vong mẹ ở nhiều nước trên thế giới. Điều này dẫn đến học hành không đầy đủ, chế độ dinh dưỡng kém, không có điều kiện tiếp cận dịch vụ y tế/KHHGD khi cần thiết. Suy dinh dưỡng, thiếu máu, thiếu vitamin A, thiếu sắt, thiếu canxi, thiếu các vi chất khác là những yếu tố có ảnh hưởng xấu tới sự phát triển thai nghén.

Hiện tại trên thế giới chỉ có 53% số phụ nữ sinh con được nhân viên y tế đỡ đẻ. 40% phụ nữ sinh con tại bệnh viện hoặc các cơ sở y tế. Có khoảng 35% phụ nữ có thai không được nhận dịch vụ chăm sóc trước đẻ, và khoảng 70% không được chăm sóc sau đẻ trong vòng từ 1 đến 6 tuần đầu sau đẻ. Theo tính toán có khoảng 15% số phụ nữ bị tai biến cần cấp cứu. Cần phải có cán bộ y tế, với đủ trang thiết bị cần thiết, thuốc men và máu v.v... để có thể xử trí được các ca tai biến xảy ra.

3. CÁC BIỆN PHÁP CAN THIỆP GIẢM TỬ VONG MẸ

Thực tế cho thấy nhiều quốc gia đã đạt được những thành tích lớn trong việc giảm tử vong mẹ. Thụy Điển, Hà Lan, Na Uy, Đan Mạch là những nước đã giảm được tử vong mẹ sau khi đưa ra những chính sách và đầu tư thích hợp cho chương trình LMAT, ví dụ như hệ thống chăm sóc sản khoa với các tiêu chuẩn về chất lượng y tế. Sri Lanka là một nước châu Á đã giảm được tỷ lệ tử vong mẹ một cách nhanh chóng từ 1500/100000 (1940 – 1945) xuống còn 555 (1950 – 1955) và còn có 95/100000 (1980) và hiện tại chỉ có 30/100000. Nguyên nhân chính là do thiết lập được hệ thống y tế với các nữ hộ sinh có trình độ, lồng ghép với các dịch vụ KHHGĐ. Vào năm 1950 hầu hết các ca đẻ đều được thực hiện tại nhà mà không có cán bộ y tế đỡ. Cho đến nay thì có 85% số ca đẻ được thực hiện tại các cơ sở y tế.

Các nước như Malaysia, Cuba và Trung Quốc cũng có những kinh nghiệm tương tự để làm giảm tử vong mẹ. Tại các nước này hệ thống chăm sóc được hình thành với các dịch vụ chăm sóc trước đẻ, trong và sau đẻ, cùng với hệ thống chuyển tuyến cho các tai biến sản khoa.

Để có thể giảm được tử vong mẹ yêu cầu phải có được sự nỗ lực rất lớn. Trách nhiệm không chỉ gắn với Chính phủ, luật pháp, hệ thống y tế mà còn nằm trong cộng đồng và mỗi gia đình. Nó đòi hỏi sự tương tác phối kết hợp lâu dài.

Hệ thống luật pháp và chính sách: Sự cam kết của Chính phủ là yếu tố hàng đầu trong việc giảm tử vong mẹ. Cần có sự phân bổ nguồn lực và các chính sách thích hợp cho phép người phụ nữ có thể tiếp cận với dịch vụ y tế. Luật pháp nên cho phép cán bộ y tế cơ sở thực hiện những nhiệm vụ cơ bản để có thể cứu sống được người phụ nữ khi họ gặp phải tai biến. Nếu không họ sẽ không có đủ điều kiện để tiếp cận với các dịch vụ ở các tuyến cao hơn. Nên mở rộng chính sách cung cấp dịch vụ SKSS cho mọi lứa tuổi, mọi đối tượng, đưa ra các chuẩn mực thực hiện các thủ thuật sản phụ khoa và phân quyền cho các tuyến y tế cơ sở.

Hỗ trợ của gia đình và cộng đồng: Sự hỗ trợ của gia đình và cộng đồng là yếu tố cơ bản có thể làm giảm tử vong mẹ. Người phụ nữ cần phải được giúp đỡ để có được những chăm sóc sức khỏe cần thiết. Nhận biết những dấu hiệu nguy hiểm, tổ chức phương tiện giao thông chuyển tuyến trên, hỗ trợ kinh phí, cung cấp gói đẻ sạch cho phụ nữ có thai v.v... là những yếu tố có tính chất quyết định để có thể giảm tử vong mẹ.

Đào tạo bà đỡ dân gian: Đây chỉ là giải pháp tạm thời. Bà đỡ dân gian chỉ nên được đào tạo nhận biết những dấu hiệu có thể phát sinh trong quá trình đẻ con, hướng dẫn người phụ nữ lên tuyến trên. Đào tạo và liên kết với bà đỡ dân

gian chỉ là một cấu phần nhỏ của chiến lược làm mẹ an toàn, phải được kết hợp với việc chuyển tuyến, giám sát và đánh giá chương trình.

Người phụ nữ cần hỗ trợ để có *chế độ dinh dưỡng phù hợp*, không chỉ trong giai đoạn mang thai mà trong mọi thời kỳ, từ lúc là em bé gái nhỏ. Được đảm bảo chế độ dinh dưỡng đầy đủ sẽ giải quyết vấn đề suy dinh dưỡng và có ảnh hưởng tốt đối với quá trình mang thai và sinh con.

Phòng tránh các dịch bệnh khác như lao, HIV/AIDS, tai biến của nạo phá thai không an toàn

Ngành y tế cần phải chú trọng vào ba lĩnh vực chính: KHHGĐ, phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến sản khoa. Các dịch vụ y tế cần phải tập trung vào những khu vực sau: Thông tin và dịch vụ KHHGĐ hướng về khách hàng, tư vấn biện pháp tránh thai (BPTT) đối với phụ nữ nạo phá thai, chăm sóc trước và sau đẻ, có cán bộ y tế đỡ đẻ, dịch vụ cấp cứu sản khoa, chuyển tuyến phải đạt chất lượng cao.

3.1. Cấp cứu sản khoa cơ bản/thiết yếu và toàn diện

Các dịch vụ cấp cứu sản khoa cơ bản/thiết yếu có thể được thực hiện tại các trạm y tế, nhà hộ sinh như sau:

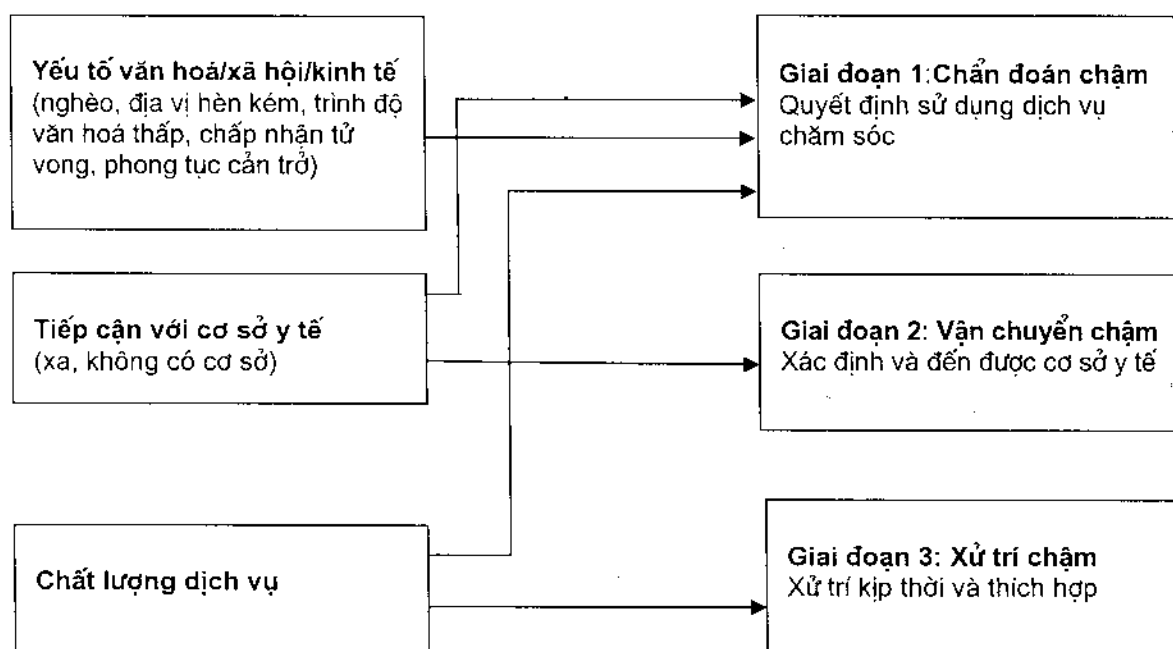
- Dùng kháng sinh, oxytocin hoặc chống co giật.
- Lấy rau.
- Lấy những phần còn lại nếu bị sảy thai hoặc nạo thai.
- Đỡ đẻ thường hoặc dùng forcep, hoặc hút chân không.

Dịch vụ cấp cứu sản khoa toàn diện được thực hiện tại tuyến huyện bao gồm những nhiệm vụ nêu ở trên cộng với mổ đẻ và truyền máu

Theo tính toán của WHO/UNFPA/UNICEF (1997) thì cứ 500000 người lại cần có bốn cơ sở y tế có dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu và một cơ sở y tế có dịch vụ cấp cứu sản khoa toàn diện. Các cơ sở y tế sẵn có (trạm y tế xã, nhà hộ sinh và bệnh viện huyện) cần được nâng cấp để có thể đảm đương được những chức năng nhiệm vụ đó.

3.2. Xử trí 3 "chậm"

Thời gian là yếu tố vô cùng quan trọng trong việc phòng tránh tử vong và bệnh tật của mẹ. Người mẹ có thể chết trong vòng 2 giờ khi băng huyết sau đẻ nếu không được cấp cứu kịp thời. Đối với hầu hết các tai biến khác thì thời gian để kịp cứu chữa dao động trong khoảng 12 giờ. WHO/UNFPA/UNICEF đã đưa ra mô hình ba "chậm" để giúp xác định được những yếu tố có thể gây nên sự chậm trễ trong cứu chữa mẹ.



Hai "chậm" đầu (chậm trong việc quyết định sử dụng dịch vụ chăm sóc và chậm đến cơ sở y tế) liên quan trực tiếp đến các yếu tố tiếp cận dịch vụ, ảnh hưởng của gia đình, cộng đồng, phương tiện giao thông. "Chậm" thứ ba (chậm trong việc tiếp nhận dịch vụ tại cơ sở y tế) liên quan đến cơ sở y tế. Các chương trình y tế phải chú trọng giải quyết ba "chậm" này. Nếu không giải quyết được thì chương trình LMAT sẽ không thể thành công. Hệ thống y tế chỉ là một phần trong cả một chiến lược đa ngành chung để giải quyết giảm tử vong mẹ, thực hiện chương trình LMAT.

4. CHĂM SÓC VÀ QUẢN LÝ THAI NGHÉN

Có thai là một sự kiện đặc biệt, gia đình và xã hội phải chú trọng tới người phụ nữ có thai. Họ cần phải ăn và nghỉ nhiều hơn so với bình thường. Không chỉ có họ mà cả gia đình và cộng đồng cũng cần biết những dấu hiệu nguy hiểm có thể gặp phải trong quá trình thai nghén hoặc sinh con. Bởi vì những người đó có thể là những người sẽ hỗ trợ thai phụ khi gặp tai biến. Với sự giúp đỡ của gia đình và cộng đồng, người phụ nữ phải xác định được địa điểm sinh con.

Người phụ nữ phải có những hành vi sức khoẻ lành mạnh (chế độ dinh dưỡng tốt, bổ sung sắt, axit folic, tình dục an toàn, không dùng các chất kích thích như rượu hoặc thuốc lá). Thông qua những việc làm như vậy, nguy cơ sức khoẻ của bà mẹ và trẻ em đều có thể giảm đi.

Người làm công tác chăm sóc và quản lý thai nghén phải chú trọng đến yếu tố tâm lý và phong tục tập quán của cộng đồng sở tại. Việc khám thai thường kỳ có tác dụng củng cố niềm tin và hình thành mối quan hệ giữa người phụ nữ và cán bộ y tế, đưa ra được các thông điệp phù hợp đối với người phụ nữ và xác định xử trí các yếu tố nguy cơ và tai biến nếu có.

4.1. Mục tiêu của chăm sóc và quản lý thai nghén

- Tăng cường và duy trì sức khỏe thể chất, tinh thần và xã hội của bà mẹ và trẻ em thông qua giáo dục về dấu hiệu nguy hiểm, chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, vệ sinh cá nhân và đẻ con

- Phát hiện và xử trí kịp thời những tai biến trong quá trình có thai bằng các biện pháp y tế, ngoại khoa hoặc sản khoa. Chú trọng tới những vấn đề hiện tại chứ không chỉ là dự đoán.

- Chuẩn bị lên kế hoạch cho việc sinh con sắp tới: phương tiện đi lại/giao tiếp, người đỡ đẻ, ai đi cùng, những vật dụng gì cần thiết phải mang đi (chăn màn, khăn v.v...).

- Chuẩn bị sẵn sàng kế hoạch trong trường hợp có tai biến xảy ra: đi đâu, ai đi cùng, ai sẽ ở lại bệnh viện cùng, ai sẽ là người quyết định nếu như người chịu trách nhiệm chính không có mặt lúc đó, người sẽ cho máu, tiền, phương tiện đi lại và giao tiếp.

- Hướng dẫn bà mẹ thực hiện cho bú bằng sữa mẹ, thực hiện công việc chăm sóc sau đẻ bình thường, chăm sóc trẻ sinh ra tốt về thể chất, tâm sinh lý và xã hội.

4.2. Thăm thai và dùng phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà

4.2.1. Thăm thai thường kỳ

Trong công tác bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em (BVSKBMTE), thăm thai là một hoạt động quan trọng nhất để:

- Xem thai nghén có phát triển bình thường không. Thông tin thu nhận được trong mỗi lần khám thai phải được ghi lại trong "Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà".

- Phải lưu ý rằng, chỉ phụ nữ có tình trạng thai nghén bình thường mới được giữ lại để chăm sóc ở trạm y tế xã.

- Phát hiện mọi yếu tố nguy cơ trong khi có thai.

- Dùng các biện pháp đúng lúc, đảm bảo an toàn nhất cho mẹ và con trong thời kỳ có thai, chuyển dạ đẻ và sau đẻ.

- Khuyến khích vệ sinh thai nghén để mẹ con được an toàn.

4.2.2. Số lần và nội dung của mỗi lần khám thai

Bộ Y tế khuyến nghị rằng, mỗi lần có thai, người phụ nữ phải được khám thai ít nhất ba lần. Lần đầu vào 3 tháng đầu, lần thứ hai vào 3 tháng giữa và lần thứ ba vào 3 tháng cuối. Lần khám thai đầu tiên phải chú trọng vào việc phát hiện và điều trị thiếu máu, các bệnh lây truyền qua đường tình dục (bệnh lậu, giang mai), các yếu tố nguy cơ, các tình trạng bệnh lý. Chủ động tiến hành các biện pháp phòng ngừa (thiếu máu, sốt rét) và có chuẩn bị kế hoạch cho lần sinh tới.

Lần khám thứ hai phải tiến hành sàng lọc, phát hiện các dấu hiệu của tiền sản giật, đa thai, thiếu máu và hoàn thiện kế hoạch cho lần sinh tới.

Lần khám thứ ba xác định vị trí thai và sẵn sàng cho lần sinh tới. Để có thể thu thập được đầy đủ các thông tin cần thiết, thời gian tối thiểu dành cho mỗi lần khám thai phải là 20 phút. Nội dung của mỗi lần khám thai phụ thuộc vào tuổi thai nhưng phải qua các bước sau:

Nội dung	Các hoạt động cụ thể
Đánh giá	- Hỏi và ghi tiền sử: tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, tiền sử y tế và gia đình, tiền sử sản phụ khoa có thai lần này và dấu hiệu có thai bất thường, thai máy. - Khám toàn thân (chiều cao, cân nặng, đếm mạch, huyết áp, nghe tim phổi, mờ mắt hoặc nhức đầu, thiếu máu, phù). - Khám sản khoa (chiều cao tử cung, kích thước tử cung, tìm thai, ngôi và vị thế thai, đầu thai nhi). - Thử protein niệu (protein tiểu).
Giáo dục sức khỏe	- Chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi, làm việc, vệ sinh, quan hệ tình dục. - Kế hoạch sinh con (dự kiến nơi đẻ con, người đỡ, kinh phí, người hỗ trợ). - Tư vấn về chuyển tuyến, phương tiện giao thông, máu dự trữ. - Tư vấn về chăm sóc trẻ sơ sinh, cho con bú bằng sữa mẹ. - Tư vấn về KHHGĐ. - Bổ sung iốt, phòng chống sốt rét (ở khu vực có sốt rét lưu hành), phòng chống các bệnh giun sán.
Chăm sóc sức khỏe	- Tiêm chủng phòng uốn ván. - Cung cấp gói đẻ sạch (nếu cần). - Điền phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà. - Bổ sung viên sắt và axit folic. - Kết luận và khuyến nghị.

4.2.3. Thai nghén có nguy cơ cao

Thai nghén có nguy cơ cao là thai nghén kèm theo một yếu tố bất thường có thể làm cho thai nghén, chuyển dạ và sau đẻ phức tạp. Như vậy có thể dẫn đến bệnh lý hay tử vong mẹ hoặc con. Phụ nữ thai nghén có nguy cơ cao phải đẻ ở bệnh viện. Phiếu theo dõi sức khỏe bà mẹ tại nhà giúp phát hiện các thai nghén có nguy cơ cao.

Các yếu tố nguy cơ cao của thai nghén có thể xếp thành hai loại, trước và trong khi có thai.

a) Các nguy cơ trước có thai

- Thể trạng bất thường:
 - + Chiều cao dưới 145 cm;
 - + Quá nhẹ cân, dưới 35 kg;
 - + Biến dạng khung chậu, khớp háng hay cột sống do còi xương, gãy xương, lao, bại liệt và nguyên nhân khác.
- Mắc bệnh tim, huyết áp cao, lao, đái tháo đường và bệnh phụ khoa.
- Tình trạng cá nhân của phụ nữ.
- Tuổi quá trẻ (dưới 18), quá già (trên 40) hoặc sinh con so khi nhiều tuổi (mang thai lần đầu sau 35 tuổi).
- Thai ngoài ý muốn/theo ý muốn.
- Đẻ nhiều lần (từ 4 lần trở lên).
- Tiền sử sản phụ khoa không tốt.
- Ba lần sảy hoặc hơn.
- Thai chết lưu hoặc trẻ chết sau 1 tuần
- Sản giật.
- Mổ đẻ hoặc bóc nhân xơ.
- Giác hút hay forcep.
- Băng huyết sau đẻ
- Rách tầng sinh môn độ 3, độ 4.
- Yếu tố nguy cơ khi có thai.
- Chảy máu do sảy thai, rau tiền đạo, rau bong non.
- Bệnh của mẹ như tiền sản giật hoặc sản giật, thiếu máu nặng ($Hb < 8g$), hoặc suy dinh dưỡng hoặc bất kỳ bệnh nghiêm trọng nào, ví dụ: bệnh tim.
- Chuyển dạ trước 36 tuần.
- Rỉ nước ối, vỡ ối trước khi chuyển dạ bắt đầu.
- Kết quả khám bụng bất thường.
- Thai phát triển kém.

- Tử cung quá to, sinh đôi, đa ối.
- Ngôi bất thường, thế ngang, ngôi ngược.

b) Xử trí thai nguy cơ cao

Đối với phụ nữ điều rất quan trọng là phải đi khám thai sớm để có thể xác định sớm các yếu tố nguy cơ và chuyển tuyến trước khi chuyển dạ bắt đầu. Người cán bộ y tế phải nhạy bén, cảnh giác và có kỹ năng khi khám thai để mọi thai nghén có nguy cơ cao đều được xác định và xử lý đúng đắn trong từng trường hợp. Giải thích cho thai phụ và gia đình tại sao cần đẻ tại bệnh viện.

Trước đây nhân viên y tế chú trọng nhiều vào xác định yếu tố nguy cơ ở người phụ nữ có thai. Tuy nhiên, gần đây nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng, các yếu tố nguy cơ không thể dự đoán được các tai biến bởi vì đó không phải là nguyên nhân trực tiếp gây ra tai biến. Tử vong mẹ thường không xảy ra ở những đối tượng có nguy cơ cao mà chủ yếu gặp ở nhóm có nguy cơ thấp. Ngược lại, hầu hết những phụ nữ thuộc nhóm có nguy cơ cao đều sinh con bình thường.

Các yếu tố nguy cơ phải được xác định là những yếu tố liên quan đến thay đổi/tai biến chứ không phải là những chỉ số của tai biến. Vì vậy, chăm sóc sản khoa nên chuyển từ việc dự đoán các tai biến sang xác định những yếu tố nguy cơ (dấu hiệu và triệu chứng của các vấn đề sức khỏe) và giáo dục người phụ nữ, các thành viên trong gia đình về những dấu hiệu nguy hiểm và chuẩn bị đối phó với các thay đổi xảy ra.

Chăm sóc thai nghén trước đẻ là một công việc quan trọng. Rất nhiều người phụ nữ có những mầm mống của "bệnh tật" hoặc có thể xuất hiện bệnh trong quá trình mang thai. Do vậy, việc thăm khám thai thường xuyên có thể phát hiện những tình trạng bệnh này. Thăm khám thai nên được sử dụng để phát hiện những vấn đề hiện tại và duy trì quá trình thai nghén một cách "bình thường", không nên sử dụng nó như một công cụ để sàng lọc.

Việc khám thai được thực hiện theo nhiều công đoạn khác nhau ví dụ thử máu, đo chiều cao, cân nặng, thử nước tiểu v.v... Nhiều khi việc thu thập thông tin là do nhiều người tiến hành nên thông tin thường không được phân tích một cách tổng hợp, toàn diện. Khám thai toàn diện yêu cầu người cán bộ y tế phải phân tích các thông tin thu được kỹ lưỡng, đánh giá sự phát triển thai nghén xem có bình thường không, có những vấn đề gì cần phải xử trí.

4.2.4. Giáo dục sức khỏe

Công tác giáo dục sức khỏe tư vấn cho người phụ nữ có thai phải chú trọng vào những vấn đề sau:

- Chế độ dinh dưỡng và bổ sung các yếu tố vi chất.
- Chế độ làm việc, không nên làm các công việc nặng.

- Các dấu hiệu nguy hiểm của tai biến và bệnh tật.
- Kế hoạch hoá gia đình.
- Nuôi con bằng sữa mẹ.
- Phòng chống sốt rét.
- Không nên sử dụng thuốc lá và rượu.

Thông qua các lần khám thai, cán bộ y tế có thể cung cấp thông tin cho người phụ nữ và các thành viên khác trong gia đình. Tuy nhiên, để việc cung cấp thông tin và tư vấn có thể đạt được kết quả cao nhất, các cán bộ y tế cần phải có:

- Kiến thức về các vấn đề đang giải quyết.
- Có đủ thời gian để có thể đưa ra những lời khuyên thực tế.
- Hiểu được những phong tục tập quán địa phương liên quan đến vấn đề thai nghén.
- Có kiến thức về các can thiệp mang tính khả thi và được chấp nhận ở địa phương.
- Các tư vấn về dinh dưỡng phải đơn giản và thực tế, phù hợp với tình hình thực tế của người phụ nữ.

4.2.5. Phiếu theo dõi sức khoẻ bà mẹ tại nhà

Đó là phiếu theo dõi sức khoẻ cho phụ nữ ở lứa tuổi sinh đẻ (15–49 tuổi). Phiếu ghi lại những thông tin cần thiết liên quan đến thai phụ, ví dụ như tiền sử sản khoa, chăm sóc thai nghén hiện tại, chuyển dạ đẻ, chăm sóc bà mẹ sau đẻ và kế hoạch hoá gia đình sau đẻ. Phiếu này được viết làm hai bản, một bản để người phụ nữ giữ tại nhà và một bản được lưu giữ tại trạm y tế.

Phiếu được phân làm hai nhóm:

Nhóm 1: Dùng cho phụ nữ có thai, bỏ vào hộp có ngăn riêng, mỗi tháng cho vào một ngăn.

Nhóm 2: Dùng cho các phụ nữ không có thai sử dụng các phương pháp tránh thai để trong một hộp riêng có ngăn cho từng thôn, xóm. Tên người sử dụng xếp theo ABC.

Theo dõi: Khi người phụ nữ đến để nhận dịch vụ, thông tin phải điền vào hai phiếu, một trả lại người phụ nữ, một lưu lại ở phòng khám trong hộp thích hợp. Tại hộp cho người có thai, vào cuối từng tháng nếu có một phiếu nào không được điền, nghĩa là người có phiếu không đến khám thì cán bộ y tế phải mời người đó đến trạm hoặc đến thăm tại nhà.

Nếu việc thăm khám được làm ở tuyến trên hoặc nơi khác, người khám phải ghi vào phiếu, người phụ nữ mang phiếu này về trạm để cán bộ y tế ghi vào

phiếu lưu giữ ở trạm. Cán bộ y tế địa phương phải chú ý tới hướng dẫn của tuyến trên ghi trong phiếu.

Hàng năm, các hộp phải cập nhật bằng cách lượng giá lại các loại phiếu và để vào đúng hộp. Bất kỳ phiếu mới phát nào cũng phải để vào hộp thích hợp, trong khi đó phiếu của người hết tuổi 49 được rút ra.

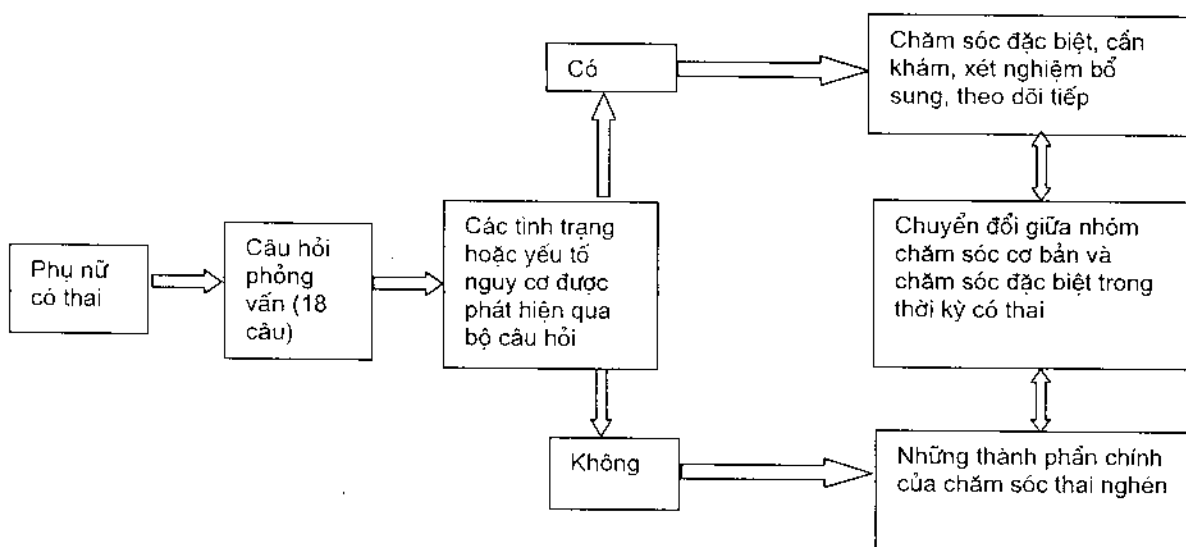
4.3. Những vấn đề cần chuẩn bị cho lần đẻ con tới

Người phụ nữ phải chuẩn bị kế hoạch cho việc sinh sắp tới, ví dụ những vật dụng gì cần mang theo, dự kiến người đỡ đẻ, nơi đẻ và phương tiện đến đó, người giúp đỡ trong lúc đẻ. Họ phải chuẩn bị kế hoạch phòng khi có tai biến xảy ra, ví dụ phương tiện vận chuyển, tiền nong và người giúp đỡ trong lúc khó khăn.

Theo UNICEF (1996) có tới 40% phụ nữ sẽ phát sinh tai biến liên quan thai nghén, trong số đó có tới 15% có tai biến cần phải có sự hỗ trợ y tế và khoảng 1-2% phụ nữ sẽ tử vong do tai biến phát sinh. Các bằng chứng cho thấy hầu như khó có thể dự kiến được những người phụ nữ nào sẽ phát sinh tai biến, nên một điều vô cùng quan trọng là phải làm cho người phụ nữ nhận biết được những dấu hiệu nguy hiểm mà họ cần phải biết trong quá trình mang thai. Các thai phụ cần phải thảo luận với các thành viên có quyền quyết định trong gia đình về địa điểm và thời điểm đi đến cơ sở y tế.

Do tình trạng khan hiếm máu và việc truyền máu an toàn là một trong những vấn đề còn gặp nhiều khó khăn tại cơ sở y tế, nên người phụ nữ phải dự kiến được người cho máu trong trường hợp cấp cứu, và phải bố trí để người cho máu phải luôn sẵn sàng khi cần đến.

4.4. Mô hình chăm sóc và quản lý thai nghén mới của WHO



Hiện nay WHO đang khuyến nghị các nước trên thế giới sử dụng một mô hình chăm sóc thai nghén mới (WHO, 2002). Phụ nữ có thai sẽ được phỏng vấn kỹ lưỡng theo một bộ câu hỏi chuẩn gồm 18 câu về tiền sử sản khoa, lần có thai hiện tại và một số vấn đề liên quan đến bệnh lý. Dựa vào kết quả phỏng vấn đó, phụ nữ có thai được chia làm hai nhóm: (1) những người sẽ được nhận những chăm sóc cơ bản và (2) những người cần có sự chăm sóc đặc biệt. Những người phụ nữ thuộc nhóm chăm sóc đặc biệt cần phải được nhận các dịch vụ chăm sóc cơ bản và các dịch vụ chăm sóc đặc biệt bổ sung. Các dịch vụ chăm sóc cơ bản bao gồm những yếu tố sau:

- Thu thập đầy đủ các thông tin về tình trạng sức khỏe, kinh tế và xã hội mà có thể gây ảnh hưởng xấu tới sự phát triển thai nghén.
- Tiến hành các can thiệp có hiệu quả.
- Giáo dục người phụ nữ về kế hoạch đẻ con an toàn, những tình trạng tai biến, cấp cứu có thể xảy ra và cách xử trí.

Các hình thức khám/xét nghiệm thực hiện ở mỗi lần khám thai phải được ghi vào bảng kiểm khám thai cơ bản. Bảng kiểm này có tác dụng giúp cán bộ y tế không bỏ sót các loại hình khám/xét nghiệm cần thiết nào cả. Tuy nhiên, khi áp dụng mô hình mới của WHO thì các cơ sở y tế phải có đủ các loại hình dịch vụ cần thiết, ví dụ phải có xét nghiệm nước tiểu, có đủ viên sắt, axit folic, có kháng sinh v.v... Những phụ nữ có các yếu tố nguy cơ như mổ đẻ hoặc có tai biến trước đây cần phải chú ý đến việc lựa chọn địa điểm sinh con. Phải chuẩn bị trước để họ có thể đến được cơ sở y tế kịp thời. Đôi khi phụ nữ ở nhóm chăm sóc cơ bản cũng có thể cần những chăm sóc đặc biệt về dinh dưỡng hoặc về tâm lý. WHO khuyến nghị rằng, trong những trường hợp đó thì nên để các chuyên gia về các lĩnh vực đó chăm sóc người phụ nữ; còn các dịch vụ chăm sóc thai nghén khác thì vẫn tiếp tục tuân theo nhóm chăm sóc cơ bản.

Mô hình chăm sóc thai nghén này đã được thử nghiệm thành công ở nhiều nước, được nhiều người chấp nhận, không làm tăng chi phí và đôi khi còn tiết kiệm được thời gian và nguồn lực cho cả người phụ nữ và ngành y tế. WHO khuyến nghị rằng, các nước đang phát triển nên áp dụng mô hình này, kết hợp với những can thiệp cụ thể như phòng sốt rét hoặc lây truyền HIV/AIDS từ mẹ sang con.

5. CHĂM SÓC KHI ĐẼ VÀ SAU KHI ĐẼ

5.1. Chăm sóc khi đẻ

Có rất nhiều lựa chọn đối với người phụ nữ về địa điểm sinh con, có thể đẻ ở nhà hoặc ở cơ sở y tế, do người nhà/bà đỡ dân gian hoặc do cán bộ y tế đỡ đẻ. Một số điểm cần lưu ý đến chăm sóc khi đẻ như sau:

– Chuẩn bị các điều kiện và phương tiện đỡ đẻ sạch, không gây chấn thương cho mẹ và con.

– Tiên lượng các nguy cơ có thể xảy ra lúc đẻ để kịp thời phòng tránh và xử trí kịp thời.

– Con đẻ ra luôn được ở cạnh mẹ, không nên tách rời khỏi mẹ.

– Hỗ trợ tinh thần và thể lực cho người phụ nữ trong lúc sinh con.

– Phải tôn trọng những yếu tố riêng tư của sản phụ.

– Không bao giờ bỏ mặc một mình phụ nữ đang chuyển dạ. Phải luôn theo dõi sát tình trạng mẹ, con và tiến độ chuyển dạ. Sử dụng biểu đồ chuyển dạ trong quá trình đỡ đẻ.

– Hạn chế tối đa các can thiệp không cần thiết. Chỉ sử dụng cắt tầng sinh môn khi có chỉ định cần thiết.

– Chú ý đến quy trình phòng chống nhiễm khuẩn.

5.2. Chăm sóc sau đẻ

Chăm sóc ngay sau đẻ là chăm sóc cho sản phụ mới đẻ trong 6 giờ đầu để phát hiện ra những biến chứng, đặc biệt là chảy máu. Trong vòng 2 giờ đầu sau đẻ, cứ 15 phút một lần đo huyết áp, mạch, theo dõi lượng máu chảy âm đạo và độ co hồi tử cung. Trong vòng 4 giờ tiếp theo thì cứ 1 tiếng một lần phải kiểm tra như thế. Phải dự phòng và xử trí các bệnh lây truyền và HIV/AIDS. Các bệnh viện tỉnh (100%) phải có bác sỹ nhi khoa làm công tác hồi sức cấp cứu trẻ sơ sinh (80% đối với bệnh viện huyện).

Nên có những biện pháp chăm sóc trẻ sơ sinh ngay từ lúc mới sinh ra, chú ý việc đảm bảo thân nhiệt, bú sữa mẹ và tiêm chủng. Trong giai đoạn chăm sóc sau đẻ này phải chú ý đến công tác thông tin giáo dục các kiến thức cơ bản về vệ sinh sau đẻ, nuôi trẻ sơ sinh. Hướng dẫn bà mẹ cho con bú sau đẻ và cho bú đúng cách, cho trẻ ăn bổ sung sau 4 – 6 tháng. Cán bộ y tế phải đến thăm khám sản phụ và trẻ sơ sinh 2 lần trong vòng 42 ngày sau đẻ, chăm sóc rốn sơ sinh và phát hiện sớm dấu hiệu nhiễm trùng rốn.

Ngoài ra, cán bộ y tế còn phải tư vấn bà mẹ về các BPTT hợp lý, cung cấp dịch vụ KHHGD, đảm bảo sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh trong giai đoạn sau đẻ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày lịch sử phát triển của chương trình làm mẹ an toàn.
2. Liệt kê các cấu phần của chương trình làm mẹ an toàn.
3. Kể tên các nội dung về chăm sóc trước sinh tại Việt Nam.
4. Kể tên các nội dung về chăm sóc sau sinh tại Việt Nam.

5. Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất:

1. Nguyên nhân nào gây tử vong mẹ lớn nhất ở Việt Nam?
 - a) Băng huyết
 - b) Vỡ tử cung
 - c) Nhiễm trùng
 - d) Uốn ván rốn.
2. Tỷ lệ tử vong mẹ nào được coi là tỷ lệ đáng tin cậy nhất tại Việt Nam?
 - a) 165/100000
 - b) 135/100000
 - c) 80/100000.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bộ Y tế. Vụ BVBMTE/KHHGD. *Tài liệu tập huấn bác sỹ chuyên khoa sản về làm mẹ an toàn*, Hà Nội, 1998.
2. Bộ Y tế. Vụ BVBMTE/KHHGD. *Tài liệu tập huấn nữ hộ sinh về làm mẹ an toàn*, Hà Nội, 1998.
3. Bộ Y tế. Vụ BVBMTE/KHHGD. *Tài liệu tập huấn y sỹ – trạm xá trưởng về làm mẹ an toàn*, Hà Nội, 1998.

CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI VÀ VẤN ĐỀ KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

MỤC TIÊU

1. Liệt kê và phân loại các biện pháp tránh thai phổ biến ở Việt Nam.
2. Trình bày các ưu điểm, nhược điểm và cơ chế tác dụng của một số biện pháp tránh thai chủ yếu, bao gồm cả tránh thai hiện đại và truyền thống.
3. Giải thích được các mối liên hệ giữa kế hoạch hoá gia đình và sức khoẻ phụ nữ.
4. Trình bày vai trò của nam giới trong kế hoạch hoá gia đình.
5. Trình bày quá trình tư vấn về kế hoạch hoá gia đình.

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU

1.1. Một số khái niệm

Kế hoạch hoá gia đình (Family planning) là những nỗ lực của các cặp vợ chồng hay của cá nhân nhằm mục đích chủ động sinh đẻ về số con và duy trì khoảng cách sinh theo ý muốn bằng việc áp dụng các biện pháp tránh thụ thai một cách có hiệu quả.

Biện pháp tránh thai (Contraceptive methods) là các biện pháp can thiệp tác động lên cá nhân nhằm ngăn cản việc thụ thai ở người phụ nữ. Các biện pháp tránh thai thường áp dụng là thuốc, hoá chất, thiết bị đưa vào cơ thể, các thủ thuật ngoại khoa cắt đứt đường đi ngăn cản tinh trùng gặp trứng, hoặc các nỗ lực của các cá nhân nhằm tránh thụ thai. Biện pháp tránh thai giúp cho cá nhân và các cặp vợ chồng thực hiện kế hoạch hoá gia đình.

1.2. Lịch sử phát triển của các biện pháp tránh thai trên thế giới

Kỹ thuật tránh thai đã được biết đến từ rất lâu. Phụ nữ cổ Ai Cập đã sử dụng phân cá sấu, mật ong làm thành viên đạn đặt âm đạo nhằm tránh thụ thai. Y văn đã đề cập đến phương pháp tránh thai này vào khoảng từ năm 1550 đến 1500 trước Công nguyên, trong đó họ đã hướng dẫn phụ nữ sử dụng một

loại sợi tằm với mật ong, một số loại thảo dược. Phương pháp này đã được khoa học hiện đại giải thích về sự tạo thành lactic acid, đó là một chất có khả năng diệt tinh trùng.

Trước khi các biện pháp tránh thai hiện đại được phát minh và sử dụng rộng rãi, phụ nữ sống trong các nền văn hoá đã sử dụng nhiều chất khác nhau có trong tự nhiên hoặc các loại thảo dược có tác dụng tránh thai hoặc gây sảy thai. Tuy nhiên, hiệu quả của các phương pháp cổ điển này không chắc chắn và đôi khi gây nguy hiểm, thậm chí gây chết người.

Dụng cụ tử cung đã được phát minh dựa trên kinh nghiệm của người Ả Rập và người Thổ cổ đại. Họ đưa những hòn đá nhỏ, nhẵn vào trong tử cung của những con lạc đà cái để tránh cho những con lạc đà này có thai trong các hành trình dài xuyên qua sa mạc.

Thế kỷ XVI, nhà giải phẫu người Italy tên là Fallopius đã mô tả việc sử dụng bao bằng lanh để ngăn ngừa sự lây nhiễm của bệnh giang mai trong quan hệ tình dục. Bao tránh thai làm bằng ruột cừu được một bác sĩ người Anh sống trong thời đại vua Charles II phát minh. Năm 1884, bao cao su, làm bằng cao su được bắt đầu sử dụng rộng rãi như là một biện pháp tránh thai.

Năm 1838, màng ngăn âm đạo bằng cao su được một bác sĩ người Đức phát minh. Năm 1860, mũ cổ tử cung ra đời và ngay sau đó được sử dụng rộng rãi ở châu Âu, tuy nhiên cuối những năm 1980 mới được chấp nhận sử dụng ở Mỹ.

Năm 1960, thuốc tránh thai ra đời và được sử dụng rộng rãi ở Mỹ từ năm 1965. Thập kỷ 80 của thế kỷ XX, thuốc tránh thai khẩn cấp được sử dụng rộng rãi ở châu Âu cho cả mục đích tránh thai và phá thai và năm 1998 đã được chấp nhận sử dụng ở Mỹ. Thập kỷ 90 của thế kỷ XX, một số biện pháp tránh thai khác được giới thiệu nhằm tăng sự đa dạng như thuốc cấy tránh thai, bao cao su nữ, miếng dán tránh thai...

1.3. Quan điểm về Kế hoạch hoá gia đình của ICPD

Song song với các phát minh khoa học và việc đưa vào ứng dụng các biện pháp tránh thai, sự vận động, thay đổi xã hội liên quan đến sinh đẻ cũng đã diễn ra rất tích cực. Từ khi Liên hợp quốc, một tổ chức quốc tế lớn nhất hành tinh ra đời, các vấn đề về dân số, y tế đã trở nên là những vấn đề chung cho cả thế giới. Năm 1978, Tổ chức Y tế thế giới và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc đã tổ chức Hội nghị quốc tế tại Alma-Ata (Kazacstan) và đã thông qua tuyên ngôn về chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Một trong những yếu tố của chăm sóc sức khoẻ ban đầu là bảo vệ sức khoẻ bà mẹ, trẻ em và nó đã gắn chặt với các biện pháp kế hoạch hoá gia đình.

Năm 1994, Hội nghị quốc tế về Dân số và phát triển (ICPD) được tổ chức tại Cairô (Ai Cập) đã đưa ra chương trình hành động nhằm thực hiện chiến lược

toàn cầu về sức khỏe sinh sản. Hội nghị đã thống nhất khái niệm về sức khỏe sinh sản trên cơ sở khái niệm về sức khỏe từ Hội nghị Alma-Ata.

Kế hoạch hoá gia đình (KHHGĐ) thông qua việc áp dụng các biện pháp tránh thai cũng đã được đề cập đến trong ICPD như một quyền con người.

"KHHGĐ là một vấn đề về quyền con người – vấn đề liên quan đến quyền về sức khỏe sinh sản, trong đó công nhận rằng cả nam và nữ có quyền được thông tin và tiếp cận với các phương pháp thực hiện KHHGĐ an toàn, hiệu quả, hợp khả năng và chấp nhận được mà họ đã lựa chọn.

Những quyền này bắt nguồn từ những nhận thức chung về quyền cơ bản của các cặp vợ chồng và từng cá nhân tự do và có trách nhiệm trong việc quyết định về số con, khoảng cách giữa các lần sinh, thời gian sinh con và các phương tiện hỗ trợ cho những quyết định đó. KHHGĐ là phương tiện giúp cho từng cá nhân và các cặp vợ chồng nhận thức ra những quyền đó".

(Chương trình hành động ICPD Cairo, 1994)

2. KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH VÀ CHIẾN LƯỢC DÂN SỐ VIỆT NAM

Các chương trình về dân số và KHHGĐ ở nước ta thực sự bắt đầu từ thập kỷ 60 của thế kỷ XX. Các chương trình này chủ yếu nhằm mục tiêu làm giảm sự gia tăng về quy mô dân số ở thời điểm mà mức sinh rất cao (trung bình 6,3 con/phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ). Bên cạnh đó, hàng loạt các hoạt động y tế đã được tổ chức một cách có hiệu quả nhằm chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em.

Hoạt động thực sự có hiệu quả và tích cực nhằm điều chỉnh mức gia tăng dân số, được triển khai trên cả nước trong thập kỷ 80 của thế kỷ XX. Tổ chức hệ thống y tế đã có điều chỉnh nhằm thực hiện tốt chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu, đặc biệt ở tuyến huyện và xã. Hệ thống y tế chuyên sâu được hình thành ở cấp địa phương phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và KHHGĐ. Các biện pháp tránh thai đã được đưa vào nghiên cứu và áp dụng rộng rãi, khởi đầu là vòng tránh thai (dụng cụ tử cung), bao cao su, sau đó là thuốc tránh thai với các dạng khác nhau, triệt sản...

Chương trình Dân số KHHGĐ cũng được tổ chức một cách có hệ thống. Năm 1995, Thủ tướng Chính phủ đã phê duyệt Chiến lược quốc gia về dân số đến năm 2000 với mục tiêu giảm sự gia tăng dân số tự nhiên và chiến lược thông tin giáo dục truyền thông và cung cấp các dịch vụ KHHGĐ. Chiến lược quốc gia về Dân số và Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản từ 2001–2010 cũng đã được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt nhằm tiếp tục các mục tiêu về quy mô dân số, đồng thời nâng cao chất lượng cuộc sống, thực hiện quyền sinh sản bằng việc cung cấp các dịch vụ sức khỏe sinh sản đa dạng, trong đó có các

dịch vụ KHHGD. Việc cung cấp các phương tiện tránh thai từ miễn phí chuyển dần theo hướng tiếp thị xã hội. Công tác thông tin giáo dục truyền thông tiếp tục được nâng cao nhằm thay đổi hành vi về SKSS.

3. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI PHỔ BIẾN VÀ TÌNH HÌNH ÁP DỤNG CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TẠI VIỆT NAM

3.1. Các biện pháp tránh thai hiện đại

3.1.1. Dụng cụ tử cung

Dụng cụ tử cung (DCTC) là loại phương tiện tránh thai được đặt vào trong tử cung của người phụ nữ.

a) Cấu tạo

Các loại dụng cụ tránh thai được sử dụng phổ biến hiện nay làm bằng chất dẻo. Một số loại xung quanh quấn dây đồng. Ngoài ra, có loại DCTC có chứa nội tiết tố tránh thai; nội tiết tố được giải phóng dần trong tử cung của người phụ nữ làm tăng hiệu quả tránh thai.

b) Cơ chế tác dụng

Cơ chế tác dụng tránh thai của DCTC chưa được biết đầy đủ. Một số tác dụng chủ yếu là ngăn cản sự làm tổ của trứng đã thụ tinh; thay đổi chất nhầy, môi trường cổ, buồng tử cung, ngăn cản sự thâm nhập của tinh trùng vào buồng tử cung, vòi trứng. Ngoài ra, nó có thể làm thay đổi nhu động của vòi trứng, làm giảm khả năng di chuyển của trứng.

Các loại dụng cụ tử cung phổ biến hiện nay ở nước ta: DCTC TCu 380A và MultiLoad 375. Đây là các loại DCTC bọc bằng sợi dây đồng có diện tích bề mặt tính bằng mm^2 như ghi trên số hiệu.

c) Ưu điểm

- DCTC có hiệu quả tránh thai cao từ 97 – 98%;
- Sử dụng tiện lợi, đặt một lần có tác dụng lâu dài (8 – 10 năm);
- Hiệu quả tránh thai cao;
- Dễ có thai lại sau khi tháo.

d) Hạn chế

- DCTC không có tác dụng ngăn ngừa các bệnh lây truyền qua đường tình dục và chửa ngoài tử cung;
- Cần sự can thiệp y tế (thủ thuật đặt DCTC);
- Chỉ định, theo dõi sau đặt DCTC nghiêm ngặt và đôi khi hay gây tai biến và tác dụng phụ.

3.1.2. Thuốc tránh thai bằng nội tiết tố tổng hợp

Thuốc tránh thai bằng nội tiết tố tổng hợp là các loại thuốc sử dụng các chất tổng hợp có tác dụng giống nội tiết tố sinh dục nữ là estrogen và progesteron. Các chế phẩm có tác dụng giống progesteron được gọi là progestin. Hiện nay, hàm lượng các nội tiết tố tổng hợp trong viên tránh thai được hạ xuống mức rất thấp nhằm hạn chế các tác dụng phụ của thuốc song vẫn có khả năng tránh thai.

a) Cơ chế tác dụng

- Ức chế phóng noãn.
- Thay đổi chất nhầy cổ tử cung.
- Thay đổi niêm mạc tử cung.

b) Ưu điểm

- Hiệu quả tránh thai cao.
- Người phụ nữ chủ động áp dụng.
- Dễ có thai lại sau khi ngừng thuốc.
- Giảm nguy cơ chữa ngoài tử cung.

c) Hạn chế

- Những loại thuốc uống cần phải uống hàng ngày.
- Một số loại cần sự hỗ trợ y tế.
- Có nhiều chống chỉ định nên phải thận trọng khi sử dụng.

d) Một số dạng sử dụng

- Thuốc uống tránh thai kết hợp
 - + Thành phần gồm có estrogen và progestin.
 - + Dạng trình bày: viên nén bọc trong vỉ, thường có 28 viên trong đó có 7 viên không có nội tiết tố.
- Thuốc uống tránh thai chỉ có progestin
 - + Chế phẩm viên, dạng uống giống thuốc kết hợp nhưng khác về thành phần hoạt chất.
 - + Được dùng khi chống chỉ định với estrogen, ví dụ tránh thai khi còn nuôi con bằng sữa mẹ.
- Thuốc tiêm tránh thai
 - + Có hai loại: Một loại chỉ có progestin và loại kia có cả hai hoạt chất progestin và estrogen.
 - + Nói chung, tác dụng tránh thai kéo dài hơn thuốc viên uống (3 – 6 tháng), không phải sử dụng hàng ngày.
- Thuốc cấy tránh thai: Loại phổ biến là Implanon

+ Là những nang bằng chất dẻo không bị phân huỷ trong cơ thể, bên trong nang chứa levonorgestrel (một loại progestin).

+ Gồm 1 nang (dài 34mm, đường kính 2,4mm) được cấy vào dưới da mặt trong cánh tay. Loại này dễ cấy vào và cũng dễ lấy ra hơn so với loại Norplant 6 nang trước đây. Hoạt chất bên trong nang được giải phóng đều đặn, vào máu và có tác dụng tránh thai theo cơ chế của hormone.

e) Các biện pháp tránh thai khẩn cấp

Là BPTT được áp dụng ngay sau khi giao hợp không được bảo vệ và có nguy cơ có thai ngoài ý muốn, gồm:

- Estrogen liều cao: được chỉ định trong vòng 72 giờ sau giao hợp.
- Viên progestin đơn thuần liều cao (Postinor).
- Mifepristone (Ru – 486).

3.1.3. Triệt sản

Triệt sản (còn gọi là đình sản trong một số tài liệu) là các biện pháp tránh thai, chủ yếu là ngoại khoa, bằng cách làm tắc vĩnh viễn đường dẫn tinh (thắt ống dẫn tinh – triệt sản nam) hoặc đường dẫn trứng (thắt ống dẫn trứng – triệt sản nữ). Đây là biện pháp tránh thai vĩnh viễn. Phương pháp này cần có can thiệp ngoại khoa tương đối phức tạp và cần có sự tư vấn kỹ, cam đoan của người sử dụng và được chỉ định hạn chế. Tuy nhiên, một số tai biến có thể xảy ra.

3.1.4. Các biện pháp màng ngăn

Các biện pháp tránh thai nhóm này có tác dụng ngăn cản cơ học, không cho tinh trùng gặp noãn bằng các loại dụng cụ bằng cao su, màng động vật, hoặc bằng chất dẻo tổng hợp.

Các biện pháp tránh thai trong nhóm này phổ biến bao gồm:

a) Bao cao su

– *Bao cao su nam*: là loại dụng cụ bằng cao su hoặc nhựa latex hình túi được dùng để bao bên ngoài dương vật trong quá trình giao hợp. Tinh dịch sau khi được xuất ra chứa trong bao nên không có khả năng gặp noãn để thụ tinh.

– *Bao cao su nữ*: giống bao cao su nam nhưng dùng bao bên trong âm đạo. Biện pháp này có ưu điểm là người phụ nữ có thể chủ động sử dụng để tránh thai cho họ, song ít được sử dụng.

Ưu điểm chung của các loại bao cao su là ngoài tác dụng tránh thai còn có tác dụng giúp cho cả nam và nữ phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục, trong đó có HIV/AIDS. Ngoài ra, nó còn hạn chế một số bệnh như chửa ngoài tử cung của phụ nữ.

b) Màng ngăn âm đạo và mũ cổ tử cung

– Loại này dành cho phụ nữ sử dụng.

– Biện pháp này có tác dụng ngăn không cho tinh trùng xâm nhập qua lỗ cổ tử cung, tránh được thụ tinh.

– Biện pháp này không có tác dụng phòng chống các bệnh lây truyền qua đường tình dục do chúng không có khả năng ngăn cản hoàn toàn sự tiếp xúc lẫn nhau với dịch tiết của niêm mạc sinh dục trong khi giao hợp.

3.1.5. Thuốc diệt tinh trùng

Thuốc diệt tinh trùng là các loại hoá chất tổng hợp được đưa vào trong các chế phẩm dạng kem, viên đặt, phim mỏng, chất bôi trơn... hay được kết hợp trong bao cao su, màng ngăn âm đạo hay mũ cổ tử cung. Các hoạt chất có tác dụng diệt tinh trùng ngay trong âm đạo.

Ngoài tác dụng tránh thai, một số hoạt chất cũng có tác dụng diệt các vi sinh vật gây bệnh.

Hiện nay, có một số hoạt chất diệt vi sinh vật dùng để phòng chống bệnh lây truyền qua đường tình dục (microbicides), trong đó có HIV/AIDS, tuy nhiên tác dụng tránh thai không được đề cập đến trong loại thuốc này.

3.2. Các biện pháp tránh thai truyền thống (tránh thai tự nhiên)

Đây là các BPTT không sử dụng các phương tiện, thuốc men mà hoàn toàn phụ thuộc vào nỗ lực và hiểu biết của các cá nhân.

Ưu điểm chung của các BPTT truyền thống là không cần phương tiện, thiết bị can thiệp. Do đó, tránh được các tai biến cũng như tác dụng phụ. Tuy nhiên các biện pháp này đòi hỏi cặp vợ chồng có hiểu biết, chủ động nỗ lực khi áp dụng. Một số biện pháp phức tạp và hiệu quả tránh thai thấp, dễ thất bại. Sự phối hợp của nhiều phương pháp trong những điều kiện phù hợp có thể giúp cho hiệu quả tránh thai cao hơn.

Nhóm này bao gồm các biện pháp sau:

a) Không giao hợp

Cặp vợ chồng có thể có quan hệ tình dục, song không giao hợp trong âm đạo.

b) Tính ngày phóng noãn

– Cơ sở khoa học

+ Khả năng sống của tinh trùng tối đa là 48 giờ (trong môi trường niêm dịch cổ tử cung, ít hơn nếu ở môi trường âm đạo, buồng tử cung và ống dẫn trứng); noãn sau khi phóng ra khỏi buồng trứng có khả năng tồn tại được tối đa 12 giờ;

+ Hiện tượng phóng noãn thường xảy ra vào một ngày cố định cách ngày đầu kỳ kinh tới 14 ngày.

+ Để đảm bảo tránh thai an toàn cần tránh những ngày có khả năng thụ thai.

– *Ưu điểm:*

+ Đơn giản, không phải chuẩn bị trước khi quan hệ tình dục.

+ Không có tác dụng phụ.

– *Nhược điểm:*

+ Khó áp dụng đối với những người có vòng kinh không đều; những người có rối loạn kinh nguyệt hoặc không nhớ rõ vòng kinh của mình.

+ Nói chung, tỷ lệ thất bại của biện pháp này khá cao, đến 20%.

c) Theo dõi thân nhiệt

Do nhiệt độ hằng ngày vào buổi sáng khi mới ngủ dậy mà chưa thực hiện hoạt động gì. Thông thường nhiệt độ thay đổi khi phóng noãn.

d) Đánh giá chất nhầy cổ tử cung

Trong thời kỳ phóng noãn và có thể thụ thai, mật độ và đặc tính chất nhầy cổ tử cung có thay đổi. Theo dõi phát hiện sự thay đổi này giúp cho xác định ngày phóng noãn để tránh giao hợp.

Nói chung, bốn biện pháp này đều nhằm xác định ngày phóng noãn – những ngày có thể thụ thai để tránh giao hợp khi không được bảo vệ bằng các biện pháp khác.

– *Ưu điểm:* Không cần dụng cụ tránh thai.

– *Nhược điểm:* Độ tin cậy thấp, dễ sai sót, phiền phức, bất tiện. Nói chung tỷ lệ thất bại cao.

e) Xuất tinh ngoài âm đạo

Quá trình giao hợp vẫn diễn ra như bình thường nhưng khi chuẩn bị xuất tinh, người nam giới chủ động đưa dương vật ra ngoài và cho xuất tinh bên ngoài âm đạo.

g) Cho bú vú kinh

Nuôi con bằng sữa mẹ hoàn toàn trong 4 – 6 tháng đầu có tác dụng tránh thai trong thời kỳ này.

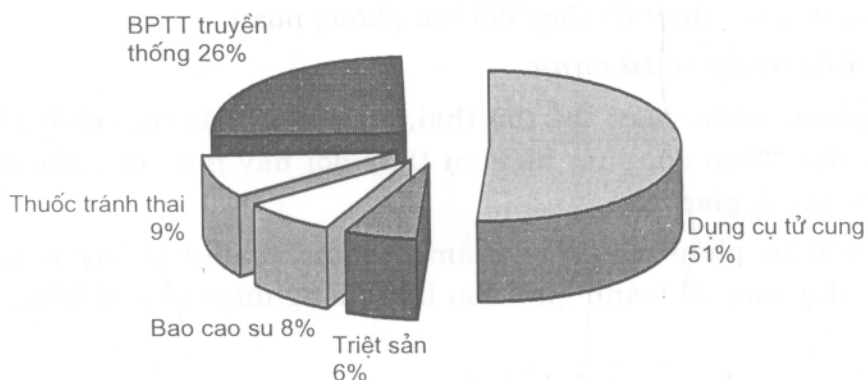
3.3. Tình hình áp dụng các BPTT ở Việt Nam trong những năm gần đây

Từ năm 1980 trở lại đây, các BPTT trở nên rất phổ biến ở nước ta. Theo một số tài liệu thống kê, tỷ lệ các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ áp dụng các BPTT lên đến 70% trong những năm cuối của thế kỷ XX. Hiểu biết về các BPTT cũng như kiến thức về sinh sản của người dân được nâng lên rất nhiều. Kết quả

dẫn đến tỷ lệ sinh nói chung đã hạ thấp; tổng tỷ suất sinh (số con trung bình của một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ) được hạ thấp xuống còn 2,3 con trong năm 1999. Tuy nhiên, chúng ta đang đứng trước một thực trạng cần quan tâm:

– Các biện pháp tránh thai chưa được đa dạng hoá tại các cơ sở dịch vụ. Biện pháp tránh thai hiện đại được sử dụng chủ yếu là DCTC.

Thất bại về các BPTT còn cao. Mặc dù tỷ lệ chấp nhận các BPTT tương đối cao, song số lượng các trường hợp phá thai cũng tương đối nhiều và tỷ lệ phá thai đứng vào hàng cao trên thế giới. Theo một số thống kê, cứ 1 trẻ em sinh ra thì bên cạnh đó có 1 trường hợp phá thai. Vấn đề phá thai trở nên nghiêm trọng hơn ở trẻ vị thành niên và phụ nữ trẻ; điều này có liên quan nhiều đến hiểu biết về sinh sản và trở thành vấn đề mà xã hội cùng quan tâm, đặc biệt ảnh hưởng nhiều đến tâm sinh lý của phụ nữ trẻ bước vào độ tuổi sinh đẻ.



Cùng với phá thai, vô sinh cũng đang nổi lên thành một vấn đề đáng quan tâm ở Việt Nam. Tuy chưa có những số liệu thống kê cho cả nước nhưng về mặt lâm sàng, ngoài các nguyên nhân vô sinh nguyên phát, các trường hợp vô sinh thứ phát trở nên tương đối nhiều do hậu quả của các bệnh lây truyền qua đường tình dục và phá thai. Vấn đề KHHGD nhằm đáp ứng nhu cầu sinh đẻ đã đặt ra vấn đề điều trị vô sinh. Nhiều biện pháp kỹ thuật cao đã được đưa vào sử dụng như thụ tinh trong ống nghiệm được thực hiện ở cơ sở y tế tuyến cao. Bên cạnh đó, các vấn đề pháp lý cũng đã được nghiên cứu nhằm đáp ứng nhu cầu mới.

4. MỐI QUAN HỆ GIỮA KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH VÀ SỨC KHOẺ PHỤ NỮ

KHHGD có mối quan hệ chặt chẽ với sức khỏe phụ nữ. Sinh đẻ là một hiện tượng sinh lý ở những phụ nữ bình thường. Tuy vậy nó đem lại rất nhiều nguy cơ cho sức khỏe phụ nữ. KHHGD giúp cho người phụ nữ chủ động sinh đẻ số con

như mong muốn và khoảng cách sinh an toàn, phù hợp với điều kiện sinh lý cơ thể cũng như điều kiện xã hội, việc làm và giáo dục con cái.

Một số lợi ích cụ thể mà KHHGD đem lại cho sức khỏe phụ nữ bao gồm:

– Phụ nữ có khả năng sinh đẻ ở lứa tuổi phù hợp: tuổi sinh đẻ của phụ nữ tốt nhất từ 22 đến 35 tuổi. Trong giai đoạn này, cơ thể phụ nữ đã phát triển đầy đủ với những chức năng sinh sản hoàn chỉnh. Thai nghén trước tuổi 20 khi cơ thể phụ nữ chưa phát triển đầy đủ dễ dẫn đến các nguy cơ cho bà mẹ như các tai biến sản khoa; các nguy cơ cho con như đẻ non, suy dinh dưỡng... Mang thai ở tuổi trên 40 cũng dễ đưa bà mẹ đến trước những nguy cơ có thể gây tử vong và tàn tật; đặc biệt, đối với con, tỷ lệ trẻ mắc các bệnh bẩm sinh cao.

– Áp dụng BPTT đúng, có hiệu quả ngăn ngừa thai nghén ngoài ý muốn, hạ thấp nguy cơ phá thai. Do đó gián tiếp tránh được những hậu quả của phá thai.

– Một số BPTT giúp cho nâng cao sức khỏe phụ nữ. Các BPTT bằng nội tiết tố có thể làm hạn chế lượng máu mất khi hành kinh. Một số BPTT bằng màng ngăn có thể giúp người phụ nữ tránh được nguy cơ của các bệnh lây truyền qua đường tình dục, trong đó có bệnh nguy hiểm nhất và đang được thế giới lưu ý là HIV/AIDS. Một số BPTT giúp cho người phụ nữ tránh được một số bệnh như chửa ngoài tử cung hoặc biến chứng của các bệnh nội khoa mãn tính như tim mạch, thận, gan...

– Ngoài các lợi ích trực tiếp về mặt sức khỏe kể trên, còn có các lợi ích về mặt xã hội gián tiếp liên quan tới sức khỏe phụ nữ như giúp cho người phụ nữ có cơ hội làm việc, học tập, tham gia các hoạt động kinh tế – xã hội, nuôi dạy con cái, chăm sóc gia đình và chăm sóc cho chính bản thân họ.

5. VAI TRÒ CỦA NAM GIỚI TRONG KHHGD

Xu hướng xã hội chuyển dần cấu trúc gia đình truyền thống nhiều thế hệ thành các gia đình hạt nhân gồm vợ, chồng và con. Vai trò của người chồng ngày càng trở nên gần gũi với các quyết định liên quan đến kế hoạch hoá gia đình.

Nam giới trực tiếp tham gia vào quá trình sinh sản của phụ nữ, do vậy các quyết định về kế hoạch hoá gia đình cũng liên quan rất nhiều đến nam giới. Trong xã hội truyền thống, quan niệm nhiều con hoặc cần có con trai để nối nghiệp tổ tông đang dần dần thay đổi và rất cần có sự tham gia tích cực của nam giới.

Có nhiều BPTT được áp dụng cho nam giới, đòi hỏi nam giới có những hiểu biết cần thiết để áp dụng. Bên cạnh đó, có nhiều biện pháp cần thiết sự phối

hợp của cả nam và nữ. Ngoài ra, sự đồng viên của chồng đối với vợ trong việc áp dụng các BPTT gián tiếp nâng cao hiệu quả của biện pháp, đồng thời tạo ra một quan hệ vợ chồng lành mạnh, thoải mái, đặc biệt trong quan hệ tình dục.

Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều mô hình lôi kéo sự tham gia của nam giới vào chương trình KHHGĐ của cộng đồng. Ở một số nước, nam giới tham gia vào các hoạt động truyền thông và phân phối các BPTT trong cộng đồng. Các chương trình này đã tỏ ra thành công và ngày càng lôi kéo nhiều nam giới tham gia, đồng thời gia tăng nhận thức của chính bản thân họ trong việc áp dụng các BPTT.

Ở nước ta, sự tham gia của nam giới vẫn còn hạn chế. BPTT phổ biến vẫn áp dụng cho nữ giới. Tham gia hoạt động truyền thông tại cộng đồng vẫn chủ yếu là do nữ giới đảm nhiệm. Thậm chí, các phương tiện tránh thai áp dụng cho nam giới và các quá trình tư vấn về sinh sản vẫn thường được cung cấp trực tiếp cho nữ giới.

6. QUÁ TRÌNH TƯ VẤN VỀ KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH

Tư vấn về KHHGĐ là một quá trình truyền thông hai chiều giữa cá nhân người cung cấp dịch vụ tư vấn với cá nhân khách hàng trong điều kiện nhất định đảm bảo tính riêng tư, nhằm giúp cho khách hàng có hiểu biết đầy đủ, đồng thời hỗ trợ khách hàng quyết định lựa chọn cho mình một biện pháp KHHGĐ phù hợp.

6.1. Quyền của khách hàng khi nhận dịch vụ tư vấn KHHGĐ

– *Quyền nhận thông tin:* Các cá nhân trong cộng đồng có quyền được nhận thông tin về lợi ích của KHHGĐ đối với bản thân và gia đình họ. Họ cũng có quyền được biết nơi và cách tiếp cận đến các nguồn thông tin và dịch vụ cho việc KHHGĐ của họ và chăm sóc sức khoẻ tình dục và sinh sản.

– *Quyền tiếp cận dịch vụ:* Mọi cá nhân trong cộng đồng đều có quyền nhận các dịch vụ từ các chương trình KHHGĐ, không kể địa vị xã hội, hoàn cảnh kinh tế, tôn giáo, thái độ chính trị, chủng tộc, tình trạng hôn nhân, vị trí địa lý hoặc bất cứ một đặc tính nào có thể xếp họ vào các nhóm nào đó.

– *Quyền lựa chọn:* Các cá nhân và các cặp vợ chồng có quyền quyết định một cách tự do có áp dụng KHHGĐ hay không. Khi tìm kiếm các dịch vụ KHHGĐ, khách hàng cần được tự do lựa chọn biện pháp tránh thai cho mình.

– *Quyền được an toàn:* Khách hàng có quyền được an toàn khi áp dụng các biện pháp KHHGĐ.

– *Quyền riêng tư*: Khách hàng có quyền trao đổi về nhu cầu hoặc sự quan tâm của họ về môi trường mà ở đó họ cảm thấy an tâm, tin tưởng. Khi khách hàng được khám lâm sàng, việc thăm khám cần được thực hiện trong điều kiện họ được tôn trọng về thân thể.

– *Quyền tin cậy*: Khách hàng cần được bảo đảm rằng, bất cứ thông tin nào mà họ cung cấp hoặc bất cứ chi tiết nào về dịch vụ mà họ nhận được sẽ không được trao đổi với bất kỳ ai khác khi chưa có sự đồng ý của họ.

– *Quyền được tôn trọng về phẩm giá*: Khách hàng có quyền được đối xử một cách lịch sự, tôn trọng, ân cần và được tôn trọng đầy đủ về phẩm giá bất kể trình độ học vấn, địa vị xã hội hoặc bất cứ đặc điểm nào có thể phân biệt họ hoặc làm họ có nguy cơ bị lạm dụng.

– *Quyền được thoải mái*: Khách hàng có quyền được thoải mái khi nhận dịch vụ.

– *Quyền được tiếp tục*: Khách hàng có quyền được nhận dịch vụ và cung cấp thuốc hoặc phương tiện tránh thai khi họ tiếp tục muốn sử dụng.

– *Quyền được phát biểu ý kiến*: Khách hàng có quyền được trình bày quan điểm của họ về dịch vụ họ nhận.

6.2. Quá trình tư vấn KHHGD

Đối với người tư vấn, quá trình tư vấn KHHGD được khuyến cáo bao gồm sáu bước (GATHER – viết tắt của các từ tiếng Anh):

- Chào hỏi khách hàng khi gặp gỡ (Greeting).
- Hỏi về nhu cầu của khách hàng (Ask).
- Giới thiệu cho khách hàng biết về các biện pháp tránh thai (Tell).
- Giúp đỡ khách hàng lựa chọn biện pháp tránh thai phù hợp (Help).
- Giải thích cho khách hàng về cách dùng, chỉ định, chống chỉ định, các tác dụng phụ có thể gặp (Explain).
- Hẹn khách hàng quay lại để theo dõi và tiếp tục cung cấp (Return).

PHỤ LỤC

Các bảng thông tin *tham khảo* khi tư vấn KHHGD (theo WHO – 1994)

THỜI GIAN CÓ CON TỐT NHẤT KHI:

- Người phụ nữ từ 20 – 35 tuổi.
- Khoảng cách mang thai trước đó là 2 – 3 năm.
- Khi người phụ nữ đó có ít hơn 4 con.
- Khi người phụ nữ đó không có bệnh/tật ảnh hưởng đến sức khỏe chính họ hoặc thai nhi.
- Khi cả hai vợ chồng cùng mong muốn có con.

HIỆU QUẢ SỬ DỤNG CỦA CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI

Phương pháp	Tỷ lệ thất bại thực tế (<i>số phụ nữ mang thai trong 100 người sử dụng BPTT trong 1 năm</i>)
Hiệu quả rất cao – Triệt sản nữ – Triệt sản nam – Thuốc cấy – Thuốc tiêm	0,2 – 0,5 0,2 – 1 0,3 1
Hiệu quả cao – Dụng cụ tử cung – Thuốc uống tránh thai (TT) loại kết hợp	1 – 5 1 – 8
Hiệu quả – Thuốc uống TT đơn thuần – Bao cao su – Màng ngăn âm đạo	3 – 10 3 – 15 3 – 15
Ít hiệu quả – Mũ cổ tử cung, kem, gel... – Biện pháp tự nhiên	10 – 25 10 – 30

**PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI PHÙ HỢP THEO TUỔI
VÀ THEO NGUY CƠ SKSS CỦA MỘT PHỤ NỮ**

Tuổi	Phù hợp nhất	Phù hợp	Phù hợp ít	Không phù hợp
<=17	Bao cao su	– Thuốc uống tránh thai loại kết hợp – Thuốc uống TT đơn thuần	– Thuốc tiêm – Thuốc cấy – BPTT tự nhiên	– Dụng cụ tử cung – Triệt sản
18–35		Tất cả các BPTT đều phù hợp tùy từng trường hợp cụ thể		
>=36	– Triệt sản – Thuốc cấy – Thuốc tiêm	– Dụng cụ tử cung – Bao cao su – Thuốc uống TT đơn thuần	– Thuốc uống TT kết hợp – Biện pháp tự nhiên	

(Các biện pháp kể trên không sắp xếp theo thứ tự quan trọng)

PHƯƠNG PHÁP TRÁNH THAI PHÙ HỢP THEO GIAI ĐOẠN SINH SẢN CỦA MỘT PHỤ NỮ

Giai đoạn	Phù hợp nhất	Phù hợp	Phù hợp ít	Không phù hợp
Chưa muốn có con so		– Thuốc uống tránh thai loại kết hợp – Bao cao su – Thuốc tiêm/cấy – Thuốc uống TT đơn thuần – BP màng ngăn – BPTT tự nhiên	Dụng cụ tử cung	Triệt sản
Giãn khoảng cách sinh		– Dụng cụ tử cung – Thuốc uống tránh thai loại kết hợp – Bao cao su – Thuốc tiêm/cấy – Thuốc uống TT đơn thuần – BP màng ngăn – BPTT tự nhiên		Triệt sản
Cho con bú	– Thuốc uống TT chỉ có progestin – Thuốc tiêm – Thuốc cấy – DCTC	– Bao cao su – BP màng ngăn – BPTT tự nhiên – Triệt sản	Thuốc uống tránh thai loại kết hợp	
Đã có đủ số con	– Triệt sản – Thuốc tiêm – Thuốc cấy – DCTC	– Thuốc uống tránh thai loại kết hợp – Bao cao su	– Thuốc uống TT đơn thuần – BPTT tự nhiên	
Gần mãn kinh	– Bao cao su – BP màng ngăn	– Thuốc tiêm/cấy – DCTC	Thuốc uống TT đơn thuần	– Triệt sản – Thuốc uống TT kết hợp – BP tự nhiên

(Các biện pháp kể trên không sắp xếp theo thứ tự quan trọng)

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Liệt kê các BPTT phổ biến ở Việt Nam.
2. Phân loại các BPTT ở Việt Nam.
3. Phân tích tác dụng của các BPTT.
4. Giải thích tại sao nam giới cần phải tham gia vào chương trình KHHGĐ.

5. Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất:

1. Từ khởi điểm của các chương trình về dân số và KHHGD của Việt Nam năm 1960 đến năm 1999, mức sinh của chúng ta đã giảm từ:
 - a) 6,5 xuống 2,3
 - b) 6,3 xuống 2,5
 - c) 6,4 xuống 2,4
 - d) 6,3 xuống 2,3
2. Các BPTT nếu xếp theo thứ tự được sử dụng từ lớn đến nhỏ sẽ là:
 - a) Dụng cụ tử cung – Thuốc tránh thai – Triệt sản – Bao cao su
 - b) Bao cao su – Dụng cụ tử cung – Thuốc tránh thai – Triệt sản
 - c) Dụng cụ tử cung – Thuốc tránh thai – Bao cao su – Triệt sản
 - d) Dụng cụ tử cung – Bao cao su – Thuốc tránh thai – Triệt sản.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bộ Y tế, *Chuẩn quốc gia về dịch vụ sức khỏe sinh sản*, 2002.
2. EC/UNFPA, *Sức khỏe sinh sản cho mọi người: Tài liệu tập huấn*. Dự án sáng kiến sức khỏe sinh sản tại châu Á do EC/UNFPA tài trợ, 2001.
3. WHO, *Tài liệu cho cán bộ y tế về lựa chọn các biện pháp tránh thai*. World health organization, Regional office for the Western pacific, Manila, 1994.

PHÁ THAI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các khái niệm về phá thai.
2. Giải thích các vấn đề về phá thai, bao gồm chỉ định, chống chỉ định, sự lựa chọn các phương pháp phá thai và việc dự phòng các tai biến.
3. Trình bày được các biến chứng và các vấn đề xã hội của phá thai.
4. Trình bày được các biện pháp khả thi nhằm hạ thấp tỷ lệ phá thai và phá thai không an toàn.

NỘI DUNG

1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM

Phá thai là việc áp dụng các kỹ thuật nhằm chấm dứt thai nghén mà kết quả làm cho thai bị đưa ra ngoài trước 22 tuần.

Khái niệm phá thai được phân biệt với sẩy thai (tiếng Anh dùng chung thuật ngữ là abortion). Sẩy thai là những trường hợp thai ra ngoài một cách tự nhiên trước khi có thể sống độc lập ngoài cơ thể người mẹ và hậu quả là thai chết (thuật ngữ sẩy thai trong tiếng Anh là spontaneous abortion hoặc miscarriage). Phá thai (thuật ngữ tiếng Anh là induced abortion) là sự chấm dứt thai nghén một cách có chủ ý do thai nghén ngoài ý muốn, hoặc do các chỉ định điều trị khi thai nghén để lại hậu quả xấu cho mẹ (trong một số bệnh như tim, thận, gan mạn tính, HIV/AIDS...) hoặc cho con (các dị tật bẩm sinh để lại các hậu quả nặng nề cho trẻ về thể chất và tinh thần).

Phá thai là thủ thuật được áp dụng nhiều trên thế giới mà chủ yếu là loại trừ thai nghén ngoài ý muốn. Tuy nhiên, đây cũng là vấn đề gây nhiều tranh cãi về mặt đạo đức cũng như các triết lý xã hội. Về mặt y học và chăm sóc sức khỏe, phá thai có vai trò trong điều trị các trường hợp bà mẹ có nguy cơ cao khi mang thai. Bên cạnh đó, hậu quả tiêu cực và lâu dài của phá thai (cả sức khỏe thể chất và tinh thần của người phụ nữ) là các vấn đề nổi cộm được quan tâm hàng đầu trong lĩnh vực SKSS.

Vấn đề phá thai trên thế giới, đặc biệt ở các nước có nhiều tôn giáo khác nhau, có thể trở thành vấn đề chính trị lớn gây tranh cãi nhiều trong xã hội, thậm chí gây ra bạo lực.

Kỹ thuật phá thai đang được áp dụng từ nhiều phương pháp cổ điển, dân gian đến các phương pháp hiện đại, kỹ thuật cao. Trong cộng đồng, phá thai được sử dụng với nhiều thuật ngữ như hút thai, hút điều hoà kinh nguyệt, nạo thai... Phá thai không được coi là một biện pháp KHHGĐ.

2. TÌNH HÌNH PHÁ THAI Ở VIỆT NAM VÀ TRÊN THẾ GIỚI

Bảng dưới đây cho thấy tỷ lệ phá thai của một số nước trên thế giới theo số liệu của Cục dân số Liên hợp quốc.

Tên nước	Năm báo cáo	Tỷ lệ phá thai/1000 phụ nữ 15 – 44 tuổi	Tên nước	Năm báo cáo	Tỷ lệ phá thai/1000 phụ nữ 15 – 44 tuổi
Albania	1996	27,2	Japan	1995	13,4
Armenia	1996	35,4	Kazakhstan	1996	43,9
Australia	1995–1996	22,2	Kyrgyzstan	1996	22,4
Azerbaijan	1996	16,0	Latvia	1996	44,1
Bangladesh	1995–1996	3,8	Lithuania	1996	34,4
Belarus	1996	67,5	Moldova	1996	38,8
Belgium	1996	6,8	Mongolia	1996	25,9
Bulgaria	1996	51,3	Neitherland	1996	6,5
Canada	1995	15,5	New Zealand	1995	16,4
Croatia	1996	12,9	Norway	1996	15,6
Cuba	1996	77,7	Romania	1996	78,0
Czech Republic	1996	20,7	Slovakia	1996	19,7
Denmark	1995	16,1	Slovenia	1996	22,8
Estonia	1996	53,8	South Africa	1997	2,7
Finland	1996	9,9	South Korea	1996	19,6
France	1995	12,4	Spain	1996	5,7
FYROM	1996	28,5	Sweden	1996	18,7
Georgia	1996	21,9	Switzerland	1996	8,4
Germany	1996	7,6	Tajikistan	1990	49,1
Hungary	1996	34,7	Tunisia	1996	8,6
India	1995–1996	2,7	Turkey	1993	25,0
Ireland	1996	5,9	Ukraine	1996	11,8
Israel	1995	14,3	United States	1996	22,9
Italy	1996	11,4	Uzbekistan	1996	83,3
Russia	1995	68,4	Vietnam	1996	83,3
Singapore	1996	15,9	Yugoslavia	1993	54,6

2.1. Phá thai trên thế giới

Hàng năm, trên thế giới có khoảng 210 triệu phụ nữ mang thai, trong đó có khoảng 46 triệu (22%) trường hợp phá thai. Cũng trên thế giới, ước tính trung bình mỗi phụ nữ có một lần phá thai khi đến tuổi 45. Trong khi các BPTT được phổ biến ngày càng rộng rãi, số phụ nữ phá thai cũng được giảm đi một cách đáng kể nhưng không giảm tới số 0 do một số lý do:

- Thứ nhất, hàng triệu phụ nữ không có điều kiện tiếp cận với các dịch vụ cung cấp các BPTT thích hợp hoặc họ không được tư vấn và hỗ trợ một cách có hiệu quả.

- Thứ hai, không có một BPTT nào có hiệu quả 100%.

- Thứ ba, bạo lực chống lại phụ nữ và lạm dụng tình dục trong gia đình hoặc trong chiến tranh dẫn đến nhiều trường hợp có thai ngoài ý muốn.

- Thứ tư, sự thay đổi hoàn cảnh, điều kiện sống chẳng hạn như ly dị, cũng có thể làm cho thai nghén trở nên ngoài ý muốn.

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, có khoảng 13% tử vong liên quan đến thai nghén là do các biến chứng của phá thai. Hơn nữa, phá thai không an toàn liên quan đến nhiều bệnh. Nhiều nghiên cứu cho thấy, có ít nhất 1/5 số phụ nữ thực hiện phá thai không an toàn bị mắc các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản. Nhiều trường hợp viêm nhiễm nặng, có thể dẫn tới vô sinh.

Trong các điều kiện khác nhau, phụ nữ phải đối mặt với phá thai không an toàn. Ở những nơi mà luật pháp không cho phép, việc phá thai bất hợp pháp là đương nhiên xảy ra khi phụ nữ có nhu cầu phá thai ngoài ý muốn.

Ngay cả ở những nơi được luật pháp cho phép, người dân cũng vẫn gặp khó khăn khi tiếp cận các dịch vụ phá thai an toàn.

ƯỚC TÍNH CÓ THAI NGOÀI Ý MUỐN DO THẤT BẠI SỬ DỤNG CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI
(ƯỚC TÍNH NĂM 1993 CỦA THẾ GIỚI)

Biện pháp tránh thai	Ước tính tỷ lệ thất bại (sử dụng đúng cách) %	Ước tính tỷ lệ thất bại (sử dụng điển hình) %	Số trường hợp sử dụng (nghìn người)	Số trường hợp có thai (sử dụng đúng cách) (nghìn người)	Số trường hợp có thai (sử dụng điển hình) (nghìn người)
Triệt sản nữ	0,50	0,50	201000	1005	1005
Triệt sản nam	0,10	0,15	41000	41	62
Thuốc tiêm	0,30	0,30	26000	78	78
Dụng cụ tử cung	0,60	0,80	149000	894	1192
Thuốc tránh thai uống	0,10	5,00	78000	78	3900
Bao cao su nam	3,00	14,00	51000	1530	7140
Màng ngăn âm đạo	6,00	20,00	4000	240	800
Kiên giao hợp	3,00	25,00	26000	780	6500
Xuất tinh ngoài âm đạo	4,00	19,00	31000	1240	5890
Tổng số			607000	5886	26567

2.2. Phá thai không an toàn

Phá thai không an toàn theo Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa là “một thủ thuật chấm dứt thai nghén ngoài ý muốn được thực hiện bởi những người không có các kỹ năng cần thiết hoặc trong môi trường không đáp ứng các điều kiện y tế tối thiểu, hoặc cả hai”.

Hàng năm, có khoảng 20 triệu ca phá thai không an toàn trên toàn thế giới (chiếm gần một nửa tổng số phá thai); 95% số phá thai không an toàn được thực hiện tại các nước đang phát triển. Tính trên toàn thế giới, bên cạnh 7 trẻ đẻ ra sống có một trường hợp phá thai không an toàn.

Phần lớn các trường hợp tử vong là do các biến chứng của phá thai không an toàn, mà điều này có thể phòng được. Thủ thuật phá thai trong giai đoạn sớm tương đối đơn giản và an toàn. Khi được thực hiện bởi cán bộ được huấn luyện, với đầy đủ các điều kiện trang thiết bị, theo đúng các quy trình kỹ thuật và các tiêu chuẩn vệ sinh, phá thai là một trong các biện pháp an toàn nhất để chấm dứt thai nghén. Ở các nước mà phụ nữ có điều kiện tiếp cận tới dịch vụ an toàn, tử vong do áp dụng các kỹ thuật phá thai hiện đại không vượt quá 5–20/100000 trường hợp áp dụng thủ thuật. Ở các nước đang phát triển, nguy cơ tử vong do biến chứng của phá thai không an toàn cao hơn phá thai thực hiện trong các điều kiện an toàn gấp hàng trăm lần. Cung cấp đầy đủ các dịch vụ phá thai có thể cứu sống tính mạng và giảm các chi phí điều trị các biến chứng có thể phòng tránh được của phá thai không an toàn.

2.3. Phá thai ở Việt Nam

Số trường hợp phá thai tổng hợp từ các báo cáo của các cơ sở y tế nhà nước liên tục tăng trong hai thập kỷ trước, đặc biệt từ năm 1976 đến năm 1987. Năm 1993, ước tính ở nước ta có 1,3 triệu ca phá thai. Con số này có thể thấp hơn thực tế do nhiều ca phá thai ở khu vực y tế tư nhân không được báo cáo (Goodkind 1996).

Phần lớn các trường hợp phá thai ở nước ta hiện nay được thực hiện sớm. Khoảng 60% các trường hợp đến cơ sở y tế phá thai thường được chẩn đoán có thai sớm khi tuổi thai đến 5 tuần và phần lớn các trường hợp phá thai được thực hiện trong quý đầu của thời kỳ thai nghén. Mặc dù vậy, các tai biến vẫn có thể xảy ra như chảy máu, sót rau và nhiễm khuẩn. Ở nước ta, ước tính có đến 5% số trường hợp tử vong mẹ là có liên quan đến phá thai. Nguyên nhân chủ yếu là do chảy máu và nhiễm khuẩn.

Phần lớn các trường hợp tử vong do phá thai xảy ra tại các cơ sở không đảm bảo tiêu chuẩn về trang thiết bị hoặc do những người không có kinh nghiệm, kỹ năng thực hiện. Nhiều tai biến lâu dài thường gặp do phá thai như viêm tiểu khung mãn tính, vô sinh...

3. CÁC KỸ THUẬT PHÁ THAI

3.1. Phá thai bằng thuốc

Phá thai bằng thuốc là phương pháp áp dụng cho các thai nhỏ, ít tháng tuổi. Phương pháp này sử dụng hai loại thuốc kết hợp, được áp dụng trong những tuần đầu sau khi được khẳng định có thai.

Phương pháp phá thai bằng thuốc đang được phổ biến rộng rãi là sử dụng mifepristone (RU-486) và misoprostol. Cơ chế tác dụng của phương pháp này được miêu tả như sau:

Sau khi quyết định chấm dứt thai nghén, người phụ nữ uống mifepristone, 48 giờ sau, uống tiếp liều misoprostol. Mifepristone là một loại dược chất có tác dụng ngăn cản tác dụng của progesterone, một loại hoóc môn có tác dụng duy trì thai nghén. Do thiếu tác dụng của nội tiết tố này, cơ thể người phụ nữ không đảm bảo đủ điều kiện để cho thai phát triển. Misoprostol là một loại prostaglandin, một chất có tác dụng giống hoóc môn do cơ thể tiết ra. Tác dụng của hoạt chất này là gây co bóp tử cung. Do tác dụng của misoprostol, cơ tử cung co bóp và đẩy thai ra ngoài gây hiện tượng giống sảy thai.

Khi sử dụng thuốc phá thai, người phụ nữ cần được theo dõi; hiện tượng sảy thai hoàn toàn, không gây tai biến. Tuy nhiên, có một số trường hợp khi áp dụng cách phá thai này, thai không sảy hoặc sảy không hoàn toàn, còn sót lại một phần, có thể gây biến chứng chảy máu hoặc nhiễm khuẩn. Đối với các trường hợp này cần phải xử lý ngoại khoa.

Phá thai bằng thuốc được áp dụng phổ biến ở châu Âu từ cuối những năm 80 của thế kỷ XX. Tại Mỹ, phương pháp này được chính thức sử dụng năm 1998 sau khi RU-486 được Cơ quan quản lý thuốc và thực phẩm (FDA) cho phép sử dụng.

Ưu điểm của phương pháp này là hiệu quả đình chỉ thai nghén tương đối cao, đến 95%.

Nhược điểm là có một số tác dụng phụ. Nhiều phụ nữ áp dụng phương pháp này gặp các tác dụng phụ như buồn nôn, đau kiểu chuột rút hoặc chảy máu. Các tai biến nghiêm trọng hơn có thể gặp bao gồm chứng loạn nhịp tim, phù do giữ nước, viêm phổi. Phương pháp này cũng đòi hỏi sự hỗ trợ của cán bộ y tế theo dõi và chi phí không ít hơn phương pháp phá thai ngoại khoa.

3.2. Thủ thuật ngoại khoa

3.2.1. Phương pháp hút thai

Phương pháp hút thai (hút điều hòa) được áp dụng cho thai không quá 12 tuần. Phương pháp này sử dụng một ống cannunyn nhỏ đưa qua cổ tử cung vào

trong buồng tử cung. Ống cannunyn này được nối với một bơm hoặc máy hút có tác dụng tạo áp lực chân không và hút tổ chức thai và rau thai ra.

Kỹ thuật này có ưu điểm là không cần các biện pháp giảm đau và có thể thực hiện tại các cơ sở y tế ít có điều kiện kỹ thuật cao. Thủ thuật được tiến hành nhanh trong vòng vài phút và thai phụ có thể ra về mà không cần nằm viện.

Tai biến có thể xảy ra khi thực hiện các thủ thuật này là nhiễm khuẩn và chảy máu trong một vài ngày đầu sau khi làm thủ thuật.

3.2.2. Phương pháp nong và hút

Phương pháp này tương tự như các phương pháp hút điều hoà kinh nguyệt đã trình bày ở trên nhưng được áp dụng cho những thai to hơn, có tuổi thai từ 13 đến 16 tuần. Trước khi đưa ống hút vào để hút thai và tổ chức rau thai, cổ tử cung được nong to bằng dụng cụ nong. Việc nong cổ tử cung được tiến hành cẩn thận, sử dụng dụng cụ nong cỡ tăng dần cho đến khi đủ to để đưa ống cannunyn vào trong buồng tử cung qua lỗ cổ tử cung.

Sau khi nong cổ tử cung, ống hút được đưa từ từ vào trong buồng tử cung. ống hút này được nối với máy hút chân không hoặc bơm hút tay. Tổ chức thai và phần phụ trong buồng tử cung được hút ra bằng áp lực chân không do máy hút hoặc bơm hút tạo ra sau khi mở van hút.

Trong một số trường hợp, tổ chức thai và rau không ra hết, cần sử dụng thìa nạo để nạo buồng tử cung.

Hạn chế của thủ thuật này là cần áp dụng kỹ thuật gây tê trước khi làm thủ thuật. Kỹ thuật này đòi hỏi được thực hiện bởi người có trình độ và kinh nghiệm. Tai biến có thể xảy ra, đó là chấn thương gây bầm tím cổ tử cung hoặc thủng tử cung.

3.2.3. Phương pháp nong và nạo

Phương pháp nong và nạo được áp dụng cho thai lớn hơn. Thủ thuật bao gồm việc nong rộng, làm giãn cổ tử cung bằng prostaglandin, sau đó đưa dụng cụ nạo (thìa nạo) vào trong buồng tử cung và nạo sạch tổ chức thai, rau thai, nội mạc tử cung.

Thủ thuật này đòi hỏi phải được thực hiện tại bệnh viện hoặc cơ sở lâm sàng có điều kiện thực hiện các thủ thuật giảm đau và hồi sức.

Biến chứng có thể xảy ra bao gồm: phản ứng do sử dụng thuốc tê, mê; chấn thương khu vực cổ tử cung và tử cung. Hiện nay, nhờ sự phát triển của kỹ thuật hút thai, phát hiện và chẩn đoán thai sớm nên xu hướng sử dụng kỹ thuật nong và nạo giảm đi.

3.2.4. Phá thai to

Việc phá thai có tuổi thai trên 16 tuần trở lên khó khăn hơn. Một kỹ thuật có thể áp dụng là nong và hút. Trong trường hợp này, cổ tử cung cần được nong rộng hơn trường hợp thai có tuổi thai ít hơn. Sau khi nong, thai và phần phụ của thai được đưa ra ngoài bằng máy hút và các dụng cụ kẹp gấp, nạo. Đây là một thủ thuật phức tạp do kích thước thai lớn và thành tử cung mỏng do giãn ra để chứa thai.

Tai biến hay gặp là chảy máu, thủng tử cung. Phương pháp nong và hút cần được thực hiện ở các cơ sở y tế có điều kiện hồi sức tốt và cán bộ y tế có kinh nghiệm. Gây tê hoặc gây mê được chỉ định khi áp dụng phương pháp này. Tuổi thai cho phép áp dụng kỹ thuật này từ tuần thứ nhất của 3 tháng giữa cho đến khi thai được < 22 tuần.

Việc phá thai trong 3 tháng giữa có thể được tiến hành khi tuổi thai nằm trong khoảng tuần 16 đến < 22 tuần. Kỹ thuật phá thai to hay được áp dụng ở Việt Nam là phá thai bằng phương pháp Kovax cải tiến.

4. CÁC BIẾN CHỨNG VÀ VẤN ĐỀ XÃ HỘI CỦA PHÁ THAI

4.1. Các biến chứng của phá thai

4.1.1. Băng huyết

Xảy ra chủ yếu trong lúc can thiệp và trong vòng một giờ khi phá thai trước 8 tuần vô kinh. Khoảng 0,05% số trường hợp có xuất huyết quá 500 ml. Chúng có thể là hậu quả của tử cung xơ hoá, rối loạn đông máu và hút thai không hoàn toàn. Tần số của chúng tăng theo tuổi thai và gây tê làm giảm nguy cơ này. Các thống kê ở Mỹ cho thấy có 0,32% xuất huyết do gây tê so với 0,54% do gây mê. Thuốc Méthergin tiêm một cách thường quy không có tác dụng cùng với thuốc tê làm giảm mất máu nhưng kèm theo buồn nôn và nôn.

4.1.2. Thủng tử cung

Chẩn đoán thủng tử cung không phải lúc nào cũng dễ, nhưng người ta có thể nghi ngờ khi nong cổ tử cung, khi đo buồng tử cung, khi hút thai thấy xuyên qua rất xa và không gặp tắc nghẽn một cách quá dễ dàng. Siêu âm có thể giúp chẩn đoán trong trường hợp này.

Trong tất cả các trường hợp thủng, cần thiết phải làm cho tử cung trống (lòng tử cung sạch) để cho phép cầm máu và dự phòng bội nhiễm.

4.1.3. Nhiễm khuẩn

Tần số các biến chứng nhiễm khuẩn vào khoảng từ 0,5% đến 12% tùy vào kỹ thuật vô trùng. Các biến chứng nhiễm trùng này có thể được biểu hiện ở một

phản ứng đơn giản là sốt, nhưng nó có thể là viêm nội mạc tử cung (tử cung nhạy cảm đau, tăng thân nhiệt) mà nó có thể lan tỏa ra các cấu trúc lân cận (viêm tấy dây chằng rộng, viêm phần phụ, viêm phúc mạc chậu) hoặc qua đường máu (nhiễm trùng huyết).

4.1.4. Sốt rau

Hút chân không thường không để sót thai và phần phụ của thai khi được thực hiện bởi nhân viên y tế có kỹ năng. Sốt thai hoặc sốt rau thường gặp khi thực hiện phá thai bằng thuốc.

Các dấu hiệu và triệu chứng thường gặp là chảy máu âm đạo, đau bụng và dấu hiệu nhiễm trùng.

Việc xử trí sốt rau thường là hút lại hoặc nạo lấy rau sót.

4.1.5. Rách cổ tử cung

Biến chứng này rất hiếm gặp. Biểu hiện thường thấy là rách một phần cổ tử cung, chảy máu ít và để lại sẹo nhỏ, một số rất ít cần phải khâu cầm máu. Biến chứng này thường là lành tính. Các thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới là 0,1 – 1,18%.

4.1.6. Thất bại

Thất bại có thể gặp đối với cả biện pháp phá thai ngoại khoa hoặc nội khoa. Thất bại dưới 0,5% trong hút thai và 4% trong phá thai bằng thuốc.

Nguyên nhân có thể do phá thai quá sớm (điều hòa kinh nguyệt hay phá thai bằng thuốc mà không có kiểm tra sau đó), do thiếu sót về kỹ thuật hoặc do dị dạng tử cung.

4.1.7. Tai biến gây tê – gây mê

Trong gây mê có tai biến khoảng 1/2000 và tử vong là 1/8000. Nguyên nhân tử vong có thể do không tôn trọng các chống chỉ định của gây mê, một phản xạ ngừng tim hoặc một sốc dị ứng.

Trong khi gây tê bằng Xylocaine, nếu thuốc tê vào mạch máu có thể gây ra các cơn co giật theo sau là ngạt thở, sốc phản vệ hoặc trụy mạch đơn thuần với nhịp tim chậm. Để phòng tai biến này cần phải luôn luôn hút ống chích trước khi tiêm và không bao giờ sử dụng ở liều cao. Các tai biến này hiếm gặp từ khi sử dụng liều dưới 10 ml Xylocaine 1% và các triệu chứng thường gặp là nhẹ như chóng mặt, ù tai, ngủ gật.

4.1.8. Vô sinh

Vô sinh thường do nhiễm trùng sau phá thai, có khả năng dẫn đến tắc nghẽn vòi trứng hai bên hoặc gây ra thai ngoài tử cung.

Đính buồng tử cung thường gặp nhất sau nạo thai hơn là sau hút thai và chủ yếu là khi nạo lại trong trường hợp sót.

4.1.9. Các hậu quả dài hạn

Phần lớn phụ nữ phá thai một cách an toàn không để lại hậu quả lâu dài về sức khỏe nói chung hay SKSS nói riêng. Chỉ có một tỷ trọng nhỏ phụ nữ gặp biến chứng nghiêm trọng. Các nghiên cứu cho thấy không có mối liên quan giữa phá thai an toàn trong 3 tháng đầu thai nghén và các hậu quả tiêu cực đối với thai nghén lần sau.

4.2. Các vấn đề xã hội của phá thai

4.2.1. Tiếp cận phá thai an toàn

Trong ba thập kỷ qua, có trên 70 nước thay đổi luật, trong đó bãi bỏ lệnh cấm phá thai hay mở rộng phạm vi cung cấp dịch vụ phá thai mà trước đây đã là hợp pháp. Trong số các nước đang phát triển, hơn 50% số phụ nữ sống ở các nước coi phá thai là hợp pháp trong hầu hết các trường hợp, 27% sống ở các nước coi phá thai là hợp pháp khi có những tiêu chuẩn y tế và xã hội khác nhau và 15% số phụ nữ sống tại các nước luôn luôn coi phá thai là bất hợp pháp hoặc coi phá thai là hợp pháp chỉ khi cuộc sống của người phụ nữ đó bị đe dọa nếu tiếp tục mang thai. Con số này bị ảnh hưởng nhiều bởi Trung Quốc và Ấn Độ. Tuy nhiên, nếu không tính hai nước này thì chỉ có 19% (luôn coi phá thai là hợp pháp), 52% (coi phá thai là hợp pháp khi theo một số tiêu chuẩn đặc biệt) và 28% (coi phá thai là bất hợp pháp). Hiện tại tình trạng về tính hợp pháp của phá thai khác nhau lớn giữa các vùng: 174 triệu phụ nữ sống tại các nước đang phát triển coi phá thai là bất hợp pháp, hầu hết tại Trung và Tây Phi, Nam Á trừ Ấn Độ, Trung Đông và vùng Nam Mỹ.

Tình trạng hợp pháp của phá thai rất quan trọng trong việc xác định liệu người phụ nữ đó có tiếp cận được dịch vụ phá thai an toàn hay không, tuy nhiên đó không phải là yếu tố quyết định duy nhất. Tại nhiều nước, phá thai được coi là hợp pháp nhưng ít phụ nữ tiếp cận được dịch vụ phá thai an toàn. Tại một số nước coi phá thai là hợp pháp khi có những tiêu chuẩn cụ thể, thực tế rất ít phụ nữ có đủ những tiêu chuẩn đó được chuyển đến cho những người cung cấp dịch vụ phá thai, vì thế hầu hết trường hợp phá thai bị coi là bất hợp pháp. Ngược lại, tại một số nước coi phá thai là bất hợp pháp nhưng ở đó phụ nữ có thể tìm được những cơ sở cung cấp dịch vụ mà hầu như không bị phạt, ví dụ Colombia.

Những vấn đề về tiếp cận, quan hệ con người và chất lượng chăm sóc về mặt kỹ thuật có thể có mối liên kết chặt chẽ với phá thai và điều trị cấp cứu những di chứng do phá thai. Các dịch vụ hợp pháp hay uyển thác đều có thể bị lạm dụng và bị tố cáo là kém chất lượng. Nghiên cứu tại Brazil chỉ ra chất

lượng kỹ thuật chăm sóc y tế thấp kém, ví dụ truyền nhầm dịch, đưa ra những quyết định sai về quy trình. Tại nhiều nước, gồm cả Ấn Độ, phá thai được coi là hợp pháp trong nhiều hoàn cảnh khác nhau nhưng có rất nhiều bệnh viện không được cung cấp dịch vụ chuyển bệnh nhân hoặc những điều kiện để tiến hành các thủ thuật. Theo ý kiến của nhiều phụ nữ, quyền phá thai an toàn chỉ mang tính lý thuyết chứ không thực tế.

Phá thai sẽ trở thành phổ biến tại các nước đang phát triển trong một vài thập kỷ tới. Có rất ít thông tin về việc làm thế nào giám sát bác sĩ và người phụ thực hiện thủ thuật bảo đảm và làm thế nào các dịch vụ này liên kết tốt nhất với dịch vụ kế hoạch hoá gia đình. Khi người cung cấp dịch vụ được đào tạo một cách thích hợp thì việc sử dụng bơm hút chân không bằng tay để hút thai sẽ làm cho hút thai được an toàn và rẻ hơn so với phương pháp làm giãn tử cung và sau đó nạo. Nhằm cung cấp dịch vụ phá thai và điều trị những trường hợp phá thai không triệt để thì cần trang bị và đào tạo việc sử dụng bơm hút chân không bằng tay một cách rộng rãi.

4.2.2. Phá thai vì lý do giới tính

Kỹ thuật chẩn đoán trước sinh hiện đại mà nhiều nước đang phát triển đã sử dụng có thể phát hiện dị dạng, khuyết tật hoặc giới tính của thai nhi. Có rất nhiều nghiên cứu về việc sử dụng kỹ thuật này nhằm phá bỏ thai nhi nữ. Có ba cách để chẩn đoán giới tính của thai nhi: phương pháp lấy mẫu nhung mao màng đệm, phương pháp chọc ối và siêu âm. Siêu âm không thể dùng để chẩn đoán giới tính của thai nhi trong ba tháng đầu nhưng đây là phương pháp an toàn và rẻ nhất cũng như được sử dụng rộng rãi ở các nước châu Á. Vì vậy, điều đáng quan tâm là số lượng phá thai muộn và khó khăn tăng cao do kết quả chẩn đoán siêu âm tăng. Máy siêu âm được trang bị ở hàng trăm cơ sở phòng khám và bệnh viện ở Ấn Độ, không chỉ còn giới hạn ở các thành phố lớn và hiện đại.

Rất nhiều bằng chứng cho thấy việc sàng lọc giới tính thai nhi và phá thai vì lý do giới tính chỉ là gián tiếp vì dựa vào tỷ lệ giới tính trong số trẻ sinh ra. Tại Trung Quốc, Hàn Quốc và Đài Loan, tỷ lệ nam/nữ tăng đều kể từ 1980. Tại Trung Quốc, tỷ lệ trẻ trai/trẻ gái tăng mạnh, và sự khác biệt này tăng dần trong những năm 1980. Phá thai do chọn giới tính phản ánh vấn đề do chính sách với mục tiêu chỉ được sinh tối đa một con. Hàn Quốc, Ấn Độ và Trung Quốc cùng thông qua lệnh cấm sàng lọc giới tính thai nhi để phá thai lựa chọn, nhưng dường như luật này rất khó thực hiện trên thực tế.

4.2.3. Môi trường chính sách

Mục tiêu đích của “mỗi trẻ sinh ra đều theo ý muốn” đòi hỏi sự thay đổi hành vi của người sử dụng dịch vụ, người cung cấp dịch vụ SKSS và các nhà

hoạch định chính sách. Nhiều dịch vụ mới được cung cấp, chất lượng dịch vụ và khả năng tiếp cận tăng lên, các chính sách hỗ trợ nhiều hơn một phần vì các nhà lãnh đạo chính trị và quan chức hành chính cho rằng, sự thay đổi đó sẽ mang lại lợi ích cho đất nước và do đó sẽ củng cố quyền lực của họ; một phần vì áp lực đòi hỏi thay đổi do công chúng được giáo dục và do thông tin. Các tổ chức chính phủ và tư nhân đều tạo ra tiểu môi trường của họ nhưng đồng thời cũng tạo ra một môi trường chính sách lớn hơn.

Mặc dù cải thiện chất lượng và tiếp cận của dịch vụ KHHGD có thể làm giảm tỷ lệ phá thai ở nhiều nước, thì thậm chí khi mở rộng và tăng cường chất lượng dịch vụ KHHGD cũng không thể loại bỏ hết nhu cầu phá thai. Trong thực tế, tác dụng của các biện pháp tránh thai có thể đạt tới gần 100% và các trường hợp ép buộc tình dục hay đơn giản là tình dục không bảo vệ vẫn còn phổ biến.

Đánh giá về những tranh luận, liệu phá thai có thuộc vấn đề đạo đức hay không và trong những hoàn cảnh nào; hoặc liệu việc cung cấp tài chính công và dịch vụ phá thai có được nhà nước hỗ trợ hay không khi mà một số ít người coi phá thai là phi đạo đức vẫn còn tranh cãi tại một số nước. Cho đến nay, trên thế giới không có nhiều nước hợp pháp hoá hoàn toàn việc phá thai, phần lớn các nước cho phép phụ nữ được phá thai với một số điều kiện nhất định như thai nghén gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe bà mẹ, các trường hợp có thai do bị cưỡng bức hoặc là hậu quả của hiếp dâm... Tại một số nước khác, phá thai là bất hợp pháp và bị lên án bởi một số tổ chức tôn giáo và nhân quyền. Nhưng ở một số nước coi phá thai là hoàn toàn hợp pháp thì phá thai không an toàn vẫn phổ biến và các tai biến của nó vẫn là vấn đề sức khỏe chủ yếu (theo Tổ chức Y tế thế giới, 1994). Ngược lại, tại một số nước phá thai hầu như hoặc hoàn toàn trái luật pháp nhưng người ta vẫn cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe đối với những trường hợp phá thai có biến chứng.

Tại Việt Nam, phá thai được hợp pháp hoá hoàn toàn, phụ nữ được quyền tự do quyết định phá thai và các cơ sở dịch vụ SKSS (cả nhà nước và tư nhân) cung cấp dịch vụ phá thai khá phổ biến với giá cả phải chăng. Tuy nhiên, Việt Nam vẫn được coi là nước có tỷ lệ phụ nữ phá thai khá cao trên thế giới với tỷ lệ ước tính khoảng 2,5 lần phá thai/phụ nữ trong độ tuổi sinh sản (Goodkind, 1996). Tỷ lệ phá thai không an toàn tại Việt Nam tuy chưa có con số chính thức nhưng tỷ lệ này theo ước lượng cũng không phải thấp.

Như vậy, không kể phá thai có được luật pháp cho phép hay không thì việc tăng cường chăm sóc đối với những trường hợp phá thai không triệt để và biến chứng do phá thai phải được coi như một phần quan trọng của dịch vụ sức khỏe sinh sản nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống.

5. CÁC BIỆN PHÁP LÀM GIẢM PHÁ THAI VÀ PHÁ THAI KHÔNG AN TOÀN

5.1. Tuyên truyền giáo dục về áp dụng các biện pháp KHHGD

Nhằm làm giảm các trường hợp có thai ngoài ý muốn, việc truyền truyền giáo dục cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ là rất quan trọng. Đối tượng giáo dục có thể là các phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, trẻ em tuổi vị thành niên. Các chương trình truyền thông, giáo dục có thể thực hiện ở trong nhà trường, thông qua các tổ chức đoàn thể, chính quyền thực hiện tại nơi công cộng. Hình thức truyền thông có thể thông qua các phương tiện thông tin đại chúng như báo chí, truyền hình...; các phương tiện nghe nhìn ở nơi công cộng như pa-nô, áp-phích, tờ rơi...

Nội dung thông điệp truyền thông công cộng cần đảm bảo như sau:

- Phụ nữ phải hiểu được rằng, họ có quyền tự do quyết định và có trách nhiệm khi họ có con và không bị cưỡng bức hay ép buộc hoặc bị phân biệt hay bị bạo lực.

- Sinh lý cơ bản về sinh sản bao gồm sự giải thích về sinh lý có thai, các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng thai nghén.

- Biện pháp làm giảm thai nghén ngoài ý muốn, bao gồm cách tiếp cận tới các biện pháp tránh thai.

- Các tình huống phá thai cho phép.

- Tầm quan trọng của việc tìm kiếm dịch vụ phá thai an toàn càng sớm càng tốt khi quyết định lựa chọn phá thai.

- Biết ở đâu và khi nào sẵn có dịch vụ phá thai và chi phí cần thiết để nhận dịch vụ.

- Cách nhận biết các biến chứng của sảy thai và phá thai không an toàn; nơi cung cấp và khi nào cần tìm đến dịch vụ để điều trị các biến chứng đó.

- Tầm quan trọng của việc điều trị sớm các biến chứng của phá thai.

- Tư vấn cho trước và sau khi phá thai cũng rất quan trọng. Trước khi quyết định phá thai, người phụ nữ cần được tư vấn kỹ về lý do phá thai, thủ thuật, các tai biến có thể có, cách phát hiện các dấu hiệu bất thường.

Cần đặc biệt quan tâm và nhấn mạnh đến vị thành niên. Vị thành niên thường thiếu kiến thức về tình dục, tránh thai và hiểu biết về cơ chế có thai, các dấu hiệu của thai nghén và các bệnh lây truyền qua đường tình dục. Vị thành niên còn trẻ và chưa kết hôn thường không thừa nhận có quan hệ tình dục và khả năng có thai. Vị thành niên thường thiếu kinh nghiệm khi nói chuyện với người lớn về các vấn đề liên quan đến tiếp cận và sử dụng dịch vụ liên quan đến nhu cầu của họ về sức khỏe tình dục và SKSS. Vị thành niên cần một môi trường hỗ trợ để họ có thể bày tỏ nhu cầu, sự lo sợ và sự xấu hổ mà

không bị phán xét hay khinh miệt. Người cung cấp dịch vụ cần bỏ qua sự không hài lòng với vấn đề tình dục ở vị thành niên, đặc biệt đối với vị thành niên chưa lập gia đình do đây là thực tế tồn tại ở nhiều nơi. Họ cần có kiến thức và các kỹ năng cần thiết để giải quyết các vấn đề của vị thành niên. Việc xây dựng các dịch vụ y tế “bạn hữu vị thành niên” cần được triển khai nhằm tạo điều kiện cho vị thành niên tiếp cận dễ dàng. Thông thường, các dịch vụ này được thiết lập thông qua việc định hướng lại các dịch vụ sẵn có sao cho đảm bảo các nhu cầu của vị thành niên.

5.2. Cung cấp dịch vụ KHHGD và phá thai an toàn

Việc cung cấp dịch vụ phá thai là rất cần thiết để đảm bảo các thủ thuật phá thai an toàn. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới, dịch vụ liên quan đến phá thai được cung cấp ở các tuyến như sau:

5.2.1. Cộng đồng

- Các hoạt động thông tin giáo dục truyền thông y tế công cộng về sức khỏe sinh sản bao gồm cả KHHGD và phá thai.
- Cung cấp các phương tiện tránh thai thích hợp dựa trên cộng đồng, bao gồm cả các biện pháp tránh thai khẩn cấp.
- Tất cả các nhân viên y tế cộng đồng cần được huấn luyện để cung cấp các thông tin về các dịch vụ phá thai hợp pháp và y tế tuyến trên.
- Tất cả các nhân viên y tế cộng đồng cần được huấn luyện nhận biết được các biến chứng do phá thai và nhanh chóng chuyển bệnh nhân lên tuyến trên điều trị.
- Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để xử trí các biến chứng do phá thai không an toàn.
- Tất cả các nhân viên y tế cộng đồng và các thành viên trong cộng đồng khác (như công an, giáo viên) cần được huấn luyện nhận biết được các dấu hiệu phụ nữ bị cưỡng bức tình dục để hướng dẫn đến cơ sở y tế hoặc các dịch vụ xã hội phù hợp.

5.2.2. Tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu

- Tất cả các yếu tố chăm sóc được thực hiện ở tuyến cộng đồng.
- Tất cả các nhân viên y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản được huấn luyện về cung cấp dịch vụ tư vấn về KHHGD, thai nghén ngoài ý muốn và phá thai.
- Cung cấp đa dạng các biện pháp tránh thai (bao gồm cả dụng cụ tử cung và thuốc tránh thai tiêm).
- Thực hiện dịch vụ hút điều hoà kinh nguyệt cho thai đến 12 tuần tuổi.

- Thực hiện các biện pháp phá thai nội khoa cho thai đến 9 tuần tuổi.
- Điều trị ổn định và cung cấp kháng sinh cho các phụ nữ gặp tai biến do phá thai không an toàn.
- Thực hiện hút thai cho các trường hợp sảy thai không hoàn toàn.
- Thực hiện kịp thời vận chuyển lên tuyến trên những bệnh nhân cần dịch vụ phá thai hoặc có các biến chứng do phá thai mà không thực hiện được tại xã để xử trí.

5.2.3. Tuyến huyện

- Tất cả các nội dung liên quan đến chăm sóc phá thai được thực hiện tại tuyến xã.
- Cung cấp một cách ổn định các biện pháp tránh thai.
- Cung cấp các dịch vụ phá thai trong mọi điều kiện và ở tất cả các giai đoạn của thời kỳ thai nghén mà luật pháp cho phép.
- Xử trí các biến chứng của phá thai.
- Thực hiện các chương trình thông tin và truyền thông tới mọi nơi trong khu vực được phân công quản lý.
- Huấn luyện các cán bộ y tế (đào tạo đi và đào tạo lại) về cung cấp dịch vụ và kỹ thuật phá thai an toàn.

5.2.4. Các bệnh viện tuyến trên

- Tất cả các nội dung về phá thai được thực hiện ở tuyến dưới.
- Xử trí tất cả các biến chứng do phá thai, bao gồm cả các biến chứng không thể xử trí được ở tuyến huyện.

Ngoài ra, để đảm bảo các dịch vụ phá thai có chất lượng và an toàn, các cơ sở cung cấp dịch vụ cần có các trang thiết bị và điều kiện làm việc thích hợp như: cung cấp thuốc men; cơ chế chuyển tuyến; đảm bảo cho nhân viên được đào tạo và có kỹ năng cần thiết; chế độ giám sát, theo dõi và đánh giá; cung cấp tài chính và đảm bảo giá dịch vụ sao cho khách hàng có thể chấp nhận được.

5.3. Cụ thể hoá việc phá thai bằng luật pháp và chính sách

Phá thai không an toàn là một trong các nguyên nhân gây mắc bệnh và tử vong của phụ nữ, ngay cả khi được luật pháp cho phép trong nhiều tình huống tại nhiều nước trên thế giới. Nguyên nhân cơ bản là do các dịch vụ phá thai thường không sẵn có ngay cả khi luật pháp cho phép. Hội nghị ICPD + 5 đã khuyến nghị, trong điều kiện phá thai không trái luật, hệ thống y tế cần đào tạo huấn luyện và trang bị cho người cung cấp dịch vụ y tế thực hiện các biện pháp cần thiết khác để đảm bảo phá thai dễ tiếp cận và an toàn.

Tại phần lớn các nước, phá thai được phép thực hiện khi thai nghén đe dọa phụ nữ về thể chất hoặc tinh thần; nhiều nước cho phép phá thai khi thai nghén là hậu quả của hiếp dâm, quan hệ tình dục huyết thống hoặc để lại tai biến chết người. Nhiều nước luật pháp cho phép phá thai do điều kiện kinh tế hoặc theo yêu cầu của phụ nữ.

Việc thiết lập một môi trường chính sách là cần thiết để đảm bảo mọi phụ nữ đều được luật pháp cho phép tiếp cận sử dụng các dịch vụ phá thai chất lượng cao. Các chính sách cần được tập trung vào mục tiêu đạt được các kết quả tích cực cho sức khỏe phụ nữ, cung cấp các thông tin và dịch vụ về kế hoạch hoá gia đình có chất lượng cao và đáp ứng các nhu cầu đặc biệt của các nhóm như phụ nữ nghèo, vị thành niên, nạn nhân của các vụ hiếp dâm và các phụ nữ bị nhiễm HIV.

Các chính sách và các chương trình cần tháo gỡ các cản trở việc tiếp cận dịch vụ kịp thời. Các cản trở đó bao gồm thiếu hiểu biết về luật pháp và nơi cung cấp dịch vụ phá thai hợp pháp; các cơ quan liên quan, các trở ngại và các điều kiện hay thủ tục không cần thiết, chẳng hạn như chờ đợi lâu, không đảm bảo tính riêng tư; sự hạn chế quá mức người cung cấp hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ thực hiện thủ thuật phá thai.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày khái niệm về phá thai.
2. Giải thích các vấn đề về phá thai, bao gồm chỉ định, chống chỉ định, sự lựa chọn các phương pháp phá thai và việc dự phòng các tai biến dựa trên tình huống do giáo viên chuẩn bị.
3. Trình bày được các biến chứng và các vấn đề xã hội của phá thai. Nêu ví dụ minh hoạ trong thực tế.
4. Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất:
 1. Ba nước sau là ba nước có tỷ lệ nạo phá thai cao nhất thế giới (theo báo cáo của Cục dân số Liên hợp quốc)
 - a) Việt Nam, Uđôbêkittan, Bêlarút.
 - b) Việt Nam, Uđôbêkittan, Nga.
 - c) Việt Nam, Nga, Látvia.
 - d) Không lựa chọn nào là đúng.
 2. Đâu là thứ tự giảm dần từ lớn đến nhỏ theo các biện pháp phá thai được sử dụng tại Việt Nam?
 - a) Phương pháp hút thai – Phá thai bằng thuốc – Phương pháp nong và hút – Phương pháp nong và nạo.

- b) Phương pháp hút thai – Phương pháp nong và hút – Phá thai bằng thuốc – Phương pháp nong và nạo.
- c) Phương pháp hút thai – Phương pháp nong và hút – Phương pháp nong và nạo – Phá thai bằng thuốc.
- d) Phương pháp hút thai – Phương pháp nong và nạo – Phương pháp nong và hút – Phá thai bằng thuốc.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bộ Y tế, Vụ Sức khỏe sinh sản, *Chuẩn quốc gia về dịch vụ Sức khỏe sinh sản*. Bộ Y tế, 2002.
2. World Health Organization, *Nạo phá thai không an toàn: ước lượng toàn cầu và khu vực về số ca và tỷ lệ tử vong do phá thai không an toàn với các số liệu có sẵn*. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHT/MSM/97.16), 1998.
3. Quỹ Dân số Thế giới, Trung tâm giáo dục đạo đức công dân và Trung tâm dạy nghề Koto, *Xử trí khi có thai ngoài ý muốn*.
4. Quỹ dân số Thế giới, Giáo dục giới tính, tình dục và sức khỏe sinh sản, 2003.
5. Tine Gameltoft và Nguyễn Minh Thắng, *Tình yêu của chúng em không có giới hạn: Nghiên cứu nhân học về nạo phá thai của thanh niên tại Hà Nội*. Nhà xuất bản Thanh niên, 1999.

Bài 9

VÔ SINH

MỤC TIÊU

1. Định nghĩa được vô sinh.
2. Trình bày được các nguyên nhân vô sinh do nam và nữ.
3. Nêu được các biện pháp dự phòng và điều trị vô sinh.
4. Trình bày được các vấn đề xã hội của vô sinh trong cộng đồng.

NỘI DUNG

Chăm sóc sức khỏe sinh sản không chỉ quan tâm đến bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và thực hiện tốt công tác KHHGD, mà còn phải quan tâm chăm sóc đến những người bị vô sinh hoặc khó khăn trong việc có thai nhằm đem lại hạnh phúc gia đình cho mọi người. Vô sinh cũng là một trong những nội dung quan trọng được nêu ra tại hội nghị Dân số và phát triển (ICPD) và là một trong 10 nội dung của chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Việt Nam từ 2001 – 2010 nhằm thực hiện quyền sinh sản và đảm bảo SKSS cho mọi người.

Trên thế giới có khoảng 50 – 80 triệu người vô sinh (WHO, 2002). Tỷ lệ vô sinh chiếm khoảng từ 8 đến 13% dân số, trong đó nữ chiếm khoảng 40%, nam chiếm 30%, có 20% là do cả nam và nữ và 10% vô sinh không biết lý do. Phân bố tỷ lệ vô sinh không đồng đều giữa các nước, tỷ lệ vô sinh cao hơn tại các nước đang phát triển, tại một số nước cận Sahara châu Phi, tỷ lệ vô sinh khá cao, được coi là các nước thuộc "vành đai vô sinh" – (*infertility belt*) (WHO, 2002). Tại Việt Nam, vô sinh chiếm tỷ lệ 12% (WHO, 2000). Tại Viện Bảo vệ Bà mẹ và trẻ sơ sinh, theo dõi những bệnh nhân đến điều trị vô sinh từ 1993 đến 1997 có đầy đủ các xét nghiệm thăm dò thì tỷ lệ vô sinh nữ là 54,5%, nam giới là 36,6%, không rõ nguyên nhân là 9,9%.

Vô sinh nam: Nguyên nhân do người chồng mà người vợ hoàn toàn bình thường

Vô sinh nữ: Nguyên nhân do người vợ mà người chồng hoàn toàn bình thường.

Vô sinh do kết hợp nguyên nhân của cả nam và nữ.

1. ĐỊNH NGHĨA

– Vô sinh (*Infertility*): là tình trạng không có thai của một cặp vợ chồng có sinh hoạt tình dục trong khoảng thời gian là một năm mà không áp dụng bất cứ một biện pháp tránh thai nào.

– Vô sinh nguyên phát (*Primary infertility*): Một cặp vợ chồng chưa bao giờ có thai sau một năm có quan hệ tình dục mà không sử dụng bất kỳ BPTT nào (còn gọi là vô sinh 1).

– Vô sinh thứ phát (*Secondary infertility*): Một cặp vợ chồng chưa có thai lại sau lần có thai trước đó ít nhất một năm có quan hệ tình dục mà không sử dụng bất kỳ BPTT nào (còn gọi là vô sinh 2).

2. NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VÔ SINH NỮ

2.1. Do giải phẫu

– Bất thường tại âm đạo: Màng trinh không thủng, chỉ có một phần âm đạo, không có âm đạo hoàn toàn hoặc vách ngăn ngang âm đạo.

– Bất thường tại cổ tử cung (CTC): Lỗ CTC quá hẹp hay CTC bị chít hẹp do đốt điện hoặc sẹo do cắt polipe; CTC chúc ra sau hoặc ra trước; chất nhầy CTC quá đặc, ngăn cản sự di chuyển của tinh trùng qua lỗ CTC

– Bất thường tại tử cung: Không có tử cung; tử cung kém phát triển, dị dạng, có vách ngăn; dính buồng tử cung do nạo hút thai hay do bệnh lao sinh dục không còn nơi cho thai làm tổ và phát triển.

– Bất thường tại vòi tử cung: Dị dạng hay không có vòi tử cung; lạc nội mạc tử cung làm chít tắc lòng, vòi tử cung; viêm do nhiễm khuẩn làm chít hẹp rồi tắc vòi tử cung, thường hay gặp nhất là do lậu và *Chlamydia trachomatis*.

– Nguyên nhân do buồng trứng: Không có buồng trứng hoặc buồng trứng kém phát triển, hay buồng trứng bị suy sớm; không phóng noãn do dùng thuốc tránh thai, không phóng noãn do buồng trứng đa nang; loạn sản tuyến sinh dục như rối loạn nhiễm sắc thể, bệnh Turner, giai đoạn hoàng thể kém hoặc lutein hóa sớm nên sản sinh progesteron không đầy đủ

2.2. Do các tuyến nội tiết khác

Suy tuyến yên hoặc u tuyến yên dẫn đến không hoặc rối loạn chế tiết hormon hướng sinh dục; u tuyến thượng thận; thiếu năng, cường tuyến giáp; tăng prolactin huyết.

2.3. Do những yếu tố khác

Sang chấn tinh thần gây nên lạnh cảm, sợ hãi quá mức nên từ chối sinh hoạt tình dục; suy dinh dưỡng làm rối loạn sản xuất hoặc môn; các bệnh mạn

tính làm giảm khả năng sinh hoạt tình dục, không phóng noãn; tần suất giao hợp dưới 3 lần trong một tuần. Thụt rửa âm đạo, dùng các chất bôi trơn làm chết hay tinh trùng bị suy yếu.

3. NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN VÔ SINH NAM

– Do giải phẫu: Không có tinh hoàn, tinh hoàn ẩn, chưa xuống hạ nang; thiếu nang tinh hoàn; giãn tĩnh mạch thừng tinh; bất thường cấu trúc niệu đạo; lỗ niệu đạo thấp (ở mặt dưới dương vật); phẫu thuật cắt và thắt thừng tinh; khối u chèn ép làm tắc ống dẫn tinh.

– Do viêm nhiễm: Viêm cấp hay mãn tính tuyến tiền liệt, mào tinh hoàn, tinh hoàn gây hậu quả là làm tắc đường dẫn tinh hay sau khi bị viêm, tinh hoàn xơ teo nên không sản xuất được tinh trùng. Bệnh lậu và Chlamydia trachomatis hay gây viêm và tắc đường dẫn tinh. Ở tuổi VTN hay sau VTN, nếu nam giới mắc bệnh quai bị thì dễ biến chứng vào tinh hoàn, sẽ làm xơ teo tinh hoàn và không sản xuất tinh trùng.

– Do các bệnh nội tiết: Đái tháo đường; rối loạn hoóc môn làm teo tinh hoàn, tự miễn dịch: sản sinh kháng thể chống tinh trùng sau một chấn thương hay nhiễm khuẩn tình dục.

– Do các yếu tố khác: Chấn thương tinh thần, liệt dương, rối loạn một phần cương dương vật; dùng các thuốc điều trị trầm cảm tăng huyết áp, viêm loét dạ dày lâu ngày gây giảm khả năng sinh hoạt tình dục. Suy dinh dưỡng; các bệnh mạn tính; chấn thương tuỷ sống; nghiện rượu, cà phê, ma túy; tần suất giao hợp dưới 3 lần/tuần; nghề nghiệp tiếp xúc nhiệt độ cao; tắm nước nóng lâu; ngồi lâu (hay gập ở người lái xe) hoặc giãn tĩnh mạch thừng tinh, sẽ làm giảm khả năng sống của tinh trùng. Ngoài ra, béo phì và mặc quần lót chật cũng liên quan đến vô sinh nam.

4. NHỮNG VẤN ĐỀ CHỨC NĂNG SINH DỤC

– Sự bất thường cấu trúc giải phẫu hoặc hoóc môn: Nếu riêng lẻ không gây vô sinh nhưng kết hợp lại làm tăng tỷ lệ vô sinh. Những yếu tố kết hợp gây vô sinh cho nam và nữ chiếm tới 20% các cặp vợ chồng.

– Sự thay đổi trong đáp ứng miễn dịch: Người phụ nữ tự sinh ra kháng thể chống lại tinh trùng của chồng; sự thay đổi trong đáp ứng miễn dịch của cơ thể nếu riêng lẻ thì không gây vô sinh nhưng kết hợp lại làm tăng tỷ lệ vô sinh. Những yếu tố kết hợp gây vô sinh cho nam và nữ chiếm tới 20% các cặp vợ chồng.

– Không có hoặc ít tinh trùng (dưới 20 triệu tinh trùng/ml tinh dịch): chấn thương về tinh thần hay cơ thể, các ảnh hưởng của hoá chất làm suy giảm đến chức năng sản sinh tinh trùng.

– Sự thay đổi chức năng: thông tin sai lệch về thực hiện hành vi tình dục. Giao hợp không đúng lúc, không đúng tư thế hoặc rối loạn sinh lý như liệt dương, giảm khoái cảm, rối loạn xuất tinh; tần suất giao hợp dưới 3 lần/tuần làm giảm khả năng có thai; những khía cạnh tâm lý có thể tác động đến bất cứ khía cạnh nào của việc thực hiện chức năng sinh dục.

– Yếu tố miễn dịch.

5. ĐIỀU TRỊ CHO MỘT CẶP VÔ SINH

5.1. Nguyên tắc

Phải song song thăm khám cho cả hai vợ chồng và điều trị theo nguyên nhân gây bệnh.

5.2. Những phương pháp điều trị vô sinh

- Điều trị chống viêm nhiễm bộ phận sinh dục tùy từng nguyên nhân gây bệnh
- Kích thích phóng noãn.
- Giúp đỡ trứng làm tổ bằng progesteron.
- Điều trị tắc vòi tử cung.
- Thụ tinh nhân tạo.
- Người chồng yếu có thể điều trị bằng nội tiết.
- Nếu tắc ống dẫn tinh thì phẫu thuật cắt chỗ tắc và nối lại nhưng phẫu thuật rất khó khăn, tỷ lệ thành công rất thấp
- Nếu hoàn toàn không có tinh trùng thì tìm nguyên nhân khác để điều trị, áp dụng phương pháp thụ tinh nhân tạo với tinh trùng của người cho.

5.3. Những vấn đề chính cần tư vấn cho một cặp vợ chồng bị vô sinh

- Giải thích cho họ hiểu những yếu tố cơ bản phải có cho việc thụ thai.
- + Đối với người phụ nữ: Phải có phóng noãn; vòi tử cung phải thông không bị tắc nghẽn; niêm mạc tử cung phải tốt để trứng thụ tinh có thể làm tổ và phát triển.
- + Người nam giới: Dương vật phải cương đúng mức và xuất tinh được; tinh trùng phải đảm bảo về số lượng và chất lượng; tinh hoàn và mào tinh hoàn, ống dẫn tinh phải bình thường, không bị tắc nghẽn để sản xuất tinh trùng và tinh trùng phải được đưa ra ngoài tốt.
- Giải thích những nguyên nhân gây vô sinh mà họ có thể tránh được:
- + Vệ sinh bộ phận sinh dục, vệ sinh kinh nguyệt, vệ sinh sau khi giao hợp, sau sẩy đẻ; Điều trị tích cực các bệnh mạn tính. Chế ngự các stress; hạn chế sử

dùng các loại thuốc làm giảm khả năng tình dục; không nghiện ma túy, thuốc lá, rượu; hướng dẫn sinh hoạt tình dục.

+ Giao hợp trong thời gian dễ thụ thai: ngày thứ 10 đến ngày thứ 20 của vòng kinh, tốt nhất là ngày dự kiến phóng noãn; nên giao hợp 2 ngày một lần; giao hợp đúng tư thế tự nhiên.

+ Những vấn đề khác: trấn an, động viên và khích lệ tinh kiên trì cho bệnh nhân; giải thích về chi phí, khả năng điều trị; cung cấp thông tin nhận con nuôi.

6. ĐỀ PHÒNG VÔ SINH

– Đối với nam giới: Tránh bị lây nhiễm quai bị, nếu đã bị nhiễm phải nghỉ ngơi tuyệt đối, tránh biến chứng vào tinh hoàn làm xơ teo tinh hoàn; nếu bệnh xảy ra ở tuổi vị thành niên thì càng phải chú ý chăm sóc tốt. Khi bị viêm tinh hoàn, mào tinh hoàn phải điều trị sớm và tích cực; không mặc quần quá chật, ngâm (tắm) nước quá nóng bộ phận sinh dục; tránh bị nhiễm các bệnh LTQĐTD. Nếu bị bệnh phải điều trị sớm và tích cực.

– Đối với nữ giới: Giữ vệ sinh bộ phận sinh dục hằng ngày, vệ sinh khi kinh nguyệt, sau giao hợp để tránh bị viêm đường bộ phận sinh dục mà nguy cơ làm tắc vòi tử cung; điều trị thật sớm và tích cực, triệt để viêm nhiễm bộ phận sinh dục; tránh bị lây nhiễm các bệnh LTQĐTD; điều trị thật sớm các biểu hiện rối loạn kinh nguyệt, đặc biệt khi bị rong kinh kéo dài có thể dẫn đến biểu bị rối loạn phóng noãn.

– Phải giáo dục và truyền thông những kiến thức cơ bản về SKSS, nguyên nhân và các biện pháp dự phòng vô sinh cho vị thành niên để giảm thiểu tỷ lệ vô sinh.

7. NHỮNG PHƯƠNG PHÁP HỖ TRỢ SINH SẢN

7.1. Các phương pháp áp dụng khi nguyên nhân vô sinh do nam giới

- Thụ tinh nhân tạo.
- Lọc rửa tinh trùng (Percoill–Swim up).
- Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF – In Vitro Fertilisation).
- Bơm tinh trùng vào trứng (ICSI – IntraCytoplasmic Sperm Injection).

7.2. Các phương pháp áp dụng khi nguyên nhân vô sinh do nữ giới

- Nguyên nhân tại vòi tử cung: Nội soi gỡ dính, vi phẫu thuật cắt bỏ chỗ tắc hoặc nối lại vòi tử cung, hoặc mổ thông vòi tử cung
- Kích thích rụng trứng bằng nội tiết
- Bơm tinh trùng qua đường bụng (DIPI – Direct IntytraPeritoneal Insemination).

- Chuyển giao tử vào vòi tử cung (GIFT – Gamete Intra–Fallopian Transfer).
- Chuyển hợp tử vào vòi tử cung (ZIFT – Zygote Intra–Fallopian tube Transfer).
- Chuyển trứng trực tiếp (DOT – Direct Oocyte Transfer).
- Chuyển phôi qua tử cung vào vòi tử cung (TUFT – Trans Uterine Fallopian Transfer).
- Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF – In Vitro Fertilisation).

Tuy có nhiều phương pháp hỗ trợ sinh sản nhưng mỗi phương pháp có những ưu, nhược điểm khác nhau nên phải lựa chọn các phương pháp cụ thể, thích đáng để áp dụng cho từng trường hợp.

7.3. Một số phương pháp hỗ trợ sinh sản phổ biến

a) Thụ tinh nhân tạo bằng tinh trùng của chồng (AHI – Artificial Insemination with Husband' semen)

Là phương pháp lấy tinh trùng của chồng để thụ tinh cho vợ mà một lý do nào đó họ không thể thụ thai được theo phương pháp giao hợp tự nhiên.

b) Thụ tinh nhân tạo bằng tinh trùng của người cho (AID – Artificial Insemination with Donor semen)

Là phương pháp lấy tinh trùng của người khác để thụ tinh cho người phụ nữ mà chồng họ không có tinh trùng hoặc là bản thân họ có những bất thường về gen mà họ không muốn truyền lại cho con cái.

Để đảm bảo cho thành công, người ta đã thực hiện rửa tinh trùng bằng những dung dịch đặc biệt với mục đích là làm cho chất lượng của tinh trùng tốt hơn nên tỷ lệ có thai cao hơn. Sau khi rửa, tinh trùng được bơm trực tiếp vào buồng tử cung trong ngày phóng noãn để thực hiện thụ tinh.

c) Thụ tinh trong ống nghiệm

Là phương pháp kích thích để được một hay nhiều nang noãn chín từ buồng trứng rồi hút lấy những noãn chín đó cho thụ tinh ngoài cơ thể với tinh trùng của chồng hay người cho, sau đó đưa một hay hai, ba noãn đã được thụ tinh vào buồng tử cung.

Các bước thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm: kích thích buồng trứng để có vài nang phát triển; theo dõi sự phát triển của nang noãn đến khi noãn chín rồi kích thích phóng noãn bằng hCG; chọc hút noãn qua siêu âm hay soi ổ bụng; tiến hành thụ tinh cho noãn và tinh trùng trong phòng thí nghiệm; chuyển từ một đến ba phôi vào buồng tử cung.

Những hạn chế của phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm: rất đắt tiền, mỗi lần phải tốn từ 30 đến 40 triệu Việt Nam đồng; đòi hỏi trang thiết bị hiện đại và kỹ thuật chuyên môn cao; hội chứng quá mẫn do kích thích phóng

noãn; tăng nguy cơ chữa ngoài tử cung; tăng tỷ lệ chữa nhiều thai; tỷ lệ thành công phụ thuộc vào tuổi và tình trạng của bệnh nhân. Nói chung thành công dưới 30%.

Hiện nay ở Việt Nam có khoảng 5 trung tâm thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm.

Tuy rằng sự tiến bộ của y học đã đem lại nhiều thành công trong công tác điều trị vô sinh, nhưng kết quả vẫn còn nhiều hạn chế và tốn kém, vì vậy cách tốt nhất là đề phòng, ngăn chặn các nguyên nhân dẫn đến vô sinh.

8. CÁC VẤN ĐỀ XÃ HỘI CỦA VÔ SINH

Tuy vô sinh là vấn đề sức khỏe sinh sản được nhấn mạnh trên thế giới cũng như tại Việt Nam nhưng vấn đề vô sinh cũng chưa được quan tâm nhiều. Đặc biệt, tại một số nước đang phát triển, gánh nặng dân số khiến chính phủ và các nhà hoạch định chính sách dường như chưa quan tâm nhiều đến vấn đề vô sinh. Trong khi đó, tỷ lệ vô sinh có xu hướng ngày càng tăng đặc biệt là tỷ lệ vô sinh thứ phát do hậu quả của viêm nhiễm đường sinh sản, phá thai...

8.1. Khía cạnh xã hội của vô sinh

Trong cộng đồng, khá nhiều các cặp vợ chồng mắc vô sinh bị kỳ thị, gây ra gánh nặng tâm lý và xã hội rất lớn, đặc biệt với phụ nữ. Phụ nữ phải gánh chịu hậu quả xã hội của các nguyên nhân vô sinh, kể cả một số nguyên nhân vô sinh nam. Một số hậu quả xã hội được các nghiên cứu chỉ ra như bị chê bai không biết đẻ, bị cưỡng ép, bị kỳ thị, ép ly dị, chịu cảnh đa thê, tâm lý thất vọng, sợ hãi...dẫn đến nhiều hậu quả khác như tách mình khỏi xã hội, cô đơn.

Giải pháp nhận con nuôi dường như khá dễ dàng và tự nhiên tại các nước phát triển nhưng tại các nước đang phát triển, giải pháp này vấp phải một số rào cản văn hoá và tôn giáo. Ví dụ như tại một số nước đạo Hồi, kinh Koran không cho phép việc nhận con nuôi. Tại các nước khác, con nuôi được coi là có nguồn gốc không rõ ràng, bố mẹ nhận con nuôi bị coi là không biết đẻ và chi phí cho việc nhận con nuôi cũng khá cao, đặc biệt như ở Trung Quốc, Đài Loan, nhận con nuôi là con trai rất khó (Inhorn, 2003).

8.2. Tiếp cận dịch vụ vô sinh

Nguyên nhân vô sinh thường được quy cho người phụ nữ. Phụ nữ là những người đầu tiên đi khám bệnh và tìm kiếm dịch vụ hỗ trợ sinh sản.

Ở các nước đang phát triển, bên cạnh hệ thống y tế nhà nước, khách hàng vô sinh còn tìm kiếm dịch vụ khám và điều trị truyền thống như thầy lang, các bà mụ vườn, kể cả các nghi lễ tôn giáo (Van Balen và Gerrits, 2001). Ngoài ra, số lượng các cơ sở khám và điều trị vô sinh hiện đại chưa nhiều và chi phí đắt

đỏ cũng là hạn chế cho các cặp vợ chồng vô sinh tiếp cận dịch vụ. Trên thế giới cũng như tại Việt Nam, chi phí điều trị vô sinh và áp dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản rất lớn nhưng khách hàng vô sinh không được nhà nước hỗ trợ hoặc được bảo hiểm, do vậy dường như chỉ những người thuộc tầng lớp thượng lưu mới có khả năng chi trả và tiếp cận dịch vụ.

8.3. Các vấn đề liên quan đến chính sách

Khi các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản được thử nghiệm, một số vấn đề sức khỏe mới nảy sinh ví dụ như khi áp dụng IVF, nhằm tăng tỷ lệ thành công người ta thường cấy từ 3–4 phôi vào buồng tử cung dẫn đến một số hậu quả không mong muốn như tỷ lệ thai ngoài tử cung, sinh đa thai, trẻ sơ sinh nhẹ cân do đa thai, nguy cơ tử vong mẹ và sơ sinh... tăng cao. Hoặc khi áp dụng một số kỹ thuật hỗ trợ sinh sản khác, một loạt các vấn đề xã hội, tôn giáo, tín ngưỡng và vấn đề đạo đức cũng đang được tranh cãi mà chưa được pháp luật đề cập chi tiết (như sử dụng tinh trùng người cho, vấn đề mang thai hộ, có hay không việc loại bỏ thai nhi trong trường hợp đa thai với kỹ thuật IVF, hay nhân bản phôi để điều trị, ...).

Bên cạnh đó, một số tác động lâu dài khác đến chính sách cho cộng đồng liên quan đến điều trị vô sinh và áp dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản như:

- Ảnh hưởng sức lao động do mất nhiều thời gian điều trị.
- Chi phí quá cao làm giảm quan tâm đến các dịch vụ y tế khác, kể cả chi phí điều trị các biến chứng và dự phòng nguy cơ tai biến khi áp dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
- Chính phủ phải đối mặt với việc kiểm soát gia tăng dân số, đe dọa an ninh lương thực, việc làm và cân đối phúc lợi xã hội.
- Kiểm soát đại dịch HIV/AIDS trong khi áp dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.
- Sự ổn định về mặt sinh học (đối với những trẻ sinh ra từ ống nghiệm, hoặc có quá nhiều trẻ sinh ra chung nguồn gốc khi áp dụng thụ tinh với tinh trùng của người cho...).
- Vấn đề đạo đức.

Kết luận:

Trong khi tỷ lệ vô sinh đặc biệt, vô sinh thứ phát có xu hướng tăng lên thì dự phòng vô sinh có ý nghĩa rất quan trọng như dự phòng viêm nhiễm đường sinh sản bằng cách vệ sinh sạch sẽ, điều trị sớm và triệt để nếu có bệnh, dự phòng quai bị, giảm phá thai và tuyên truyền kiến thức sức khỏe sinh sản cho cộng đồng. Các hoạt động dự phòng vô sinh có thể thực hiện lồng ghép trong các chương trình kế hoạch hoá gia đình, giáo dục sức khỏe và chăm sóc sức khỏe ban đầu tại tuyến cơ sở.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các định nghĩa vô sinh.
2. Nêu các nguyên nhân vô sinh do nam và nữ.
3. Nêu các biện pháp dự phòng và điều trị vô sinh.
4. Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất.
 1. Những yếu tố nào sau đây không phải yếu tố gây ra vô sinh?
 - a) Sự bất thường cấu trúc giải phẫu và hoóc môn.
 - b) Không có hoặc quá nhiều tinh trùng.
 - c) Các yếu tố miễn dịch.
 - d) Sự bất thường trong hoóc môn.
 2. Các biện pháp nào sau đây không phải là biện pháp phòng tránh vô sinh?
 - a) Tránh bị lây nhiễm quai bị ở nam giới.
 - b) Điều trị triệt để các nhiễm khuẩn đường sinh sản.
 - c) Cắt bao quy đầu ở thanh niên.
 - d) Giữ gìn vệ sinh bộ phận sinh dục.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Đại học Y Hà Nội, *Bài giảng sản phụ khoa*. Nhà xuất bản Y học, 2001.
2. Lê Minh Thi, Lê Minh Châu, *Các vấn đề vô sinh tại Việt Nam*, 2004.
3. WHO, *Vô sinh và các kỹ thuật hỗ trợ tại các nước đang phát triển*. World health organization, Geneva, 2002.

SỨC KHOẺ SINH SẢN NGƯỜI CAO TUỔI

MỤC TIÊU

1. Liệt kê được các vấn đề sức khỏe sinh sản ở người cao tuổi: ung thư sinh dục nữ và các vấn đề liên quan đến mãn kinh
2. Trình bày được chiến lược phát hiện sớm ung thư vú.
3. Trình bày được tầm quan trọng của chẩn đoán sàng lọc ung thư cổ tử cung.
4. Mô tả được những biểu hiện và nguy cơ mắc bệnh của thời kỳ quanh mãn kinh và thực hiện công tác chăm sóc SKSS cho người phụ nữ thời kỳ mãn kinh.

NỘI DUNG

GIỚI THIỆU

Số lượng người cao tuổi ngày càng tăng trên thế giới. Trong vòng 50 năm tới đây, người cao tuổi sẽ tăng từ 600 triệu tới 2 tỷ. Việc tăng dân số này ảnh hưởng tới tất cả các nước trên thế giới. Hệ thống an sinh xã hội như bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế, lương hưu v.v... cần phải có những thay đổi để có thể đáp ứng được với sự gia tăng dân số này.

Dự kiến vào năm 2030 thế giới sẽ có khoảng 1,2 tỷ phụ nữ ở tuổi mãn kinh và 75% số đó ở các nước đang phát triển. Phụ nữ thường sống lâu hơn nam giới, do vậy họ chiếm tỷ trọng lớn trong số người cao tuổi. Đa số sống trong hoàn cảnh không có sự hỗ trợ của người chồng hoặc gia đình và gặp nhiều nguy cơ về sức khỏe hơn. Do ít có cơ hội học hành, có công việc và thu nhập tốt, cho nên khi về già phụ nữ thường sống trong hoàn cảnh nghèo đói, thiếu hỗ trợ cần thiết và gặp nhiều vấn đề sức khỏe.

Trong chiến lược chăm sóc sức khỏe sinh sản người cao tuổi, Quỹ Dân số Liên hợp quốc đã đưa ra ba thông điệp chính là:

- Nâng cấp và định hướng lại dịch vụ y tế để có thể đáp ứng tốt hơn nhu cầu của phụ nữ cao tuổi.
- Giúp đỡ phụ nữ lớn tuổi hiểu rõ hơn về tầm quan trọng của giáo dục đối với các bé gái, sức khỏe sinh sản để họ có thể tuyên truyền rộng rãi trong cộng đồng.
- Xây dựng chiến lược để có thể đáp ứng nhu cầu của người cao tuổi tốt hơn về dinh dưỡng, nước, dịch vụ xã hội, luật pháp và chăm sóc sức khỏe.

SKSS ở người cao tuổi là một vấn đề được đề cập đến trong chiến lược quốc gia về chăm sóc SKSS của Việt Nam 2001 – 2010. Mục tiêu đề ra là phải thực hiện *“Chăm sóc sức khỏe sinh sản tốt hơn cho người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ cao tuổi, phát hiện và điều trị sớm các trường hợp ung thư vú và các ung thư khác của đường sinh sản nam và nữ”*. Các cơ sở y tế phấn đấu thực hiện dịch vụ phát hiện sớm ung thư vú và ung thư cổ tử cung ở phụ nữ là 50%.

Trong phần SKSS người cao tuổi ở Việt Nam sẽ đề cập đến ba vấn đề chính: ung thư vú, ung thư cổ tử cung và mãn kinh.

1. UNG THƯ VÚ

1.1. Ung thư vú là một vấn đề y tế công cộng cần được quan tâm

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ. Số ca mới mắc hằng năm trên thế giới là 833661/năm (năm 2000). Ở các nước phát triển, nguy cơ mắc ung thư vú trong cuộc đời người phụ nữ là 1/8 (12,5%) và khả năng tử vong do ung thư vú là 1/28 (3,6%). Tỷ lệ lưu hành đã tăng khoảng 1% từ năm 1940 đến năm 1982 và 4% hằng năm từ giữa năm 1982 đến năm 1987. Từ năm 1987 tỷ lệ ổn định, khoảng 109,6/100000 dân.

Tuổi mắc bệnh thường gặp từ 30 đến 70. Ung thư vú thường gặp ở phụ nữ, nhưng cũng có tới 2400 trường hợp nam giới mắc bệnh trong một năm và có 260 tử vong/năm (ít hơn 1% trong toàn bộ ung thư vú).

Ở Việt Nam, tỷ lệ ung thư vú là 17,4‰. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ UTV có xu hướng ngày một tăng cao do sự thay đổi về chế độ dinh dưỡng, xu hướng có ít con và có con muộn.

1.2. Yếu tố nguy cơ liên quan đến UTV

Các nghiên cứu đã chỉ ra nhiều yếu tố liên quan đến nguy cơ mắc bệnh UTV. Di truyền là một trong những yếu tố nguy cơ cao của UTV. Những người có người thân (mẹ, dì, chị em gái) bị UTV thì có nguy cơ mắc UTV cao gấp hai lần so với người bình thường. Người ta cũng thấy rằng, nguy cơ mắc ung thư tăng lên cùng với tuổi, tình trạng kinh tế, tình trạng thừa cân, ít hoạt động thể lực. Những người da trắng, có ít con, dậy thì sớm (trước 12 tuổi), mãn kinh muộn (sau 50 tuổi), có con muộn (sau 30 tuổi), tiếp xúc với chất phóng xạ và sử dụng hoóc môn thì có nguy cơ mắc UTV cao hơn người bình thường.

Tuy nhiên, trên thực tế có tới 50% trường hợp UTV không phát hiện được yếu tố nguy cơ nào. Từ những năm 1970, người ta đã phát hiện những người mắc UTV có xu hướng trẻ hóa dần.

1.3. Chẩn đoán sớm UTV

UTV lan tràn theo đường bạch huyết rồi vào tuần hoàn chung, vì vậy nếu phát hiện sớm, điều trị sớm thì khả năng sống còn sau điều trị của bệnh nhân cao. Giai đoạn bệnh ở thời điểm phát hiện có vai trò quan trọng trong điều trị và tiên lượng. Nếu UTV được phát hiện ở giai đoạn còn khu trú tại tuyến vú thì tiên lượng sống sau 5 năm cao. Khi bệnh còn tại chỗ, tỷ lệ sống sau 5 năm là 97,4% trong khi đó, nếu ung thư tại vùng thì tỷ lệ này là 77,4% và chỉ còn 21,2% khi ung thư đã có di căn xa.

Các nghiên cứu cho thấy, đại đa số những người bị ung thư vú khi đi khám là đã ở giai đoạn muộn (giai đoạn 2 – 3 khi kích thước của khối u > 2 cm). Nghiên cứu về lý do chậm trễ phát hiện bệnh trên 200 bệnh nhân tại Bệnh viện K Hà Nội, người ta nhận thấy rằng: 66,5% phụ nữ không bao giờ khám vú, 17,5% phụ nữ đã điều trị khối u vú bằng đắp lá thuốc dân gian trước khi đến viện, thời gian trung bình từ khi khám ở y tế cơ sở cho đến khi khám chuyên khoa là 63 ngày, 64,3% không nhận được thông tin truyền thông về bệnh UTV.

Để có thể chẩn đoán sớm ung thư vú cần phải cung cấp thông tin để có thể tăng cường việc phát hiện sớm dấu hiệu ung thư như u (cục), đau/nhức, nóng, chảy máu bất thường và có thể tham gia các chẩn đoán sớm UTV (tự khám vú, chụp X quang vú). Mục tiêu của chẩn đoán sàng lọc là khẳng định người đó có bị UTV hay không hoặc là đang trong tình trạng nghi ngờ. Tuy nhiên, cũng phải biết rằng một kết quả bình thường cũng có thể là âm tính giả hay âm tính thật và ngược lại khi có bệnh thì cũng có thể là dương tính giả hay dương tính thật, vì vậy các phương pháp chẩn đoán sàng lọc được chia làm 2 nhóm: có khả năng có bệnh và không có khả năng có bệnh.

Nhóm tuổi	Phương pháp sàng lọc
40 – 49	Tự khám vú 1 tháng 1 lần vào lúc sạch kinh 5 ngày
≥ 50	– Tự khám vú tháng 1 lần – Chụp vú 1 – 2 năm / lần đối với nhóm người có nguy cơ cao – Khám chuyên khoa khi nghi ngờ có u ở vú hoặc khám định kỳ 1 năm 1 lần

Chụp vú được khuyến cáo thực hiện ở những nước phát triển. Đối với những phụ nữ trên 50 tuổi, nếu được chụp vú hằng năm thì tỷ lệ tử vong do UTV có thể giảm tới 30%. Tuy nhiên, đối với những người < 50 tuổi thì chụp vú hằng năm chỉ có thể giảm tỷ lệ tử vong 15%. Có thể ở lứa tuổi này thì ung thư phát triển nhanh, hoặc độ nhạy của chụp vú không cao. Nhóm người có nguy cơ cao bao gồm: trên 40 tuổi, tiền sử gia đình có mẹ hoặc chị em gái bị UTV, những người được chẩn đoán và điều trị UTV trước đó, béo phì...

Chẩn đoán sàng lọc UTV là một nhu cầu cấp thiết của chăm sóc SKSS hiện

nay, nhằm phát hiện sớm và điều trị có kết quả để nâng cao chất lượng cuộc sống cho phụ nữ. Chẩn đoán sàng lọc UTV bằng chụp vú đòi hỏi phải có máy móc, có kỹ thuật viên có kinh nghiệm, có người đọc kết quả và chi phí cao. Khi sàng lọc chú ý đến nhóm nguy cơ cao có giá trị hơn là chú ý đến nhóm tuổi bởi vì sàng lọc theo nguy cơ sẽ loại bỏ được nhóm nguy cơ thấp, tiết kiệm và hiệu quả hơn.

Ở mức độ cộng đồng, biện pháp hiện nay vẫn là giáo dục truyền thông về ung thư vú: nguy cơ, yếu tố dễ gây ra UTV. Xây dựng một chế độ ăn hợp lý, ít chất béo động vật (dưới 10% khẩu phần năng lượng); hạn chế ăn những thực phẩm lên men như dưa khú, mắm tôm, cá muối... nghĩa là những thức ăn có nhiều nitrit, nitrat, nitrozamin; ăn nhiều rau xanh, hoa quả tươi; không ăn những hoa quả được bảo quản bằng những hoá chất độc hại hoặc bón thuốc trừ sâu; không ăn những thực phẩm như gạo, vùng, lạc, đậu... đã bị mốc hoặc lên men.

Không sử dụng estrogen kéo dài và nếu sử dụng phải kết hợp với progesteron và phải được kiểm soát và theo dõi chặt chẽ.

Luyện tập thể dục thường xuyên chống béo phì, một trạng thái của cơ thể thuận lợi cho UTV phát triển.

2. UNG THƯ CỔ TỬ CUNG

2.1. Tình hình ung thư cổ tử cung (UTCTC)

Ung thư cổ tử cung là một bệnh ở phụ nữ, đứng hàng thứ hai ung thư sinh dục nữ, sau ung thư vú. UTCTC là một loại ung thư đứng đầu ở phụ nữ ở các nước đang phát triển. Hằng năm trên thế giới có 323000 ca tử vong, 406500 ca mới. Tỷ lệ mắc cao ở khu vực cận Sahara châu Phi, một phần châu Mỹ La tinh, khu vực Caribê và đảo ở Thái Bình Dương.

Tỷ lệ mắc và tử vong do UTCTC ở các nước phát triển giảm đáng kể trong vòng 50 năm qua do tác dụng của soi tế bào âm đạo (Pap smear), nhưng không thay đổi nhiều ở các nước đang phát triển. Tuổi hay mắc nhất từ 40 – 60, một số ít dưới 30 tuổi. Hiện nay ở một số khu vực tỷ lệ tăng cao ở những người trẻ (30 – 35) khiến tỷ lệ mới mắc cao nhất hiện nay ở tuổi 50. Tỷ lệ UTCTC ở Việt Nam hiện nay là 34,16‰.

Ung thư CTC là một bệnh phát triển thầm lặng và kéo dài. Từ những tổn thương nghi ngờ ban đầu đến khi phát triển thành ung thư có thể nhiều năm và lúc đó mới biểu hiện lâm sàng. Điều không may mắn là khi đã có những triệu chứng lâm sàng thì việc chẩn đoán không khó khăn nhưng kết quả điều trị kém hiệu quả, làm giảm thời gian sống sau điều trị, bởi vì lúc này tổn thương tiến triển rất nhanh làm tăng tỷ lệ tử vong.

2.2. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến UTCTC

- Có bị mắc bệnh LTQĐTD hoặc bạn tình mắc LTQĐTD
- Nhiều bạn tình.
- Quan hệ tình dục sớm.
- Để sinh đôi trở lên.
- Hút thuốc lá (nguy cơ gấp hai lần).
- Tình trạng kinh tế kém.
- Nhiễm vi rút HPV.

Nhiễm HPV là một bệnh rất thường gặp và là một bệnh LTQĐTD, có tỷ lệ cao (75%) ở những phụ nữ có hoạt động tình dục. Mặc dù tỷ lệ nhiễm HPV rất cao nhưng cho đến nay còn ít người biết đến nó bởi vì bệnh ít gây ra các triệu chứng lâm sàng đáng phải chú ý. Có khoảng một triệu phụ nữ nhiễm HPV, 10% (tức 100000 người trong số họ) sẽ bị làm thay đổi biểu mô tại CTC và biến thành tổn thương tiền ung thư. Có khoảng 8% (8000 người) trong số này sẽ phát triển thành ung thư trong giai đoạn sớm (ung thư trong biểu mô) và nếu như những thương tổn tiền ung thư này hoặc là ung thư trong biểu mô không được phát hiện và điều trị thì khoảng 1600 trường hợp trở thành ung thư xâm lấn. Nếu người phụ nữ bị nhiễm HPV mà virus đang hoạt động thì có thể lây nhiễm cho trẻ sơ sinh khi đi qua đường âm đạo và gây nhiễm HPV ở trẻ sơ sinh.

Ngày nay, nhiều công trình nghiên cứu đã thấy có mối liên quan giữa HPV và ung thư CTC. Nghiên cứu về ADN của HPV đã phát hiện có từ 89% đến 93% những bệnh nhân bị ung thư CTC kèm theo bị nhiễm HPV. Trong hơn 100 nhóm HPV có một số nhóm có khả năng gây ung thư khác nhau.

Vì vậy, khi xác định được những nhóm HPV có nguy cơ gây ung thư này là một gợi ý bệnh nhân đó có nguy cơ bị ung thư CTC cho nên họ cần phải được theo dõi cẩn thận để phát hiện sớm những tổn thương trong biểu mô và phải điều trị tích cực.

Trong thực tế, các bệnh nhiễm khuẩn qua đường tình dục đang tăng lên trên toàn thế giới mà nhiễm HPV là một trong các bệnh LTQĐTD và đang là vấn đề thời sự, bởi vì nhiễm HPV không chỉ làm tăng số lượng người bị bệnh mà còn làm gia tăng tần xuất phơi nhiễm ung thư CTC, vì người ta đã phát hiện ra vai trò của nhiều nhóm của HPV trong ung thư CTC. Nghiên cứu tìm ra vắc xin dự phòng HPV để góp phần làm giảm tần xuất của các bệnh LTQĐTD và ung thư CTC vẫn còn nhiều khó khăn và chưa có hứa hẹn.

2.3. Chẩn đoán sớm UTCTC

Về cấu tạo giải phẫu, CTC là một phần của cơ quan sinh sản nữ, có thể nhìn và sờ thấy được. Chính nhờ các đặc điểm thuận lợi về giải phẫu này mà dễ dàng

áp dụng những biện pháp xét nghiệm và thăm dò để phát hiện sớm ung thư cổ tử cung. Mặc dù y văn thế giới đã bàn luận nhiều đến phát hiện sớm ung thư CTC, nhưng cho đến nay các chương trình cũng như các phương pháp được sử dụng để chẩn đoán sàng lọc (CĐSL) vẫn còn nhiều hạn chế. Vì vậy, việc đẩy mạnh công tác CĐSL để phát hiện sớm UTCTC đang là một vấn đề thời sự của y học toàn thế giới, đặc biệt là ở các nước đang và chưa phát triển.

Chẩn đoán sàng lọc ung thư CTC là áp dụng các xét nghiệm, các phương pháp thăm dò để phát hiện sớm những dấu hiệu gợi ý hoặc là những tổn thương nghi ngờ có thể là biểu hiện ở giai đoạn sớm của ung thư CTC, để sàng lọc những người có những dấu hiệu hoặc nguy cơ cao. Bên cạnh đó, có thể sử dụng các phương pháp hỗ trợ khác, có giá trị chẩn đoán cao hơn giúp phát hiện sớm, chẩn đoán chính xác, theo dõi chặt chẽ và điều trị kịp thời.

2.3.1. Pap smear

Có một xét nghiệm rất có giá trị đã được chấp nhận rộng rãi trên khắp thế giới và sử dụng để phát hiện sớm ung thư CTC trong cộng đồng, đó là phương pháp xét nghiệm về tế bào học của Papanicolaou và được gọi là Pap smear. Xét nghiệm này đơn giản và dễ thực hiện ở cộng đồng. Hơn nữa, nếu như ung thư CTC được phát hiện sớm thì kết quả điều trị sẽ cao.

Các chương trình chẩn đoán sàng lọc dựa trên xét nghiệm Pap smear đã được triển khai rộng rãi trên thế giới từ năm 1950 và đã góp phần tích cực làm hạ thấp tần suất ung thư CTC ở nhiều nước. Mục đích chính của Pap smear là phát triển sớm ung thư CTC và thực tế cho thấy rằng, trong những năm qua ở hầu hết các nước phát triển nhờ áp dụng xét nghiệm này đã làm tăng tỷ lệ phát hiện ung thư CTC mới. Cho đến nay, xét nghiệm Pap smear được xem như là một phương pháp CĐSL ung thư CTC có hiệu quả nhất để phát hiện sớm CTC ở cộng đồng. Tuy nhiên, Pap smear chỉ là một xét nghiệm để CĐSL, nên nó không phải là một công cụ hoàn hảo và chính xác tuyệt đối.

Bên cạnh Pap smear còn có các phương pháp chẩn đoán sàng lọc khác, ví dụ soi CTC, chụp CTC qua soi CTC, quan sát trực tiếp CTC sau khi bôi acid axetic (visual inspection of the cervix with acetic acid wash: VIA), xét nghiệm tìm sự hiện diện của HPV. Những phương pháp này đã làm tăng độ nhạy của Pap smear tới hơn 90% (bởi vì Pap smear là gợi ý ban đầu để kết hợp với các phương pháp thăm dò khác), dù rằng khi sử dụng các phương pháp này đều làm tăng chi phí, kéo dài thời gian chẩn đoán, và phải có một đội ngũ cán bộ được đào tạo tốt.

Trong 30 năm qua, một số nước đang phát triển ở châu Mỹ La tinh và châu Á (có cả Việt Nam) đã sử dụng Pap smear để chẩn đoán sàng lọc ung thư CTC, nhưng vẫn còn rất nhiều hạn chế trong việc phát hiện và kiểm soát loại ung thư

này, bởi vì việc sử dụng tế bào học Pap smear tuy đã được sử dụng để CĐSL ung thư CTC nhưng vẫn còn hạn chế do phải làm nhiều lần, chất lượng các xét nghiệm có thể bị nhầm lẫn và xét nghiệm viên phải được đào tạo.

Việc sử dụng một phương pháp xét nghiệm về tế bào học không đủ chứng cứ để biện minh cho một tổn thương của ung thư CTC, vì vậy phải kết hợp với soi CTC và mô bệnh học thì kết quả chẩn đoán mới có độ chính xác cao, nhưng lại đòi hỏi phương tiện kỹ thuật cũng như nhân lực và kỹ năng của con người và chi phí kinh tế cao.

2.3.2. Phương pháp nhìn CTC sau khi bôi acid acetic

Nhiều tác giả đã áp dụng phương pháp quan sát trực tiếp CTC bằng mắt thường sau khi bôi acid acetic như là một xét nghiệm để chẩn đoán lâm sàng sớm ung thư CTC. Phương pháp này có những lợi ích là dễ thực hiện, rẻ tiền, nhanh chóng, dễ học và dễ hiểu, rất thuận tiện cho những vùng sâu, vùng xa, thiếu phương tiện chẩn đoán đòi hỏi kỹ thuật cao hơn. Tất cả những nghiên cứu đều nhận định rằng giá trị chẩn đoán âm tính đạt tới 95%. Tuy nhiên chỉ áp dụng phương pháp này để theo dõi những trường hợp đã có tổn thương rõ ở biểu mô CTC, vì lúc đó biểu hiện mới rõ ràng. Phương pháp này chưa được áp dụng rộng rãi mà chỉ được xem như là một việc làm để quan sát tổn thương rõ hơn trong khi soi CTC.

2.3.3. Chiến thuật 2C – 1B để chẩn đoán sớm UTCTC

Đây là một phức hợp các bước tiến hành để chẩn đoán sớm và chính xác ung thư CTC và được xem như là một “chiến thuật” bởi vì tính hiệu quả khi áp dụng chiến thuật này.

- C đầu tiên là Cytology (tế bào học): Tiến hành xét nghiệm Pap smear, kết quả xếp loại P III, nghĩa là bắt đầu có sự thay đổi về tế bào thì tiến hành sang bước thứ 2 nghĩa là C thứ hai.

- C thứ hai là Colposcopy (soi cổ tử cung): để đánh giá tình trạng tổn thương của biểu mô tại CTC, xác định những vị trí tổn thương phải được quan tâm và định hướng cho bước thứ ba là sinh thiết.

- B là Biopsy (sinh thiết): Dưới sự định hướng của soi CTC, xác định được vị trí cần thiết để sinh thiết.

- Sự kết hợp của chiến thuật này đã đem lại nhiều lợi ích cũng như tính chính xác trong chẩn đoán sớm ung thư CTC.

2.3.4. Chẩn đoán sàng lọc UTCTC ở cộng đồng

Do chẩn đoán sàng lọc để phát hiện sớm ung thư CTC phải thực hiện cho một số lượng lớn ở cộng đồng, chi phí rất cao sẽ làm tăng chi phí – hiệu quả cho nên vấn đề đặt ra là: ở lứa tuổi nào thì bắt đầu sàng lọc và kết thúc ở tuổi nào;

khoảng cách giữa các lần sàng lọc là bao lâu, sàng lọc bao nhiêu lần trong cuộc đời người phụ nữ. Những nước có nền kinh tế chưa cao như các nước chưa hoặc đang phát triển, nguồn kinh phí đầu tư cho y tế hoặc các chương trình còn thấp thì việc đầu tư cho những chiến lược để cải thiện sức khỏe phụ nữ như CDSL ung thư CTC cần phải có *kế hoạch* và đảm bảo những chương trình đó phải có chất lượng, xác định đúng nhóm có nguy cơ cao bị ung thư CTC, sử dụng các xét nghiệm đơn giản và rẻ tiền.

Tần suất ung thư CTC cao ở hầu hết các nước đang phát triển nhưng các dịch vụ y tế để phát hiện, đánh giá và điều trị sớm các tổn thương tiền xâm lấn tại CTC ở những nước này thì không có hoặc rất ít. Vì vậy, các nguồn lực dành để CDSL phải được thực hiện theo hướng chi phí – hiệu quả (Cost – effective). Chiến lược cho các chương trình CDSL ở các nước đang phát triển bao gồm:

- Khoảng cách CDSL dài hơn 5 – 10 năm.
- Sàng lọc ở tuổi muộn hơn (trên 35 tuổi).
- Sàng lọc “một lần trong cuộc đời” cho những phụ nữ từ 35 đến 40 tuổi.

Nếu có kế hoạch sàng lọc lần thứ hai cho bất kể phụ nữ nào thì trước hết phải ưu tiên tiến hành sàng lọc cho những phụ nữ chưa được sàng lọc lần nào rồi mới sàng lọc cho những người sàng lọc lần thứ hai.

Sử dụng các phương pháp kèm theo như soi CTC, xét nghiệm HPV, chụp ảnh CTC và phân tích tế bào tự động để giúp cho chẩn đoán chính xác hơn.

Từ những vấn đề tồn tại và còn nhiều tranh luận trên, hướng nghiên cứu trong tương lai về sử dụng Pap smear để CDSL phải:

– Có một chiến lược để làm tăng tỷ lệ phụ nữ được chẩn đoán sàng lọc, đặc biệt là ở nhóm người ít được xã hội quan tâm như: nghèo đói, học vấn thấp, vùng sâu, vùng xa ít tiếp cận với y tế.

– Xác định khoảng cách các lần sàng lọc với tiêu chí chi phí – hiệu quả nhất.

– Tăng độ chính xác của Pap smear bằng thiết kế nghiên cứu có khoa học và có chất lượng, chọn lọc có chất lượng; giảm các sai số bằng cách chọn và lấy mẫu thích hợp, coi trọng vai trò của kỹ thuật lấy mẫu bệnh phẩm, xử lý và diễn giải kết quả xét nghiệm, các công cụ tự động và các xét nghiệm HPV sàng lọc những bất thường ở CTC.

Xác định các chiến lược thích hợp nhất cho việc lượng giá, xử trí ở những bệnh nhân có kết quả tế bào học bất thường (chi phí, tâm lý, tiêu chuẩn để tham khảo và vai trò của xét nghiệm HPV trong bộ ba theo dõi (bao gồm; Pap smear, soi CTC và xét nghiệm HPV).

Ở Việt Nam đã áp dụng Pap Smear từ lâu để CDSL ung thư CTC nhưng cho đến nay việc thực hiện ở cộng đồng còn quá khiêm tốn, đặc biệt là khu vực phía Bắc. Tỷ lệ số bệnh nhân có biểu hiện tổn thương nghi ngờ trên tiêu

bản trong số những phụ nữ nữ đến khám bệnh tại bệnh viện Phụ sản trung ương Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh dao động từ 1 – 7% trong các năm từ 1975 – 2003.

Mặc dù việc CDSL ung thư CTC hiện nay đã được quan tâm và có những tiến bộ đáng kể, nhưng áp dụng hệ thống phân loại Bethesda để nhận định và diễn giải kết quả của Pap smear vẫn chưa được áp dụng rộng rãi, vẫn chưa có nhiều chương trình chẩn đoán sàng lọc ung thư CTC trong cộng đồng. Nếu có tiến hành CDSL thì được lồng ghép trong những chương trình khác cho nên thiếu hẳn tính quy mô và tính khoa học; những thông tin thu thập được còn nhiều bất cập. Thiếu sự đào tạo huấn luyện cho cán bộ những quy trình kỹ thuật cũng như trang thiết bị để lấy mẫu đảm bảo chất lượng cũng như xử lý mẫu xét nghiệm đủ độ tin cậy cho việc chẩn đoán chính xác. Phần lớn ở các phòng khám phụ khoa chỉ làm xét nghiệm soi tươi để phục vụ điều trị đã bỏ lỡ cơ may phát hiện sớm những tổn thương tiền ung thư cho bệnh nhân. Đó là tình trạng chung cho cả nước do những khó khăn về nhân lực và vật lực, chính vì vậy đã ảnh hưởng đến chất lượng và quy mô CDSL để phá thiên sớm ung thư CTC. Do vậy, cần có chiến lược và chương trình đào tạo cho các cán bộ y tế chuyên khoa sản phụ để có thể góp phần phát hiện sớm UTCTC.

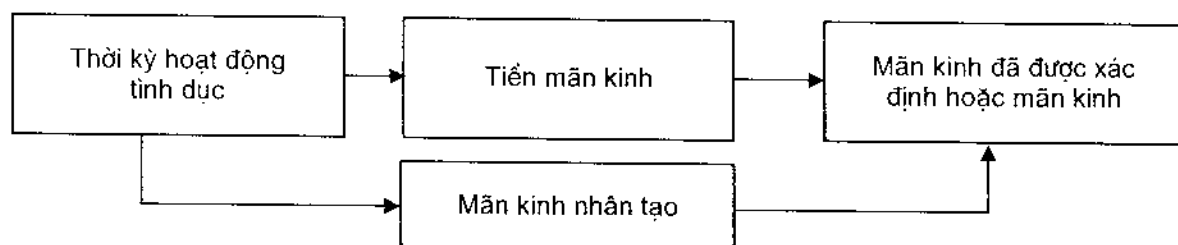
3. NHỮNG THAY ĐỔI Ở PHỤ NỮ THỜI KỲ MÃN KINH

3.1. Định nghĩa

Thời kỳ mãn kinh là thời kỳ cuối cùng của giai đoạn có kinh nguyệt để ngừng chức năng của buồng trứng. Cơ thể có nhiều biến đổi do có sự thay đổi này và đồng thời do tuổi già đến. Hiện nay, tuổi thọ trên thế giới ngày càng tăng cao nên thời gian phụ nữ sống sau mãn kinh ngày càng dài. Sức khỏe của phụ nữ ở tuổi già phụ thuộc nhiều vào giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh.

Trước khi mãn kinh thực sự, người phụ nữ có một giai đoạn chuyển tiếp (còn gọi là tiền mãn kinh). Trong giai đoạn này, người phụ nữ có nhiều thay đổi về kinh nguyệt, vận mạch và niệu dục v.v... Trong giai đoạn tiền mãn kinh, người phụ nữ vẫn có khả năng có thai và thường là không mong muốn. Vì vậy, họ cần những biện pháp tránh thai an toàn và hiệu quả để có thể phòng tránh được các bệnh LTQĐTD.

Mãn kinh thực sự được xác định sau 12 tháng liên tục người phụ nữ không có kinh nguyệt. Trước khi mãn kinh thực sự, người phụ nữ trải qua một giai đoạn chuyển tiếp từ giai đoạn hoạt động sinh sản sang giai đoạn mãn kinh thực sự và giai đoạn này được gọi là thời kỳ quanh mãn kinh (hay còn gọi là giai đoạn chuyển tiếp). Có thể tóm tắt về mãn kinh như sau:



Mãn kinh sớm là sự ngừng kinh nguyệt xảy ra trước 40 tuổi (còn được gọi là suy buồng trứng sớm) chiếm khoảng 6 – 10% số người mãn kinh. Nguyên nhân mãn kinh sớm là do suy sớm buồng trứng, các nang noãn giảm nhạy cảm với hoóc môn hướng sinh dục hoặc do di truyền, tự miễn dịch.

Mãn kinh muộn là từ 55 tuổi mới hết kinh. Nguyên nhân là do buồng trứng hoạt động tốt, các nang noãn còn đáp ứng tốt với hoóc môn hướng sinh dục. Nhưng nếu những người mãn kinh muộn có kèm theo rong kinh, thì có thể là bất thường như quá sản niêm mạc tử cung hay ung thư nội mạc tử cung.

3.2. Những thay đổi quanh thời kỳ mãn kinh

Tuổi mãn kinh là một thời kỳ thay đổi về thể chất và tâm thần, đồng thời cũng là thời kỳ có những biểu hiện các dấu hiệu bình thường của tuổi tác để chuyển về tuổi già. Vì vậy, khó xác định triệu chứng nào là do thiếu hụt estrogen, triệu chứng nào là do tiến triển bình thường của tuổi tác.

3.2.1. Thay đổi về da

Do giảm thiếu estrogen, da bị tăng lão hoá, mất dần sự đàn hồi và các mô mỡ dưới da nên bị nhăn nheo, mặt khác, do không dự trữ nước dưới da nên da bị khô và mỏng. Những nếp nhăn xuất hiện ở đuôi mắt, trán và quanh môi khi bước vào tuổi hơn 40.

3.2.2. Thay đổi về kinh nguyệt

Thay đổi về kinh nguyệt ở giai đoạn quanh mãn kinh là những biểu hiện như kinh mau, kinh thưa hoặc mất kinh vài tháng.

- Kinh mau: là những chu kỳ kinh nguyệt có độ dài từ 23 – 25 ngày.
- Kinh thưa: Thời gian của một chu kỳ kinh nguyệt trên 45 ngày.
- Thiếu kinh: là lượng kinh ít.

– Vô kinh: người phụ nữ có thể bị mất kinh một thời gian, có thể vô kinh tạm thời 3 – 4 tháng. Nhưng khi hành kinh thì số lượng kinh nguyệt nhiều do nội mạc tử cung phát triển kéo dài.

3.2.3. Rối loạn thần kinh thực vật: cơn bốc hỏa, ra mồ hôi, chóng mặt.

Những dấu hiệu báo trước cơn bốc hỏa biểu hiện bằng triệu chứng nhức đầu, kèm theo đánh trống ngực (hồi hộp) kéo dài khoảng 3 đến 4 phút trước khi bốc hỏa thực sự. Cơn bốc hỏa bắt đầu là một cảm giác nóng ấm xuất phát từ ngực lan lên cổ và đầu, cảm giác này đi kèm với giãn mạch khu vực làm nóng ở cổ, mặt và làm cho cơ thể mất nhiệt. Nhiệt độ trung tâm có thể giảm 0,2 độ, làm ra mồ hôi.

Nếu cơn bốc hỏa xảy ra vào ban đêm thì được gọi là hiện tượng “ra mồ hôi đêm” và làm người phụ nữ mất ngủ. Thời gian của những cơn bốc hỏa có thể kéo dài từ vài giây đến vài phút, xảy ra không thường xuyên hoặc có thể lặp đi lặp lại.

Khi bị stress thì tần số cơn bốc hỏa xuất hiện nhiều hơn và cường độ cũng bị tăng lên. Những biểu hiện khác kèm theo cơn bốc hỏa bao gồm: choáng váng, buồn nôn, chóng mặt, nhức đầu, tim đập nhanh. Các triệu chứng này nhanh chóng mất đi sau cơn bốc hỏa. Sự xuất hiện các triệu chứng, cường độ, tần suất của các cơn bốc hỏa tùy thuộc từng cá thể. Tuy nhiên, cũng có những người không có các triệu chứng này. Ở vùng châu Á, tỷ lệ bị rối loạn vận mạch ít gặp hơn ở Tây Âu.

3.2.4. Thay đổi giải phẫu của hệ sinh dục – tiết niệu

*** Thay đổi cơ quan sinh dục:**

– Tử cung nhỏ và chắc hơn, giảm độ dày cơ tử cung và giảm sự tưới máu cho lớp cơ. Cổ tử cung cũng bị giảm thiểu về kích thước nhưng không rõ bằng thân tử cung nên giống cổ tử cung ở người thiếu nữ.

– Âm hộ mất lớp mô liên kết dưới da nên rộng hơn, biểu mô mỏng mảnh do giảm thiểu estrogen nên dễ bị trợt và gây chảy máu khi có đụng chạm về cơ học, có thể gây sang chấn hoặc chảy máu khi sinh hoạt tình dục.

– Âm vật cũng teo nhỏ. Tuyến Bartholin giảm chế tiết làm khô âm đạo và gây ngứa. Lòng mu và các nếp môi lớn và môi bé trở nên mảnh và thô hơn. Dù âm hộ có các thụ cảm tiếp nhận estrogen nhưng khi sử dụng estrogen thay thế, người ta vẫn không thấy cải thiện tình trạng này.

– Âm đạo ngắn và hẹp do tăng mô liên kết và xơ hoá, biểu mô âm đạo mỏng dần, giảm chế tiết làm khô âm đạo và dễ vỡ. Chiều dày của niêm mạc âm đạo mỏng dần và bạc màu, hàm lượng glycogen trong tế bào giảm làm giảm hoạt động của lactobacillus, không giữ được độ pH acid trong âm đạo vì vậy môi trường âm đạo chuyển sang kiềm, tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn khác phát triển nên dễ viêm âm đạo do tạp khuẩn và dễ bị sang chấn.

Có tới 45% phụ nữ mãn kinh bị teo âm hộ, âm đạo ngay vào năm đầu. Mức

độ teo tùy thuộc vào từng cá thể, do tính cảm thụ của từng người, sự tồn tại của việc chế tiết estrogen mãn kinh dài hay ngắn.

* *Thay đổi ở tuyến vú:* Các mô teo nhỏ, dây chằng Couper kém đàn hồi làm vú teo nhẽo, chỉ còn lại ít mô mỡ, núm vú nhỏ mất cương cứng khi bị kích thích. Nang sữa teo dần, các ống sữa giảm dần. Tuy nhiên có khoảng 10% phụ nữ mãn kinh vú vẫn còn to.

– *Biểu hiện ở hệ tiết niệu:* Thiếu hụt estrogen đã dẫn đến hậu quả là viêm teo bàng quang, niệu đạo, làm ngắn niệu đạo và gây són dãi. Khoảng 15% phụ nữ mãn kinh ở tuổi trên 60 bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu vì không tự chủ điều tiết được sự bài tiết của nước tiểu. Mặt khác, các dây chằng treo giữ tử cung bị giãn, kém trương lực, sự suy yếu của các cơ ở đáy chậu và tầng sinh môn đã làm sa sinh dục, kéo theo sa bàng quang hoặc trực tràng, càng tạo điều kiện thuận lợi cho viêm âm đạo hoặc viêm tiết niệu. Bàng quang bị sa đã làm gấp niệu đạo gây khó tiểu tiện.

3.2.5. Thay đổi khả năng tình dục

Do bị teo âm hộ hay âm đạo, nên khi giao hợp có thể bị đau hoặc có cảm giác bỏng rát dai dẳng sau khi giao hợp. Nguyên nhân là do giảm chế tiết của niêm mạc âm đạo và thiếu sự bôi trơn do tuyến Bartholin giảm chế tiết, nên âm đạo bị khô, dễ bị kích thích hoặc do sẹo xơ cứng quanh âm đạo và vùng tiền đình. Cảm giác đau sẽ tăng lên ở người vô sinh hoặc có sẹo cũ do cắt tầng sinh môn.

Do niêm mạc mỏng, dễ chảy máu nên thường gây chảy máu khi bị cọ sát như lau rửa khi làm vệ sinh, giao hợp, đặt mỏ vịt hoặc khám thăm. Do môi trường âm đạo bị kiềm hoá, nên nhiều phụ nữ mãn kinh bị viêm âm đạo.

3.2.6. Loãng xương

Ở thời kỳ mãn kinh, nhịp độ mất xương xảy ra nhanh và dẫn tới bệnh loãng xương. Loãng xương diễn biến âm ỉ thường không được chẩn đoán cho tới khi gãy xương xảy ra. Loãng xương là tình trạng rối loạn xương, làm tổn hại và ảnh hưởng đến sức mạnh của xương, làm tăng nguy cơ gãy xương.

Quá trình loãng xương mãn kinh được chia làm hai giai đoạn. Biểu hiện lâm sàng của loãng xương như sau:

– Đau lưng là triệu chứng đầu tiên phối hợp với loãng xương. Nếu đau nặng và đột ngột có thể là sụt cột sống. Phụ nữ sau khi mãn kinh bị giảm chiều cao trung bình xấp xỉ 6,35 cm do khoang đĩa đệm hẹp lại. Gãy đốt sống nhô là do sụp phía trước của thân đốt sống dẫn đến gù lưng (biến dạng tư thế còng).

– Các biến chứng chính của loãng xương bao gồm: biến dạng cột sống như gù, vẹo, gãy do nén cột sống; gãy 1/3 dưới cẳng tay; gãy cổ xương đùi. Phụ nữ

da trắng, tỷ lệ phụ nữ mãn kinh bị gãy xương như trên cao gấp 10 lần so với nam giới.

3.2.7. Bệnh tim mạch

Trong những nghiên cứu trước đây người ta đã khẳng định rằng, trước mãn kinh phụ nữ ít bị bệnh mạch vành hơn nam giới. Tuy nhiên, người ta cũng nhận thấy sự gia tăng nguy cơ cao bị bệnh mạch vành ở những người đã mổ cắt hai buồng trứng và ở những người phụ nữ bị suy buồng trứng sớm. Khoảng 10 năm gần đây, nghiên cứu về dịch tễ học cho biết, những phụ nữ sau khi mãn kinh hoặc đã bị cắt buồng trứng ở thời kỳ quanh mãn kinh có nguy cơ cao bị bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành và người ta cho đó là do sự thiếu hụt về estrogen.

Tỷ lệ người mắc bệnh tim mạch tăng 2 – 4 lần so với người chưa mãn kinh: tăng huyết áp, tăng bệnh mạch vành và tăng nguy cơ huyết khối.

3.3.8. Ung thư

Có hai loại ung thư thường gặp sau mãn kinh là ung thư nội mạc tử cung và ung thư vú. Người ta đã biết rõ ung thư nội mạc liên quan chặt chẽ đến estrogen. Estrogen là một yếu tố gây nguy cơ ung thư biểu mô tuyến của niêm mạc tử cung. Nếu điều trị kéo dài bằng estrogen, nguy cơ ung thư tăng từ 4 đến 12 lần. Nguy cơ tăng theo thời gian điều trị. Progestin có thể bảo vệ, chống lại nguy cơ tăng sinh của niêm mạc tử cung khi điều trị estrogen thay thế.

Do vậy, cần phải theo dõi cẩn thận, bằng thăm khám lâm sàng, xét nghiệm, có thể phát hiện những biến chuyển bất thường trong điều trị estrogen thay thế đối với ung thư nội mạc tử cung.

Hiện nay, người ta chưa thể khẳng định được chắc chắn là estrogen có phải là nguyên nhân gây ra ung thư vú hay không nhưng có một số nhận xét như tỷ lệ ung thư ở phụ nữ cao gấp 182 lần so với nam giới. Nếu nam giới được điều trị bằng estrogen thì có tỷ lệ ung thư vú cao. Tỷ lệ ung thư vú thấp ở phụ nữ cắt buồng trứng dưới 35 tuổi.

Một số yếu tố liên quan đến tần suất bị ung thư vú như không sinh đẻ, đẻ ít, đẻ con thứ nhất sau 30 tuổi, béo bệu, không phóng noãn, giảm khả năng sinh sản, dậy thì sớm, mãn kinh muộn, có những vòng kinh không phóng noãn, không hoặc ít progesteron. Tuyến vú bị kích thích kéo dài của estrogen mà không có tự bảo vệ của progesteron nên dễ bị ung thư.

3.2.9. Thay đổi tâm lý

Tuổi mãn kinh xảy ra ở một thời điểm của cuộc đời, khi mà một loạt các yếu tố cảm xúc khác tác động và có thể tạo nên một kiểu phản ứng trầm cảm như mất “nữ tính”, nhu cầu công việc của người chồng, con cái đã trưởng thành, có

xu hướng sống độc lập tách rời khỏi gia đình... làm cho người phụ nữ có sự mặc cảm mình là người thừa, vì “đời sắp tàn”... Những yếu tố đó đã tác động lên tinh thần của người phụ nữ đang bị “khủng hoảng” về thay đổi hoóc môn, sẽ làm gia tăng những rối loạn về hành vi, cư xử trong gia đình và xã hội.

Họ có những cảm giác bồn chồn, mệt mỏi, dễ bức dọc do dễ bị kích thích quá mức. Băn khoăn về những thay đổi về tâm thần, thể chất của mình. Dễ nổi nóng, dễ phản ứng bất thường dù là một kích thích nhẹ hoặc lật vật. Thiếu tự tin nên thiếu quyết đoán và thờ ơ với công việc. Băn khoăn với nội tại, hoạt động chậm chạp, giảm phản ứng, giảm hoặc mất cảm xúc tình dục. Trầm cảm, luôn có tâm trạng bi quan, thất vọng, không hài lòng về mình đồng thời giảm khả năng nhạy cảm và hành động hơn trước.

Tuy vậy, những triệu chứng tâm lý xảy ra đồng thời với các thay đổi nội kết trong thời kỳ mãn kinh, nhưng quan hệ nhân quả thay đổi nội tiết và các triệu chứng tâm thần chưa thật rõ ràng.

4. CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN NGƯỜI Mãn KINH VÀ NGƯỜI CAO TUỔI

Mục đích chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKSS) cho người cao tuổi (mãn kinh) là giúp cho họ có được cuộc sống thoải mái, dễ chịu, hạnh phúc và có chất lượng hơn, vì vậy phải có một chế độ lao động, nghỉ ngơi thích hợp với lứa tuổi và hoàn cảnh của họ. Có thể dùng thuốc an thần để khắc phục những rối loạn do thần kinh thực vật như bốc hỏa, chóng mặt. Thành lập những câu lạc bộ và sinh hoạt thường xuyên theo nhóm bạn cũng như những chủ đề thích hợp. Tập dưỡng sinh, đi bộ là hình thức thể dục thích hợp nhất. Mặt khác, phải quan tâm đến đời sống tình cảm, tránh để họ có cảm giác cô đơn, mặc cảm họ là người thừa. Chú ý nơi ở, vấn đề đi lại, nhà vệ sinh, để phòng trượt chân dễ ngã, sẽ bị gãy xương. Sự quan tâm của các thành viên trong gia đình có tác động rất lớn đến sức khỏe người cao tuổi. Nên có một công việc cụ thể phù hợp với sức khỏe và hoàn cảnh cụ thể từng người.

Chế độ dinh dưỡng phải hạn chế lipit để giảm nguy cơ bị bệnh xơ vữa động mạch, nhưng phải đầy đủ protit, nên dùng các loại protit thực vật dễ tiêu, cung cấp các axít béo không bão hòa. Cung cấp một lượng rau tươi, hoa quả và sữa có nhiều can xi là một chế độ ăn rất phù hợp cho người cao tuổi. Phụ nữ nên ăn nhiều rau, đậu, bổ sung vitamin D và canxi. Các yếu tố dinh dưỡng này rất quan trọng trong việc phòng ngừa loãng xương và những biến đổi của hệ thần kinh thực vật.

Dù rằng ở tuổi này mọi người ít hoạt động, tiêu hao năng lượng thấp, nhưng không thể dưới 2000 calo/ngày. Lượng calo trung bình là 2400 calo/ngày cho

nam giới và 2100 cho nữ giới. Số năng lượng này chỉ đủ cung cấp cho những người hoạt động tối thiểu trong một ngày.

Vấn đề tình dục ở người cao tuổi: Cung cấp đầy đủ những thông tin về tình dục cho người cao tuổi để họ hiểu rõ và hiểu đúng nhu cầu về tình dục ở lứa tuổi này, tránh bị mặc cảm. Nên duy trì tình dục nếu có yêu cầu với những hình thức khác nhau, đảm bảo được nhu cầu về tình cảm nhưng phải phù hợp với sức khỏe, cần có sự hợp tác giữa hai người. Khi có khó khăn trong sinh hoạt tình dục do niêm mạc âm đạo bị khô, hậu quả của sự thiếu hụt estrogen thì dùng các loại kem có estrogen để bôi trơn. Nếu có yêu cầu điều trị do thiếu estrogen thì nên bôi tại chỗ bằng kem hoặc thuốc mỡ hay đặt thuốc có estrogen.

Nếu sa sinh dục thì phải giữ vệ sinh và nói chung không nên sinh hoạt tình dục. Nếu có nhu cầu thì khi sinh hoạt tình dục phải đẩy khối sa vào âm đạo.

Vì thiếu hụt estrogen nên dễ bị viêm âm đạo do tạp khuẩn. Vì còn sinh hoạt tình dục nên vẫn có nguy cơ mắc bệnh LTQĐTD. Một điều cần lưu ý, do niêm mạc âm đạo bị teo, thành âm đạo mỏng nên dễ bị tổn thương (trợt, rách) khi sinh hoạt tình dục gây chảy máu, hoặc gây thủng cùng đồ.

Vấn đề tư vấn về SKSS cho người cao tuổi: Cần tranh thủ mọi cơ hội để thông tin và nên tư vấn để biết được những băn khoăn lo lắng của họ. Giáo dục tư vấn về sức khỏe tình dục, bệnh tật và vệ sinh ở người cao tuổi. Chủ động thông tin cho họ về thời kỳ tắt dục và những rối loạn sẽ đến, để họ chuẩn bị tốt tinh thần đón nhận, không bị ngỡ ngàng khi các triệu chứng đó xuất hiện, ngăn cản được những chấn thương tinh thần. Họ cần có một việc làm phù hợp để khỏi mặc cảm là người thừa trong gia đình và xã hội, như vậy việc làm là một nhu cầu lao động chứ không nhằm mục đích chủ yếu là kiếm tiền. Có những lời khuyên ân cần và chu đáo về chế độ dinh dưỡng và bệnh tật. Hình thức thể dục tốt nhất cho người cao tuổi là đi bộ và thể dục dưỡng sinh. Hướng dẫn phụ nữ mãn kinh và người có tuổi khám sức khỏe định kỳ để phát hiện và xử trí kịp thời những bệnh lý ở độ tuổi này.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Liệt kê các vấn đề sức khỏe sinh sản ở người cao tuổi: ung thư sinh dục nữ và các vấn đề liên quan đến mãn kinh.
2. Trình bày những yếu tố nguy cơ liên quan đến ung thư vú.
3. Trình bày biện pháp phát hiện sớm ung thư vú thông qua tự khám và khám sàng lọc.
4. Trình bày yếu tố nguy cơ của ung thư cổ tử cung.

5. Trình bày tầm quan trọng của chẩn đoán sàng lọc ung thư cổ tử cung.
6. Trình bày những vấn đề chính có liên quan đến mãn kinh và biện pháp can thiệp.
7. Hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất:
 1. Theo bạn, nguy cơ ung thư vú cao nhất ở miền nào của nước ta :
 - a) Miền Nam.
 - b) Miền Bắc.
 - c) Miền trung du Bắc Bộ
 - d) Miền duyên hải Trung Bộ.
 2. Những biểu hiện nào sau đây là biểu hiện bình thường ở tuổi mãn kinh của phụ nữ (nhiều lựa chọn)?
 - a) Giảm estrogen.
 - b) Thay đổi về kinh nguyệt.
 - c) Cơ bốc hỏa, ra mồ hôi, chóng mặt.
 - d) Mọi phụ nữ đều tăng thêm nhu cầu tình dục.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Đại học Y Hà Nội, *Bài giảng sản phụ khoa*, 1998.
2. The American Cancer Society, *Tổng quan về ung thư*, 2004.
3. Bộ môn Phụ sản, Trường đại học Y Hà Nội, *Phát hiện sớm ung thư cổ tử cung*. Tài liệu đào tạo sau đại học, 1994.
4. Trịnh Quang Diện, *Theo dõi bằng tế bào học và mô bệnh học các tế bào vảy không điển hình ý nghĩa chưa xác định (ASCUS) gặp trong phát hiện tế bào học các tổn thương nội biểu mô và ung thư cổ tử cung*. Chuyên đề ung thư học. Y học thực hành. Nhà xuất bản Y học, số 431, tr. 266 – 269, 2002.

TỔ CHỨC HỆ THỐNG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

MỤC TIÊU

1. Giải thích cấu trúc của hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam.
2. Liệt kê các mục tiêu chiến lược quốc gia chăm sóc SKSS từ 2001 – 2010.
3. Kể tên được các chính sách hiện hành liên quan đến SKSS tại Việt Nam.

NỘI DUNG

1. TỔ CHỨC MẠNG LƯỚI CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

1.1. Hệ thống chăm sóc sức khỏe sinh sản

Hệ thống bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình (BVSKBMTE/KHHGĐ) được hình thành từ những năm 1960 và do Bộ Y tế trực tiếp quản lý. Từ năm 1984, Ủy ban Quốc gia Dân số và Kế hoạch hóa gia đình (UBQGDS/KHHGĐ) được thành lập. Từ đó hình thành hai hệ thống:

1. UBQGDS/KHHGĐ ở cấp quốc gia, tỉnh, huyện và chuyên trách xã nhằm quản lý công tác dân số, cung cấp thông tin giáo dục truyền thông và cung cấp biện pháp tránh thai. Hiện nay gọi là Ủy ban Dân số – Gia đình – Trẻ em (DS – GD – TE).

2. Bộ Y tế vẫn giữ vai trò chính trong việc đào tạo cán bộ và cung cấp dịch vụ tránh thai.

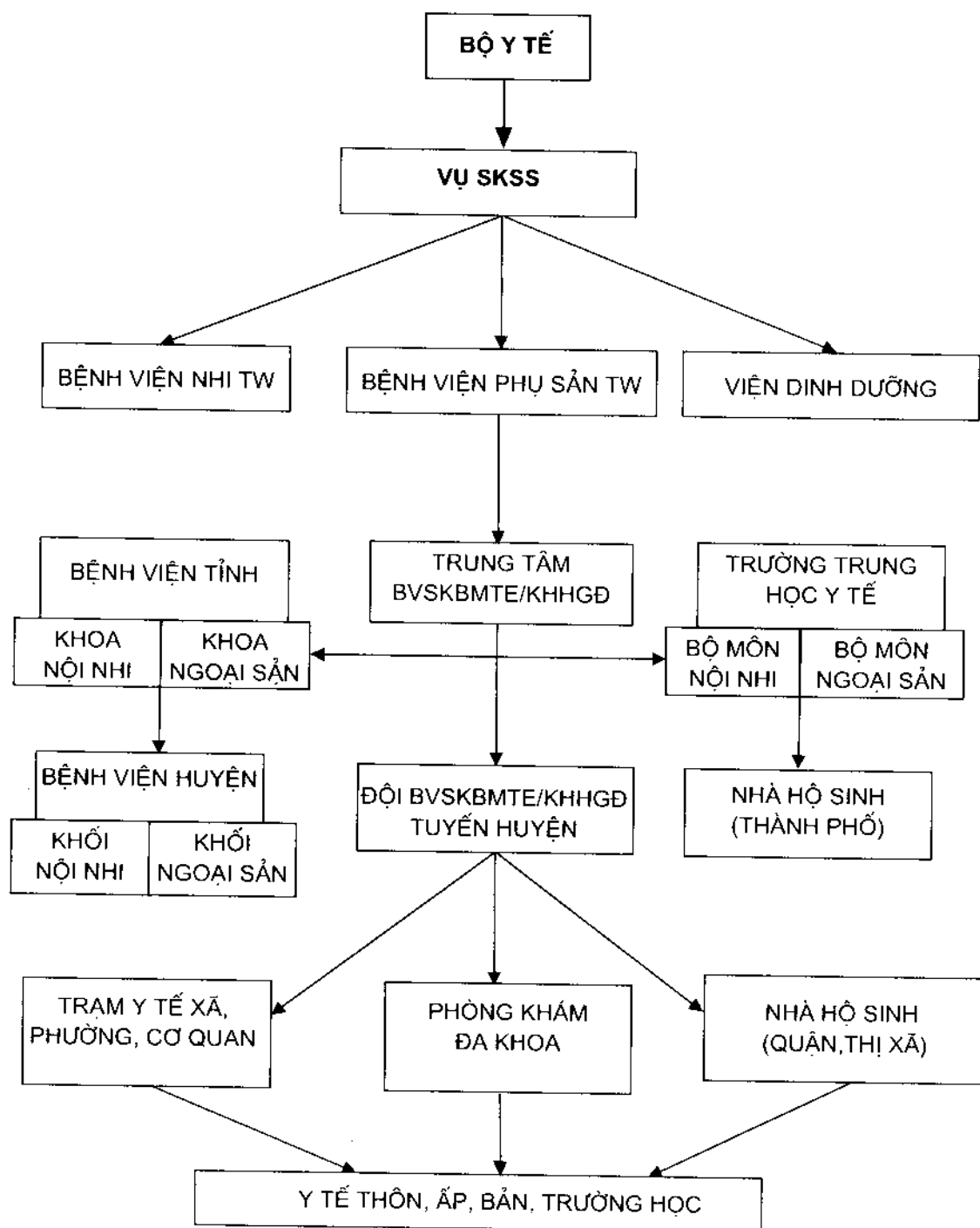
Từ sau Hội nghị Dân số và phát triển ở Cairô 1994 đến nay, khái niệm CSSKBMTE và KHHGĐ được nâng lên một bước mới – sức khỏe sinh sản. Chăm sóc sức khỏe sinh sản bao gồm một loạt các dịch vụ KHHGĐ, làm mẹ an toàn, chăm sóc trẻ em, phòng ngừa và điều trị các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục kể cả HIV/AIDS, nạo phá thai an toàn, dự phòng và điều trị vô sinh, SKSS vị thành niên, ung thư đường sinh sản và chăm sóc SKSS người cao tuổi.

Bộ Y tế thành lập hệ thống quản lý chăm sóc SKBMTE và KHHGĐ với các Trung tâm BVSKBMTE/KHHGĐ tuyến tỉnh, đội BVSKBMTE/KHHGĐ ở tuyến huyện, hiện nay chuyển thành một bộ phận của trung tâm y tế dự phòng huyện.

Vụ BVSKBMTE/KHHGD – Bộ Y tế có nhiệm vụ tham mưu cho Bộ trưởng quản lý chỉ đạo công tác BVSKBMTE/KHHGD trên toàn quốc.

Năm 2003, Vụ BVSKBMTE/KHHGD đổi tên thành Vụ Sức khỏe sinh sản, đánh dấu một thời điểm quan trọng, thúc đẩy công tác CSSKBMTE/KHHGD lên một bước tiến mới.

Mạng lưới dịch vụ CSSKSS tổ chức trên toàn quốc được mô tả trên sơ đồ sau:



Bên cạnh hệ thống của Bộ Y tế như trên, các hoạt động thuộc lĩnh vực chăm sóc sức khỏe trẻ em và kế hoạch hóa gia đình còn có sự tham gia rất tích cực của Ủy ban Dân số – Gia đình và Trẻ em, hệ thống các tổ chức quốc tế, phi chính phủ và y tế tư nhân.

Ủy ban Dân số – Gia đình và Trẻ em ở Việt Nam phối hợp với Bộ Lao động – Thương binh và Xã hội trong việc bảo vệ và chăm sóc trẻ em tàn tật, mồ côi và phối hợp với Bộ Y tế trong việc chăm sóc trẻ em suy dinh dưỡng. Ủy ban cũng chủ trì, phối hợp với Bộ, cơ quan ngang Bộ, cơ quan thuộc Chính phủ và hướng dẫn Ủy ban nhân dân cấp tỉnh xây dựng và tổ chức thực hiện chương trình kế hoạch hoá gia đình; tổ chức, chỉ đạo xây dựng gia đình ấm no, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và phát triển bền vững.

Bộ Y tế đã phối hợp chặt chẽ với Ủy ban DS – GD – TE trong triển khai các chiến dịch “Tăng cường đưa dịch vụ SKSS/KHHGD đến với các vùng khó khăn”. Trong những chiến dịch này đã tổ chức khám phụ khoa cho 30% số phụ nữ trong độ tuổi từ 15 – 49 trong cả nước. Ngoài ra đã làm xét nghiệm tế bào cho 1,7 triệu phụ nữ và làm phẩn đồ âm đạo cho 115200 đối tượng, đã phát hiện và điều trị cho 5,3 triệu chị em mắc các bệnh viêm nhiễm đường sinh sản.

Ủy ban DS – GD – TE cũng phối hợp chặt chẽ với Bộ Y tế trong việc triển khai các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe về công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản trên cả nước.

Các tổ chức quốc tế như Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Quỹ Dân số Liên hiệp quốc (UNFPA), Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF) đã tiến hành hỗ trợ kỹ thuật và tài trợ thực hiện nhiều dự án nhằm nâng cao sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở nhiều tỉnh trong cả nước.

Các tổ chức phi chính phủ cũng đã đóng góp tích cực vào sự nghiệp chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em ở nước ta. Mô hình “Làm mẹ an toàn” tại Thanh Hóa và Quảng Trị (Quỹ Cứu trợ nhi đồng Mỹ), dự án “Tăng cường chăm sóc sức khỏe sinh sản tại 8 tỉnh” (Pathfinder)... đã có những đóng góp tích cực vào sự nghiệp chăm sóc sức khỏe chung của cả nước.

Các tổ chức y tế tư nhân, bảo hiểm xã hội cũng góp phần tích cực trong việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở Việt Nam.

Tóm lại, mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản ở Việt Nam được cấu thành từ nhiều phần, trong đó phần cung cấp dịch vụ chính vẫn là Bộ Y tế. Tuy nhiên, không thể không thừa nhận sự đóng góp tích cực của rất nhiều tổ chức trong và ngoài nước khác, với mục tiêu chung là nâng cao chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em ở Việt Nam.

1.1.1. Tuyến Trung ương

Bộ Y tế là cơ quan trung ương quản lý và chỉ đạo các hoạt động của hệ thống CSSKSS. Đơn vị chức năng được phân công làm tham mưu cho Bộ trưởng Bộ Y tế là Vụ Sức khỏe sinh sản. Trước năm 2003, Vụ Sức khỏe sinh sản có tên là Vụ Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình. Do vậy, trong tài liệu này, khi trích dẫn các văn bản có từ trước năm 2003, thuật ngữ “Vụ Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình” được hiểu là “Vụ Sức khỏe sinh sản”.

Các cơ quan chuyên môn trực thuộc Bộ Y tế bao gồm các bệnh viện liên quan đến lĩnh vực sản phụ khoa và nhi khoa tuyến trung ương chịu trách nhiệm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, bao gồm:

- Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
- Bệnh viện Nhi Trung ương.
- Viện Dinh dưỡng quốc gia.

1.1.2. Tuyến tỉnh

Cơ quan quản lý nhà nước về CSSKSS của tuyến tỉnh là Sở Y tế. Các đơn vị chuyên khoa trực thuộc Sở Y tế chịu trách nhiệm quản lý chung hệ thống CSSKSS của tỉnh, tham mưu cho Sở Y tế về các hoạt động này là Trung tâm Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình.

Bên cạnh cơ quan chuyên khoa chịu trách nhiệm quản lý chung hệ thống còn có các bệnh viện, cơ sở chịu trách nhiệm cung cấp các dịch vụ CSSKSS; CSSKSS và đào tạo cán bộ chuyên môn cho địa phương như:

- Các bệnh viện chuyên khoa phụ sản và chuyên khoa nhi tuyến tỉnh.
- Các khoa phụ sản, khoa nhi của các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh.
- Trường Trung cấp Y tế tỉnh/thành phố: đào tạo hộ sinh và y sĩ sản nhi cung cấp nhân lực cho hệ thống.

1.1.3. Tuyến huyện

Cơ quan quản lý các hoạt động CSSKSS tuyến huyện là bệnh viện huyện mà đơn vị chức năng trực tiếp quản lý công tác này là Đội Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình thuộc Trung tâm y tế dự phòng huyện. Ngoài ra, khoa sản và khoa nhi của bệnh viện huyện cũng tham gia cung cấp dịch vụ CSSKSS và CSSKTE.

1.1.4. Tuyến xã

Trạm Y tế là cơ quan y tế tuyến xã. Trạm chịu trách nhiệm quản lý và cung cấp dịch vụ CSSKSS và CSSKTE trên địa bàn của xã. Tổ chức bộ máy trạm y tế

thường có cán bộ được đào tạo về chuyên môn để có thể cung cấp các dịch vụ CSSKSS và CSSKTE, đó là nữ hộ sinh và y sĩ sản nhi.

1.1.5. Y tế thôn, bản

Là các nhân viên y tế hoạt động trong cộng đồng.

1.2. Chức năng, nhiệm vụ của Vụ Sức khỏe sinh sản

1.2.1. Vị trí, chức năng

Vụ Sức khỏe sinh sản là một vụ chuyên ngành, có chức năng tham mưu cho Bộ trưởng Bộ Y tế quản lý nhà nước về lĩnh vực SKSS trong toàn quốc.

1.2.2. Nhiệm vụ

Xây dựng chiến lược chính sách và chế độ về SKSS bao gồm các nội dung sau, nhằm từng bước cải thiện tình trạng sức khỏe BMTE và dịch vụ KHHGD, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của nhân dân:

- Thực hiện làm mẹ an toàn bao gồm nuôi con bằng sữa mẹ và phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em.
- Dịch vụ KHHGD.
- Giảm nạo phá thai và phá thai an toàn.
- Thông tin giáo dục truyền thông, chú trọng tham vấn về sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình.
- Phòng chống nhiễm khuẩn đường sinh sản.
- Ngăn ngừa các bệnh lây lan qua đường tình dục.
- Sức khỏe vị thành niên.
- Phòng và điều trị vô sinh.
- Giáo dục học tình dục.
- Phòng chống ung thư bộ máy sinh sản và ung thư vú.
- Phối hợp với các Vụ, Viện chức năng để xây dựng, bổ sung, sửa đổi các chuẩn mực và quy định chuyên môn kỹ thuật về chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- Phối hợp với Vụ điều trị và Vụ Y tế dự phòng chỉ đạo thực hiện, kiểm tra, giám sát và đánh giá các vấn đề liên quan đến kỹ thuật chăm sóc sức khỏe sinh sản trong hệ thống chữa bệnh và phòng bệnh.
- Tổng hợp đánh giá thực trạng và đề xuất các biện pháp nhằm cải thiện tình trạng SKSS bao gồm sức khỏe phụ nữ, bà mẹ và trẻ em.
- Xây dựng kế hoạch lồng ghép và phối hợp với các cơ quan có liên quan đến công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em và KHHGD như Ủy ban Quốc gia Dân số và KHHGD, Ủy ban Bảo vệ chăm sóc trẻ em Việt Nam, các tổ chức xã hội,

các chương trình y tế quốc gia, các tổ chức quốc tế để thực hiện tốt nhiệm vụ bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em, KHHGĐ.

– Phối hợp với Vụ Pháp chế và các cơ quan có liên quan tới việc chỉ đạo và thực hiện công tác thông tin, giáo dục, truyền thông SKSS bao gồm sức khỏe phụ nữ, sức khỏe bà mẹ trẻ em và KHHGĐ.

– Phối hợp với các vụ chức năng xây dựng củng cố mạng lưới Bảo vệ chăm sóc sức khỏe sinh sản trong cả nước bao gồm nhân lực, trang thiết bị đào tạo và đào tạo lại, tăng cường lĩnh vực hợp tác quốc tế về SKSS.

– Phối hợp với các vụ có liên quan để xét duyệt, tổ chức thực hiện các công trình nghiên cứu, điều tra, đánh giá dịch tễ học về SKSS. Tổ chức việc nghiên cứu, thử nghiệm, kết luận trình Bộ trưởng cho phép áp dụng các kỹ thuật, các phương tiện mới và phương pháp y học cổ truyền trong việc bảo vệ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

Chỉ đạo, kiểm tra, giám sát việc thực hiện các chế độ chính sách, các quy định về chuyên môn kỹ thuật, công tác thi đua trong hoạt động SKSS, bảo vệ sức khỏe BMTE và KHHGĐ.

1.3. Chức năng, nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của Trung tâm bảo vệ Sức khỏe Bà mẹ trẻ em và kế hoạch hoá gia đình thuộc Sở Y tế tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương

1.3.1. Chức năng

Trung tâm Bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và Kế hoạch hoá gia đình (BVSKBMTE – KHHGĐ) tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi chung là tỉnh) là đơn vị sự nghiệp Sở Y tế, có chức năng tham mưu, chỉ đạo, quản lý và thực hiện công tác BVSKBMTE – KHHGĐ trên địa bàn tỉnh.

Trung tâm BVSKBMTE – KHHGĐ là đơn vị có tư cách pháp nhân, có trụ sở, có con dấu và được mở tài khoản tại kho bạc Nhà nước.

1.3.2. Nhiệm vụ

1. Xây dựng kế hoạch công tác BVSKBMTE – KHHGĐ của tỉnh và tổ chức triển khai thực hiện kế hoạch sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

2. Chỉ đạo và giám sát các mặt hoạt động thuộc lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGĐ trên địa bàn tỉnh.

3. Đánh giá thực trạng tình hình sức khỏe BMTE và dịch vụ KHHGĐ, tổng hợp các báo cáo định kỳ và đột xuất lên cấp trên theo quy định.

4. Tham mưu cho Sở Y tế và các cơ quan chức năng của tỉnh về thực hiện các chính sách liên quan đến BVSKBMTE – KHHGĐ.

5. Là đơn vị Y tế tuyến tỉnh về công tác BVSKBMTE – KHHGD, thực hiện mẫu mực các quy định và chuẩn mực về chuyên môn kỹ thuật của Bộ Y tế.

6. Quản lý và chỉ đạo chuyên môn về kỹ thuật đối với Mục tiêu phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em trên địa bàn tỉnh.

7. Đào tạo lại về chuyên môn kỹ thuật và quản lý về công tác BVSKBMTE – KHHGD cho cán bộ chuyên khoa và cán bộ khác trên địa bàn.

8. Tham gia và thực hiện nghiên cứu khoa học thuộc lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGD.

9. Phối hợp thực hiện công tác thông tin giáo dục, truyền thông và tư vấn về BVSKBMTE – KHHGD. Hướng dẫn, bồi dưỡng và giám sát về công tác giáo dục, truyền thông và tư vấn trên địa bàn tỉnh.

10. Quản lý và sử dụng có hiệu quả tài sản, tài chính theo đúng các quy định của pháp luật, đồng thời huy động các nguồn lực khác để phục vụ cho công tác BVSKBMTE – KHHGD. Thực hiện thanh quyết toán theo quy định.

11. Phối hợp với các cơ quan có liên quan trên địa bàn tỉnh để thực hiện các công tác thuộc lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGD.

12. Tham gia các chương trình hợp tác quốc tế về BVSKBMTE – KHHGD với các tổ chức và cá nhân nước ngoài theo đúng quy định của Nhà nước.

1.3.3. Tổ chức bộ máy

a) Tổ chức

Lãnh đạo Trung tâm gồm: Giám đốc và 1 – 2 Phó Giám đốc giúp việc có trình độ chuyên khoa sơ bộ về sản nhi, y học cộng đồng, phấn đấu đến năm 2005 trở đi phải từ chuyên khoa 1 trở lên.

Các phòng chức năng:

- Phòng Kế hoạch – Tài chính – Kế toán
- Phòng Tổ chức – Hành chính – Quản trị
- Phòng Bảo vệ sức khoẻ Bà mẹ – Kế hoạch hoá gia đình
- Phòng Bảo vệ sức khoẻ Trẻ em – Phòng chống suy dinh dưỡng.

Các phòng có thể có các tổ công tác như: truyền thông, tư vấn, chuyên môn kỹ thuật, xét nghiệm, đào tạo, nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến.

b) Biên chế

Theo quy định hiện hành của Nhà nước.

c) Kinh phí hoạt động

- Kinh phí sự nghiệp y tế.
- Kinh phí thuộc các chương trình y tế quốc gia có mục tiêu.

- Kinh phí từ nguồn viện trợ, vốn vay.
- Các nguồn kinh phí khác.

d) Mối quan hệ công tác

– Trung tâm BVSKBMTE – KHHGD tỉnh chịu sự quản lý và chỉ đạo trực tiếp của Sở Y tế.

– Trung tâm BVSKBMTE – KHHGD tỉnh chịu sự quản lý và chỉ đạo về chuyên môn nghiệp vụ của Bộ Y tế (Các Vụ chuyên ngành và các Viện đầu ngành).

– Trung tâm BVSKBMTE – KHHGD có mối quan hệ phối hợp với các đơn vị trực thuộc Sở Y tế và các cơ quan có liên quan trong tỉnh, để thực hiện tốt công tác thuộc lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGD.

Trung tâm BVSKBMTE – KHHGD tỉnh thực hiện công tác quản lý, chỉ đạo và hỗ trợ về chuyên môn kỹ thuật thuộc lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGD đối với các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh.

1.4. Đội BVSKBMTE – KHHGD thuộc Trung tâm y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh

1.4.1. Vị trí chức năng

Đội BVSKBMTE – KHHGD thuộc Trung tâm y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh (sau đây gọi chung là huyện) là tổ chức cấu thành của Trung tâm y tế huyện, có chức năng tham mưu, chỉ đạo, quản lý và thực hiện công tác BVSKBMTE – KHHGD và cung cấp dịch vụ BVSKBMTE – KHHGD trên địa bàn huyện.

1.4.2. Nhiệm vụ

Xây dựng kế hoạch về công tác BVSKBMTE – KHHGD và triển khai thực hiện kế hoạch sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt.

- Cung cấp dịch vụ BVSKBMTE – KHHGD trên địa bàn huyện.
- Giám sát và hỗ trợ tuyến xã về chuyên môn kỹ thuật BVSKBMTE – KHHGD.
- Bồi dưỡng về chuyên môn kỹ thuật BVSKBMTE – KHHGD cho cán bộ y tế và các cán bộ khác trên địa bàn huyện.
- Phối hợp thực hiện công tác thông tin giáo dục tuyên truyền và tư vấn về lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGD.
- Triển khai các hoạt động thuộc mục tiêu phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em trên địa bàn huyện.
- Điều tra, khảo sát và tham gia công tác nghiên cứu khoa học về lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGD.
- Thống kê, báo cáo công tác BVSKBMTE – KHHGD theo quy định.

1.4.3. Tổ chức

a) Tổ chức

Lãnh đạo đội gồm: Đội trưởng và 1 Phó đội trưởng giúp việc.

Tuỳ số lượng cán bộ, công chức có nhu cầu công tác có thể bố trí thành các tổ công tác.

b) Biên chế

Theo các quy định hiện hành của Nhà nước.

c) Kinh phí

Trong kinh phí của TTYT huyện.

d) Môi quan hệ công tác

– Đội BVSKBMTE – KHHGĐ huyện chịu sự chỉ đạo, quản lý trực tiếp của Trung tâm Y tế huyện.

– Đội BVSKBMTE – KHHGĐ huyện chịu sự quản lý và chỉ đạo về chuyên môn, nghiệp vụ của Trung tâm BVSKBMTE – KHHGĐ tỉnh.

– Đội BVSKBMTE–KHHGĐ huyện quan hệ phối hợp với các khoa lâm sàng, cận lâm sàng, các đội dự phòng, các phòng chức năng của TTYT huyện và các ban, ngành, đoàn thể trong huyện để triển khai, thực hiện các chính sách về lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGĐ.

– Phối hợp với các cơ quan chức năng có liên quan trong huyện để thực hiện tốt công tác thuộc lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGĐ. Đội BVSKBMTE – KHHGĐ huyện chịu trách nhiệm quản lý, chỉ đạo và hỗ trợ kỹ thuật đối với tuyến xã về lĩnh vực BVSKBMTE – KHHGĐ trên địa bàn huyện.

2. MỤC TIÊU CHIẾN LƯỢC QUỐC GIA VỀ CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN 2001 – 2010

2.1. Quan điểm

– Đầu tư cho sức khỏe nói chung và sức khỏe sinh sản cũng là đầu tư cho phát triển.

– Đảm bảo sự công bằng, làm cho mọi người đều được tiếp cận với các thông tin và dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản kế hoạch hoá gia đình có chất lượng, phù hợp với điều kiện kinh tế của xã hội, đặc biệt chú ý các đối tượng bị thiệt thòi, người nghèo, người có công với nước, miền núi, các vùng sâu, vùng xa và vùng có nguy cơ cao về môi trường.

– Thực hiện bình đẳng giới trong chăm sóc sức khỏe sinh sản, tăng cường vai trò của phụ nữ trong quá trình ra quyết định về các vấn đề liên quan đến

chăm sóc sức khỏe sinh sản, đề cao vai trò và trách nhiệm của nam giới trong việc chia sẻ với phụ nữ thực hiện kế hoạch hoá gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản.

- Dự phòng tích cực và chủ động trong mọi khâu của chăm sóc sức khỏe sinh sản.

- Kết hợp y học hiện đại với y học cổ truyền dân tộc trong chăm sóc sức khỏe sinh sản.

- Chăm sóc sức khỏe sinh sản là sự nghiệp chung của toàn xã hội, là trách nhiệm của mỗi cá nhân, mỗi gia đình, mỗi cộng đồng, của các cấp uỷ Đảng, chính quyền cũng như của các ngành, đoàn thể, các tổ chức xã hội và nghề nghiệp.

2.2. Mục tiêu

2.2.1 Mục tiêu chung

Bảo đảm đến năm 2010 tình trạng sức khỏe sinh sản được cải thiện rõ rệt và giảm được sự chênh lệch giữa các vùng và các đối tượng bằng cách đáp ứng tốt hơn những nhu cầu đa dạng về chăm sóc sức khỏe sinh sản ứng với các giai đoạn của cuộc sống và phù hợp với điều kiện của các cộng đồng ở từng địa phương, đặc biệt chú ý đến các vùng và đối tượng có khó khăn.

Chỉ tiêu:

- Tổng tỷ suất sinh đạt: 2 con.
- Tỷ suất tử vong mẹ: 70/100000.
- Tỷ suất tử vong trẻ em dưới 1 tuổi: 25‰.
- Tỷ lệ tử vong chu sinh: 18‰.
- Tỷ lệ sơ sinh nặng dưới 2500 gam: 6%.
- Tỷ lệ suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi: 20%.

2.2.2. Các mục tiêu cụ thể

a) Mục tiêu 1

Tạo được sự chuyển biến rõ rệt về nhận thức, cũng như sự ủng hộ và cam kết thực hiện các mục tiêu và các nội dung của chăm sóc sức khỏe sinh sản trong mọi tầng lớp nhân dân, trước hết trong cán bộ lãnh đạo các cấp.

Chỉ tiêu:

- Tỷ lệ % cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản: 90%.
- Tỷ lệ người đến cơ sở chăm sóc sức khỏe sinh sản được thông tin – giáo dục – tư vấn về chăm sóc sức khỏe sinh sản: 90%.
- Tỷ lệ nhân dân từ tuổi vị thành niên trở lên có hiểu biết cơ bản về sức khỏe sinh sản: 60%.
- Tỷ lệ cán bộ lãnh đạo đảng, chính quyền các cấp hiểu về sức khỏe sinh sản: 90%.

b) Mục tiêu 2

Duy trì vững chắc xu thế giảm sinh. Bảo đảm quyền sinh con và lựa chọn các biện pháp tránh thai có chất lượng của phụ nữ và các cặp vợ chồng. Giảm có thai ngoài ý muốn và các tai biến do nạo hút thai.

Chỉ tiêu:

- Tỷ lệ cặp vợ chồng áp dụng các biện pháp tránh thai: 78%.
- Tỷ lệ cặp vợ chồng áp dụng các biện pháp tránh thai hiện đại: 70%.
- Tỷ lệ nạo hút thai trên 100 trẻ đẻ sống: 25%.
- Tỷ lệ % phụ nữ nạo hút thai được tư vấn về tác hại của nạo hút thai và cách để phòng: 90%.

c) Mục tiêu 3

Nâng cao tình trạng sức khỏe của phụ nữ và các bà mẹ, giảm tỷ lệ bệnh tật, tử vong mẹ, tử vong chu sinh và tử vong trẻ em một cách đồng đều hơn giữa các vùng và các đối tượng, đặc biệt chú ý các vùng khó khăn và các đối tượng chính sách.

Chỉ tiêu:

- Tỷ lệ phụ nữ có thai được khám thai trước khi sinh: 90%.
- Tỷ lệ được khám thai trước khi sinh 3 lần: 60%.
- Tỷ lệ sản phụ được chăm sóc sau khi sinh ít nhất 1 lần: 60%.
- Tỷ lệ sản phụ đẻ do nhân viên được đào tạo đỡ: 97%.
- Tỷ lệ các bà mẹ sinh con tại cơ sở y tế: 80%.
- Tỷ lệ tai biến sản khoa trên tổng số ca sinh giảm: 50%.

d) Mục tiêu 4

Dự phòng có hiệu quả để làm giảm số người mới mắc bệnh và điều trị tốt các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản và các bệnh lây qua đường tình dục, kể cả HIV/AIDS và tình trạng vô sinh.

Chỉ tiêu:

- Tỷ lệ mắc mới các bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản giảm: 50%.
- Tỷ lệ mắc mới các bệnh lây truyền qua đường tình dục giảm: 30%.

e) Mục tiêu 5

Chăm sóc sức khỏe sinh sản tốt hơn cho người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ cao tuổi, phát hiện và điều trị sớm các trường hợp ung thư vú và các ung thư khác của đường sinh sản nam và nữ.

Chỉ tiêu:

- Tỷ lệ % cơ sở y tế thực hiện dịch vụ phát hiện sớm ung thư vú và ung thư cổ tử cung ở phụ nữ: 50%.

g) Mục tiêu 6

Cải thiện tình hình SKSS, sức khỏe tình dục (SKTD) của VTN, thông qua việc giáo dục, tư vấn và cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản phù hợp với lứa tuổi.

Chỉ tiêu:

– Tỷ lệ % cơ sở chăm sóc SKSS thực hiện thông tin giáo dục – tư vấn về SKSS cho VTN: 80%.

– Tỷ lệ % VTN được thông tin – giáo dục – tư vấn và có hiểu biết về chăm sóc SKSS và sức khỏe tình dục: 70%.

h) Mục tiêu 7

Nâng cao sự hiểu biết của người phụ nữ và nam giới về giới tính và tình dục để thực hiện đầy đủ quyền và trách nhiệm sinh sản, xây dựng quan hệ tình dục an toàn, có trách nhiệm, bình đẳng và tôn trọng lẫn nhau nhằm nâng cao SKSS và chất lượng cuộc sống.

Chỉ tiêu:

Tỷ lệ % nam giới và nữ giới được thông tin – giáo dục – tư vấn về giới tính và tình dục: 70%.

3. CÁC CHÍNH SÁCH HIỆN HÀNH TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ SINH SẢN

Cùng với việc kiện toàn, xây dựng bộ máy tổ chức, hệ thống các văn bản quy phạm pháp luật đã được xây dựng, ban hành để củng cố, tăng cường và tạo cơ sở pháp lý cho các hoạt động thuộc lĩnh vực BVSKBMTE/KHHGD. Trong quá trình thực hiện, các văn bản quy phạm pháp luật đã không ngừng được hoàn thiện và bổ sung. Cho đến nay, các văn bản quy phạm pháp luật trong lĩnh vực BVSKBMTE/KHHGD đã cơ bản hoàn thiện. Các văn bản hiện hành có ý nghĩa quan trọng hiện nay phải kể đến:

1. Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 2792/1999/QĐBYT ngày 16/9 về việc ban hành "Quy định chức năng nhiệm vụ và tổ chức bộ máy của trung tâm BVSKBMTE/KHHGD thuộc Sở Y tế tỉnh/thành phố và đội BVSKBMTE/ KHHGD thuộc Trung tâm y tế quận, huyện".

2. Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 385/2001/QĐBYT ngày 13/2/2001 về việc "Quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản tại các cơ sở y tế"

3. Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 3159/2000/QĐBYT ngày 11/10/ 2000 về việc ban hành "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí cấp cứu 5 tai biến sản khoa".

4. Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế số 3367/QĐBYT ngày 12/9/2002 về việc ban hành “Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ Chăm sóc sức khỏe sinh sản”.

5. Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 136/2000/QĐ – TTg ngày 28/11/2000 về việc phê duyệt “Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001 – 2010”.

6. Nghị định của Chính phủ số 74/2000/NĐ – CP ngày 6/12/2000 về việc “Kinh doanh và sử dụng các sản phẩm thay thế sữa mẹ để bảo vệ và khuyến khích việc nuôi con bằng sữa mẹ”.

7. Quyết định của Thủ tướng Chính phủ số 21/2001/QĐ – TTg về sinh con theo phương pháp khoa học.

8. Chỉ thị 08/1998/CT – BYT ngày 6/11/1998 tăng cường dự phòng và cấp cứu các tai biến sản khoa.

9. Chỉ thị 04/2003/CT – BYT ngày 10/10/2003 về tăng cường chăm sóc trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong sơ sinh.

Các văn bản quan trọng như Chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2001 – 2010, quy định nhiệm vụ kỹ thuật trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản và các cơ sở y tế đều được phổ biến rộng rãi bằng các hình thức tài liệu, hội thảo phổ biến. Hiện nay, những quy chuẩn này đều được ứng dụng rộng rãi và là cơ sở pháp lý cho việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản trong cả nước.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô tả cấu trúc của hệ thống chăm sóc SKSS ở Việt Nam trên sơ đồ đã cho.
2. Phân tích sự thay đổi của hệ thống chăm sóc SKSS ở Việt Nam từ sau hội nghị dân số và phát triển ở Cairô 1994.
3. Liệt kê các mục tiêu chính của chiến lược chăm sóc SKSS từ 2001 – 2010.
4. Phân tích chức năng nhiệm vụ của các tuyến dựa vào chiến lược quốc gia chăm sóc SKSS từ 2001 – 2010.
5. Hãy chọn câu trả lời đúng nhất:
 1. Theo bạn, năm nào là năm mà vụ CSBMTE chuyển thành vụ SKSS?
 - a) 2001
 - b) 2002
 - c) 2003
 - d) 2004

2. Các mục tiêu sau, mục tiêu nào không phải là mục tiêu của chiến lược quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản 2001 – 2010?
- a) Đầu tư cho sức khỏe sinh sản là đầu tư cho phát triển.
 - b) Đảm bảo sự công bằng.
 - c) Đảm bảo mỗi gia đình có số con theo mong muốn.
 - d) Dự phòng tích cực và chủ động trong mọi khâu của chăm sóc sức khỏe sinh sản.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

1. Bộ Y tế. *Báo cáo tổng kết hoạt động chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em năm 2002*, 2002.
2. Bộ Y tế. *Niên giám thống kê y tế*, 2002.
3. Bộ Y tế. *Chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, 2003.
4. Bộ Y tế. *Mười năm xây dựng và trưởng thành của hệ bảo vệ sức khỏe bà mẹ trẻ em và kế hoạch hóa gia đình*, 2004.
5. Bộ Y tế. *Định hướng chiến lược công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân đến năm 2000 và 2020*. Nhà xuất bản Y học, 1996.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan Guttmacher Institute, 1999. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York and Washington DC, Alan Guttmacher Institute.
2. Albert Singer, Jonh M. Monaghan, 2000. *Cytology and screening for cervical precancer. Lower genital tract precancer: Colposcopy, pathology and treatment*. 2nd edition, Blackwell Science, p.71 – 93.
3. Albert Singer, Jonh M. Monaghan, 2000. *Human papilomaviruses in pathogenesis of lower genital tract neoplasia. Lower genital tract precancer: Colposcopy, pathology and treatment*. 2nd edition, Blackwell Science, p.15 – 30.
4. Albert Singer, Jonh M. Monaghan, 2000. *The histopathologie of genital tract neoplasia. Lower genital tract precancer: Colposcopy, pathology and treatment*. Blackwell Science, p. 1 – 12.
5. Alex Comfort, 1991. *The New Joy of Sex*. Pocket Books.
6. Bộ Y tế. Vụ BVBMTE/KHHGD, 2001. *Văn bản quy phạm hiện hành trong lĩnh vực chăm sóc sức khoẻ sinh sản*. Hà Nội.
7. Đại học Y Hà Nội, 1998. *Bài giảng sản phụ khoa*. Nhà xuất bản Y học.
8. EC/UNFPA. Reproductive health initiative in Asia. Alliances for adolescent reproductive health, 2000. *Profile of young adult reproductive health in Vietnam today*.
9. Editorial, 2001. *Adolescent health*. *Indian Journal of Public Health*. 45 (1) January– March
10. Gage. A.J, 1998. *Sexual activities and contraceptive use: the components of the decision making process*. *Studies in family planning* 29 (2): 154 – 167.
11. Gerrits, T, 2001. *Infertility and matrilineality: The exceptional case of the Macua of Mozambique*. In M. C. Inhorn, & F. Van Balen (Eds.), *Infertility around the globe: New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies* (pp. 233–246). Berkeley: University of California Press.
12. GTZ – NCPFP, 1995. *Reproductive health survey 1995. Promotion of family health in 5 provinces of Vietnam*.
13. [http://www.reproline.jhu.edu/Antenatal care](http://www.reproline.jhu.edu/Antenatal%20care). Overview. 2002
14. [http://www.who.int/reproductive-health/publications/Antenatal care](http://www.who.int/reproductive-health/publications/Antenatal%20care).
15. Hughes. J & McCauley.A.P., 1998. *Improving the fit: adolescents' needs and future programs for sexual and reproductive health in developing countries*. *Studies in family planning* 29 (2): 233 – 246.
16. Inhorn, M, 2003. *Global infertility and the globalization of new reproductive technologies for infertility: Illustrations from Egypt*. *Social Science and Medicines* 56 (2003) 1837 - 1851.
17. Lacroix N, 2001. *The complete guide to Sex & Loving*. Hermes House – Anness Publishing Ltd.
18. Marshall WA, Tanner JM. *Variation in patterns of pubertal changes in girls*. *Archives of childhood* 44: 291 – 303, 1969

19. Masters W.H., Johnson V.E., Kolodny R.C., 1985. *Masters and Johnson on Sex and Human Loving*. Little, Brown and Company, USA.
20. Mindy. A. S& Shimp. L.A, 2000. *20 common problems in women's health care*. Irwin/McGraw – Hill.
21. National Research Council, 1997. *Reproductive health in developing countries. Expanding dimensions, building solutions*. National Academy Press. Washington D.C.
22. Nguyễn Chấn Hùng và cộng sự, 2000. *Một số nhận định về dịch tế học của CIN/ung thư cổ tử cung trong chương trình tầm soát ung thư CTC Việt Mỹ tại thành phố Hồ Chí Minh*. Tạp chí thông tin Y dược, Hội thảo quốc tế phòng chống ung thư – Hà Nội, 2000, tr. 200 – 205.
23. Nguyễn Quốc Trục và cộng sự, 2003. *Tầm soát, chẩn đoán và điều trị các tổn thương tiền ung thư cổ tử cung*. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học – Bệnh viện đa khoa Cần Thơ, tr 331 – 338.
24. Nguyễn Thị Ngọc Phượng, 2003. *Tầm soát ung thư cổ tử cung*. Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học – Bệnh viện đa khoa Cần Thơ, tr 290 – 298.
25. Noel McIntosh, 2003. *Human Papilomavirus and cervical cancer*. ReproLine Cervical Cancer, <http://www.reproline.jhu.edu/>
26. PAHO/WHO – UNICEF – CENSIDA–Mexico, 2002. *Regional Consultation on the use of Communication for the Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) of HIV/AIDS*. 6 to 8 February 2002, Cuernavaca, Mexico. <http://www.paho.org/English/HCP/HCA/pmtct.htm>.
27. Paul D. Blumenthal et al, 2003. *Innovation approaches to cervical cancer prevention*. ReproLine Cervical Cancer, [http://www.reproline.jhu.edu /](http://www.reproline.jhu.edu/)
28. Quỹ Dân số Liên hợp quốc, 2004. *Chương trình hành động ICPD (ICPD program of action)*. Hiện có tại trang web: <http://www.unfpa.org/icpd/poa.htm#ch7>.
29. Quỹ Dân số Liên hợp quốc, 2004. *ICPD và những mục tiêu phát triển thiên niên kỷ mới (ICPD and MDGs – Millenium Development Goals)*. Hiện có tại trang web: <http://www.unfpa.org/icpd/index.htm>.
30. Robert A. Hatcher et al, 1994. *Contraceptive Technology*. 16th edition. Irvington Publisher Inc. New York.
31. Ruth Dixon Muller, 1993. *The sexuality connection in Reproductive Health*. In 'Learning about sexuality', edited by S.Zeidenstein and K.Moore. The population council New York published.
32. The Alan Guttmacher Institute, 1998. *Into a New world: young women's sexual and reproductive lives*. New York. The Alan Guttmacher Institute.
33. Trang web của quỹ Dân số Liên hợp quốc : www.unfpa.org/icpd.
34. Trang web của Quỹ dân số Liên hợp quốc: www.unfpa.org.
35. Trang web của Tổ chức Y tế thế giới: www.who.int
36. Trịnh Quang Diện, 2003. *Đối chiếu tế bào học và mô bệnh học các tổn thương nội biểu mô độ cao (HSIL)*. Tạp chí thông tin Y dược (Hội thảo quốc tế ung thư phụ nữ và trẻ em – Hà Nội 11/2003., tr. 70 – 73
37. Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe – Bộ Y tế, WHO – Khu vực châu Á Thái Bình Dương, 2001. *Các chính sách về sức khỏe và phát triển vị thành niên*. Tài liệu hướng dẫn cho các nhà hoạch định chính sách.

38. Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe – Bộ Y tế, WHO – Khu vực châu Á Thái Bình Dương (2001). *Sức khỏe và phát triển vị thành niên*. Khung chính sách của Tổ chức Y tế thế giới (2000 – 2004).

39. Trung tâm truyền thông giáo dục sức khỏe, Bộ Y tế, 2001. *Một số vấn đề sức khỏe vị thành niên ở Việt Nam hiện nay*. Hội thảo nâng cao sức khỏe và phát triển vị thành niên

40. UN news, 2001. *Giving voice to the young people of Vietnam*.

41. UNFPA, IPPF, VINAFA, 2000. *Sức khỏe sinh sản vị thành niên*.

42. Ủy ban Dân số kế hoạch hóa gia đình, 2000. *Thông tin dân số Việt Nam. Ngôi nhà tuổi trẻ – Điểm đến tin cậy cho các bạn trẻ*.

43. Ủy ban Dân số kế hoạch hóa gia đình, 2001. *Thông tin dân số Việt Nam Những hoạt động của giáo dục sức khỏe sinh sản vị thành niên*.

44. Ủy ban Dân số kế hoạch hóa gia đình, 2001. *Thông tin dân số Việt Nam*. Dự án "Sức khỏe sinh sản và giáo dục giới tính cho vị thành niên ở thành phố Hải Phòng".

45. Viện Bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh, 2001. *Tế bào học âm đạo – cổ tử cung*. Tài liệu bổ túc sau đại học.

46. Villar. J & Bergsjö. P., 2002. *New WHO antenatal care model*. WHO. Geneva

47. Vụ Bảo vệ sức khỏe BMTE/KHHGD, 2001. *Tài liệu hội nghị tổng kết công tác BVSKBMTE/KHHGD năm 2000 và phương hướng năm 2001*.

48. Vương Tiến Hoà, 2004. *Những vấn đề thách thức trong sức khỏe sinh sản hiện nay*. Nhà xuất bản Y học.

49. WHO and USAIDS, 2004. *DHS comparative report on Infecundity, Infertility and Childlessness in Developing countries*. DHS comparative report No9. World health organization and USAIDS, sept, 2004.

50. WHO, 1996. *Menopause. In Progress in Reproductive health research*. WHO, Geneva

51. WHO, 1999. *Aging and osteoporosis. In World health day: active aging makes differences*. WHO, Geneva.

52. WHO, 2000. *WHO manual for standardize for investigation, diagnosis and management infertile couples*. World health organization, Geneva.

53. WHO, 2002. *Infertility and assisted technologies in developing world*. World health organization, Geneva.

54. WHO. Regional Office for the Western Pacific, 1999. *The roles of public policy in prevention and control of sexually transmitted infections. A guide to laws, regulations and technical guidelines*.

55. William H. Masters, Virginia E. Johnson, Robert C. Kolodny, 1995. *Human Sexuality*. 5th Edition. Harper Collins College Publishers.

56. World Health Organization, 2002. *Global consultation on adolescent friendly health services. A consensus statement*. Geneva, World Health Organization. (WHO/FCH/02.18).

57. World Health Organization, 2003. *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva, World Health Organization.

58. www.rhgateway.org

Chịu trách nhiệm xuất bản:

Chủ tịch HĐQT kiêm Tổng Giám đốc NGÔ TRẦN ÁI
Phó Tổng Giám đốc kiêm Tổng biên tập NGUYỄN QUÝ THAO

Chịu trách nhiệm nội dung:

Chủ tịch HĐQT kiêm Giám đốc CTCP Sách ĐH-DN
TRẦN NHẬT TÂN

Biên tập và sửa bản in:

TRẦN NGỌC KHÁNH

Trình bày bìa:

BÙI QUANG TUẤN

Chế bản:

ĐINH XUÂN DŨNG

SỨC KHOẺ SINH SẢN

Mã số: 7K759Y8 – DAI

In 1.000 bản (QĐ : 19), khổ 19 x 27 cm. In tại Công ty CP In Anh Việt.

Địa chỉ : Số 74, ngõ 310, đường Nghi Tàm, Tây Hồ, Hà Nội.

Số ĐKKH xuất bản : 183 – 2008/CXB/19 – 363/GD.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 5 năm 2008.



CÔNG TY CỔ PHẦN SÁCH ĐẠI HỌC - DẠY NGHỀ
HEVOBCO
25 HÀN THUYỀN – HÀ NỘI
Website : www.hevobco.com.vn



TÌM ĐỌC SÁCH THAM KHẢO Y HỌC **CỦA NHÀ XUẤT BẢN GIÁO DỤC**

- | | |
|--|---|
| 1. Sinh học phân tử | GS. TS. Nguyễn Văn Thanh (Chủ biên) |
| 2. Bào chế và sinh dược học – Tập 2 | PGS. TS. Lê Quan Nghiệm – TS. Huỳnh Văn Hoá (Đồng chủ biên) |
| 3. Thực vật dược | TS. Trương Thị Đẹp (Chủ biên) |
| 4. Ký sinh trùng | PGS. TS. Phạm Văn Thân (Chủ biên) |
| 5. Hoá đại cương | PGS. TSKH. Phan An (Chủ biên) |
| 6. Điều dưỡng cơ bản 1 | PGS. TS. Phạm Văn Linh – TS. Lê Văn An (Đồng Chủ biên) |
| 7. Điều dưỡng cơ bản 2 | PGS. TS. Hoàng Ngọc Chương
BSCKII. Trần Đức/Thái (Đồng Chủ biên) |
| 8. Kiểm nghiệm thuốc | Trần Tích (Chủ biên) |
| 9. Nhân khoa | PGS. TS. Hoàng Thị Phúc (Chủ biên) |
| 10. Sinh lý học | GS. TS. Phạm Thị Minh Đức (Chủ biên) |
| 11. Phẫu thuật miệng – Tập 1 | TS. BS. Lê Đức Lánh (Chủ biên) |
| 12. Hoá phân tích – Tập 1 | PGS. TS. Võ Thị Bạch Huệ (Chủ biên) |
| 13. Công nghệ bào chế dược phẩm | PGS. TS. Hoàng Minh Châu (Chủ biên) |
| 14. Dược lý học – Tập 1 | GS. TS. Đào Văn Phan (Chủ biên) |
| 15. Vệ sinh phòng bệnh | PGS. TS. Trần Văn Dần (Chủ biên) |
| 16. Dinh dưỡng | TS. Phạm Thị Thuý Hoà (Chủ biên) |
| 17. Sức khoẻ sinh sản | TS. Bùi Thị Thu Hà (Chủ biên) |
| 18. Lý thuyết thiết bị hình ảnh y tế – Tập 1 | KS. Trần Văn Sơn (Chủ biên) |
| 19. Lý thuyết thiết bị hình ảnh y tế – Tập 2 | KS. Lê Tiến Khoan (Chủ biên) |

Bạn đọc có thể mua tại các Công ty Sách – Thiết bị trường học ở các địa phương hoặc các Cửa hàng sách của Nhà xuất bản Giáo dục :

Tại Hà Nội : 25 Hàn Thuyên ; 187B Giảng Võ ; 232 Tây Sơn ; 23 Tràng Tiền ;

Tại Đà Nẵng : Số 15 Nguyễn Chí Thanh ; Số 62 Nguyễn Chí Thanh ;

Tại Thành phố Hồ Chí Minh : Cửa hàng 451B – 453, Hai Bà Trưng, Quận 3 ;

240 Trần Bình Trọng – Quận 5.

Tại Thành phố Cần Thơ : Số 5/5, đường 30/4 ;

Website : www.nxbgd.com.vn



Giá: 32.000 đ