

**ĐỀ CƯƠNG ÔN THI VIÊN CHỨC NGÀNH Y TẾ
TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2017**

**CHUYÊN ĐỀ
DÂN SỐ - KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH**

MỤC LỤC

<i>Nội dung</i>	<i>Trang</i>
<i>Tổng quan về dân số</i>	3
<i>Những thành tựu về DS-KHHGD</i>	4
<i>Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở 01/4/ 2009, các số liệu chủ yếu</i>	5
<i>Những thách thức về DS-KHHGD</i>	5
<i>Chính sách của Đảng và Nhà nước về công tác DS-KHHGD</i>	6
<i>Pháp lệnh Dân số</i>	7
<i>Những trường hợp không vi phạm quy định sinh một hoặc hai con</i>	8
<i>Nghị định số 104/2003/NĐ-CP Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh Dân số</i>	9
<i>Công tác DS-KHHGD tỉnh Tiền Giang giai đoạn 2012-2015, định hướng đến năm 2020</i>	11
<i>Chức năng, nhiệm vụ viên chức làm công tác DS-KHHGD tuyến xã</i>	12
<i>Quyết định số 2161/QĐ-TTg, ngày 26 tháng 11 năm 2010, của Thủ tướng Chính phủ, về Thắt hành động quốc gia về Dân số</i>	12
<i>Công văn số 3121/BYT-BMTE, ngày 21 tháng 05 năm 2009, của Bộ Y tế về việc nghiêm cấm lạm dụng kỹ thuật cao để lựa chọn giới tính khi sinh.</i>	13
<i>Nghị định số 176/2013/NĐ-CP ngày 14/11/2013 của Chính phủ Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế</i>	13
<i>Quyết định số 573/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về sàng lọc, chẩn đoán trước sinh, sơ sinh</i>	16
<i>Quyết định số 25/QĐ-BYT ngày 07 tháng 01 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế Hướng dẫn Tư vấn, khám sức khỏe tiền hôn nhân</i>	19
<i>Mất cân bằng giới tính khi sinh</i>	21
<i>Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, DS-KHHGD</i>	22
<i>Tư vấn Kế hoạch hóa gia đình</i>	22
<i>Dụng cụ tránh thai trong tử cung</i>	23
<i>Bao cao su</i>	25
<i>Viên thuốc tránh thai kết hợp</i>	26
<i>Viên thuốc tránh thai chỉ có progestin</i>	29
<i>Thuốc tiêm tránh thai</i>	33
<i>Thuốc cấy tránh thai</i>	36
<i>Triệt sản nam</i>	40
<i>Triệt sản nữ</i>	40
<i>Biện pháp tránh thai khẩn cấp</i>	41
<i>Các biện pháp tránh thai truyền thống</i>	43
<i>Biện pháp tránh thai cho bú vô kinh</i>	44
<i>Cơ cấu dân số từ 1990 – 2050</i>	44

TỔNG QUAN VỀ DÂN SỐ

Dân số: Dân số là một tập hợp người (hay cộng đồng người) sinh sống trong một quốc gia, một địa phương hay một vùng lãnh thổ nhất định, được xác định tại một thời điểm cụ thể. Như vậy, sự hình thành của dân số mang tính lịch sử trong quá trình sản xuất và tái sản xuất ra con người.

Dân số trẻ: Là dân số có tỷ trọng trẻ em cao (thường thống kê trẻ em dưới 15 tuổi), tiềm năng tăng dân số lớn. Thông thường tỷ trọng dân số dưới 15 tuổi chiếm khoảng trên 40% tổng số dân

Dân số già: Khi tỷ trọng số người 60 tuổi trở lên chiếm trên 10% dân số được coi là dân số già.

Dân số ổn định: Là dân số có tỷ suất tăng không đổi và cấu thành dân số theo tuổi không đổi nhờ tỷ suất sinh và chết theo tuổi giữ nguyên không thay đổi trong một thời kỳ nhất định.

Dân số suy thoái: Là dân số có mức sinh thấp hơn mức sinh thay thế. Trong trường hợp này bình quân mỗi phụ nữ sinh dưới 2 con và quy mô dân số ngày càng giảm dần.

Tỷ suất sinh thô: (viết tắt tiếng Anh là CBR): Là số trẻ sinh ra sống tính bình quân cho 1.000 người dân trong một năm xác định.

+ Công thức tính:

$$CBR = \frac{\text{Số trường hợp sinh ra sống}}{\text{Dân số trung bình}} \times 1000$$

Ví dụ: Trong năm 2008 tại xã Bình Minh có 154 trường hợp trẻ sinh ra số dân số trung bình là: 8.153 người, vậy:

$$CBR = \frac{154}{8.153} \times 1.000 = 18,888 \text{ (hay } \approx 19\%)$$

Tổng tỷ suất sinh: (viết tắt tiếng Anh là TFR): Là số con trung bình của một phụ nữ có thể sinh ra sống trong cả cuộc đời của mình

Mức sinh thay thế: Là mức sinh mà một nhóm phụ nữ (hay 1 phụ nữ) có vừa đủ số con gái để thay thế mình trong dân số, nghĩa là mỗi một bà mẹ sẽ sinh ra 1 người con gái đạt đến tuổi sinh đẻ để thay thế mình. Khi đạt mức sinh thay thế, với cơ cấu dân số bình thường, TFR tương đương khoảng 2,1 con.

Tỷ suất chết thô: (viết tắt tiếng Anh là CDR): Là số người chết tính cho 1.000 dân số trung bình của 1 năm xác định.

+ Công thức tính:

$$CDR = \frac{\text{Số người chết}}{\text{Dân số trung bình}} \times 1.000$$

Ví dụ: Trong năm 2004 tại xã Bình Minh có 42 người bị chết, vậy:

$$CDR = \frac{42}{8.153} \times 1.000 = 5,15 \text{ ‰}$$

Tỷ suất tăng dân số tự nhiên (TTN):

+ Định nghĩa: Là số dân tăng thêm (hay giảm đi) bằng hiệu số giữa số trẻ em sinh ra và số người bị chết tính cho 1.000 dân số trung bình trong một năm xác định.

+ Công thức tính:

Tỷ suất tăng dân số tự nhiên = Tỷ suất sinh thô - Tỷ suất chết thô.

$$TTN = \frac{\text{Số trẻ em sinh trong năm} - \text{Số người chết trong năm}}{\text{Dân số trung bình}} \times 1000$$

Như vậy, theo số liệu của xã Bình Minh, năm 2008, tỷ suất tăng DS tự nhiên của xã là:

$$TTN = 18,88 \% - 5,15 \% = 13,73 \%$$

NHỮNG THÀNH TỰU VỀ DS-KHHGD Ở VIỆT NAM

Ngày 26/12/1961, Chính phủ ban hành Quyết định sinh đẻ có hướng dẫn (sinh đẻ có kế hoạch). Sau đó lấy **ngày 26/12 hàng năm là Ngày dân số Việt Nam**. Sau hơn 50 năm thực hiện chính sách về dân số và kế hoạch hoá gia đình (DS-KHHGD), công tác DS-KHHGD đã đạt những kết quả quan trọng.

1. Mức sinh giảm mạnh và đã được duy trì ở mức thay thế

Sau nhiều thập kỷ liên tục kiên trì thực hiện các chương trình DS-KHHGD, mức sinh của nước ta đã giảm mạnh, trong 10 năm qua Việt Nam đã rút ngắn chặng đường cuối cùng để vượt qua mốc mức sinh thay thế sớm hơn 5 năm so với kế hoạch: Mức sinh đã giảm từ 2,33 con (1999) xuống còn 2,11 con- mức sinh thay thế vào năm 2005. Năm 2010, tính chung trên phạm vi cả nước, số con trung bình là 2 con, đạt mục tiêu Chiến lược Dân số đề ra.

Phụ nữ Việt Nam ngày nay chỉ sinh số con bằng 1/3 cách đây 50 năm! Đây thực sự là một cuộc cách mạng trong lĩnh vực sinh sản ở Việt Nam, bởi việc sinh đẻ đã chuyển từ tự nhiên, bản năng sang sinh đẻ có kế hoạch, văn minh; từ bị động sang chủ động, có trách nhiệm...

2. Tốc độ gia tăng dân số nhanh đã được kiềm chế

Nhờ thành tựu giảm sinh, tốc độ tăng dân số đã chậm lại, quy mô dân số năm 2010 là 87 triệu người, ít hơn 2 triệu người so với mục tiêu đặt ra trong Chiến lược Dân số 2001-2010. Tỷ lệ tăng dân số bình quân năm của thời kỳ 1999-2009 là 1,2%, giảm 0,5% so với thời kỳ 1989-1999.

3. Tránh thai trở thành nhu cầu phổ biến

Tỷ lệ sử dụng các biện pháp tránh thai (BPTT) của các cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ tiếp tục tăng, từ 73,9% (2000) tăng lên 76,8% (2005) và 80,3% (năm 2010). Như vậy, nhu cầu tránh thai đã trở nên phổ biến của người dân.

4. Chất lượng dân số được nâng lên

Vào năm 2009, tuổi thọ bình quân đã đạt 72,8 tuổi, tăng 4,3 tuổi so với năm 1999, đặc biệt tuổi thọ của phụ nữ tăng 5,5 tuổi. Chỉ số phát triển con người (HDI) của Việt Nam đã tăng từ 0,690 điểm (năm 2000) lên 0,725 điểm (năm 2009).

5. Nhận thức, thái độ, hành vi về DS-KHHGD của các nhóm đối tượng đã có chuyển biến tích cực

Quy mô gia đình ít con ngày càng được chấp nhận rộng rãi; hiểu biết và thực hành về KHHGD trong các tầng lớp nhân dân được nâng lên rõ rệt.

Kết quả Tổng điều tra dân số và nhà ở Việt Nam 01/4/ 2009, Ban Chỉ đạo Tổng điều tra dân số và nhà ở Trung ương, các số liệu

Nội dung	Toàn quốc	Khu vực ĐB sông Cửu Long	Tiền Giang
Quy mô hộ bình quân (Người/ hộ)	3,8	4,0	3,8
Dân số (người)	85.789.573	17.178.871	1.670.216
Mật độ dân số (người/ km ²)	259	423	672
Tỷ lệ tăng dân số bình quân/ năm (%)	1,2	0,6	0,4
Tỷ trọng dân số 15-64 tuổi (%)	68,4	69,5	68,9
Tổng tỷ suất sinh (con/ phụ nữ)	2,03	1,84	1,94
Tỷ suất sinh thô (trẻ sinh sống/1000 dân)	17,6	16,0	15,6
Tỷ số giới tính khi sinh (số bé trai/ 100 bé gái)	110,5	109,9	111,1
Tỷ lệ nữ sinh con thứ 3 trở lên (%)	16,1	12,4	11,7
Tuổi thọ bình quân từ lúc sinh (năm)	72,8	73,8	74,4

- Mật độ dân số của tỉnh cao gấp 1.58 lần mật độ dân số trung bình khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, cao gấp 2.6 lần mật độ dân số trung bình toàn quốc
- Tỷ lệ tăng dân số bình quân/ năm, tỷ suất sinh thô thấp hơn cả nước và khu vực đồng bằng sông Cửu Long,
- Tổng tỷ suất sinh thấp hơn cả nước, cao hơn khu vực đồng bằng sông Cửu Long,
- Tỷ số giới tính khi sinh thấp hơn cả nước, cao hơn khu vực đồng bằng sông Cửu Long
- Tuổi thọ bình quân cao hơn cả nước và khu vực đồng bằng sông Cửu Long.

NHỮNG THÁCH THỨC VỀ DÂN SỐ Ở NƯỚC TA

Quy mô dân số nước ta rất lớn và vẫn đang phát triển mạnh

Mật độ dân số nước ta lên tới 260 người/km².

Các nhà khoa học của Liên hợp quốc đã tính toán rằng, để cuộc sống thuận lợi, bình quân trên 1km², chỉ nên có từ 35 đến 40 người. Như vậy, ở Việt Nam, mật độ dân số đã gấp khoảng 6 lần “mật độ chuẩn”. So với mật độ dân số Trung Quốc (139 người/km², năm 2009) cũng gần gấp đôi còn so với các nước đã phát triển thì gấp trên 10 lần! Việt Nam là quốc gia vẫn là nước đất chật, người đông. Mặc dù vậy, dân số nước ta vẫn tăng mạnh. Hiện nay, mỗi năm dân số nước ta tăng thêm gần 1.000.000 người, nghĩa là bằng dân số một tỉnh loại trung bình.

Chất lượng dân số và nguồn nhân lực còn thấp.

Chỉ số phát triển con người (The Human Development Index - HDI) được tổng hợp từ các chỉ số về kinh tế, giáo dục và sức khỏe, có thể coi là một chỉ báo về chất lượng dân số. Chỉ số này cao nhất là 1, thấp nhất là 0

Chỉ số phát triển con người (HDI) của nước ta hàng năm, như sau:

Năm	Giá trị HDI	Thứ hạng
1992 (Báo cáo năm 1995)	0,539	120/174
1999 (Báo cáo năm 2001)	0,682	101/162
2009 (Báo cáo năm 2009)	0,725	108/177

HDI của nước ta không ngừng tăng lên, tuy nhiên so với thế giới, thứ hạng vẫn còn thấp, thuộc vào nhóm trung bình.

CHÍNH SÁCH CỦA ĐẢNG VÀ NHÀ NƯỚC VỀ DÂN SỐ VÀ KẾ HOẠCH HOÁ GIA ĐÌNH.

1. Quan điểm của chính sách DS-KHHGD.

Quan điểm về chính sách DS-KHHGD của Đảng và Nhà nước ta được trình bày đầy đủ và cô đọng trong Nghị quyết Ban chấp hành Trung ương lần thứ tư (Khoá VII (NQTW4)). Cụ thể là:

- Công tác DS-KHHGD là một bộ phận quan trọng của chiến lược phát triển đất nước, là một trong những vấn đề kinh tế- xã hội hàng đầu của nước ta, là một yếu tố cơ bản để nâng cao chất lượng cuộc sống của từng người, từng gia đình và của toàn xã hội.
- Giải pháp cơ bản để thực hiện công tác DS-KHHGD là vận động, tuyên truyền và giáo dục, gắn liền với đưa dịch vụ KHHGD đến tận người dân, có chính sách mang lại lợi ích trực tiếp cho người chấp nhận gia đình ít con, tạo động lực thúc đẩy phong trào quần chúng nhân dân thực hiện KHHGD.
- Đầu tư cho công tác DS-KHHGD là đầu tư mang lại hiệu quả kinh tế trực tiếp rất cao. Nhà nước cần tăng cường mức chi ngân sách cho công tác DS-KHHGD, đồng thời động viên sự đóng góp của cộng đồng và tranh thủ sự viện trợ của quốc tế.
- Huy động lực lượng của toàn xã hội tham gia công tác DS-KHHGD, đồng thời phải có bộ máy chuyên trách đủ mạnh để quản lý theo chương trình mục tiêu, bảo đảm cho các nguồn lực nói trên được sử dụng có hiệu quả và đến tận người dân.

2. Một số nội dung chủ yếu của chính sách DS-KHHGD hiện hành.

- 2.1. Thực hiện KHHGD, mỗi gia đình nên sinh đủ 2 con.
- 2.2. Giảm nạo, phá thai
- 2.3. Giảm mất cân bằng giới tính khi sinh
- 2.4. Nâng cao chất lượng dân số

PHÁP LỆNH DÂN SỐ (tóm tắt)

Pháp lệnh dân số 06/2003/PL-UBTVQH11, ban hành năm 2003, có hiệu lực kể từ ngày 01 tháng 5 năm 2003. Pháp lệnh số 08/2008/UBTVQH12, sửa đổi điều 10 của Pháp lệnh dân số

Nghị định số 20/2010/NĐ-CP, Quy định chi tiết thi hành Pháp lệnh sửa đổi Điều 10 của Pháp lệnh Dân số

Điều 1. Phạm vi điều chỉnh và đối tượng áp dụng

1. Pháp lệnh này quy định về quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, chất lượng dân số, các biện pháp thực hiện công tác dân số và quản lý nhà nước về dân số.

2. Pháp lệnh này áp dụng đối với cơ quan nhà nước, tổ chức chính trị, tổ chức chính trị - xã hội, tổ chức xã hội, tổ chức xã hội - nghề nghiệp, tổ chức kinh tế, đơn vị vũ trang nhân dân và mọi công dân Việt Nam (sau đây gọi chung là cơ quan, tổ chức, cá nhân); tổ chức nước ngoài hoạt động trên lãnh thổ Việt Nam, người nước ngoài thường trú trên lãnh thổ Việt Nam, trừ trường hợp điều ước quốc tế mà Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam ký kết hoặc gia nhập có quy định khác.

Điều 3. Giải thích từ ngữ

- Dân số là tập hợp người sinh sống trong một quốc gia, khu vực, vùng địa lý kinh tế hoặc một đơn vị hành chính.

- Quy mô dân số là số người sống trong một quốc gia, khu vực, vùng địa lý kinh tế hoặc một đơn vị hành chính tại thời điểm nhất định.
- Cơ cấu dân số là tổng số dân được phân loại theo giới tính, độ tuổi, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và các đặc trưng khác.
- Chất lượng dân số là sự phản ánh các đặc trưng về thể chất, trí tuệ và tinh thần của toàn bộ dân số.
- Sức khoẻ sinh sản là sự thể hiện các trạng thái về thể chất, tinh thần và xã hội liên quan đến hoạt động và chức năng sinh sản của mỗi người.
- Kế hoạch hoá gia đình là nỗ lực của Nhà nước, xã hội để mỗi cá nhân, cặp vợ chồng chủ động, tự nguyện quyết định số con, thời gian sinh con và khoảng cách giữa các lần sinh nhằm bảo vệ sức khoẻ, nuôi dạy con có trách nhiệm, phù hợp với chuẩn mực xã hội và điều kiện sống của gia đình.
- Công tác dân số là việc quản lý và tổ chức thực hiện các hoạt động tác động đến quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư và nâng cao chất lượng dân số.
- Chỉ số phát triển con người (HDI) là số liệu tổng hợp để đánh giá mức độ phát triển con người, được xác định qua tuổi thọ trung bình, trình độ giáo dục và thu nhập bình quân đầu người.
- Dịch vụ dân số là các hoạt động phục vụ công tác dân số, bao gồm cung cấp thông tin, tuyên truyền, giáo dục, vận động, hướng dẫn, tư vấn về dân số; cung cấp biện pháp chăm sóc sức khoẻ sinh sản, kế hoạch hoá gia đình, nâng cao chất lượng dân số và các hoạt động khác theo quy định của pháp luật.

Điều 4. Quyền và nghĩa vụ của công dân về công tác dân số

1. Công dân có các quyền sau đây:

- a) Được cung cấp thông tin về dân số;
- b) Được cung cấp các dịch vụ dân số có chất lượng, thuận tiện, an toàn và được giữ bí mật theo quy định của pháp luật;
- c) Lựa chọn các biện pháp chăm sóc sức khoẻ sinh sản, kế hoạch hoá gia đình và nâng cao chất lượng dân số;
- d) Lựa chọn nơi cư trú phù hợp với quy định của pháp luật.

2. Công dân có các nghĩa vụ sau đây:

- a) Thực hiện kế hoạch hoá gia đình; xây dựng quy mô gia đình ít con, no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc và bền vững;
- b) Thực hiện các biện pháp phù hợp để nâng cao thể chất, trí tuệ, tinh thần của bản thân và các thành viên trong gia đình;
- c) Tôn trọng lợi ích của Nhà nước, xã hội, cộng đồng trong việc điều chỉnh quy mô dân số, cơ cấu dân số, phân bố dân cư, nâng cao chất lượng dân số;
- d) Thực hiện các quy định của Pháp lệnh này và các quy định khác của pháp luật có liên quan đến công tác dân số.

Điều 7. Các hành vi bị nghiêm cấm

1. Cản trở, cưỡng bức việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình;
2. Lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức;
3. Sản xuất, kinh doanh, nhập khẩu, cung cấp phương tiện tránh thai giả, không bảo đảm tiêu chuẩn chất lượng, quá hạn sử dụng, chưa được phép lưu hành;
4. Di cư và cư trú trái pháp luật;
5. Tuyên truyền, phổ biến hoặc đưa ra những thông tin có nội dung trái với chính sách dân số, truyền thống đạo đức tốt đẹp của dân tộc, có ảnh hưởng xấu đến công tác dân số và đời sống xã hội;
6. Nhân bản vô tính người.

Điều 9. Kế hoạch hoá gia đình

1. Kế hoạch hoá gia đình là biện pháp chủ yếu để điều chỉnh mức sinh góp phần bảo đảm cuộc sống no ấm, bình đẳng, tiến bộ, hạnh phúc.
2. Biện pháp thực hiện kế hoạch hoá gia đình bao gồm:
 - a) Tuyên truyền, tư vấn, giúp đỡ, bảo đảm để mỗi cá nhân, cặp vợ chồng chủ động, tự nguyện thực hiện kế hoạch hoá gia đình;
 - b) Cung cấp các dịch vụ kế hoạch hoá gia đình bảo đảm chất lượng, thuận tiện, an toàn và đến tận người dân;
 - c) Khuyến khích lợi ích vật chất và tinh thần, thực hiện các chính sách bảo hiểm để tạo động lực thúc đẩy việc thực hiện kế hoạch hoá gia đình sâu rộng trong nhân dân.

Điều 10. Quyền và nghĩa vụ của mỗi cặp vợ chồng, cá nhân trong việc thực hiện cuộc vận động dân số và kế hoạch hóa gia đình, chăm sóc sức khỏe sinh sản:

1. Quyết định thời gian và khoảng cách sinh con;
2. Sinh một hoặc hai con, trừ trường hợp đặc biệt do Chính phủ quy định;
3. Bảo vệ sức khỏe, thực hiện các biện pháp phòng ngừa bệnh nhiễm khuẩn đường sinh sản, bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS và thực hiện các nghĩa vụ khác liên quan đến sức khỏe sinh sản.

Điều 23. Biện pháp hỗ trợ sinh sản

1. Nhà nước khuyến khích và tạo điều kiện cho nam, nữ kiểm tra sức khỏe trước khi đăng ký kết hôn, xét nghiệm gen đối với người có nguy cơ bị khuyết tật về gen, nhiễm chất độc hoá học; tư vấn về gen di truyền; giúp đỡ về vật chất và tinh thần đối với người bị khuyết tật về gen, nhiễm chất độc hoá học, nhiễm HIV/AIDS.
2. Nhà nước đầu tư và khuyến khích tổ chức, cá nhân đầu tư xây dựng cơ sở vật chất kỹ thuật phục vụ công nghệ hỗ trợ sinh sản nhằm giúp đỡ người vô sinh, người triệt sản và những người có nhu cầu theo quy định của pháp luật.

Những trường hợp không vi phạm quy định sinh một hoặc hai con

1. Cặp vợ chồng sinh con thứ ba, nếu cả hai hoặc một trong hai người thuộc dân tộc có số dân dưới 10.000 người hoặc thuộc dân tộc có nguy cơ suy giảm số dân (tỷ lệ sinh nhỏ hơn hoặc bằng tỷ lệ chết) theo công bố chính thức của Bộ Kế hoạch và Đầu tư.
2. Cặp vợ chồng sinh lần thứ nhất mà sinh ba con trở lên.
3. Cặp vợ chồng đã có một con đẻ, sinh lần thứ hai mà sinh hai con trở lên.
4. Cặp vợ chồng sinh lần thứ ba trở lên, nếu tại thời điểm sinh chỉ có một con đẻ còn sống, kể cả con đẻ đã cho làm con nuôi.
5. Cặp vợ chồng sinh con thứ ba, nếu đã có hai con đẻ nhưng một hoặc cả hai con bị dị tật hoặc mắc bệnh hiểm nghèo không mang tính di truyền, đã được Hội đồng Giám định y khoa cấp tỉnh hoặc cấp Trung ương xác nhận.
6. Cặp vợ chồng mà một hoặc cả hai người đã có con riêng (con đẻ), chỉ sinh một con hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh. Quy định này không áp dụng cho trường hợp tái hôn giữa hai người đã từng có hai con chung trở lên và hiện còn đang sống.
7. Phụ nữ chưa kết hôn sinh một hoặc hai con trở lên trong cùng một lần sinh.

NGHỊ ĐỊNH CỦA CHÍNH PHỦ số 104/2003/NĐ-CP
Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Pháp lệnh Dân số

Điều 4. Mục tiêu chính sách dân số

Mục tiêu chính sách dân số là duy trì mỗi cặp vợ chồng có một hoặc hai con để ổn định quy mô dân số, bảo đảm cơ cấu dân số và phân bố dân cư hợp lý, nâng cao chất lượng dân số.

Điều 8. Các loại dịch vụ dân số

Các loại dịch vụ dân số bao gồm:

1. Cung cấp thông tin, số liệu; các phương tiện và sản phẩm phục vụ công tác tuyên truyền, vận động, giáo dục và tư vấn về dân số.

2. Cung cấp phương tiện tránh thai; dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình; kiểm tra sức khỏe trước khi kết hôn; kiểm tra các bệnh hoặc các vấn đề sức khỏe có liên quan đến yếu tố di truyền gọi tắt là bệnh di truyền.

3. Các dịch vụ nâng cao chất lượng dân số.

Điều 9. Các hành vi cản trở, cưỡng bức thực hiện kế hoạch hoá gia đình, bao gồm:

1. Đe dọa, xúc phạm danh dự, nhân phẩm; xâm phạm thân thể người sử dụng biện pháp tránh thai, người sinh toàn con trai hoặc con gái.

2. Ép buộc, áp đặt sử dụng biện pháp tránh thai, mang thai, sinh sớm, sinh dày, sinh nhiều con, sinh con trai, con gái.

3. Gây khó khăn cho người tự nguyện sử dụng biện pháp tránh thai.

Điều 10. Nghiêm cấm các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi, bao gồm:

1. Tuyên truyền, phổ biến phương pháp tạo giới tính thai nhi dưới các hình thức: tổ chức nói chuyện, viết, dịch, nhân bản các loại sách, báo, tài liệu, tranh, ảnh, ghi hình, ghi âm; tàng trữ, lưu truyền tài liệu, phương tiện và các hình thức tuyên truyền, phổ biến khác về phương pháp tạo giới tính thai nhi.

2. Chẩn đoán để lựa chọn giới tính thai nhi bằng các biện pháp: xác định qua triệu chứng, bắt mạch; xét nghiệm máu, gen, nước ối, tế bào; siêu âm,...

3. Loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính bằng các biện pháp: phá thai, cung cấp, sử dụng các loại hoá chất, thuốc và các biện pháp khác.

Điều 12. Nghiêm cấm một số hành vi tuyên truyền, phổ biến thông tin về dân số, bao gồm:

1. Tuyên truyền, phổ biến thông tin về dân số trái đường lối, chính sách của Đảng và pháp luật của Nhà nước.

2. Tuyên truyền, phổ biến thông tin về dân số không chính xác, sai lệch, gây ảnh hưởng xấu đến việc thực hiện công tác dân số, đời sống xã hội và các lĩnh vực khác.

3. Lợi dụng tuyên truyền, phổ biến thông tin về dân số, sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình để phát tán tài liệu, vật phẩm hoặc có các hành vi khác trái với thuần phong, mỹ tục và đạo đức xã hội.

Điều 18. Hình thức, tổ chức thực hiện việc tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về dân số, sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình

1. Các hình thức tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về dân số, sức khỏe sinh sản, kế hoạch hoá gia đình bao gồm:

a) Tuyên truyền, vận động trên các phương tiện thông tin đại chúng, mạng Internet;

b) Tuyên truyền, vận động trực tiếp và tư vấn;

c) Tổ chức giảng dạy, học tập trong các cơ sở giáo dục thuộc hệ thống giáo dục quốc dân.

2. Cơ quan, tổ chức, cá nhân được giao nhiệm vụ tuyên truyền, tư vấn có trách nhiệm thường xuyên tuyên truyền, vận động, giáo dục, tư vấn về dân số, sức khoẻ sinh sản, kế hoạch hoá gia đình cho các thành viên của cơ quan, tổ chức và cho toàn xã hội.

Điều 21. Điều kiện đối với người sử dụng biện pháp tránh thai và điều kiện đối với người và cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình

1. Điều kiện đối với người sử dụng biện pháp tránh thai:

- a) Tự nguyện sử dụng biện pháp tránh thai;
- b) Có hiểu biết và nhận thức về biện pháp tránh thai;
- c) Không có chống chỉ định về y tế.

2. Điều kiện đối với người và cơ sở cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình:

- a) Người cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình phải có kiến thức chuyên môn, nghiệp vụ, kỹ năng phù hợp với từng biện pháp tránh thai theo quy định của Bộ Y tế;
- b) Cơ sở cung cấp dịch vụ kế hoạch hoá gia đình phải bảo đảm các điều kiện về cơ sở vật chất, vệ sinh, trình độ chuyên môn của cán bộ, trang thiết bị theo quy định của Bộ Y tế.

Điều 25. Kiểm tra sức khoẻ trước khi đăng ký kết hôn

1. Khuyến khích nam, nữ kiểm tra sức khoẻ trước khi đăng ký kết hôn bao gồm những nội dung liên quan đến bệnh di truyền; bệnh lây truyền qua đường tình dục, nhiễm HIV/AIDS.

2. Cơ sở thực hiện kiểm tra sức khoẻ thông báo kết quả kiểm tra và tư vấn về ảnh hưởng của bệnh đối với sức khoẻ cho cả hai bên nam, nữ; bảo đảm bí mật của kết quả kiểm tra sức khoẻ theo quy định của pháp luật.

Điều 26. Kiểm tra sức khoẻ và bệnh di truyền

1. Những người có tiền sử gia đình có người mắc bệnh tâm thần, bệnh di truyền, người có nguy cơ bị khuyết tật về gen; người bị nhiễm chất độc hoá học; người thường xuyên tiếp xúc với hoá chất độc hại và các bệnh lây nhiễm cần được vận động đi kiểm tra sức khoẻ trước khi có ý định sinh con.

2. Ban Dân số, Gia đình và Trẻ em cấp xã, phường có trách nhiệm tuyên truyền, vận động và tạo điều kiện cho những người có nguy cơ cao về bệnh di truyền đi kiểm tra bệnh di truyền.

3. Cơ sở thực hiện kiểm tra sức khoẻ bệnh di truyền có trách nhiệm thông báo kết quả kiểm tra, tư vấn cho người được kiểm tra hoặc người trong gia đình của người được kiểm tra về ảnh hưởng của bệnh tật đối với việc sinh con, nuôi con và bảo đảm bí mật kết quả kiểm tra theo quy định của pháp luật.

Điều 27. Tuyên truyền, hướng dẫn gia đình thực hiện các biện pháp nâng cao chất lượng dân số

1. Tuyên truyền, hướng dẫn, vận động, giúp đỡ cá nhân, các thành viên gia đình về kiến thức, biện pháp và phương pháp nâng cao chất lượng dân số. Đối với những biện pháp mới thì phải tuyên truyền, hỗ trợ vật chất, tinh thần, tổ chức thử nghiệm để cá nhân, các thành viên gia đình hưởng ứng và tham gia thực hiện.

2. Tăng cường trách nhiệm của cơ quan, tổ chức trong các hoạt động lồng ghép chương trình dân số, kế hoạch hoá gia đình với các chương trình nâng cao phúc lợi gia đình, hỗ trợ cá nhân, các thành viên gia đình tham gia dự án cải thiện đời sống và tiếp cận các dịch vụ xã hội cơ bản. Xây dựng và hoàn thiện mô hình lồng ghép hoạt động dân số với phát triển gia đình bền vững.

Điều 28. Nâng cao chất lượng dân số của cộng đồng

Xây dựng, tổ chức thực hiện các kế hoạch, chương trình, dự án về sức khỏe, dinh dưỡng, nước sạch, vệ sinh môi trường, trật tự xã hội, xây dựng nếp sống văn minh, gia đình văn hoá, tăng thu nhập và các vấn đề khác, góp phần nâng cao chất lượng dân số của cộng đồng, phù hợp với sự phát triển kinh tế - xã hội trong từng thời kỳ.

**CÔNG TÁC DS-KHHGD-SỨC KHỎE SINH SẢN TỈNH TIỀN GIANG
GIAI ĐOẠN 2012-2015, ĐỊNH HƯỚNG ĐẾN NĂM 2010**

(Quyết định số 3237/QĐ-UBND ngày 24/12/2012 của Ủy ban nhân dân tỉnh)

a. Mục tiêu tổng quát

Nâng cao chất lượng dân số, cải thiện tình trạng sức khỏe sinh sản, duy trì mức sinh thấp hợp lý, giải quyết tốt những vấn đề về cơ cấu dân số, góp phần nâng cao chất lượng nguồn nhân lực, đẩy nhanh sự nghiệp công nghiệp hóa, hiện đại hóa đất nước và cải thiện chất lượng cuộc sống của nhân dân.

b. Mục tiêu cụ thể

Mục tiêu 1: Tốc độ tăng dân số trung bình khoảng 0,8%/năm.

Mục tiêu 2: Nâng cao sức khỏe, giảm bệnh, tật và tử vong ở trẻ em.

- Chỉ tiêu 1: Tỷ lệ bà mẹ mang thai được sàng lọc trước sinh ít nhất 15% vào năm 2015 và đạt 50% vào năm 2020.

- Chỉ tiêu 2: Tỷ lệ trẻ sơ sinh được sàng lọc ít nhất 30% vào năm 2015 và 80% vào năm 2020.

Mục tiêu 3: Giảm tốc độ tăng tỷ số giới tính khi sinh.

- Chỉ tiêu: Tỷ số giới tính khi sinh dưới mức 113 trai/100 gái vào năm 2015 và ở dưới mức 115 bé trai/100 bé gái vào năm 2020.

Mục tiêu 4: Duy trì mức sinh thấp hợp lý, đáp ứng đầy đủ nhu cầu kế hoạch hóa gia đình của người dân, tăng khả năng tiếp cận dịch vụ hỗ trợ sinh sản có chất lượng.

- Chỉ tiêu 1: Tổng tỷ suất sinh (số con trung bình của một cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh đẻ) từ 1,93 con (năm 2010) giảm xuống còn 1,88 con vào năm 2015 và 1,83 con vào năm 2020.

- Chỉ tiêu 2: Quy mô dân số không vượt quá 1.727.465 người vào năm 2015 và không quá 1.797.678 người vào năm 2020.

Mục tiêu 5: Cải thiện sức khỏe sinh sản của người chưa thành niên và thanh niên.

- Chỉ tiêu: Tăng tỷ lệ điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản thân thiện với người chưa thành niên và thanh niên lên 50% tổng số điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản vào năm 2015 và 75% vào năm 2020.

Mục tiêu 6: Tăng cường chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

- Chỉ tiêu 1: Tăng tỷ lệ cơ sở y tế tuyến huyện trở lên có điểm cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi từ 20% năm 2010 lên 50% vào năm 2015 và 70% vào năm 2020.

- Chỉ tiêu 2: Tăng tỷ lệ người cao tuổi được tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe dựa vào cộng đồng lên 20% vào năm 2015 và 50% vào năm 2020.

CHỨC NĂNG, NHIỆM VỤ VIÊN CHỨC LÀM CÔNG TÁC DÂN SỐ- KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH Ở XÃ (Thông tư số 05/2008/TT-BYT)

1. Vị trí, chức năng: Cán bộ chuyên trách DS-KHHGĐ xã có trách nhiệm giúp việc cho Trạm trưởng trạm Y tế cấp xã xây dựng kế hoạch và tổ chức thực hiện chương trình mục tiêu DS-KHHGĐ trên địa bàn xã. Cán bộ chuyên trách DS-KHHGĐ xã là viên chức của Trạm Y tế xã, chịu sự chỉ đạo trực tiếp của Trạm trưởng trạm Y tế xã, chịu sự quản lý, chỉ đạo, hướng dẫn về chuyên môn nghiệp vụ của Trung tâm DS-KHHGĐ huyện.

2. Nhiệm vụ

a) Xây dựng kế hoạch công tác năm, chương trình công tác quý, tháng, tuần về DS-KHHGĐ. Sau khi kế hoạch được Trạm trưởng Trạm Y tế cấp xã trình cấp có thẩm quyền phê duyệt, cán bộ DS-KHHGĐ có trách nhiệm tham mưu, phối hợp với các ngành, đoàn thể tổ chức thực hiện nhiệm vụ, giám sát hoạt động của cộng tác viên DS-KHHGĐ thôn bản, các ngành, đoàn thể theo đúng nhiệm vụ được phân công.

b) Hướng dẫn cộng tác viên DS-KHHGĐ thôn bản: Lập chương trình công tác tuần, tháng; thực hiện chế độ ghi chép ban đầu về DS-KHHGĐ, thu thập số liệu về DS-KHHGĐ, lập báo cáo tháng, lập các sơ đồ và biểu đồ quản lý các chỉ tiêu DS-KHHGĐ của xã; phương pháp tuyên truyền, vận động, tư vấn; cung cấp bao cao su, thuốc uống tránh thai.

c) Kiểm tra, giám sát việc thực hiện nhiệm vụ của cộng tác viên DS-KHHGĐ thôn bản; giúp Trưởng trạm Y tế xã tham mưu cho Ủy ban nhân dân cấp xã kiểm tra, giám sát việc thực hiện công tác DS-KHHGĐ trên địa bàn xã.

d) Tổ chức giao ban cộng tác viên DS-KHHGĐ thôn bản hàng tháng để đánh giá kết quả hoạt động về DS-KHHGĐ của từng thôn ấp. Kịp thời giải quyết hoặc xin ý kiến cấp có thẩm quyền để giải quyết những vấn đề phát sinh. Dự giao ban cán bộ chuyên trách tại cấp huyện hàng tháng.

đ) Tham dự đầy đủ các khoá đào tạo, tập huấn về DS-KHHGĐ do cơ quan cấp trên tổ chức.

e) Đề xuất với cấp trên các vấn đề cần thực hiện về DS-KHHGĐ.

Quyết định số 2161/QĐ-TTg, ngày 26 tháng 11 năm 2010, của Thủ tướng Chính phủ, về Tháng hành động quốc gia về Dân số

Lấy tháng 12 hằng năm là “Tháng hành động quốc gia về Dân số”.

Việc tổ chức Tháng hành động quốc gia về Dân số hằng năm nhằm:

1. Nâng cao nhận thức và đề cao trách nhiệm của các cấp chính quyền, đoàn thể, tổ chức xã hội, từng gia đình và toàn xã hội về ý nghĩa và tầm quan trọng của công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình đối với sức khỏe, hạnh phúc của mỗi người dân, mỗi gia đình, đối với sự phát triển bền vững của đất nước, dân tộc Việt Nam;

2. Tăng cường sự tham gia, phối hợp chặt chẽ, đồng bộ của các cấp, ngành, các tầng lớp nhân dân và sự hợp tác, giúp đỡ của các quốc gia, các tổ chức quốc tế đối với công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình của Việt Nam.

Công văn số 3121/BYT-BMTE, ngày 21 tháng 05 năm 2009, của Bộ Y tế về việc nghiêm cấm lạm dụng kỹ thuật cao để lựa chọn giới tính khi sinh.

Nghiêm cấm các hành vi lựa chọn giới tính thai nhi, loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính

Tuyệt đối không được lạm dụng chỉ định và kỹ thuật chẩn đoán di truyền để lựa chọn giới tính.

Tất cả các kết quả nhiễm sắc thể không được công bố giới tính của phôi, thai mà chỉ được kết luận có hay không có bất thường về số lượng và cấu trúc nhiễm sắc thể.

Nghị định số 176/2013/NĐ-CP ngày 14/11/2013 của Chính phủ Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế

Điều 80. Vi phạm quy định về tuyên truyền, phổ biến thông tin về dân số

1. Cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 200.000 đồng đến 500.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Có lời nói, hành động cản trở việc vận động, tuyên truyền, tư vấn về thực hiện kế hoạch hóa gia đình;

b) Lợi dụng tín ngưỡng, tôn giáo, phong tục, tập quán lạc hậu nhằm cản trở việc vận động, tuyên truyền, tư vấn về thực hiện kế hoạch hóa gia đình.

2. Phạt tiền từ 3.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với hành vi tuyên truyền, phổ biến thông tin không đúng đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước về dân số.

3. Hình thức xử phạt bổ sung: Tịch thu tang vật được sử dụng để thực hiện hành vi quy định tại Khoản 2 Điều này.

4. Biện pháp khắc phục hậu quả:

a) Buộc tiêu hủy tài liệu, vật phẩm có nội dung không đúng đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước về dân số đã được sử dụng để thực hiện hành vi quy định tại Khoản 2 Điều này;

b) Buộc cải chính thông tin không đúng đường lối, chính sách của Đảng, pháp luật của Nhà nước về dân số đối với hành vi quy định tại Khoản 2 Điều này.

Điều 81. Vi phạm quy định về tuyên truyền, phổ biến, tư vấn phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn

1. Phạt tiền từ 1.000.000 đồng đến 2.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Tuyên truyền, phổ biến phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn;

b) Tư vấn phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn.

2. Phạt tiền từ 3.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Bán, cho thuê, phân phát, đưa lên mạng internet xuất bản ấn phẩm có nội dung về phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn;

b) Đăng, phát thông tin có nội dung về phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn.

3. Phạt tiền từ 10.000.000 đồng đến 15.000.000 đồng đối với hành vi xuất bản ấn phẩm có nội dung về phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn.

4. Hình thức xử phạt bổ sung: Tịch thu tang vật vi phạm đối với hành vi quy định tại Điểm a Khoản 2 Điều này.

5. Biện pháp khắc phục hậu quả:

a) Buộc tiêu hủy tài liệu, vật phẩm được sử dụng để tuyên truyền, phổ biến phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn đối với hành vi quy định tại Điểm a Khoản 1 và Khoản 3 Điều này;

b) Buộc xóa bỏ, gỡ bỏ nội dung về phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn đối với hành vi quy định tại Điểm a Khoản 2 Điều này.

Điều 82. Hành vi chẩn đoán, xác định giới tính thai nhi

1. Phạt tiền từ 3.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với hành vi bói toán cho người đang mang thai để xác định giới tính thai nhi.

2. Phạt tiền từ 5.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng đối với hành vi bắt mạch hoặc siêu âm hoặc xét nghiệm cho người đang mang thai để chẩn đoán và tiết lộ, cung cấp thông tin về giới tính thai nhi, trừ trường hợp pháp luật có quy định khác.

3. Hình thức xử phạt bổ sung:

Tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động, chứng chỉ hành nghề trong thời hạn từ 01 tháng đến 03 tháng đối với hành vi quy định tại Khoản 2 Điều này.

Điều 83. Vi phạm quy định về lựa chọn giới tính thai nhi

1. Phạt tiền từ 3.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với hành vi đe dọa dùng vũ lực, uy hiếp tinh thần ép buộc người khác phải áp dụng phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn.

2. Phạt tiền từ 7.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng đối với hành vi dùng vũ lực ép buộc người khác phải áp dụng phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn.

3. Phạt tiền từ 10.000.000 đồng đến 15.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Chỉ định hoặc hướng dẫn sử dụng thuốc để có được giới tính thai nhi theo ý muốn;

b) Cung cấp thuốc để có được giới tính thai nhi theo ý muốn;

c) Nghiên cứu các phương pháp để có được giới tính thai nhi theo ý muốn, trừ trường hợp được pháp luật cho phép.

4. Hình thức xử phạt bổ sung:

a) Tịch thu tang vật được sử dụng để thực hiện hành vi quy định tại Điểm b Khoản 3 Điều này;

b) Đình chỉ hoạt động khám bệnh, chữa bệnh, nghiên cứu trong thời hạn từ 01 tháng đến 03 tháng đối với hành vi quy định tại Điểm a và Điểm c Khoản 3 Điều này;

c) Đình chỉ hoạt động kinh doanh thuốc trong thời hạn từ 01 tháng đến 03 tháng đối với hành vi quy định tại Điểm b Khoản 3 Điều này.

Điều 84. Hành vi loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính

1. Phạt tiền từ 3.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với hành vi loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính của người mang thai mà không bị ép buộc phải loại bỏ thai nhi.

2. Phạt tiền từ 5.000.000 đồng đến 7.000.000 đồng đối với hành vi dụ dỗ, lôi kéo người mang thai loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính.

3. Phạt tiền từ 7.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng đối với hành vi đe dọa dùng vũ lực, uy hiếp tinh thần để ép buộc người mang thai loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính.

4. Phạt tiền từ 10.000.000 đồng đến 12.000.000 đồng đối với hành vi dùng vũ lực để ép buộc người mang thai phải loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính.

5. Phạt tiền từ 12.000.000 đồng đến 15.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

- a) Cung cấp hóa chất, thuốc để loại bỏ thai nhi mà biết rõ người đang mang thai muốn loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính;
- b) Chỉ định hoặc hướng dẫn sử dụng hóa chất, thuốc hoặc các biện pháp khác để loại bỏ thai nhi mà biết rõ người đang mang thai muốn loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính.

6. Phạt tiền từ 15.000.000 đồng đến 20.000.000 đồng đối với hành vi phá thai mà biết rõ người đang mang thai muốn loại bỏ thai nhi vì lý do lựa chọn giới tính.

7. Hình thức xử phạt bổ sung:

a) Tịch thu tang vật được sử dụng để thực hiện hành vi quy định tại Điểm a Khoản 5 Điều này;

b) Tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động, chứng chỉ hành nghề trong thời hạn từ 03 tháng đến 06 tháng đối với hành vi quy định tại Điểm b Khoản 5 Điều này;

c) Tước quyền sử dụng giấy phép hoạt động, chứng chỉ hành nghề trong thời hạn từ 06 tháng đến 12 tháng đối với hành vi quy định tại Khoản 6 Điều này;

d) Đình chỉ hoạt động kinh doanh thuốc trong thời hạn từ 01 tháng đến 03 tháng đối với hành vi quy định tại Điểm a Khoản 5 Điều này.

Điều 85. Hành vi cản trở, cưỡng bức thực hiện kế hoạch hóa gia đình

1. Cảnh cáo hoặc phạt tiền từ 100.000 đồng đến 300.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Không cung cấp phương tiện tránh thai miễn phí cho người thuộc diện được cấp theo quy định của pháp luật và có đăng ký sử dụng phương tiện tránh thai miễn phí;

b) Có lời nói hoặc hành động xúc phạm danh dự, nhân phẩm người sử dụng biện pháp tránh thai, người sinh toàn con trai hoặc sinh toàn con gái.

2. Phạt tiền từ 1.000.000 đồng đến 2.000.000 đồng đối với hành vi đe dọa dùng vũ lực, uy hiếp tinh thần để ép buộc người khác phải sử dụng biện pháp tránh thai.

3. Phạt tiền từ 3.000.000 đồng đến 5.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Đe dọa dùng vũ lực, uy hiếp tinh thần để ép buộc người khác không sử dụng biện pháp tránh thai hoặc ngừng sử dụng biện pháp tránh thai;

b) Đe dọa dùng vũ lực, uy hiếp tinh thần để ép buộc người khác phải mang thai; phải sinh thêm con khi họ đã sinh toàn con trai hoặc sinh toàn con gái.

4. Phạt tiền từ 5.000.000 đồng đến 7.000.000 đồng đối với hành vi dùng vũ lực để ép buộc người khác phải sử dụng biện pháp tránh thai.

5. Phạt tiền từ 7.000.000 đồng đến 10.000.000 đồng đối với một trong các hành vi sau đây:

a) Đặt dụng cụ tử cung, tiêm thuốc tránh thai, cấy thuốc tránh thai mà không có sự đồng ý của người sử dụng;

b) Dùng vũ lực để ép buộc người khác không được sử dụng biện pháp tránh thai hoặc ngừng sử dụng biện pháp tránh thai;

c) Dùng vũ lực để ép buộc người khác phải mang thai; phải sinh thêm con khi họ đã sinh toàn con trai hoặc sinh toàn con gái.

6. Phạt tiền từ 20.000.000 đồng đến 30.000.000 đồng đối với hành vi thực hiện kỹ thuật triệt sản mà không có sự đồng ý của người bị triệt sản.

7. Hình thức xử phạt bổ sung:

Tước quyền sử dụng giấy phép, chứng chỉ hành nghề trong thời hạn 01 tháng đến 03 tháng đối với hành vi quy định tại Khoản 6 Điều này.

SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH VÀ SƠ SINH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 573/QĐ-BYT ngày 11 tháng 02 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Điều 1. Mục đích

Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh để phát hiện, can thiệp và điều trị sớm các bệnh, tật, các rối loạn chuyển hóa, di truyền ngay trong giai đoạn bào thai và sơ sinh giúp cho trẻ sinh ra phát triển bình thường hoặc tránh được những hậu quả nặng nề về thể chất và trí tuệ, giảm thiểu số người tàn tật, thiếu năng trí tuệ trong cộng đồng, góp phần nâng cao chất lượng dân số.

Điều 2. Phạm vi điều chỉnh

Quy trình này quy định về sàng lọc, chẩn đoán một số bệnh lý bẩm sinh của thai nhi và trẻ sơ sinh (sau đây gọi tắt là sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh). Bao gồm:

1. Các hoạt động về tuyên truyền, vận động, giáo dục về sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh;
2. Tư vấn trước và sau sàng lọc, chẩn đoán cho những đối tượng cả về lợi ích cũng như những rủi ro có thể xảy ra của sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh;
3. Các kỹ thuật, xét nghiệm thực hiện trong sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh;
4. Phân tuyến kỹ thuật về sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh.

Điều 3. Đối tượng áp dụng

1. Quy trình này áp dụng đối với tất cả các cơ sở y tế nhà nước và tư nhân có tham gia các hoạt động sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh;
2. Đối tượng được *sàng lọc, chẩn đoán trước sinh bao gồm tất cả các thai phụ đến thăm khám tại các cơ sở sản khoa. Chú trọng những đối tượng sau:*
 - a. Phụ nữ mang thai từ 35 tuổi trở lên;
 - b. Thai phụ có tiền sử bị sảy thai tự nhiên, thai chết lưu hoặc có con chết sớm sau sinh;
 - c. Tiền sử gia đình thai phụ hoặc chồng đã có người được xác định bị bất thường nhiễm sắc thể như hội chứng Đào (Down), É-t-uốt (Edward), Pa-tau (Patau), Tuốc-nơ (Turner)... hoặc mắc các bệnh di truyền như: Ta-lát-xê-mi-a (Thalassemia), tăng sản thượng thận bẩm sinh, loạn dưỡng cơ Đu-xen (Duchenne), teo cơ tủy,...;
 - d. Cặp vợ chồng kết hôn cận huyết thống;
 - e. Thai phụ nhiễm vi-rút Rubella, Herpes, Cytomegalovirus...;
 - g. Thai phụ sử dụng thuốc độc hại cho thai nhi hoặc tiếp xúc thường xuyên với môi trường độc hại;
 - h. Thai nhi có dấu hiệu nghi ngờ bất thường về hình thái, cấu trúc trên siêu âm;
3. Đối tượng được *sàng lọc và chẩn đoán sơ sinh bao gồm tất cả các trẻ sơ sinh.*

Điều 4. Nguyên tắc sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh

1. Những người tham gia vào chương trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh (những nhà hoạch định chính sách, những người cung cấp dịch vụ và những người được hưởng lợi từ chương trình ...) phải được thông tin, tuyên truyền, giáo dục và tư vấn về chương trình.
2. Các bà mẹ mang thai, bố mẹ hoặc người giám hộ hợp pháp của trẻ sơ sinh tham gia vào chương trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh trên cơ sở hoàn toàn tự nguyện.
3. Chương trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh phải được lồng ghép vào các hoạt động chung về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em và sức khỏe sinh sản.
4. Cán bộ thực hiện kỹ thuật và xét nghiệm trong sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh phải được đào tạo và thực hiện theo đúng các quy định tại Quy trình này và các quy định hiện hành có liên quan khác.

5. Việc chỉ định đình chỉ thai nghén sau 3 tháng đầu của thai kỳ vì lý do thai nhi có các dị tật bẩm sinh hoặc các bệnh lý di truyền phải do một Hội đồng chuyên môn xem xét, quyết định.

1. Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh trong 3 tháng đầu thai kỳ

- Siêu âm hình thái thai nhi:

+ Đo độ mờ da gáy vào tuổi thai từ 11 tuần đến 14 tuần để phát hiện nguy cơ mắc hội chứng Down và một số bệnh lý khác;

+ Phát hiện các dấu hiệu bất thường khác như: thai vô sọ, khe hở thành bụng, xương mũi...

- Xét nghiệm máu mẹ:

+ Xét nghiệm 2 chất (Double test): gồm PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A): nồng độ PAPP-A giảm trong 3 tháng đầu thai kỳ có liên quan tới Hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác của thai nhi; Beta hCG tự do (free beta human Chorionic Gonadotropin): nồng độ Beta hCG tự do tăng cao trong 3 tháng đầu thai kỳ có liên quan tới Hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác của thai nhi.

+ Xét nghiệm máu thường quy (hồng cầu, huyết sắc tố, Hematocrite,...), viêm gan B, Rubella, Toxoplasma, HIV...

2. Sàng lọc, chẩn đoán trước sinh trong 3 tháng giữa thai kỳ

- Siêu âm hình thái và cấu trúc của các cơ quan của thai nhi, phát hiện:

+ Các bất thường của hệ thần kinh như vô sọ, thoát vị màng não, não úng thủy, sọ nhỏ, thoát vị màng não tủy, tật nứt đốt sống ...;

+ Các bất thường của hệ tim mạch như dị tật van tim, bất thường mạch máu lớn, phì đại tâm thất, thiếu sản tâm thất...;

+ Các bất thường ở lồng ngực như teo thực quản, thoát vị cơ hoành, tràn dịch màng phổi, nang kén trong lồng ngực...;

+ Các dị tật của dạ dày - ruột như teo ruột, khe hở thành bụng, thoát vị rốn ...;

+ Các dị tật của hệ sinh dục - tiết niệu như thận ứ nước, thận đa nang, thiếu sản thận, van niệu đạo...;

+ Các dị tật của hệ cơ xương như loạn sản xương, gãy xương, ngắn chi ...;

- Xét nghiệm máu mẹ:

+ Xét nghiệm 3 chất (Triple test): gồm AFP (Alpha Fetoprotein): nồng độ AFP tăng trong máu mẹ liên quan đến nhiều dị tật của thai nhi, đặc biệt là khuyết tật của ống thần kinh; nồng độ của AFP giảm trong 3 tháng giữa thai kỳ thường gặp trong trường hợp thai nhi mắc hội chứng Down. hCG (Human Chorionic Gonadotropin): tăng trong hội chứng Down; uE3 (unconjugated Estriol): giảm thấp trong các trường hợp bệnh lý về nhiễm sắc thể như hội chứng Down và một số bất thường nhiễm sắc thể khác.

+ Xét nghiệm máu thường quy, HIV, viêm gan B...

- Xét nghiệm nước ối để chẩn đoán xác định các trường hợp: nghi ngờ các bệnh lý qua siêu âm, hoặc xét nghiệm máu mẹ; tiền sử thai phụ có con bị dị tật bẩm sinh hoặc bất thường nhiễm sắc thể; tiền sử gia đình có người bị chậm phát triển hoặc dị tật bẩm sinh; cha hoặc mẹ thai nhi đã được chẩn đoán là người có những bất thường về cấu trúc nhiễm sắc thể...

3. Trong 3 tháng cuối thai kỳ

Không có chỉ định sàng lọc, chẩn đoán trước sinh trong 3 tháng cuối thai kỳ. Tuy nhiên, khuyến cáo các thai phụ cần siêu âm thai sản trong thời kỳ này để đánh giá tình trạng phát triển của thai nhi và tiên lượng cho cuộc đẻ.

Điều 8. Sàng lọc, chẩn đoán sơ sinh: tất cả trẻ sơ sinh nên thực hiện sàng lọc

a. Thời điểm lấy mẫu máu:

Thời điểm lấy mẫu máu sơ sinh tốt nhất là sau 48 giờ sau sinh. Những trẻ sơ sinh rời cơ sở sản khoa sớm hơn thời gian này, cần lấy mẫu máu trước khi rời cơ sở sản khoa, nhưng thời điểm lấy mẫu máu phải sau khi sinh 24 giờ. Khuyến khích đưa các trẻ sơ sinh được lấy mẫu máu đến các cơ sở y tế có tham gia chương trình sàng lọc, chẩn đoán trước sinh và sơ sinh để lấy mẫu máu làm xét nghiệm sàng lọc;

Nếu trẻ cần truyền máu, mẫu máu sàng lọc phải được lấy trước khi truyền hoặc 3 tháng sau thời điểm truyền máu.

b. Thu thập mẫu máu sơ sinh

- Thẻ thấm máu: Nhân viên y tế phải điền đầy đủ các thông tin in sẵn trên thẻ trước khi lấy mẫu máu. Đặc biệt phải ghi rõ địa chỉ và điện thoại để liên lạc với gia đình khi cần thông báo kết quả xét nghiệm sàng lọc.

- Cách lấy máu:

+ **Lấy máu gót chân:** Nhân viên y tế thực hiện lấy mẫu máu gót chân trẻ sơ sinh phải được đào tạo và có khả năng thực hiện kỹ thuật lấy mẫu máu gót chân sơ sinh.

+ Lấy máu tĩnh mạch: được thực hiện kết hợp khi trẻ có chỉ định làm các xét nghiệm khác.

c. Bảo quản, vận chuyển mẫu máu

- Sau khi lấy mẫu máu sơ sinh, giấy thấm máu phải được để khô ngoài không khí ít nhất 4 giờ trên bề mặt phẳng và không thấm nước;

- Thẻ thấm máu phải được gửi đi (BV Từ Dũ) để làm xét nghiệm sàng lọc trong vòng 24 giờ kể từ khi lấy mẫu máu.

- Vận chuyển thẻ thấm máu khô đến Trung tâm sàng lọc và chẩn đoán trước sinh và sơ sinh khu vực theo đường bưu điện hoặc các phương tiện khác.

d. Xét nghiệm sàng lọc

Các bệnh được sàng lọc, chẩn đoán sơ sinh hiện nay và các xét nghiệm sử dụng trong sàng lọc:

- **Suy giáp trạng bẩm sinh:** Xét nghiệm định lượng nồng độ TSH (Thyroid Stimulating Hormone) trong mẫu giấy thấm máu khô để sàng lọc;

- **Thiếu men G6PD** (enzym Glucose 6-Phosphate Dehydrogenase): Đo hoạt độ men G6PD trong mẫu giấy thấm máu khô để sàng lọc.

- **Tăng sản thượng thận bẩm sinh:** Xét nghiệm nồng độ 17-OHP (17-Hydroxyprogesterone) trong mẫu giấy thấm máu khô để sàng lọc.

- Một số rối loạn chuyển hóa bẩm sinh của axit amin, axit hữu cơ và axit béo bằng hệ thống Tandem Mass, GC/MS.

TƯ VẤN VÀ KHÁM SỨC KHỎE TIỀN HÔN NHÂN

(Ban hành kèm theo Quyết định số 25/QĐ-BYT ngày 07 tháng 01 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Điều 1. Mục đích

Tư vấn và khám sức khỏe cho nam, nữ chuẩn bị kết hôn, đặc biệt là vị thành niên, thanh niên để phát hiện, phòng ngừa và hướng dẫn điều trị các bệnh lý có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe khi kết hôn, mang thai, sinh đẻ, nuôi con bằng sữa mẹ, các nguy cơ sinh con bị bệnh, tật bẩm sinh, góp phần đảm bảo hôn nhân bền vững và nâng cao chất lượng giống nòi.

TƯ VẤN TRƯỚC KHI KHÁM SỨC KHỎE

Điều 8. Nội dung tư vấn

1. Tư vấn về SKSS đối với vị thành niên, thanh niên.
 - a. Tư vấn những vấn đề tâm sinh lý, tình bạn, tình yêu, tuổi vị thành niên, thanh niên.
 - b. Tư vấn tình dục an toàn tuổi vị thành niên, thanh niên.
2. Tư vấn về SKSS và KHHGĐ.
 - a. Tư vấn về KHHGĐ và các BPTT.
 - b. Tư vấn làm mẹ an toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh.
 - c. Tư vấn phòng ngừa có thai ngoài ý muốn và phá thai an toàn.
 - d. Tư vấn về phòng tránh viêm nhiễm đường sinh sản, các bệnh LTQĐTD thường gặp và HIV/AIDS.
 - đ. Tư vấn những vấn đề về tình dục và sức khỏe tình dục.
3. Tư vấn phòng ngừa bạo lực tình dục.
4. Tư vấn về các bệnh di truyền thường gặp.
5. Tư vấn về các bệnh của bố, mẹ có thể sẽ liên quan đến bệnh, tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh.

Điều 15. Tuyển xã

1. Trạm y tế xã, phường, thị trấn và tương đương (sau đây gọi tắt là xã) có nhiệm vụ: Thực hiện các hoạt động tuyên truyền, vận động về lợi ích tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân tại cộng đồng; chú trọng truyền thông trực tiếp cho nam, nữ chuẩn bị kết hôn và vận động họ đến các cơ sở tư vấn và khám sức khỏe tiền hôn nhân để được tư vấn và khám sức khỏe.

Hướng dẫn và giới thiệu cho các khách hàng vị thành niên, thanh niên, các nam, nữ chuẩn bị kết hôn đến các cơ sở y tế để được tư vấn và khám sức khỏe.

Quản lý các trường hợp có nghi ngờ mắc bệnh lý di truyền theo kết luận của bác sỹ chuyên khoa.

MẤT CÂN BẰNG GIỚI TÍNH KHI SINH

1. Định nghĩa

Tỷ số giới tính khi sinh (TSGTKS) là số bé trai /100 bé gái khi sinh. Theo tự nhiên, tỷ số giới tính khi sinh là 103-106 bé trai/100 bé gái.

Mất cân bằng giới tính khi sinh là tình trạng số bé trai sinh ra lớn hơn 107/100 bé gái.

2. Thực trạng mất cân bằng giới tính khi sinh tại Việt Nam

Ở nước ta, MCBGTKS xảy ra từ năm 2006 (109 trai/100 gái) nhưng tốc độ tăng rất nhanh, năm 2012 tỷ số giới tính khi sinh là 112,6 bé trai/100 gái.

MCBGTKS ở Việt Nam diễn ra muộn so với nhiều nước khác trên thế giới nhưng nó được ví như “con lữ”, tốc độ gia tăng nhanh. Nếu so sánh với các nước có

MCBGTKS, tỷ số TSGTKS ở một số quốc gia khác cao hơn của Việt Nam (Ấn Độ là 112,1 năm 2006, Trung Quốc là 120,6 năm 2008 và Azerbaijan là 117,2 năm 2007,...) thì trong vòng 5 năm qua TSGTKS ở Việt Nam lại tăng nhanh hơn các quốc gia đó.

3. Nguyên nhân mất cân bằng giới tính khi sinh

3.1. Nguyên nhân cơ bản: gia đình quy mô nhỏ, mỗi cặp vợ chồng chỉ sinh 01-02 con; tâm lý trọng nam, khinh nữ “nhất nam viết hữu, thập nữ viết vô”; có nam đề nối dõi tông đường, thờ cúng tổ tiên, phụng dưỡng cha mẹ,... đã tạo áp lực có con trai bằng mọi giá; muốn có con trai đã tồn tại trong tâm lý của người châu Á nói chung và người Việt Nam nói riêng hàng nghìn năm nay;

3.2. Nguyên nhân phụ trợ: vừa mong muốn có ít con, lại mong muốn trong số đó phải có con trai là động lực khiến các cặp vợ chồng tìm kiếm và sử dụng các dịch vụ lựa chọn giới tính trước sinh. Những tiến bộ trong y học, nhất là các kỹ thuật lựa chọn giới tính trước sinh và cơ hội tiếp cận nó ngày càng dễ dàng đã góp phần làm gia tăng MCBGTKS;

3.3. Nguyên nhân trực tiếp: lạm dụng những tiến bộ khoa học, y học để lựa chọn giới tính trước sinh: áp dụng một số kỹ thuật *trước lúc có thai* (chế độ ăn uống, chọn ngày phóng noãn,...), *trong lúc thụ thai* (chọn thời điểm phóng noãn, chọn phương pháp thụ tinh, lọc rửa tinh trùng để chọn tinh trùng mang nhiễm sắc thể Y,...) hoặc *sau khi đã có thai* (siêu âm, bắt mạch, chọc hút xét nghiệm dịch ối,...) để tạo giới tính thai nhi, xác định giới tính thai nhi, phá thai chọn lọc giới tính (trai thì giữ, gái thì nạo-phá thai);

4. Hậu quả của mất cân bằng giới tính khi sinh

4.1. Trên thế giới: hiện nay, có 14 nước khu vực châu Á nằm trong tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh. Điều này đã khiến sự “thiếu hụt” phụ nữ và trẻ em gái tăng từ 66 triệu vào năm 1950 tăng lên 117 triệu tại thời điểm hiện nay. Khoảng cách thiếu hụt ở nhóm phụ nữ dưới 20 tuổi đã tăng từ 16 triệu vào năm 1950 lên 39 triệu ngày nay. Và có tới 7,7% phụ nữ dưới 20 tuổi đang thiếu hụt tại các nước có tình trạng phân biệt giới tính. Hơn 3/4 trẻ em dưới 5 tuổi thiếu hụt là các bé gái không được sinh ra, số còn lại là trẻ em gái chết khi còn nhỏ.

4.2. Tại Việt Nam: nếu không có sự can thiệp tích cực nhằm giảm tốc độ gia tăng mất cân bằng giới tính khi sinh thì TSGTKS của nước ta có thể tiếp tục tăng lên khoảng 125 vào năm 2020 và tiếp tục duy trì ở mức này cho đến năm 2050. Vào năm 2050 sẽ dư thừa khoảng 12% nam giới tuổi dưới 50”.

Trung Quốc, Hàn Quốc, Đài Loan đã phải nhập khẩu “cô dâu”. Và phần lớn trong số 294.280 phụ nữ Việt Nam kết hôn với người nước ngoài (từ năm 1998 đến 31/12/2010) đã trở thành cô dâu ở các nước và vùng lãnh thổ nói trên. Đây cũng là điều cảnh báo cho Việt Nam trong tương lai. “Theo dự báo lạc quan nhất thì cũng có tới hàng triệu đàn ông Việt Nam sẽ phải chịu đựng cuộc sống độc thân, đơn côi suốt đời. Hậu quả về kinh tế, sức khỏe, tinh thần, an ninh và an sinh xã hội,... chắc chắn sẽ nặng nề”

Với tỷ số giới tính khi sinh như hiện nay, đến năm 2020 nước ta có khoảng 700.000 đàn ông trong độ tuổi 15-49 “dư thừa” và đến năm 2050 là khoảng 3 triệu người.

Sự gia tăng của GTKS trong những năm qua, đặc biệt là 3 năm trở lại đây rất đáng lo ngại, tình trạng này về lâu dài sẽ tác động không tốt tới sự phát triển của đất nước. Đây là vấn đề thách thức cho toàn xã hội.

Tình trạng thiếu nữ giới để kết hôn sẽ dẫn đến xu hướng nam giới kết hôn muộn hoặc không kết hôn, đặc biệt đối với những trường hợp nghèo khó, trình độ học vấn

thấp; kéo theo độ tuổi kết hôn trung bình lần đầu của nam giới tăng lên; tỷ trọng dân số chưa kết hôn cũng sẽ tăng lên; tỷ lệ người già neo đơn, không nơi nương tựa, cần sự quan tâm chăm sóc của cộng đồng trong tương lai cũng sẽ tăng lên.

Tình trạng thiếu nữ giới để kết hôn sẽ làm nam giới buộc phải tính đến việc kết hôn với người nước ngoài. Khi kết hôn với người nước ngoài mà không có tình yêu, không có sự tìm hiểu nhau kỹ càng thì hôn nhân sẽ phải đối mặt với rất nhiều khó khăn, thách thức như sự khác biệt về ngôn ngữ, văn hoá, tôn giáo, thói quen sinh hoạt, quan niệm... Những điều đó sẽ dẫn đến sự xung đột và đe dọa đến hạnh phúc gia đình, làm gia tăng các vụ bạo hành giới (thể chất, tinh thần, tình dục) mà nạn nhân chủ yếu là phụ nữ; số vụ ly hôn cũng tăng cao. Nam giới kết hôn muộn hoặc không kết hôn được sẽ có thể phải đối mặt với các rắc rối về tâm lý, tinh thần, tăng nguy cơ bệnh tật khi mà các nhu cầu tâm lý, tình cảm, sinh lý không được đáp ứng. Điều đó sẽ làm gia tăng các tệ nạn xã hội, đặc biệt là mại dâm nữ, nam; các nguy cơ về lây nhiễm HIV/AIDS; tội phạm, tội phạm buôn bán phụ nữ, trẻ em vì thế cũng gia tăng.

Ngoài ra, mất cân bằng giới tính khi sinh sẽ có những tác động tiêu cực đến các chỉ số nhân khẩu học của dân số, đến hôn nhân và gia đình, đến trật tự trị an xã hội, ngay cả một số ngành nghề vốn thích hợp với phụ nữ sẽ phải đối mặt với nguy cơ thiếu lao động như giáo viên mầm non, tiểu học, y tá, may mặc,...

4. Giải pháp giảm thiểu mất cân bằng giới tính khi sinh

- Tuyên truyền, tư vấn trực tiếp cho nam/nữ thanh niên chuẩn bị kết hôn về quy định của pháp luật nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi dưới mọi hình thức.

- Tăng cường công tác truyền thông về tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh, nhất là các đối tượng liên quan trực tiếp; nội dung tuyên truyền cần nhấn mạnh đến thực trạng và hệ lụy của mất cân bằng giới tính trong tương lai, từng bước thay đổi nhận thức, hành vi về lựa chọn giới tính thai nhi của người dân.

- Thực hiện tốt việc phối hợp, lồng ghép truyền thông không sinh con thứ 3 trở lên với tình trạng mất cân bằng giới tính khi sinh

- Rà soát nắm chắc số đối tượng có hai con là gái, cặp vợ chồng có nguy cơ sinh con thứ 3 trên địa bàn để tuyên truyền vận động không sinh con thứ 3 và không lựa chọn giới tính thai nhi.

- Đẩy mạnh và nâng cao hiệu quả tuyên truyền về thực trạng và hệ lụy của mất cân bằng giới tính khi sinh, các quy định của pháp luật nghiêm cấm lựa chọn giới tính thai nhi (*Pháp lệnh dân số năm 2003, Nghị định số 176/2013/NĐ-CP ngày 14/11/2013 của Chính phủ Quy định xử phạt vi phạm hành chính trong lĩnh vực y tế*) đến người dân tại cộng đồng, địa bàn dân cư.

HƯỚNG DẪN QUỐC GIA
về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, dân số kế hoạch hóa gia đình
(Ban hành kèm theo Quyết định số 4620/QĐ-BYT ngày 25/11/2009
của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Bài 1. TƯ VẤN KẾ HOẠCH HÓA GIA ĐÌNH

Tư vấn giúp khách hàng tự lựa chọn một biện pháp tránh thai (BPTT) thích hợp trong một giai đoạn sinh sản nhất định. Nội dung tư vấn đáp ứng nhu cầu của khách hàng chứ không xuất phát từ ý muốn chủ quan của người tư vấn. Cần lưu ý là trừ bao cao su, các biện pháp kế hoạch hóa gia đình (KHHGD) khác không có tác dụng phòng các nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (NKLTQĐTD).

1. Vai trò của tư vấn KHHGD.

- Giúp khách hàng chọn đúng một BPTT và sử dụng đúng biện pháp đã chọn.
- Giúp tăng tỷ lệ tiếp tục sử dụng và hạn chế bỏ cuộc.
- Giúp tăng tỷ lệ sử dụng BPTT.
- Góp phần tăng cường sức khỏe và giảm chi phí chương trình KHHGD.
- Hiểu rõ và thực hành tình dục an toàn sẽ góp phần giảm nguy cơ mang thai ngoài ý muốn và NKLTQĐTD.

2. Mười quyền cơ bản của khách hàng

- Quyền được thông tin.
- Quyền được tiếp cận dịch vụ và thông tin.
- Quyền tự do lựa chọn BPTT và từ chối hoặc chấm dứt BPTT.
- Quyền được nhận dịch vụ an toàn.
- Quyền được đảm bảo bí mật.
- Quyền được đảm bảo kín đáo.
- Quyền được thoải mái khi tiếp nhận dịch vụ.
- Quyền được tôn trọng.
- Quyền được tiếp tục nhận dịch vụ.
- Quyền được bày tỏ ý kiến.

3. Các phẩm chất cần thiết của cán bộ tư vấn KHHGD.

3.1. Tôn trọng khách hàng.

- Tôn trọng khách hàng dù cho khách hàng là người như thế nào.
- Lắng nghe nhu cầu và ý kiến của khách hàng.

3.2. Thông cảm và thấu hiểu đối với khách hàng.

- Tìm hiểu tâm tư, mong muốn và thấu hiểu nhu cầu của khách hàng.
- Cần tiếp khách hàng ở nơi riêng biệt, yên tĩnh, đảm bảo tính riêng tư, bí mật.

3.3. Thành thật với khách hàng.

- Cần nói sự thật về các BPTT, bao gồm cả thuận lợi và không thuận lợi, tác dụng phụ, nguy cơ có thể có của biện pháp đó.
- Không từ chối cung cấp thông tin cho khách hàng. Nếu thông tin đó người tư vấn chưa nắm vững thì hẹn trả lời sau.

3.4. Thông tin rõ ràng, có trọng tâm cho khách hàng.

- Sử dụng câu từ ngắn, gọn, dễ hiểu, hạn chế dùng từ chuyên môn.
- Sử dụng phương tiện hỗ trợ: tranh ảnh, mô hình, hiện vật và khuyến khích khách hàng quan sát trực tiếp.
- Tìm hiểu phản hồi của khách hàng.
- Tóm tắt, nhấn mạnh các điểm quan trọng và nếu có thể mời khách hàng nhắc lại trước khi kết thúc tư vấn.

4. Sáu bước tư vấn KHHGD.

4.1. Gặp gỡ.

- Chào hỏi, mời ngồi, tỏ thái độ thân mật và bình đẳng, tạo lòng tin cho khách hàng.
- Tự giới thiệu về bản thân.

4.2. Gọi hỏi.

- Hỏi các thông tin liên quan đến hoàn cảnh, sức khỏe, nhu cầu tránh thai và bảo vệ kép. Khai thác kiến thức và hành vi hiện tại của khách hàng về các BPTT.
- Chú ý lắng nghe, không sốt ruột, tránh nói nhiều.
- Phát hiện những nhận thức sai lệch của khách hàng.
- Hỏi thông tin về bạo hành phụ nữ, đặc biệt với khách hàng không sử dụng BPTT mặc dù không muốn có thai

4.3. Giới thiệu.

- Giới thiệu về bảo vệ kép.
- Giới thiệu các BPTT hiện có ở cơ sở và ở thị trường.
- Cung cấp đầy đủ thông tin về cả ưu điểm và nhược điểm; các tác dụng phụ và tai biến có thể gặp của BPTT. Bàn về nhu cầu tránh thai và nhu cầu phòng NKLTQĐTD.
- Tập trung vào vấn đề khách hàng quan tâm, giải thích khi khách hàng hiểu sai.

4.4. Giúp đỡ.

- Giúp cho khách hàng tự lựa chọn BPTT phù hợp nhất.
- Không áp đặt theo ý kiến chủ quan của mình.
- Nếu khách hàng chọn BPTT không phù hợp vì chống chỉ định thì góp ý cho khách hàng tìm BPTT khác.

4.5. Giải thích.

- Khi khách hàng chấp nhận một BPTT, giải thích đầy đủ hơn về cách sử dụng.
- Chỉ dẫn quá trình thực hiện và các thủ tục để tiến hành (với các BPTT lâm sàng như dụng cụ tử cung, triệt sản).
- Giải thích những nguyên nhân có thể đưa đến thất bại và cách phòng tránh.
- Nói rõ những dấu hiệu của tác dụng phụ và cách xử trí tại nhà.
- Nói cho khách hàng biết những dấu hiệu cảnh báo và cách xử trí.
- Nói rõ mức độ phục hồi của BPTT.
- Giải thích tại sao cần có kiểm tra định kỳ và khuyến thực hiện đầy đủ.
- Giải thích một cách thỏa đáng những hiểu biết sai lệch của khách hàng.
- Sau khi giải thích, hỏi lại khách hàng để có phản hồi.

4.6. (Hẹn) Gặp lại.

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng, hẹn khám kiểm tra định kỳ và khi có các dấu hiệu bất thường có thể quay trở lại bất kỳ lúc nào.
- Cung cấp tài liệu truyền thông.

Bài 2. DỤNG CỤ TRÁNH THAI TRONG TỬ CUNG

Dụng cụ tránh thai trong tử cung (DCTC) là một BPTT tạm thời và hiệu quả. DCTC hiện có 2 loại: (i) DCTC chứa đồng (TCu-380A và MLCu-375) được làm từ một thân plastic với các vòng đồng hoặc dây đồng, và (ii) DCTC giải phóng levonorgestrel có một thân chữ T bằng polyethylen chứa 52 mg levonorgestrel, giải phóng 20 µg hoạt chất/ngày. DCTC TCu-380A có tác dụng trong 10 năm và DCTC giải phóng levonorgestrel có tác dụng tối đa 5 năm. Khách hàng nhiễm HIV hay có

bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng DCTC nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ, muốn áp dụng một BPTT tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.
- Tránh thai khẩn cấp (chỉ đối với DCTC chứa đồng).

2. Chống chỉ định.

- Có thai.
- Nhiễm khuẩn hậu sản.
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng β hCG vẫn gia tăng.
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.
- Đang bị ung thư vú (chỉ đối với DCTC giải phóng levonorgestrel).
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung.
- Đang viêm tiêu khung.
- Đang viêm mũ cổ tử cung hoặc nhiễm *Chlamydia*, lậu cầu.
- Lao vùng chậu.

3.3. Thời điểm đặt DCTC.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

* DCTC chứa đồng

- Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày từ ngày đầu của kỳ kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Không cần sử dụng BPTT hỗ trợ nào khác.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:
 - + Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu biết chắc là không có thai.
 - + Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

* DCTC giải phóng levonorgestrel

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai) và cho con bú:
 - + Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.
 - + Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.
 - + Không đặt DCTC cho sản phụ có nhiễm khuẩn hậu sản hay trong vòng 4 tuần đầu sau sinh.
- Sau sinh (kể cả sau phẫu thuật lấy thai), không cho con bú:
 - + Sau sinh 4 tuần trở đi, vô kinh: bất kỳ lúc nào, nếu chắc chắn không có thai.
 - + Sau sinh 4 tuần trở đi, đã có kinh trở lại: như trường hợp kinh nguyệt bình thường.

- Sau phá thai (3 tháng đầu và 3 tháng giữa): ngay sau khi phá thai, ngoại trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT khác.

- Ngay lập tức, nếu chắc chắn không có thai.
- Đối với DCTC giải phóng levonorgestrel:
 - + Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên: không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.
 - + Quá 7 ngày kể từ ngày hành kinh đầu tiên: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - + Nếu chuyển đổi từ thuốc tiêm: cho đến thời điểm hẹn tiêm mũi tiếp theo, không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

3.3.3. Tránh thai khẩn cấp.

- DCTC chứa đồng: trong vòng 5 ngày sau cuộc giao hợp không được bảo vệ, nếu ước tính được ngày phóng noãn có thể đặt muôn hơn 5 ngày sau giao hợp không bảo vệ nhưng không quá 5 ngày kể từ ngày phóng noãn. DCTC chứa đồng không được sử dụng tránh thai khẩn cấp cho trường hợp bị hiếp dâm và có nguy cơ NKLTQĐTD cao.
- DCTC giải phóng levonorgestrel không được khuyến cáo sử dụng cho tránh thai khẩn cấp.
- Nếu biết chắc ngày phóng noãn, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 5 ngày sau phóng noãn, tức có thể trễ hơn 5 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

Bài 3. BAO CAO SU

Bao cao su là một BPTT tạm thời, hiệu quả, an toàn và rẻ tiền. Bao cao su là BPTT có tác dụng bảo vệ kép: vừa có tác dụng tránh thai vừa giúp phòng NKLTQĐTD và HIV/AIDS. Khách hàng nhiễm HIV hoặc có bạn tình nhiễm HIV nên sử dụng bao cao su để tránh thai và phòng NKLTQĐTD/HIV. Bao cao su có hai loại: loại sử dụng cho nam và loại sử dụng cho nữ.

1. Chỉ định.

- Dùng cho tất cả các trường hợp muốn tránh thai.
- Có tác dụng bảo vệ kép vừa tránh thai vừa phòng HIV/AIDS và NKLTQĐTD.
- Là BPTT hỗ trợ (ví dụ: những ngày đầu sau thất ồng dẫn tinh, quên uống thuốc tránh thai).

2. Chống chỉ định.

Dị ứng với latex (đối với loại bao cao su có latex) hoặc các thành phần có trong bao cao su.

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu tránh thai của khách hàng.
- Chú ý: cho khách hàng xem bao cao su và hướng dẫn cách sử dụng.
- Nêu rõ hiệu quả, thuận lợi và không thuận lợi của biện pháp.
- Bao cao su là BPTT hiệu quả nếu sử dụng đúng cách và là biện pháp duy nhất có tác dụng bảo vệ kép vừa tránh thai vừa phòng NKLTQĐTD/HIV/AIDS. Tuy nhiên, các vết loét sinh dục hay sùi mào gà có thể lây truyền do tiếp xúc ở những phần không được che phủ bằng bao cao su.

- Sử dụng bao cao su kết hợp với các BPTT khác làm gia tăng hiệu quả tránh thai, cao hơn chỉ dùng bao cao su.
- Nếu khách hàng áp dụng biện pháp kiêng giao hợp, khuyên khách hàng nên chuẩn bị sẵn bao cao su nếu quyết định quan hệ tình dục “Luôn có sẵn bao cao su để dùng khi cần”.
- Nếu bao cao su bị rách, thủng hoặc tuột khi giao hợp cần áp dụng BPTT khẩn cấp. Nếu phối hợp bao cao su với thuốc diệt tinh trùng thì hiệu quả tránh thai sẽ cao hơn. Không dùng bất cứ loại chất bôi trơn nào thuộc loại tan trong dầu hoặc gốc dầu (như dầu ăn, dầu trẻ em, mỡ, bơ, vaselin...) khi dùng loại bao cao su có latex.

Bài 4. VIÊN THUỐC TRÁNH THAI KẾT HỢP

Viên thuốc tránh thai kết hợp là BPTT tạm thời, chứa 2 loại nội tiết là estrogen và progestin. Sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp đòi hỏi khách hàng phải uống thuốc đều đặn. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng viên thuốc tránh thai kết hợp nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời có hiệu quả cao.

2. Chống chỉ định.

Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai hoặc nghi ngờ có thai.
- Đang cho con bú trong vòng 6 tuần sau sinh.
- Lớn tuổi (≥ 35 tuổi) và hút thuốc thường xuyên ≥ 15 điếu/ngày.
- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (lớn tuổi, hút thuốc lá, đái tháo đường và tăng huyết áp)
- Tăng huyết áp nặng (HA tâm thu ≥ 160 mmHg, HA tâm trương ≥ 100 mmHg).
- Đã hoặc đang bị bệnh lý tim mạch và đông máu như (i) bệnh lý mạch máu, hoặc (ii) thuyên tắc tĩnh mạch sâu, hoặc (iii) thuyên tắc phổi, hoặc (iv) bệnh lý đông máu, hoặc (v) bệnh thiếu máu cơ tim, hoặc (vi) bệnh lý van tim phức tạp, hoặc (vii) tai biến mạch máu não, hoặc (viii) cơ địa huyết khối di truyền.
- Sắp phẫu thuật đòi hỏi nằm trên 1 tuần.
- Đau nửa đầu (migrain).
- Đang bị ung thư vú.
- Đái tháo đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu).
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Đang bị bệnh gan nặng có suy giảm chức năng gan trầm trọng như (i) viêm gan cấp đang diễn tiến, hoặc (ii) xơ gan mất bù, hoặc (iii) u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).

3. Quy trình thực hiện.

3.1 Tư vấn.

Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai kết hợp. Nêu rõ hiệu quả, những thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng thuốc. Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có tác dụng phòng NKĐSS hoặc giảm nguy cơ viêm tiểu khung có triệu chứng. Không có tác dụng phòng tránh NKLTQĐTD.

Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc. Chỉ cho khách hàng những viên thuốc nhắc (vỉ 28 viên) và báo cho khách hàng thời điểm sẽ ra kinh. Cho khách hàng biết các tác dụng phụ, như buồn nôn, ra máu ít, đau đầu, căng ngực, tăng cân và những khó khăn có thể gặp.

Nhắc khách hàng cách theo dõi trong khi sử dụng thuốc:

- + Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào nếu có vấn đề.
- + Trong 3 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng.
- + Hẹn đến khám lại hàng năm.

3.2 Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng hiện đang không sử dụng BPTT sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (kể cả những trường hợp sau sinh đã có kinh lại) hoặc trong vòng 7 ngày sau nạo/hút/sảy thai.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su...) trong 7 ngày kế tiếp nếu: (i) bắt đầu sau 5 ngày đầu của chu kỳ kinh, hoặc (ii) không có kinh, hoặc (iii) bắt đầu từ tuần thứ 4 sau sinh nếu không cho con bú và chưa có kinh trở lại.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc ở thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc

- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở thời điểm này.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu bắt đầu uống thuốc sau có kinh hơn 5 ngày, khách hàng cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở chu kỳ kinh sau.

3.3 Cách sử dụng.

- Uống mỗi ngày 1 viên, **nên vào giờ nhất định để dễ nhớ**, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc (vỉ thuốc nên dán ngày để tránh quên).
- Khi hết vỉ thuốc, phải uống viên đầu tiên của vỉ tiếp theo vào ngày hôm sau dù đang còn kinh (với vỉ 28 viên) hoặc nghỉ 7 ngày rồi dùng tiếp vỉ sau, dù đang còn kinh (với vỉ 21 viên).

4. Những vấn đề khó khăn xảy ra khi uống thuốc và cách xử trí.

4.1 Quên uống thuốc.

Quên uống thuốc sẽ làm tăng nguy cơ thất bại, đặc biệt nếu quên uống thuốc trong tuần lễ đầu hoặc tuần lễ thứ ba của tháng. Cách xử trí như sau:

4.1.1. Quên uống viên thuốc có nội tiết (tức từ tuần 1 đến tuần 3).

- Nếu quên 1 hoặc 2 viên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen 30 - 35 mcg) hoặc quên 1 viên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen ≤ 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ 1 - 2 ngày: khách hàng cần uống một viên ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.
- Nếu quên từ 3 viên trở lên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen 30 - 35 mcg) hoặc quên từ 2 viên trở lên (đối với loại thuốc có nồng độ estrogen ≤ 20 mcg) hoặc bắt đầu vỉ thuốc chậm từ 3 ngày trở lên, khách hàng cần uống ngay một viên thuốc ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống thuốc như thường lệ. Khách hàng cần **thêm BPTT** hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - + Nếu xảy ra ở tuần lễ thứ nhất (bắt đầu vỉ thuốc) và có giao hợp không bảo vệ trong vòng 5 ngày vừa qua, khách hàng cần sử dụng thêm BPTT khẩn cấp.

- + Nếu xảy ra ở tuần lễ thứ ba, khách hàng cần uống tiếp những viên thuốc có nội tiết, bỏ các viên thuốc nhắc và tiếp tục ngay vào vỉ thuốc mới.

4.1.2. Quên uống viên thuốc nhắc (từ viên thứ 22 đến viên thứ 28).

- Bỏ viên thuốc quên, uống tiếp viên thuốc kế.

4.2 Nôn trong vòng 2 giờ sau uống thuốc.

- Uống lại một viên thuốc khác.

4.3 Nôn nhiều và tiêu chảy sau uống thuốc.

- Nếu xảy ra trong vòng 24 giờ, khách hàng cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.
- Nếu xảy ra liên tục từ 2 ngày trở lên, khách hàng sẽ thực hiện giống như trường hợp quên uống thuốc.

4.4 Rối loạn kinh nguyệt.

4.4.1. Kinh nguyệt không đều.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng có tình trạng kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc
- Hỏi khách hàng các nguyên nhân có thể gây ra tình trạng này, bao gồm: (i) quên thuốc, (ii) uống thuốc vào những thời điểm khác nhau mỗi ngày, (iii) nôn hoặc tiêu chảy, hoặc (iv) bắt đầu uống thuốc chống co giật hoặc rifampicin
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
 - + Yêu cầu khách hàng uống thuốc mỗi ngày và vào thời điểm tương tự nhau
 - + Hướng dẫn cách xử trí khi quên thuốc (kể cả khi bị nôn hoặc tiêu chảy)
 - + Kê đơn:
 - Ibuprofen 800 mg (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác), uống sau khi ăn, 3 lần/ngày trong 5 ngày (bắt đầu khi có rối loạn kinh nguyệt)
 - + Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 3 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc ngừa thai nhiều tháng và tình trạng rối loạn kinh nguyệt không hết sau khi uống thuốc kháng viêm

4.4.2. Mất kinh.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng bị mất kinh
- Hỏi khách hàng xem có uống thuốc đều mỗi ngày không? Nếu có uống đều thì khuyên khách hàng tiếp tục uống thuốc; nếu không chắc chắn uống thuốc đều thì nên thử thai.
- Hỏi xem khách hàng có bỏ không uống 7 viên thuốc nhắc (vỉ 28 viên) hoặc không chờ 7 ngày sau khi uống xong vỉ thuốc (vỉ 21 viên) không? Nếu có thì giải thích nguyên nhân không có kinh và khuyên khách hàng tiếp tục uống.
- Hỏi xem khách hàng có quên uống thuốc hoặc bắt đầu uống vỉ thuốc mới trễ không? Nếu có thì xử trí như phần “*Quên thuốc*”.

4.4.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

Khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám bệnh khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.5 Khác.

4.5.1. Nhức đầu.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn
- Khuyên khách hàng sử dụng BPTT khác hoặc chuyển sang loại thuốc tránh thai không có estrogen nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) hoặc tình trạng nhức nửa đầu trở nên trầm trọng hơn.

4.5.2. Buồn nôn hoặc chóng mặt.

- Khuyến khách hàng uống thuốc trước khi ngủ hoặc uống thuốc trong khi ăn.

4.5.3. Căng ngực.

- Khuyến khách hàng thử chường ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...

4.5.4. Mụn.

- Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 3 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc ngừa thai nhiều tháng và tình trạng mụn vẫn không giảm hoặc gia tăng.

4.5.5 Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.
- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.5.6. Khách hàng phải nằm bất động một thời gian (từ vài tuần trở lên).

- Nhắc khách hàng báo cho bác sĩ phẫu thuật (nếu phải phẫu thuật) là mình đang uống thuốc tránh thai.
- Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai và sử dụng các biện pháp tránh thai hỗ trợ khác trong thời gian này.
- Bắt đầu sử dụng lại thuốc tránh thai 2 tuần sau khi khách hàng đi lại được.

4.5.7. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như bệnh tim, gan, tăng huyết áp hoặc tắc mạch...)

- Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai và sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.5.8. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

Bài 5. VIÊN THUỐC TRÁNH THAI CHỈ CÓ PROGESTIN

Viên thuốc tránh thai chỉ có progestin là BPTT tạm thời, chứa một lượng nhỏ progestin, không có estrogen. Sử dụng viên thuốc tránh thai chỉ có progestin đòi hỏi khách hàng phải uống thuốc đều đặn và **đúng giờ**. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng viên thuốc chỉ có progestin nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT tạm thời có hiệu quả, đặc biệt thích hợp cho phụ nữ đang cho con bú hoặc có chống chỉ định thuốc tránh thai kết hợp.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu/thuyên tắc phổi.

- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Xơ gan mật bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).
- Đang sử dụng một số loại thuốc như rifampicin/rifabutin, thuốc kháng virus nhóm ức chế protease Ritonavir-booster (Ritonavir-booster protease inhibitor) và một số thuốc chống co giật như phenytoin, carbamazepin, barbiturat, primidon, topiramat, oxcarbazepin.
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
 - + Đã hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
 - + Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

3. Quy trình thực hiện.

3.1. Tư vấn.

- Lắng nghe và tìm hiểu nhu cầu của khách hàng về viên thuốc tránh thai chỉ có progestin. BPTT này thích hợp cho những khách hàng đang cho con bú hoặc không thể sử dụng thuốc viên tránh thai kết hợp. Nêu rõ hiệu quả, những thuận lợi và không thuận lợi khi sử dụng thuốc. Cần lưu ý khách hàng là biện pháp này không có tác dụng phòng tránh NKTQĐTD. Ngoài ra, viên thuốc chỉ có progestin thường hay gây rối loạn kinh nguyệt hơn (đặc biệt đối với phụ nữ không cho con bú).
- Cho khách hàng xem vỉ thuốc và hướng dẫn cách sử dụng trên vỉ thuốc. Cho khách hàng biết các tác dụng phụ như: vô kinh, ra máu bất thường, mệt mỏi... và những khó khăn có thể gặp. Chú ý rằng những khách hàng không thể uống thuốc đúng giờ nên được tư vấn chọn BPTT khác.
- Nhắc khách hàng cách theo dõi trong khi sử dụng thuốc:
 - + Khách hàng có thể quay lại khám và tư vấn bất kỳ lúc nào nếu có vấn đề.
 - + Trong 3 tháng đầu uống thuốc phải đến cơ sở y tế khám, đo huyết áp, cân nặng.
 - + Hẹn đến khám lại hàng năm.

3.2. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Có thể bắt đầu ngay khi có sữa (thường 48 giờ sau sinh).
- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh (kể cả những trường hợp sau sinh đã có kinh lại) hoặc trong vòng 4 tuần đầu sau sinh hoặc trong vòng 7 ngày sau phá thai.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ (như tránh giao hợp hoặc sử dụng bao cao su...) trong 2 ngày kế tiếp nếu: (i) bắt đầu sau 5 ngày đầu của chu kỳ kinh, hoặc (ii) không có kinh (kể cả bắt đầu từ tuần thứ 4 sau sinh và không cho con bú).

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc ở thời điểm lặp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết sẽ bắt đầu uống thuốc.

- Trong vòng 5 ngày đầu tiên của chu kỳ kinh. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở thời điểm này.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu bắt đầu uống thuốc sau có kinh > 5 ngày, khách hàng cần phải sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 2 ngày kế tiếp. Những khách hàng đang sử dụng DCTC có thể được lấy DCTC ở chu kỳ kinh sau.

3.3. Cách sử dụng.

- Uống mỗi ngày 1 viên, **phải uống vào một giờ nhất định**, theo chiều mũi tên trên vỉ thuốc. Uống thuốc trễ 3 giờ trở lên phải được xử trí như quên thuốc.
- Dùng vỉ kế tiếp ngay sau khi hết vỉ đầu, không ngừng giữa hai vỉ.

4. Những vấn đề khó khăn xảy ra khi uống thuốc và cách xử trí.

4.1. Quên uống thuốc (một viên hoặc nhiều hơn) hoặc uống trễ 3 giờ trở lên.

4.1.1. Khách hàng đã có kinh (kể cả đang cho con bú).

- Uống một viên ngay khi nhớ và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.
- Cần **thêm** BPTT hỗ trợ trong 2 ngày tiếp theo. Có thể cân nhắc sử dụng thêm BPTT khẩn cấp nếu có nguy cơ cao.

4.1.2. Khách hàng chưa có kinh và đang cho con bú.

- Uống một viên ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống mỗi ngày một viên như thường lệ.
- Cần thêm BPTT hỗ trợ trong 2 ngày, nếu sau 6 tháng hậu sản.

4.2. Nôn trong vòng 2 giờ sau uống thuốc.

- Uống lại một viên thuốc khác.

4.3. Nôn nhiều và tiêu chảy sau uống thuốc.

- Nếu xảy ra trong vòng 24 giờ, khách hàng cần tiếp tục uống thuốc theo đúng lịch.
- Nếu xảy ra liên tục từ 2 ngày trở lên, khách hàng sẽ thực hiện giống như trường hợp quên uống thuốc.

4.4. Rối loạn kinh nguyệt.

4.4.1. Vô kinh.

- Nếu khách hàng đang cho con bú: trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ đang cho con bú sử dụng thuốc tránh thai cũng bị mất kinh và điều này không nguy hiểm.
- Thử thai nếu khách hàng không chắc chắn uống thuốc đều.

4.4.2. Kinh nguyệt không đều hoặc ra máu thâm giọt.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai cũng bị tình trạng kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc. Đặc biệt là bản thân nhiều phụ nữ đang cho con bú cũng có kinh nguyệt không đều.
- Hỏi khách hàng các nguyên nhân có thể gây ra tình trạng kinh nguyệt không đều bao gồm: (i) nôn hoặc tiêu chảy, hoặc (ii) bắt đầu uống thuốc chống co giật hoặc rifampicin.
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
 - + Hướng dẫn cách uống thuốc đúng (kể cả khi bị nôn hoặc tiêu chảy).
 - + Kê đơn: ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác).
 - + Đề nghị khách hàng uống loại thuốc tránh thai khác ít nhất trong 3 tháng nếu khách hàng đã uống thuốc ngừa thai nhiều tháng và tình trạng rối loạn kinh nguyệt không hết sau khi uống thuốc kháng viêm.
- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

4.4.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

- Trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều sau uống thuốc
- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh, hoặc tiếp tục không hết, hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh

lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.5. Khác.

4.5.1. Nhức đầu.

- Có thể kê toa một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.
- Khuyến khách hàng ngưng thuốc và sử dụng BPTT không có nội tiết nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) có kèm mờ mắt. Trường hợp khách hàng nhức nửa đầu không kèm mờ mắt thì vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai chỉ chứa progestogen nếu muốn.

4.5.2. Căng ngực.

- Nếu khách hàng đang cho con bú:
 - + Nếu có tình trạng căng sữa và tắc ống dẫn sữa (thường vú căng, đau và có những dấu hiệu của viêm như: sưng, nóng, đỏ...):
 - Tiếp tục cho bé bú.
 - Xoa bóp bầu vú trước và trong khi cho bé bú.
 - Chườm ấm hoặc lạnh.
 - Thay đổi các tư thế cho bú khác nhau.
 - Cho bé bú đúng cách.
 - Nặn bỏ một ít sữa trước khi cho bú.
 - Sử dụng kháng sinh nếu có tình trạng nhiễm trùng.
 - + Nếu có nứt núm vú:
 - Có thể tiếp tục cho bé bú.
 - Nhỏ vài giọt sữa vào núm vú trước khi cho bé bú; dùng ngón tay ngắt sữa sau khi cho bú xong trước khi kéo bé khỏi bầu vú.
 - Không để vú quá căng, nặn sữa nếu vú căng và bé chưa bú.
- Nếu khách hàng không cho con bú:
 - + Khuyến khách hàng thử chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
 - + Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...

4.5.3. Đau nặng bụng dưới.

Cần loại trừ nang, khối u buồng trứng, viêm ruột thừa, viêm vùng chậu hoặc thai ngoài tử cung.

- Thai ngoài tử cung: điều trị hoặc chuyển tuyến.
- Nang cơ nang buồng trứng: giải thích nang thường tự biến mất, nếu có thể khám lại sau 3 tuần.
- Đau do các nguyên nhân khác: không cần ngừng thuốc.

4.5.4. Buồn nôn hoặc chóng mặt.

- Khuyến khách hàng uống thuốc trước khi ngủ hoặc uống trong khi ăn

4.5.5. Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.
- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.5.6. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như nghẹt tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi hoặc ung thư vú...).

- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai và sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.5.7. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

Bài 6. THUỐC TIÊM TRÁNH THAI

Thuốc tiêm tránh thai là BPTT tạm thời, chứa nội tiết progestin. Thuốc tiêm tránh thai hiện có hai loại: (i) DMPA (depot medroxyprogesteron acetat) liều 150 mg, có tác dụng tránh thai 3 tháng, và (ii) NET-EN (norethisteron enantat) liều 200 mg, có tác dụng tránh thai 2 tháng. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc tiêm tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ trong độ tuổi sinh sản muốn dùng một BPTT tạm thời và có hồi phục.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Có nhiều nguy cơ bị bệnh mạch vành (như lớn tuổi, hút thuốc lá, tiểu đường và tăng huyết áp).
- Tăng huyết áp (HA tâm thu ≥ 160 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 100 mmHg) hoặc có bệnh lý mạch máu.
- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi hoặc đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm) hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng.
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Tiểu đường có biến chứng (thận, thần kinh, võng mạc, mạch máu) hoặc trên 20 năm.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia)
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng đau nửa đầu có kèm mờ mắt.

3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

- Có thể bắt đầu ngay khi có sữa (thường 48 giờ sau sinh).
- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày hành kinh đầu tiên (bao gồm cả những người có kinh lại sau 6 tuần hậu sản) hoặc bất cứ lúc nào trong vòng 21 ngày hậu sản (và không cho con bú) hoặc ngay sau phá thai, sảy thai.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Có thể cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp nếu: (i) quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh, hoặc (ii) vô kinh, hoặc (iii) 6 tuần sau sinh và chưa có kinh, hoặc (iv) từ 21 ngày sau sinh trở

đi và chưa có kinh. Trong những trường hợp này, cần thử thai trước khi cho khách hàng mũi tiêm tiếp theo.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ được tiêm thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai hoặc vào thời điểm lập lại mũi tiêm cho những khách hàng đang sử dụng thuốc tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được tiêm thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

3.3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được tiêm thuốc.

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.
- Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai.
 - + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
 - + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu bất thường: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

3.3.5. Các mũi tiêm lần sau.

- Khoảng cách giữa hai lần tiêm: 3 tháng với DMPA và 2 tháng với NET-EN.
- Nếu mũi tiêm lần sau được thực hiện trễ hơn hạn chích (xem phần 4.1 *Chậm ngày tiêm*).
- Chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN
 - + Không khuyến cáo chuyển đổi giữa thuốc tiêm tránh thai và NET-EN.
 - + Nếu nhất thiết phải chuyển đổi cần tiêm vào thời điểm mũi tiêm lập lại.
- Nếu cần tiêm lập lại mà loại thuốc và thời điểm tiêm lần trước không rõ:
 - + Có thể tiêm nếu biết chắc là không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả xem xét sử dụng BPTT khẩn cấp.

4. Kỹ thuật tiêm

- Sát khuẩn vùng tiêm (cơ delta bả vai hoặc mông) bằng cồn, có pha iod càng tốt.
- Dùng bơm kim tiêm một lần.
- Kiểm tra thuốc có còn hạn, lắc đều lọ thuốc trước khi hút thuốc ra bơm tiêm.
- Cần đảm bảo vô khuẩn và tuân thủ những qui định của Phòng ngừa chuẩn khi thực hiện thủ thuật.
- Tiêm sâu, đẩy bơm tiêm từ từ cho thuốc vào hết để bảo đảm đủ 150 mg thuốc tiêm tránh thai được đưa vào cơ thể.
- Sau khi rút kim không xoa vùng tiêm để tránh thuốc lan tỏa sớm và nhanh.

5. Theo dõi sau tiêm.

- Viêm nhiễm tại chỗ, đau, đỏ vùng tiêm.
- Áp xe.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Chậm ngày tiêm.

- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm trong vòng 2 tuần (đối với NET-EN) và trong vòng 4 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc mà không cần sử dụng BPTT hỗ trợ.

- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 2 tuần (đối với NET-EN) và sau 4 tuần (đối với DMPA): vẫn có thể tiêm thuốc nhưng cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả cân nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp, nếu:
 - + Khách hàng đã không giao hợp trong vòng hai tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc
 - + Khách hàng đã sử dụng BPTT hỗ trợ hoặc BPTT khẩn cấp ở mỗi lần giao hợp không được bảo vệ trong vòng hai tuần tính từ ngày đáng lẽ phải được tiêm mũi lặp lại, hoặc
 - + Khách hàng cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn và vừa sinh trong vòng 6 tháng
- Nếu khách hàng trễ hơn thời hạn tiêm sau hơn 2 tuần (đối với NET-EN) và sau 4 tuần (đối với DMPA) và không thỏa những điều kiện trên: vẫn có thể tiêm thuốc nếu biết chắc là không có thai. Cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp, kể cả cân nhắc sử dụng BPTT khẩn cấp và phải thử thai trước khi chích lại mũi thuốc lần sau.
- Cần thảo luận với khách hàng về lý do trễ hạn tiêm và bàn giải pháp thích hợp. Nhắc nhở thời hạn tiêm và thảo luận thêm các BPTT hỗ trợ hoặc gợi ý BPTT khác trong trường hợp khách hàng không thể đến đúng hẹn.

4.2. Rối loạn kinh nguyệt.

4.2.1. Vô kinh.

- Giải thích rằng vô kinh là bình thường khi dùng thuốc tiêm tránh thai.
- Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: có thể hướng dẫn sử dụng BPTT khác.

4.2.2. Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai bị kinh nguyệt không đều, tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
 - + kê đơn: acid mefenamic hoặc valdecoxid trong năm ngày,
- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Nếu bị viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD: có thể tiếp tục sử dụng thuốc cấy trong thời gian điều trị bệnh.

4.2.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

- Đây là tình trạng hiếm gặp, nhưng cần được chú ý đặc biệt. Cần trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tiêm tránh thai; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều hoặc sử dụng 50 mcg ethinyl estradiol trong một chu kỳ.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều làm ảnh hưởng đến sức khỏe: thảo luận với khách hàng chọn BPTT khác.
- Khuyến khích khách hàng uống viên sắt hoặc ăn các thực phẩm giàu chất sắt.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

4.2.4. Ra máu âm đạo bất thường.

- Khám toàn diện để tìm nguyên nhân.

- Có thể ngừng sử dụng thuốc tiêm nhằm giúp chẩn đoán thuận tiện hơn, trong thời gian này khách hàng có thể sử dụng BPTT khác (không nên là DCTC hoặc que cấy).
- Nếu nguyên nhân ra máu là viêm vùng chậu hoặc NKLTQĐTD thì khách hàng vẫn có thể vẫn tiếp tục sử dụng thuốc tiêm trong thời gian điều trị bệnh.

4.3. Khác.

4.3.1. Nhức đầu.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.
- Ngừng thuốc tiêm nếu khách hàng bị nhức đầu kèm mờ mắt.

4.3.2. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quỵ hoặc ung thư vú...).

- Ngừng thuốc tiêm và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.3.3. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngưng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

Bài 7. THUỐC CÂY TRÁNH THAI

Thuốc cây tránh thai là BPTT tạm thời có chứa progestin. Hiện nay thuốc cây tránh thai có hai loại: (i) Norplant: gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg levonorgestrel, và (ii) Implanon: chỉ có một nang, chứa 68 mg etonogestrel. Norplant có tác dụng kéo dài **5 năm (hoặc đến 7 năm)** với những phụ nữ có trọng lượng dưới 70 kg tại thời điểm đặt và trong quá trình sử dụng) và Implanon có tác **dụng 3 năm**. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng thuốc cây tránh thai nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ muốn sử dụng một BPTT dài hạn và có hồi phục.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Có thai.
- Đang bị ung thư vú.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

- Đang bị thuyên tắc tĩnh mạch sâu, thuyên tắc phổi.
- Đang bị lupus ban đỏ hệ thống và có kháng thể kháng phospholipid (hoặc không làm xét nghiệm).
- Ra máu âm đạo bất thường chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại.
- Xơ gan mất bù có suy giảm chức năng gan trầm trọng, hoặc u gan (ngoại trừ trường hợp tăng sinh lành tính dạng nốt - benign focal nodular hyperplasia).
- Không tiếp tục sử dụng nếu khách hàng:
 - + Đã từng hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
 - + Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

3. Thời điểm thực hiện.

3.3.1. Khách hàng chưa sử dụng BPTT.

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu (hoặc trong vòng 5 ngày đầu đối với Implanon) của vòng kinh.
- Ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày (hoặc nếu quá 5 ngày đối với Implanon) từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Vô kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sinh và cho con bú hoàn toàn hoặc gần như hoàn toàn:
 - + Trong vòng 6 tuần sau sinh và đang cho con bú: chỉ sử dụng thuốc cấy một khi không còn BPTT nào khác.
 - + Từ 6 tuần đến 6 tháng, vô kinh: bất kỳ lúc nào,
 - + Nếu có kinh lại sau 6 tuần: như trường hợp hành kinh bình thường.
- **Sau sinh không cho bú hoàn toàn.**
 - + Trong vòng 6 tuần sau sinh: chỉ sử dụng một khi không còn BPTT nào khác.
 - + Sau 6 tuần:
 - nếu chưa có kinh lại: bất kỳ lúc nào nếu chắc chắn là không có thai, khách hàng cần sử dụng BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - nếu đã có kinh lại: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Sau sinh, không cho con bú:
 - + Dưới 21 ngày: bất kỳ lúc nào.
 - + Từ 21 ngày trở đi và chưa có kinh: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
 - + Nếu đã có kinh lại bình thường: như trường hợp hành kinh bình thường.
- Ngay sau phá thai hoặc sảy thai:
 - + Trong vòng 7 ngày sau phá thai, sảy thai: có thể cấy thuốc ngay lập tức.
 - + Sau 7 ngày: bất kỳ thời điểm nào nếu có thể khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp: sử dụng thuốc cấy trong vòng 7 ngày đầu của kỳ kinh kế tiếp (vào trong vòng 5 ngày đối với Implanon) hoặc trong bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn là không có thai. Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai trong thời gian chờ cấy thuốc.
- Ngay sau khi lấy thuốc cấy nếu muốn cấy tiếp.

3.3.2. Khách hàng đang sử dụng BPTT nội tiết sẽ được cấy thuốc.

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai, vào thời điểm lắp lại mũi tiêm.

3.3.3. Khách hàng đang sử dụng BPTT không nội tiết (không phải DCTC) sẽ được cấy thuốc:

- Ngay lập tức nếu đang sử dụng liên tục và đúng cách hoặc nếu biết chắc là không có thai. Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

3.3.4. Khách hàng đang sử dụng DCTC (kể cả DCTC giải phóng levonorgestrel) sẽ được cấy thuốc:

- Trong vòng 7 ngày đầu tiên của vòng kinh, có thể lấy DCTC ở thời điểm này.
- Bất kỳ lúc nào nếu biết chắc là không có thai:

- + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và đã có giao hợp: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- + Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh và không giao hợp: cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm BPTT hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp. Nếu DCTC chính là biện pháp hỗ trợ: cần lấy DCTC vào chu kỳ sau.
- Nếu vô kinh hoặc ra máu không theo chu kỳ: xem hướng dẫn dành cho phụ nữ vô kinh.

4. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng, và cách xử trí.

4.1. Rối loạn kinh nguyệt.

4.1.1 Vô kinh.

- Giải thích rằng vô kinh là bình thường khi dùng thuốc cấy tránh thai.
- Nếu khách hàng không chấp nhận vô kinh: tháo hoặc chuyển đến cơ sở có thể tháo, và hướng dẫn sử dụng BPTT khác

4.1.2. Ra máu thấm giọt hoặc kinh nguyệt không đều.

- Trấn an khách hàng rằng nhiều phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai bị kinh nguyệt không đều; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Xử trí tình trạng rối loạn kinh nguyệt:
 - + Kê đơn:
 - Ibuprofen (hoặc các thuốc kháng viêm không steroid khác),
 - Thuốc tránh thai kết hợp (progestin: levonorgestrel) hoặc ethinyl estradiol trong 21 ngày nếu không có chống chỉ định estrogen.
- Nếu tình trạng rối loạn kinh nguyệt xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Nếu bị viêm vùng chậu hoặc NKLQTĐTD: có thể tiếp tục sử dụng thuốc cấy trong thời gian điều trị bệnh.

4.1.3. Ra máu hoặc quá nhiều (từ gấp đôi bình thường trở lên) hoặc kéo dài (từ 8 ngày trở lên).

- Đây là tình trạng hiếm gặp, nhưng cần được chú ý đặc biệt. Cần trấn an khách hàng rằng tình trạng này đôi khi cũng xảy ra ở nhiều phụ nữ sử dụng que cấy tránh thai; tình trạng này sẽ giảm và hết sau vài tháng sử dụng thuốc.
- Có thể xử trí ban đầu như những khách hàng bị kinh nguyệt không đều. Thuốc tránh thai kết hợp với liều 50 mcg ethinyl estradiol có thể hiệu quả hơn loại liều thấp.
- Khuyến khích khách hàng uống viên sắt hoặc ăn các thực phẩm giàu chất sắt.
- Nếu tình trạng ra máu nhiều xuất hiện sau vài tháng có kinh bình thường hoặc sau một thời gian vô kinh hoặc tiếp tục không hết hoặc nghi ngờ có nguyên nhân bệnh lý khác: cần khám toàn diện để tìm nguyên nhân. Trong quá trình khám, khách hàng vẫn có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai.

4.2. Đau hạ vị.

Cần loại trừ nang và khối u buồng trứng, viêm ruột thừa, viêm vùng chậu, thai ngoài tử cung hoặc u gan vỡ.

- Thai ngoài tử cung: điều trị hoặc chuyển tuyến, tháo thuốc cấy.
- Nang cơ nang buồng trứng: giải thích nang thường tự biến mất, nếu có thể khám lại sau 3 tuần.
- Đau do các nguyên nhân khác: không cần tháo thuốc cấy.

4.3. Tại vị trí cây.

4.3.1. Đau sau khi cấy.

- Hướng dẫn cho khách hàng.
 - + Đảm bảo băng ép không quá chặt.
 - + Thay băng ép mới.
 - + Tránh đè mạnh vào vùng cấy trong vài ngày và tránh ép vào núm vú đau.
- Chỉ định aspirin hoặc các thuốc kháng viêm không steroid.

4.3.2. Nhiễm khuẩn vị trí cấy (đau, nóng, đỏ) hoặc áp xe (có mủ).

- Viêm.
 - + Không tháo que cấy.
 - + Rửa sạch vùng cấy bằng thuốc sát khuẩn hoặc nước xà phòng.
 - + Chỉ định kháng sinh cho 7 ngày và yêu cầu khách hàng quay lại sau 1 tuần. Nếu không đỡ, tháo que cấy hoặc chuyển tuyến.
- Áp xe.
 - + Rửa sạch vùng viêm bằng thuốc sát khuẩn, rạch da và tháo mủ
 - + Nếu nhiễm khuẩn da nhiều: chỉ định kháng sinh uống trong 10 ngày .
 - + Điều trị vết thương.
 - + Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo (nếu tình trạng không ổn định).

4.4. Khác.

4.4.1. Nhức đầu.

- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...
- Khám toàn diện nếu tình trạng nhức đầu không giảm hoặc trầm trọng hơn.
- Tháo que cấy và khuyên khách hàng sử dụng BPTT không có nội tiết nếu khách hàng bắt đầu bị nhức nửa đầu (migrain) có kèm mờ mắt hoặc bị nặng lên sau khi cấy, đặc biệt đi kèm nhìn mờ, mất thị giác thoáng qua, mất ngủ, buồn nôn hoặc thấy các đường đic đắc, rối loạn ngôn ngữ hoặc vận động. Trường hợp nhức nửa đầu không kèm mờ mắt vẫn có thể tiếp tục sử dụng que cấy nếu muốn.
- Chuyển tuyến để điều trị bệnh tương ứng.

4.4.2. Căng ngực.

- Khuyên khách hàng thử chườm ngực bằng khăn lạnh hoặc ấm.
- Có thể kê đơn một trong các loại thuốc giảm đau như aspirin, ibuprofen hoặc paracetamol...

4.4.3. Khách hàng bắt đầu sử dụng các thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin (các thuốc này có thể làm giảm tác dụng của thuốc ngừa thai).

- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin kéo dài: cần chuyển sang BPTT khác.
- Nếu khách hàng sử dụng thuốc ngừa co giật hoặc rifampicin trong thời gian ngắn: có thể tiếp tục sử dụng thuốc tránh thai kèm với các BPTT hỗ trợ.

4.4.4. Xuất hiện các dấu hiệu của bệnh lý nội khoa (như tắc mạch sâu ở chân hoặc phổi, thiếu máu cơ tim hoặc đột quỵ hoặc ung thư vú...)

- Tháo que cấy hoặc chuyển tuyến để tháo và yêu cầu khách hàng sử dụng các BPTT hỗ trợ khác trong thời gian chẩn đoán bệnh.

4.4.5. Nghi ngờ có thai.

- Xác định tình trạng thai.
- Yêu cầu khách hàng ngừng thuốc tránh thai nếu chắc chắn có thai. Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai trong lúc mang thai.

Bài 8. TRIỆT SẢN NAM BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT ỐNG DẪN TINH

Triệt sản nam bằng phương pháp thắt và cắt ống dẫn tinh là BPTT vĩnh viễn dành cho nam giới bằng cách làm gián đoạn ống dẫn tinh dẫn đến không có tinh trùng trong mỗi lần xuất tinh. Đây là biện pháp thực hiện một lần có tác dụng tránh thai suốt đời vì thể khách hàng cần được tư vấn kỹ trước khi quyết định thực hiện. Đây là một thủ thuật ngoại khoa đơn giản và an toàn. Hiệu quả tránh thai rất cao (trên 99,5 %) và triệt sản nam không có ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt tình dục. Triệt sản nam không phòng tránh được các NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Nam giới đã có đủ số con mong muốn, khỏe mạnh, tự nguyện dùng một BPTT vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ.

2. Chống chỉ định (không có chống chỉ định tuyệt đối).

2.1. Cần THẬN TRỌNG (có thể thực hiện bình thường khi có thêm những chuẩn bị cần thiết) **nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau.**

- Tiền căn chấn thương bìu hoặc bìu sưng to do giãn tĩnh mạch vùng thừng tinh, tinh hoàn lạc chỗ 1 bên.
- Bệnh lý nội khoa như tiểu đường, trầm cảm hoặc trẻ tuổi.

2.2. HOÃN thủ thuật nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau.

- NKLTQĐTD cấp hoặc viêm (sưng, đau) đầu dương vật, ống dẫn tinh hoặc tinh hoàn hoặc nhiễm khuẩn tinh hoàn.
- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc bị bệnh phù chân voi.

2.3. Cần có CHUẨN BỊ ĐẶC BIỆT (như phẫu thuật viên có kinh nghiệm hoặc phương tiện gây mê nội khí quản hoặc những phương tiện hồi sức cần thiết) **nếu khách hàng có một trong những dấu hiệu sau: thoát vị bẹn, có AIDS hoặc rối loạn đông máu.**

3.3. Thời điểm thực hiện.

Bất kỳ thời gian nào thuận tiện.

Bài 9. TRIỆT SẢN NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT VÀ CẮT VÒI TỬ CUNG

Triệt sản nữ bằng phương pháp thắt và cắt vòi tử cung là một phẫu thuật làm gián đoạn vòi tử cung, không cho tinh trùng gặp noãn để thực hiện thụ tinh. Triệt sản nữ là biện pháp tránh thai vĩnh viễn, hiệu quả tránh thai rất cao (trên 99%) và không ảnh hưởng đến sức khỏe, quan hệ tình dục. Triệt sản nữ không phòng tránh được NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

- Phụ nữ đang ở độ tuổi sinh đẻ đã có đủ số con mong muốn, các con khỏe mạnh, tự nguyện dùng một BPTT vĩnh viễn và không hồi phục sau khi đã được tư vấn đầy đủ.
- Phụ nữ bị các bệnh có chống chỉ định có thai.

2. Chống chỉ định: (không có chống chỉ định tuyệt đối).

2.1. Cần THẬN TRỌNG (có thể thực hiện bình thường khi có thêm những chuẩn bị cần thiết) nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- Bệnh lý sản khoa (tiền sử hoặc hiện tại) như: tiền sử viêm vùng chậu từ lần mang thai trước, ung thư vú, u xơ tử cung hoặc tiền sử phẫu thuật vùng chậu hoặc bụng dưới.
- Bệnh lý tim mạch như: tăng huyết áp (140/90 - 159/99 mmHg), tiền sử đột quỵ hoặc bệnh tim không biến chứng.
- Bệnh mạn tính như động kinh, tiểu đường chưa có biến chứng, nhược giáp, xơ gan còn bù, u gan hoặc nhiễm schistosomiasis gan, thiếu máu thiếu sắt mức độ vừa (hemoglobin 7 - 10 g/dl), bệnh hồng cầu hình liềm, thalassemia, bệnh thận, thoát vị hoành, suy dinh dưỡng nặng, béo phì, trầm cảm hoặc còn trẻ.

2.2. HOÃN thực hiện nếu khách hàng có một trong những đặc điểm sau.

- Có thai hoặc trong thời gian 7 - 42 ngày hậu sản.
- Hậu sản của thai kỳ bị tiền sản giật nặng hoặc sản giật.
- Biến chứng sau sinh, sau nạo trầm trọng như: nhiễm khuẩn, xuất huyết hoặc chấn thương hoặc còn ứ máu buồng tử cung nhiều hoặc ra huyết âm đạo bất thường gợi ý bệnh lý nội khoa.
- Viêm vùng chậu hoặc viêm tử cung hoặc viêm cổ tử cung do *Chlamydia* hoặc lậu cầu.
- Ung thư vùng chậu hoặc bệnh tế bào nuôi ác tính.
- Bệnh lý túi mật có triệu chứng hoặc viêm gan siêu vi cấp.
- Thiếu máu thiếu sắt trầm trọng (hemoglobin < 7 g/dl).
- Bệnh phổi như: viêm phổi, viêm phế quản.
- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc nhiễm khuẩn da bụng.
- Khách hàng chuẩn bị phẫu thuật do nguyên nhân cấp cứu hoặc do nhiễm khuẩn.

Bài 10. BIỆN PHÁP TRÁNH THAI KHẨN CẤP

Biện pháp tránh thai khẩn cấp được sử dụng sau khi giao hợp không được bảo vệ, gồm có: uống thuốc viên tránh thai và đặt dụng cụ tử cung. Thuốc tránh thai khẩn cấp có hiệu quả càng cao nếu sử dụng càng sớm. Khách hàng nhiễm HIV hay có bạn tình nhiễm HIV có thể sử dụng các BPTT khẩn cấp nhưng cần lưu ý là BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLQĐTD và HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ sau giao hợp không được bảo vệ hoặc sử dụng BPTT thất bại, như rách bao cao su, quên uống thuốc, tiêm thuốc muộn... hoặc bị hiếp dâm.

2. Chống chỉ định.

2.1. Viên thuốc tránh thai.

Có thai.

2.2. Dụng cụ tử cung.

3. Quy trình thực hiện

3.3. Thời điểm thực hiện

- Khách hàng sẽ sử dụng BPTT khẩn cấp (uống thuốc hoặc đặt DCTC) càng sớm càng tốt trong vòng 5 ngày (120 giờ) sau giao hợp không được bảo vệ. Hiệu quả tránh thai khẩn cấp giảm dần mỗi ngày.

- Nếu biết chắc ngày rụng trứng, đặt DCTC để tránh thai khẩn cấp có thể được thực hiện trong vòng 5 ngày sau rụng trứng, tức có thể trễ hơn 5 ngày sau giao hợp không được bảo vệ.

3.4. Cách sử dụng:

- Viên thuốc tránh thai:
 - + Viên thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ chứa progestin (Postinor, Excapel...)
 - Loại một viên: chứa 1,5 mg levonorgestrel hoặc 3 mg norgestrel: uống một viên (liều duy nhất)
 - Loại 02 viên: mỗi viên chứa 0,75 mg levonorgestrel. Uống hai lần, mỗi lần một viên cách nhau 12 giờ hoặc uống một lần cả 02 viên
 - + Viên thuốc tránh thai kết hợp (Ideal, Choice, New Choice...) nếu không có viên thuốc tránh thai khẩn cấp
 - Uống 2 lần cách nhau 12 giờ; mỗi lần 4 viên (mỗi viên chứa 30 mcg ethinyl estradiol và 0,15 mg hoặc 0,125 mg lenovorgestrel) đảm bảo ít nhất mỗi lần 0,1 mg ethinyl estradiol và 0,5 mg levonorgestrel (hoặc 1 mg norgestrel hoặc 2 mg norethisteron)
- DCTC (xem bài DCTC tránh thai): đây là lựa chọn thích hợp cho những khách hàng muốn tiếp tục sử dụng DCTC tránh thai

4. Sử dụng các BPTT sau sử dụng BPTT khẩn cấp

4.1 Viên thuốc tránh thai kết hợp, viên thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ có progestin

- Bắt đầu ngay sau ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, không cần chờ đến kỳ kinh sau
- Sử dụng tiếp theo vỉ thuốc đang sử dụng (nếu khách hàng đang sử dụng) hoặc bắt đầu vỉ thuốc mới (nếu khách hàng chưa sử dụng BPTT này trước đó)
- Sử dụng BPTT hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp sau uống thuốc

4.2 Thuốc tiêm tránh thai

- Bắt đầu ngay trong ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, hoặc có thể bắt đầu trong vòng 7 ngày sau khi có kinh lại (nếu khách hàng yêu cầu).
- Sử dụng BPTT hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp sau tiêm thuốc
- Nhắc khách hàng tái khám nếu có dấu hiệu nghi ngờ có thai

4.3 Thuốc cấy

- Bắt đầu ngay sau khách hàng có kinh lại
- Cung cấp các BPTT hỗ trợ hoặc thuốc tránh thai uống bắt đầu từ ngay sau ngày uống thuốc tránh thai khẩn cấp, trong thời gian chờ đợi đến thời điểm cấy thuốc

4.4 Đặt DCTC

- Tiếp tục sử dụng DCTC nếu khách hàng đã sử dụng DCTC để tránh thai khẩn cấp hoặc
- Bắt đầu ngay trong ngày khách hàng uống thuốc tránh thai khẩn cấp

4.5 Bao cao su, màng ngăn âm đạo, phương pháp xuất tinh ngoài âm đạo

Ngay lập tức

4.5 BPTT tính ngày kinh

Bắt đầu ngay sau khi khách hàng có kinh lại

5. Những vấn đề khó khăn khi sử dụng tránh thai khẩn cấp, và cách xử trí

4.1. Nôn trong vòng 2 giờ sau uống thuốc

- Uống lại liều thuốc tránh thai khẩn cấp càng sớm càng tốt.
- Có thể sử dụng thuốc chống nôn trước khi uống liều lặp lại cho những khách hàng uống viên thuốc tránh thai kết hợp, hoặc liều lặp lại có thể được đặt đường âm đạo nếu khách hàng vẫn tiếp tục nôn nhiều,

- Chú ý là phác đồ sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp chỉ có levonorgestrel để tránh thai khẩn cấp ít gây buồn nôn và nôn hơn so với viên thuốc kết hợp và không khuyến cáo phải sử dụng thuốc chống nôn một cách thường qui trước khi uống thuốc tránh thai khẩn cấp.
- Tác dụng phụ bao gồm ra huyết âm đạo bất thường, buồn nôn, nôn, căng ngực, nhức đầu và chóng mặt.

4.2. **Chậm kinh**

- Cần thử thai hoặc tái khám tại cơ sở y tế nếu chậm kinh.
- Không có bằng chứng về nguy cơ lên thai khi sử dụng thuốc tránh thai khẩn cấp và mang thai.

4.3. **Ra máu thấm giọt**

Trần an khách hàng đây không phải dấu hiệu bất thường, và sẽ tự hết không cần điều trị.

Bài 11. CÁC BIỆN PHÁP TRÁNH THAI TRUYỀN THỐNG (TỰ NHIÊN)

BPTT truyền thống (tự nhiên) là những BPTT không cần dùng dụng cụ, thuốc hay thủ thuật nào để ngăn cản thụ tinh. Đây là những BPTT tạm thời và ít hiệu quả bao gồm: (i) biện pháp tính theo vòng kinh, (ii) biện pháp xuất tinh ngoài âm đạo. Các BPTT truyền thống không nên khuyến cáo cho khách hàng sẽ có nguy cơ cao khi mang thai. Khách hàng có nhiễm HIV hay bạn tình có nhiễm HIV cần cân nhắc khi sử dụng BPTT truyền thống vì BPTT này không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD và HIV/AIDS.

1. **Chỉ định.**

Tất cả khách hàng chưa muốn sinh con đều có thể áp dụng.

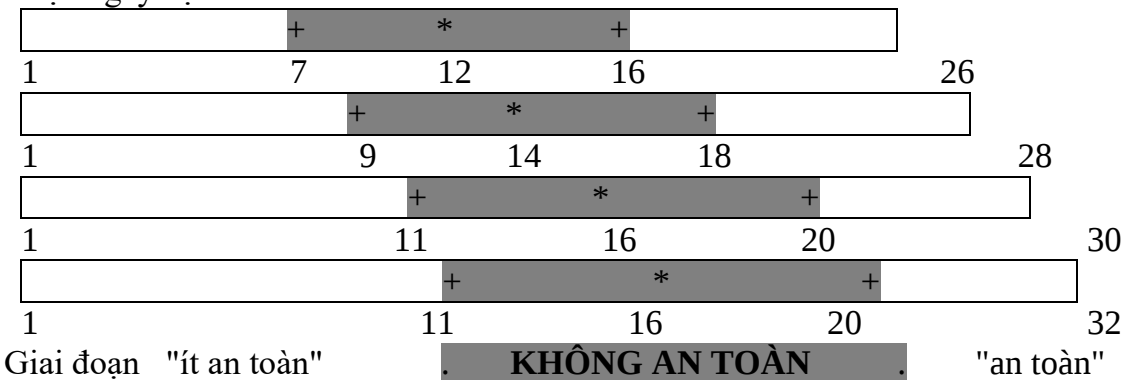
2. **Chống chỉ định tương đối (không có chống chỉ định tuyệt đối).**

- Phụ nữ cho con bú trong vòng 6 tuần sau sinh. Cần chờ đợi cho đến khi khách hàng có ít nhất 3 chu kỳ kinh đều.
- Chu kỳ kinh không đều hoặc ra máu âm đạo bất thường, bao gồm cả thời kỳ mới dậy thì và thời kỳ tiền mãn kinh (đối với biện pháp tính theo vòng kinh).
- Thận trọng khi khách hàng đang sử dụng những loại thuốc có thể làm chậm phóng noãn, ví dụ như thuốc an thần (trừ benzodiazepin), thuốc chống trầm cảm, sử dụng kháng sinh kéo dài hoặc sử dụng thuốc kháng viêm không steroid kéo dài.

3.2. **Hướng dẫn thực hiện.**

3.2.1. **BPTT tính theo vòng kinh.**

- Căn cứ vào số ngày mỗi vòng kinh của khách hàng, hướng dẫn khách hàng tính được ngày dự kiến sẽ có kinh lần sau:



Ghi chú:

*

ngày dự kiến phóng noãn.

+.....+

những ngày có khả năng thụ thai.

- Từ ngày dự kiến có kinh lùi lại 14 ngày là ngày có thể phóng noãn trong vòng kinh.
- Trong vòng 5 ngày trước và 4 ngày sau khi phóng noãn là những ngày không an toàn, cần kiêng giao hợp hoặc nếu giao hợp thì cần dùng BPTT hỗ trợ.

3.2.2. BPTT bằng cách xuất tinh ngoài âm đạo.

- Khi cảm thấy sắp xuất tinh thì rút dương vật ra, phóng tinh ở ngoài âm đạo.
- Không để tinh dịch rỉ ra khi dương vật còn trong âm đạo và không để tinh dịch đã phóng ra ngoài rơi trở lại âm đạo.

Bài 12. BIỆN PHÁP TRÁNH THAI CHO BÚ VÔ KINH

Biện pháp cho bú vô kinh là một BPTT tạm thời dựa vào việc cho bú mẹ hoàn toàn sau sinh khi chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi. Biện pháp cho bú vô kinh là BPTT hiệu quả không cao, không nên khuyến cáo cho những khách hàng sẽ có nguy cơ cao khi mang thai. Biện pháp cho bú vô kinh không nên sử dụng cho những khách hàng nhiễm HIV hoặc có bạn tình nhiễm HIV và không giúp ngăn ngừa NKLTQĐTD, HIV/AIDS.

1. Chỉ định.

Phụ nữ cho con bú hoàn toàn, chưa có kinh trở lại và con dưới 6 tháng tuổi.

2. Chống chỉ định.

2.1. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Mẹ đang sử dụng những loại thuốc chống chỉ định cho con bú như: các loại thuốc chống đông, chống chuyển hóa, bromocriptin, corticosteroid liều cao, cyclosporin, ergotamin, lithium, thuốc trầm cảm và thuốc có đồng vị phóng xạ.
- Những tình trạng của bé ảnh hưởng đến việc cho bú như: bé có dị tật vùng miệng, hầu - họng, bé non tháng hoặc nhỏ so với tuổi thai cần chăm sóc đặc biệt, bé bị một số tình trạng rối loạn chuyển hóa.

2.2. Chống chỉ định tương đối.

Mẹ nhiễm HIV.

