



PHẦN 1. KỸ NĂNG GIAO TIẾP

Câu 1. Trình bày ưu, nhược điểm các loại câu hỏi thường dùng trong giao tiếp, cho ví dụ từng loại câu hỏi.	1
Câu 2. Trình bày các biểu hiện của giao tiếp không lời.	2
Câu 3. Liệt kê quy trình giao tiếp thầy thuốc với cộng đồng. Tại sao phải thuyết phục người dân làm theo hành vi mới.	3
Câu 4. Liệt kê kiến thức, kỹ năng cần thiết để giao tiếp hiệu quả với đồng nghiệp.	3
Câu 5. Trình bày những nguyên tắc, yếu tố quan trọng trong làm việc nhóm.	4
Câu 6. Trình bày được các vấn đề thường gặp trong giao tiếp với đồng nghiệp và cách giải quyết các vấn đề đó.	5
Câu 7. Trình bày hậu quả của việc giao tiếp với đồng nghiệp không hiệu quả.	6
Câu 8. Thảo luận nhóm là gì? Mục đích của thảo luận nhóm.	6
Câu 9. Trình bày các bước chuẩn bị cho cuộc thảo luận nhóm.	7
Câu 10. Trình bày quy trình của cuộc thảo luận nhóm.	7
Câu 11. Liệt kê các kỹ năng cơ bản thường sử dụng trong thảo luận nhóm. Trình bày các cách giải quyết các xung đột trong thảo luận nhóm.	7
Câu 12. Trình bày mục tiêu và nguyên tắc giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ.	8
Câu 13. Kể tên các phương pháp giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ. Trình bày phương pháp đóng vai trong giáo dục sức khỏe của nhóm nhỏ.	8
Câu 14. Trình bày ưu điểm giáo dục sức khỏe cho cá nhân. Liệt kê các quy tắc cơ bản trong giáo dục sức khỏe cá nhân.	9
Câu 15. Mô tả mục đích và cách tổ chức của phương pháp biểu diễn và thực tập trong giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ.	9
Câu 16. Thực hiện kỹ năng khai thác bệnh sử.	9
Câu 17. Khi bệnh nhân đến khám, bác sỹ cần hỏi bệnh nhân điều gì?	10
Câu 18. Sau khi thăm khám bệnh (chẩn đoán), bác sỹ cần hỏi và yêu cầu bệnh nhân làm gì?	10
Câu 19. Trình bày ý nghĩa, vai trò của bệnh án.	11
Câu 20. Trình bày các phần (mục) của bệnh án.	11

Câu 1. Trình bày ưu, nhược điểm các loại câu hỏi thường dùng trong giao tiếp, cho ví dụ từng loại câu hỏi.

Có 3 loại câu hỏi thường dùng trong giao tiếp là câu hỏi mở, câu hỏi đóng và câu hỏi gợi ý. Câu hỏi mở là câu hỏi bắt đầu bằng những từ để hỏi như cái gì, ở đâu, như thế nào, v.v và khuyến khích câu trả lời dài không có cấu trúc. Câu hỏi đóng có đặc điểm là câu hỏi ngắn gọn và thường yêu cầu trả lời thông tin cơ bản và hạn chế. Câu hỏi gợi ý là câu hỏi trong đó có giả định các khả năng có thể xảy ra.

a. Câu hỏi mở



Ưu điểm:

- Khuyến khích đối tượng được hỏi nói nhiều hơn và sâu hơn về vấn đề của họ nên được sử dụng nhiều hơn trong tư vấn.
- Tạo điều kiện giải nghĩa sâu hơn về mặt quan điểm, thái độ, suy nghĩ và cảm xúc trong khi đó người đặt câu hỏi cần kết hợp nghe và quan sát đối tượng.
- Người được hỏi có thể cung cấp những thông tin mà người đặt câu hỏi không dự kiến được.
- Làm tăng khả năng kiểm soát của người trả lời và làm tăng khả năng khai thác thông tin về các vấn đề cần thảo luận, tìm hiểu người hỏi.
- Đối tượng được hỏi cảm thấy được tham gia nhiều hơn trong cuộc nói chuyện.

Nhược điểm:

- Đặt câu hỏi mở có thể mất nhiều thời gian.
- Những đối tượng được hỏi nói nhiều thì có thể cung cấp thông tin dài dòng, không phù hợp.
- Cuộc nói chuyện có thể kéo dài hơn và khó kiểm soát.
- Cần tập trung chú ý để ghi chép tóm tắt đầy đủ các ý của đối tượng trả lời.

Ví dụ:

- Hôm nay anh thấy trong người như thế nào?

b. Câu hỏi đóng

Ưu điểm:

- Rất hữu ích trong việc thu thập những thông tin thực sự trong một khoảng thời gian giới hạn hoặc thu thập thông tin cụ thể mà người bệnh không cung cấp.

Nhược điểm:

- Những thông tin thu thập được phụ thuộc vào những câu hỏi.
- Có thể làm người bệnh thất vọng khi họ có rất ít cơ hội để bày tỏ cảm giác của họ.
- Những cán bộ y tế thường đặt câu hỏi có/không thì có thể không có nhiều hiểu biết đầy đủ về người bệnh và người bệnh cũng có thể không được khuyến khích để gợi mở những thông tin hữu ích.

Ví dụ:

- Anh có bị đau đầu không?

c. Câu hỏi gợi ý

Ưu điểm:

- Hướng người trả lời vào câu trả lời được mong đợi trước. Giúp người trả lời có suy nghĩ kỹ hơn, nói rõ hơn về vấn đề của họ.
- Giúp người hỏi kiểm tra được độ chính xác của thông tin của người trả lời.
- Gợi mở và khuyến khích cuộc trò chuyện.

Ví dụ:

- Anh nói khó chịu trong người nghĩa là sao? Anh mô tả cảm giác lúc đó được không?

Câu 2. Trình bày các biểu hiện của giao tiếp không lời.

Giao tiếp không lời được chia làm những loại sau:

- Cử chỉ: Là ngôn ngữ cơ thể gồm chuyển động của bàn tay, cánh tay, đầu, chân, bàn chân, cử chỉ, ánh mắt và nét mặt.
- Từ tượng thanh: Thường không có nội dung mà chỉ có âm thanh và kết hợp với âm tốc, âm độ, âm sắc khi nói chẳng hạn như ngưng ngừng, nghỉ, im lặng, ngắt quãng.



- Tiếp xúc về mặt thể chất: Bao gồm các dạng tiếp xúc cơ thể như bắt tay, ôm vai, v.v. Trong tất cả các ngôn ngữ không lời thì tiếp xúc là hành vi không có hiệu quả nhất. Tiếp xúc có thể diễn đạt các mức thang tình cảm như sự mềm yếu, tình yêu, sự giận giữ và sự chia sẻ. Tùy vào từng nền văn hóa mà phải tiếp xúc một cách phù hợp, đúng nơi, đúng cách.
- Khoảng cách giữa các cá nhân trong giao tiếp xã hội: Là khoảng cách giữa các cá nhân và tiêu chuẩn xã hội. Trong đối thoại khoảng cách giữa hai người đối thoại có ý nghĩa nhất định. Khoảng cách công cộng cách nhau ít nhất 3.5m phù hợp với tiếp xúc đám đông tụ tập thành nhóm, khoảng cách xã hội cách nhau từ 1.2m-3.5m sử dụng khi tiếp xúc người lạ, khoảng cách cá nhân 0.45m-1.5m sử dụng trong quan hệ bạn bè-đồng nghiệp, khoảng cách thân mật 0-0.45m sử dụng với những người thân thiết gần gũi.
- Đồ trang điểm, trang trí bên ngoài như quần áo, nước hoa, trang sức, v.v có thể thể hiện nghề nghiệp từng người, liên quan đến vị trí xã hội, thể hiện người gọn gàng hay lôi thôi.
- Hoàn cảnh giao tiếp: Là bối cảnh diễn ra quá trình giao tiếp bao gồm khía cạnh vật lý (địa điểm, không gian, v.v) và khía cạnh xã hội (mục đích giao tiếp, quan hệ giao tiếp).

Câu 3. Liệt kê quy trình giao tiếp thầy thuốc với cộng đồng. Tại sao phải thuyết phục người dân làm theo hành vi mới.

a. Quy trình giao tiếp thầy thuốc với cộng đồng:

1. Chào hỏi, xưng hô cho phù hợp với tuổi-tự giới thiệu bản thân.
2. Quan sát và hỏi thăm hoàn cảnh gia đình.
3. Hỏi nguyên nhân mà người dân vẫn sử dụng hành vi có hại cho sức khỏe.
4. Hỏi sự hiểu biết các cách thực hành của người dân về vấn đề sắp nói tới.
5. Khuyến khích người dân nói về mối quan tâm của họ.
6. Lắng nghe, bày tỏ tinh thần hợp tác.
7. Thông tin chính xác, giải thích rõ ràng, từ ngữ đơn giản.
8. Xử lý nhanh các tình huống bất ngờ: Khen ngợi, đồng cảm, trấn an.
9. Đưa ra hướng giải quyết. Thuyết phục người dân làm theo hành vi mới.
10. Tóm tắt thông tin.
11. Lượng giá kết quả công việc.

b. Thuyết phục người dân làm theo hành vi mới vì đây là bước quan trọng, là mục đích cuối cùng của buổi giao tiếp, nó quyết định sự thành công của buổi giao tiếp, giúp người dân hiểu và thấy được lợi ích của hành vi mới đó. Có thể giải quyết và giúp ích cho vấn đề của họ.

Câu 4. Liệt kê kiến thức, kỹ năng cần thiết để giao tiếp hiệu quả với đồng nghiệp.

a. Kiến thức cần có:

- Kiến thức cơ bản về các nguyên tắc tổ chức của cơ quan, vai trò và trách nhiệm của từng thành viên trong cơ quan.
- Hiểu một cách khái quát đặc điểm của đồng nghiệp.
- Có kiến thức về quá trình giao tiếp, các nguyên tắc trong giao tiếp với các đối tượng khác nhau và các đối tượng có nhu cầu chuyên biệt khác nhau.

b. Kỹ năng cần thiết:



1. Kỹ năng giao tiếp bằng lời nói. Kỹ năng giao tiếp không lời.
2. Kỹ năng tự giới thiệu hoặc tạo ấn tượng tốt về bản thân.
3. Kỹ năng trò chuyện, đàm phán, thương thuyết cơ bản.
4. Kỹ năng lắng nghe.
5. Kỹ năng khai thác, thu thập thông tin.
6. Kỹ năng quản lý thông tin.
7. Kỹ năng giải quyết vấn đề trong đó cần thiết phải có kỹ năng nhận ra hoặc dự đoán trước một vấn đề.
8. Kỹ năng kiểm soát cảm xúc và kiềm hãm xung đột.
9. Kỹ năng cân bằng các tranh đua giữa các nhu cầu và sở thích.
10. Kỹ năng cho nhận, phản hồi.
11. Kỹ năng tư vấn.
12. Kỹ năng lãnh đạo.
13. Kỹ năng làm việc nhóm.
14. Kỹ năng truyền đạt thông tin rõ ràng, xúc tích và mạch lạc.
15. Kỹ năng đọc tài liệu khi vấn đề liên quan đến giấy tờ, tài liệu.

Câu 5. Trình bày những nguyên tắc, yếu tố quan trọng trong làm việc nhóm.

a. Nguyên tắc trong làm việc nhóm

- Coi mình và mỗi thành viên khác là một bộ phận cấu thành nhóm:
Cần thường xuyên trao đổi, thảo luận với các đồng nghiệp trong nhóm để giải quyết công việc chung chứ không phải chỉ với một vài người mình thích hợp tác. Trao đổi và thảo luận cần thể hiện rõ ràng chính kiến và trung thực. Coi mỗi thành viên như bộ phận cấu thành nhóm, thiếu bộ phận nào nhóm sẽ không hoạt động.
- Tôn trọng các nội quy của nhóm:
Nhóm hình thành trên cơ sở thực hiện các nhiệm vụ để đạt được những mục tiêu đặt ra. Để hoạt động nhóm được thực hiện tốt, nhóm cần có những nội quy, quy định làm cơ sở cho thực hiện hoạt động và quản lý nhóm. Khi đã có các nội quy, quy định mọi thành viên trong nhóm phải tôn trọng và cam kết thực hiện nội quy, quy định nhóm.
- Trong khi giao tiếp liên quan đến công việc không được ngắt lời người khác:
Tập thói quen kiên nhẫn lắng nghe và cố hiểu đồng nghiệp.
- Đoàn kết để đạt đến mục tiêu chung:
Mỗi người đều có chuyên môn sâu của mình, đều có thể đóng góp kiến thức kỹ năng nhiều hay ít cho công việc. Luôn nghĩ tới lợi ích phát triển của nhóm để giao tiếp ứng xử một cách đoàn kết nhưng không bỏ qua sai sót đồng nghiệp mà cần góp ý thẳng thắn chân thành.
- Không chỉ trích đồng nghiệp:
Đừng phản đối ngay ý kiến hay việc làm của người khác dù thấy nó thiếu thực tế hoặc sai sót. Cần có đủ lý lẽ và cơ sở để thảo luận nhắc nhở đồng nghiệp, cần thời gian và địa điểm thích hợp. Không gán mỗi cá nhân ý kiến của họ, chỉ thảo luận và đừng chỉ trích riêng ai cả.
- Luôn tâm niệm rằng, kết quả của việc giải quyết các vấn đề phải là sự đồng lòng của cả nhóm:



Khi ý kiến cá nhân đưa ra bị bác bỏ cũng cần bình tĩnh, thảo luận và phân tích với đồng nghiệp, cần hiểu để đi đến đồng quan điểm và nhìn nhận vấn đề không phải đơn giản. Xử lý hành vi nhóm bao gồm việc trưởng nhóm và mỗi thành viên trong nhóm đưa ra thông tin phản hồi cho nhóm về vấn đề thực hiện chức năng nhóm như thế nào.

b. Yếu tố quan trọng trong làm việc nhóm

- Trước hết nhóm được thành lập dựa trên nhu cầu công việc, có nhiệm vụ và mục đích rõ ràng và được tổ chức chặt chẽ với số lượng thành viên thích hợp, có trình độ hiểu biết, ngành phù hợp để có thể hoàn thành được nhiệm vụ nhóm. Mỗi cá nhân phải xác định được vai trò và trách nhiệm của mình trước nhóm, nhận thức được mỗi người là một mắt xích trong dây chuyền làm việc, ai cũng có nhiệm vụ và vai trò quan trọng.
- Cam kết, tôn trọng lẫn nhau là yếu tố ảnh hưởng lớn đến sự phối hợp và hoàn thành nhiệm vụ của nhóm. Ngoài ra các cá nhân trong nhóm phải có lòng tin, niềm tự hào về nhóm làm việc của mình.
- Sự phân công nhiệm vụ phù hợp với khả năng và trình độ của mỗi thành viên trong nhóm, đảm bảo tính công bằng là cơ sở động lực cho sự phát triển nhóm.
- Có luật lệ, nội quy, kế hoạch công việc rõ ràng cho tất cả các thành viên phải tuân theo là yếu tố không thể thiếu để nhóm hoạt động tốt.
- Đảm bảo sự công bằng trong hưởng thụ quyền lợi cho các thành viên trong nhóm là yếu tố đảm bảo sự phát triển lâu dài và bền vững của nhóm.
- Ngoài quan hệ công việc, tạo quan hệ tình cảm tốt đẹp giữa các thành viên là yếu tố ảnh hưởng lớn đến sự tồn tại và phát triển nhóm.
- Có cơ chế làm việc đúng đắn, chế độ động viên khen thưởng kịp thời, tạo điều kiện cho mọi thành viên phát triển và cống hiến là động lực cho nhóm phát triển tốt.
- Để nhóm có tính tập thể, các cá nhân sẵn sàng chia sẻ trách nhiệm và quyền lợi chung trong nhóm thì không thể thiếu người lãnh đạo nhóm. Người lãnh đạo phải có trình độ chuyên môn cần thiết, có năng lực quản lý và lãnh đạo nhóm, phát huy vai trò làm chủ tập thể của cá nhân, ra quyết định đúng đắn và được các thành viên tin tưởng, kính trọng.

Câu 6. Trình bày được các vấn đề thường gặp trong giao tiếp với đồng nghiệp và cách giải quyết các vấn đề đó.

a. Người luôn bác bỏ ý kiến của mọi người

Những người luôn tìm cách dập tắt ý kiến của người khác dù đúng hay sai. Chẳng hạn trong buổi họp, khi mọi người bàn bạc sôi nổi và cố gắng đưa ra những ý tưởng mới thì người này tỏ thái độ và nói “không” với ý tưởng mới.

Giải quyết: Bỏ qua thái độ ấy và tiếp tục buổi họp, sau đó tìm thời điểm thích hợp để nói chuyện với đồng nghiệp đó. Khéo léo đưa ra lời nhận xét và quan điểm của bạn.

b. Người thích “phồng tay trên” công của người khác

Dù làm việc tập thể hay cá nhân, đồng nghiệp này luôn muốn nhận tất cả thành quả đạt được. Đây là kiểu người tham vọng và muốn thăng tiến bằng mọi cách.

Giải quyết: Người này luôn đề cao “cái tôi” trong nhóm, do đó cần chứng minh cho người này thấy hiệu quả của việc tôn trọng và luôn hòa nhập với tập thể. Ví dụ khi được khen trong một buổi họp về vấn đề nào đó, trước mặt mọi người bạn hãy nói cảm ơn những đồng nghiệp trong nhóm vì giúp đỡ bạn trong công việc. Hy vọng đồng nghiệp đó có thể nhận ra và dần dần rút kinh nghiệm để thay đổi bản thân.

c. Người chuyên sử dụng những từ ngữ hàn lâm



Dù nói chuyện hay viết văn bản, người này luôn sử dụng từ ngữ quá hàn lâm và không thông dụng. Việc này không những gây khó hiểu cho người nghe, người đọc mà đôi khi còn làm hỏng sự trong sáng của từ ngữ.

Giải quyết: Khi nói chuyện hay đọc văn bản, bạn cố lược bớt những từ ngữ rườm rà không cần thiết và tập trung vào ý chính để tránh hiểu sai nội dung. Nếu có gì không hiểu, bạn nên nói trực tiếp với người đó để được giải thích và nếu có thể, góp ý để người đó sử dụng từ ngữ đơn giản hơn.

d. Người luôn gây phiền hà

Người này không hề có khái niệm về một môi trường công sở nghiêm túc, thường xuyên gây gián đoạn công việc bạn đang làm hoặc nói to khi nói chuyện điện thoại.

Giải quyết: Bạn đừng cố đưa ra lời khuyên hay yêu cầu lãnh đạo quản lý chặt chẽ đồng nghiệp này, thay vào đó nên tìm cách tránh hoặc nói khéo mỗi khi họ làm phiền bạn.

e. Người tẻ nhạt

Người này không tham gia bất cứ sự kiện nào của phòng, không nói chuyện với đồng nghiệp khác. Họ không thích làm việc chung trong công sở và cả những lúc giải lao, liên hoan cùng với đồng nghiệp khác, v.v và cho rằng các đồng nghiệp khác cũng nên như vậy.

Giải quyết: Bạn nên giữ thái độ vui vẻ với họ. Nụ cười luôn giúp chúng ta xây dựng mối quan hệ và giảm căng thẳng khi làm việc. Cố đừng tránh xa hay “tây chay” đồng nghiệp này, khéo léo lôi kéo họ tham gia vào các hoạt động tập thể hoặc đặt họ vào vị trí là người điều khiển cả nhóm trong một hoạt động nào đó.

Câu 7. Trình bày hậu quả của việc giao tiếp với đồng nghiệp không hiệu quả.

- Mất thời gian vì không hiểu rõ vấn đề và công việc sẽ bị làm không đúng hoặc bị trùng lặp.
- Tăng sự thất vọng cho những người không rõ mình phải làm gì hoặc làm như thế nào một công việc được phân công.
- Kết quả công việc bị lãng phí vì được thực hiện không đúng.
- Đồng nghiệp cảm thấy bị lãng quên, bỏ rơi vì việc giao tiếp không hiệu quả và không cởi mở với bạn.
- Thông điệp sẽ bị chuyển tải sai hoặc nhầm lẫn bởi cách biểu hiện cảm xúc không tốt của bạn trong giao tiếp.
- Sự an toàn của đồng nghiệp bị đe dọa.

Câu 8. Thảo luận nhóm là gì? Mục đích của thảo luận nhóm.

Thảo luận nhóm là một cuộc nói chuyện hay thảo luận của một nhóm người có người hướng dẫn, nhóm có thể từ 2 người trở lên nhưng tốt nhất 6-12 người để tạo cơ hội cho tất cả các thành viên có thể trình bày và thảo luận làm sáng tỏ những vấn đề chưa biết hay quan niệm của họ về một chủ đề hoặc nêu ra các biện pháp giải quyết các vướng mắc của họ hay cộng đồng. Trong cuộc thảo luận, các thành viên trong nhóm được nói tự do, và tự phát biểu về một chủ đề. Người hướng dẫn có nhiệm vụ hướng trọng tâm vào vấn đề mà không cản trở thảo luận. Thời gian thảo luận không nên kéo dài quá, trong 1-1.5 giờ là vừa. Sắp xếp những người tham gia theo vòng trong để dễ theo dõi và tạo không khí thân mật.

Mục đích của thảo luận nhóm:

- Thảo luận nhóm được sử dụng như một phương pháp giáo dục sức khỏe: Tổ chức thảo luận nhóm rất hiệu quả trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cũng như giáo dục sức khỏe, ứng dụng nguyên lý “sự tham gia cộng đồng”.
- Thảo luận nhóm là phương pháp thu thập thông tin: Mục đích là thu thập những thông tin sâu về quan niệm nhận thức, thái độ, hành vi và tư tưởng của các thành viên về một vấn đề sức khỏe nào đó của



cộng đồng hoặc liên quan tới việc cung cấp các dịch vụ y tế. Thảo luận nhóm thu được những thông tin của vấn đề sâu sắc hơn thông tin thu được qua các câu trả lời từ câu hỏi trực tiếp.

Câu 9. Trình bày các bước chuẩn bị cho cuộc thảo luận nhóm.

1. Xác định chủ đề và nội dung của cuộc thảo luận

Đây là bước rất quan trọng để giúp buổi thảo luận đạt hiệu quả cao nhất về mục đích.

2. Phân tích đánh giá tình hình

Một cuộc thảo luận tốt đều cần có những kiến thức thông tin về tình hình, điều kiện địa phương nơi thảo luận. Cần chuẩn bị thông tin liên quan đến lĩnh vực cần thảo luận, kinh tế, tôn giáo, văn hóa, chính trị và xã hội.

3. Xác định đối tượng mời vào nhóm thảo luận

Tốt nhất nên mời những người có cùng trình độ văn hóa, cùng lứa tuổi, tầng lớp xã hội tham dự. Mỗi nhóm 6-12 người, nếu quá đông sẽ không có cơ hội trình bày ý kiến các thành viên.

4. Lựa chọn và chuẩn bị nơi thảo luận

Nơi thảo luận nên là nơi không liên quan đến chủ đề thảo luận. Ví dụ không họp ở trạm y tế nếu muốn hỏi mọi người về các dịch vụ y tế của trạm.

5. Chuẩn bị bản thảo hướng dẫn thảo luận và một người làm thư ký ghi chép ý chính của cuộc thảo luận

Cần chuẩn bị các câu hỏi trọng tâm cho chủ đề thảo luận dựa trên những thông tin phù hợp với tình hình thực tế, bao gồm câu hỏi mở và đóng.

Câu 10. Trình bày quy trình của cuộc thảo luận nhóm.

- Chào hỏi nói chuyện thân mật để gây không khí ấm áp thân tình cho cuộc thảo luận.
- Tự giới thiệu mình, giới thiệu người ghi chép và giải thích mục đích của buổi thảo luận.
- Mời tất cả những người tham gia tự giới thiệu.
- Giữ thái độ tập trung trong suốt quá trình thảo luận, không đưa ra ý kiến cá nhân. Cần tôn trọng mọi ý kiến đưa ra, không được định kiến với các ý kiến không đúng.
- Khuyến khích mọi người phát biểu, cần đề từng người phát biểu ý kiến và những người khác lắng nghe.
- Hướng dẫn cuộc thảo luận vào trọng tâm vấn đề, linh hoạt khuyến khích mọi người thảo luận nhưng chú ý không để cuộc thảo luận lạc đề hoặc sa đà vào những vấn đề khó khăn hoặc trùng lặp.
- Thỉnh thoảng tóm tắt lại những ý kiến đã thảo luận.
- Cuối cùng tóm tắt buổi thảo luận, mời người ghi chép đọc lại biên bản, kiểm tra lại xem mọi người có đồng ý với nội dung đã ghi không và cảm ơn mọi người đến tham dự.
- Lắng nghe những bình luận và thảo luận ngẫu nhiên sau đó.

Câu 11. Liệt kê các kỹ năng cơ bản thường sử dụng trong thảo luận nhóm. Trình bày các cách giải quyết các xung đột trong thảo luận nhóm.

Những kỹ năng cơ bản sử dụng trong thảo luận nhóm:

- Sự khẳng định.
- Lắng nghe.
- Đàm phán.
- Xử lý xung đột.
- Đúng thời điểm.



Xung đột có thể xảy ra trong quá trình thảo luận, những va chạm lâu dài thường thể hiện sự khác nhau về thói quen, tính khí. Người xử lý cần có hành vi khẳng định, kỹ năng lắng nghe, đàm phán và sử dụng đúng thời điểm. Xử lý các xung đột trong thảo luận nhóm:

- Hướng cho thành viên của nhóm bám sát mục tiêu.
- Giải quyết những vấn đề vướng mắc đang gây dư luận.
- Gọi ra những mẫu chuyện thu hút sự quan tâm.
- Hệ thống hóa những ý tưởng gây tranh cãi.
- Khen ngợi kịp thời những ý tưởng hay.
- Phê phán một cách tế nhị những quan điểm chưa đúng.
- Nghỉ giải lao hoặc tán gẫu một chút.
- Giải quyết triệt để những ý nghĩ khác biệt gây mâu thuẫn.
- Khen ngợi lòng vị tha, biết thông cảm lẫn nhau.
- Tạo điều kiện cho các thành viên của nhóm hiểu nhau.

Câu 12. Trình bày mục tiêu và nguyên tắc giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ.

Mục tiêu của giáo dục sức khỏe là làm thay đổi hành vi và cung cấp thông tin cụ thể sát hợp cho một nhóm người. Trong nhóm nhỏ nên bầu không khí sẽ thân mật, người ta có thể trình bày ý kiến riêng, nêu thắc mắc và cũng nhờ đó tạo ra sự tác động nhóm của tập thể lên cá nhân và tác động mạnh đến việc thay đổi hành vi.

Nguyên tắc trong giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ:

- Phát huy tối đa sự chủ động của mỗi người.
- Lắng nghe mọi người nói và cố gắng nhận ra các nhu cầu khác nhau của từng người cũng như những phản hồi của họ.
- Khuyến khích mọi người tự xác định vấn đề và đưa ra cách giải quyết.
- Không áp đặt ý kiến, giải pháp mà cố gắng khuyến khích mọi người tự phát hiện bằng các câu hỏi dẫn dắt thích hợp. Xây dựng điều mới dựa trên những gì đã biết.

Câu 13. Kể tên các phương pháp giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ. Trình bày phương pháp đóng vai trong giáo dục sức khỏe của nhóm nhỏ.

Các phương pháp giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ:

- Thảo luận nhóm.
- Biểu diễn và thực tập.
- Đóng vai.

Phương pháp đóng vai là hoạt động trong đó hai hoặc nhiều người diễn tả hành động các tình huống và vấn đề của đời sống thực tế. Đóng vai là phương pháp giáo dục sức khỏe đặc biệt cần thiết nhằm chuẩn bị cho mọi người có khả năng ứng phó với hoàn cảnh, rèn luyện kỹ năng giao tiếp, củng cố thái độ. Đóng vai gồm 2 bước:

- Người đóng vai nhận một bản mô tả vai mình đóng và xử sự theo cách giống như nhân vật có thể xử sự, những người khác quan sát.
- Mọi người cùng nhận xét, rút ra bài học kinh nghiệm.

Một số điểm lưu ý:

- Thời gian đóng vai thường không kéo dài quá 20 phút, khi đóng vai giải quyết xong vấn đề hoặc lúng túng không giải quyết được vấn đề hoặc khán giả nản nên dùng tính huống đóng vai.
- Thảo luận thường kéo dài khoảng 20-30 phút. Trong đó nhóm trưởng có thể đặt câu hỏi: Các bạn đồng ý với điểm nào hoặc không đồng ý với điểm nào với cách giải quyết vấn đề của người đóng vai? Vì sao bạn đồng ý? Hoặc vì sao không đồng ý? Nếu không đồng ý thì bạn giải quyết theo cách nào?



- Không nhận xét đúng hoặc sai, tốt hay xấu, dựa trên các cơ sở phân tích tại sao đồng ý, tại sao không đồng ý và những cách giải quyết được nêu lên, mọi người sẽ cảm nhận cách nào hay, cách nào chưa hay và cuối cùng người điều khiển tổng hợp lại.
- Đóng vai có thể để mọi người làm rõ các lý do mà mọi người đưa ra.

Câu 14. Trình bày ưu điểm giáo dục sức khỏe cho cá nhân. Liệt kê các quy tắc cơ bản trong giáo dục sức khỏe cá nhân.

Giáo dục sức khỏe cho nhóm lớn có ưu điểm là trong một thời gian ngắn có thể đưa thông tin đến nhiều người, tuy nhiên các thành viên có thắc mắc hoặc chưa rõ vấn đề ít có cơ hội để nêu lên. Thảo luận nhóm chỉ tìm ra biện pháp giải quyết tổng quát chưa cụ thể. Vì vậy, ưu điểm của giáo dục sức khỏe từng cá nhân là để tìm hiểu xem mọi người trong cộng đồng có những đòi hỏi hay yêu cầu gì đối với vấn đề sức khỏe từ đó sẽ có những biện pháp giải quyết cụ thể hơn.

Các quy tắc cơ bản trong giáo dục sức khỏe cá nhân:

- Xây dựng mối quan hệ.
- Xác định các nhu cầu.
- Cung cấp thông tin.
- Tham gia.
- Giải thích.
- Theo dõi tiếp tục.

Câu 15. Mô tả mục đích và cách tổ chức của phương pháp biểu diễn và thực tập trong giáo dục sức khỏe cho nhóm nhỏ.

Mục đích nhằm giúp mọi người thấy được cách thực hiện và có dịp thực tập; từ đó có được những kỹ năng chăm sóc sức khỏe cần thiết đồng thời cũng tự tin hơn khi thay đổi hành vi.

Biểu diễn và thực tập gồm 4 bước sau:

- Giới thiệu và giải thích những lợi ích làm mới, tóm tắt cách làm đồng thời có thể chuyển cho mọi người tham dự xem các vật liệu sẽ dùng để biểu diễn, khuyến khích mọi người hỏi, có ý kiến qua đó làm thông suốt tư tưởng.
- Biểu diễn từng bước thực hiện các động tác, thỉnh thoảng dừng lại để các thành viên đặt câu hỏi và lặp lại các động tác nếu cần.
- Chọn một thành viên thực hiện các thành viên còn lại quan sát và đóng góp ý kiến.
- Các thành viên thực hiện, nhóm trưởng quan sát và đóng góp ý kiến để hoàn thiện.

Một số điểm cần lưu ý:

- Chú ý những kỹ năng thật sự cần thiết cho đối tượng. Hỏi ý kiến những người lớn tuổi trong cộng đồng.
- Thực hiện các bước thành thạo trước khi biểu diễn.
- Các vật liệu dùng phải quen thuộc với mọi người và phải được chuẩn bị đầy đủ để các thành viên nếu có cơ hội thực hiện.
- Thời gian đủ để thực hiện tất cả các bước. Đối với một kỹ năng phức tạp nên chia thành nhiều buổi.
- Khi thực hiện nên xếp từng cặp hai người để có thể giúp đỡ, góp ý kiến nhau, thường một người thực hiện, một người quan sát và đóng góp ý kiến.
- Thường xuyên kiểm tra để đảm bảo tất cả các thành viên đều thực hiện đúng ngoài ra có thể đến nhà thăm hỏi để tìm hiểu những khó khăn mà mọi người gặp trong thực tế.

Câu 16. Thực hiện kỹ năng khai thác bệnh sử.

Bệnh sử là lịch sử bệnh, là diễn tiến bệnh từ khi bệnh khởi phát cho đến lúc nhập viện và phần sau nhập viện. Khai thác bệnh sử là khai thác các thông tin xung quanh lý do đến khám bệnh của người bệnh, đây là một giai đoạn quan trọng trong quy trình khám và điều trị bệnh tại bệnh viện hay cơ sở y tế.



Khai thác bệnh sử hiệu quả cần chú ý tới 2 yếu tố:

- Phải có kỹ năng giao tiếp tốt, hiểu tâm lý người bệnh.
- Phải biết lấy các thông tin cần thiết, quan trọng như lý do vào viện, tiền sử bệnh, mức độ và diễn biến bệnh, tình hình điều trị trước khi vào viện và kết quả. Sau khi có những thông tin cần chẩn đoán sơ bộ một bệnh nào đó và tiến hành thăm khám và đưa ra các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán bệnh.

Khai thác bệnh sử:

- Bệnh khởi phát từ bao giờ?
- Bệnh khởi phát bằng những triệu chứng gì?
- Diễn biến của các triệu chứng ấy như thế nào?
- Bệnh còn triệu chứng nào khác kèm theo không?
- Đã đi khám và được điều trị chưa?
- Kết quả điều trị như thế nào?
- Hiện tại, bệnh nhân thấy ra sao?

Câu 17. Khi bệnh nhân đến khám, bác sỹ cần hỏi bệnh nhân điều gì?

1. Hỏi hành chính:

- Họ và tên
- Tuổi
- Nghề nghiệp
- Địa chỉ
- Ngày giờ vào viện, thời gian điều trị

2. Hỏi lý do vào viện: Biểu hiện khó chịu nhất buộc người bệnh đi đến tiếp xúc với cơ sở y tế đầu tiên.

3. Hỏi bệnh sử:

- Bệnh khởi phát từ bao giờ?
- Bệnh khởi phát bằng những triệu chứng gì?
- Diễn biến của các triệu chứng ấy như thế nào?
- Bệnh còn triệu chứng nào khác kèm theo không?
- Đã đi khám và được điều trị chưa?
- Kết quả điều trị như thế nào?
- Hiện tại, bệnh nhân thấy ra sao?

4. Hỏi tiền sử:

- Bản thân: Đã mắc bệnh gì? Điều trị như thế nào? Nếu có thì so sánh với lần này? Trẻ em tùy lứa tuổi cần hỏi thêm về tiêm phòng, dinh dưỡng và tâm lý, phụ nữ hỏi về tiền căn sản khoa và chu kỳ kinh nguyệt.
- Gia đình: Có ai bị bệnh như này không? Nếu có điều trị như thế nào? Kết quả ra sao?
- Dịch tễ: Người xung quanh có ai bị không? Môi trường sống, nhà ở?
- Lối sống: Thói quen như hút thuốc, uống rượu, vận động, v.v.
- Kinh tế, xã hội: Hỏi thêm về thu nhập, vị trí xã hội nếu cần, v.v.

Câu 18. Sau khi thăm khám bệnh (chẩn đoán), bác sỹ cần hỏi và yêu cầu bệnh nhân làm gì?

- Yêu cầu làm các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán xác định.
- Yêu cầu bệnh nhân nhập viện để điều trị nếu cần.
- Đưa ra các phương pháp chữa bệnh, giải thích cho bệnh nhân ưu nhược điểm của phương pháp để bệnh nhân lựa chọn cho phù hợp.
- Tư vấn về bệnh của bệnh nhân: Bệnh này là bệnh gì? Nặng hay nhẹ? Có chế độ dinh dưỡng như thế nào? v.v.
- Đưa ra đơn thuốc yêu cầu bệnh nhân uống theo hướng dẫn.



- Dẫn bệnh nhân khám lại theo chỉ dẫn và quay lại khi xuất hiện bất kì dấu hiệu nào bất thường.

Câu 19. Trình bày ý nghĩa, vai trò của bệnh án.

Bệnh án là văn bản do thầy thuốc làm ngay khi người bệnh vào viện, ghi chép lại tất cả các vấn đề liên quan đến người bệnh từ tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp đến tình trạng bệnh, tiến triển, quá trình điều trị, v.v.

Bệnh án là những tài liệu cần thiết để chẩn đoán bệnh đúng, theo dõi bệnh được tốt và do đó áp dụng kịp thời các phương thức điều trị đúng đắn ngăn chặn các biến chứng, nhanh chóng điều trị khỏi cho người bệnh. Trong trường hợp người bệnh từ trần và có giải phẫu kiểm tra thi thể, giúp người thầy thuốc rút kinh nghiệm chẩn đoán, điều trị và phục vụ cải tiến hơn. Ngoài ra, đây còn là tài liệu hành chính, pháp lý và giúp ích cho nghiên cứu khoa học.

Bệnh án không thể thiếu và góp phần quan trọng trong trị bệnh và theo dõi bệnh.

Câu 20. Trình bày các phần (mục) của bệnh án.

1. Hành chính:

- Họ và tên
- Tuổi-Giới
- Nghề nghiệp
- Địa chỉ
- Ngày nhập viện
- Số giường-Khoa

2. Lý do vào viện

3. Bệnh sử (Khởi phát, diễn biến, chẩn đoán, điều trị, v.v.)

4. Tiền sử

- Tiền sử cá nhân
- Tiền sử gia đình

5. Khám bệnh:

- Khám toàn thân
 - Khám cơ quan: Tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa, thận-tiết niệu-sinh dục, thần kinh, cơ-xương-khớp, tai-mũi-họng, răng-hàm-mặt, mắt, nội tiết.
 - Xét nghiệm (Cận lâm sàng)
 - Tóm tắt bệnh án
 - Chẩn đoán
 - Xét nghiệm cần làm thêm
 - Chẩn đoán xác định
 - Tiên lượng
 - Hướng điều trị
-



PHẦN 2. KỸ NĂNG THỦ THUẬT

Câu 1. Trình bày chỉ định và chống chỉ định của chọc hút dịch màng phổi. Nêu điểm khác biệt về chuẩn bị dụng cụ giữa chọc hút dịch màng phổi và chọc hút khí màng phổi.....	12
Câu 2. Trình bày chỉ định và chống chỉ định của chọc hút khí màng phổi. Trình bày những điểm cần lưu ý khi chọc hút khí màng phổi.....	13
Câu 3. Trình bày những điểm cần lưu ý khi chọc hút dịch màng phổi. Mô tả vị trí chọc hút dịch, khí màng phổi.....	14
Câu 4. Kể tên các tai biến thường gặp khi chọc hút dịch, khí màng phổi.....	15
Câu 5. Trình bày mục đích của chọc dò màng bụng. Hãy mô tả vị trí và cách xác định vị trí chọc dò.....	15
Câu 6. Kể tên các tai biến khi chọc hút dịch màng bụng. Các phòng tránh các tai biến đó.....	16
Câu 7. Kể tên các tai biến thường gặp của chọc dò tủy sống. Cách phòng tránh các tai biến đó.....	16
Câu 8. Mô tả cách xác định vị trí chọc dò tủy sống. Mục đích của chọc dò tủy sống.....	16
Câu 9. Trình bày chỉ định và chống chỉ định của chọc catheter tĩnh mạch trung tâm.....	17
Câu 10. Các biến chứng thường gặp khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.....	17
Câu 11. Kể tên các tĩnh mạch ngoại biên thường áp dụng trên lâm sàng khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. Trong trường hợp bệnh nhân trụy mạch, tĩnh mạch ngoại biên nào thường áp dụng trong đặt catheter tĩnh mạch? Vì sao?.....	17
Câu 12. Mô tả đặc điểm các tĩnh mạch ngoại biên được áp dụng trong đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.....	18
Câu 13. Mô tả kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm bằng phương pháp Seldinger.....	18
Câu 14. Nếu đặt không đúng tư thế bệnh nhân khi bóp bóng, có thể gây ra những biến chứng gì?.....	19
Câu 15. Ở bệnh nhân béo phì, tư thế “sniffing” đơn thuần có đủ không? Nếu không thì cần làm thêm gì?.....	19
Câu 16. Ống dẫn khí miệng-hậu có vai trò như thế nào trong cấp cứu ban đầu của đường thở.....	19
Câu 17. Khi nào cần dùng kỹ thuật 2 tay trong bóp bóng?.....	19
Câu 18. Thực hiện kỹ thuật bóp bóng qua mặt nạ.....	19

Câu 1. Trình bày chỉ định và chống chỉ định của chọc hút dịch màng phổi. Nêu điểm khác biệt về chuẩn bị dụng cụ giữa chọc hút dịch màng phổi và chọc hút khí màng phổi.

Chỉ định hút dịch màng phổi:

- Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng phổi.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Căn cứ vào tính chất dịch được hút ra và các xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi trùng và một số trường hợp khác để chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi.
- Điều trị:
 - Hút tháo dịch giải phóng chèn ép phổi.
 - Đối với một số trường hợp tràn dịch màng phổi mạn tính, sau chọc tháo hết dịch người ta bơm chất gây dính màng phổi để chống chèn dịch màng phổi tái lập.
 - Đối với mũ màng phổi, chọc tháo dịch kèm kẹp hợp bơm rửa màng phổi.
 - Tiêm một số thuốc điều trị một số trường hợp bệnh lý.



Dẫn lưu (máu, mủ) màng phổi áp dụng cho viêm mủ màng phổi, chấn thương, lao, ung thư và các nhiễm khuẩn khác gây lên.

Chống chỉ định hút dịch màng phổi: Không có chống chỉ định tuyệt đối, cần chú ý cân nhắc trong một số trường hợp như sau:

- Bệnh nhân quá yếu, suy thở, suy kiệt nặng, v.v.
- Rối loạn chảy máu và đông máu.
- Nhồi máu cơ tim.

Điểm khác biệt về chuẩn bị dụng cụ hút dịch và hút khí màng phổi:

Chọc hút dịch màng phổi	Chọc hút khí màng phổi
Bơm kim tiêm hút dịch 5ml và 10ml	Bơm kim tiêm hút khí 50ml và 100ml
Kim chọc dò chuyên biệt có van 3 chiều (nếu không có thì thay bằng kim tiêm thông thường loại 16G với một ống cao su và kim Kocher để thay van)	Kim chọc hút khí màng phổi có thể dùng loại thông thường 16-18G. Khi cần hút khí với áp lực cao hơn áp lực trong khoang màng phổi cần dùng kim lớn hơn, không nên dùng kim có mũi vát quá nhọn vì có thể là thủng và vỡ các bóng khí nhu mô phổi.

Câu 2. Trình bày chỉ định và chống chỉ định của chọc hút khí màng phổi. Trình bày những điểm cần lưu ý khi chọc hút khí màng phổi.

Chỉ định hút khí màng phổi:

- Chẩn đoán xác định có tràn khí màng phổi.
- Chẩn đoán nguyên nhân: Dựa vào tính chất khí và các xét nghiệm sinh hóa, tế bào và vi khuẩn để xác định nguyên nhân gây bệnh.
- Điều trị bệnh: Khi tràn khí màng phổi dù nguyên nhân gì đều phải hút khí màng phổi để phổi sớm được nở ra.

Chống chỉ định hút khí màng phổi:

- Tương đối: Bệnh nhân không hợp tác, rối loạn đông máu nặng không điều chỉnh được.
- Tuyệt đối:
 Nguy cơ tương đối có thể xảy ra với: Bệnh nhân đang thở máy áp lực dương.
 Có kén phổi chỗ chọc, chỉ có một phổi.
 Chọc dò màng phổi trái ở bệnh nhân có cơ hoành nâng cao hay lách to.

Những điểm cần lưu ý:

- Sau khi chọc dò màng phổi phải để bệnh nhân nằm ở nơi có đủ phương tiện cấp cứu hồi sinh tim phổi.
- Theo dõi sắc mặt, mạch, huyết áp của bệnh nhân trong suốt thời gian chọc tháo để kịp thời phát hiện sốc.
- Thường xuyên theo dõi màu dịch chảy, phát hiện sự thay đổi màu sắc bất thường (dịch có máu hoặc đục).
- Thủ thuật phải đảm bảo vô khuẩn và chăm sóc, thay băng vết chọc để tránh nhiễm khuẩn cho người bệnh.
- Phải tuân thủ chế độ chăm sóc và theo dõi người bệnh trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật để phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường.

Trong khi tiến hành thủ thuật:



- Người bệnh đau nhiều do gây tê chưa tốt hoặc đâm kim vào phổi có thể dẫn đến sốc: Bệnh nhân da tái, mạch chậm, tụt huyết áp, có thể ngừng thở, ngừng tim.
- Chảy máu trong màng phổi: Do đâm phải động mạch gian sườn, động mạch vú trong hoặc đâm kim quá sâu tổn thương nhu mô phổi.
- Tràn khí màng phổi: Ho rũ rượi, nhịp thở tăng dần, mạch nhanh do không đảm bảo khí trong quá trình hút.
- Phù phổi cấp: Ho khạc bọt hồng, khó thở, mạch nhanh, huyết áp hạ do hút quá nhiều dịch và nhanh (>1000ml) gây sự thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi.

Sau khi tiến hành thủ thuật:

- Dịch không chảy do tắc ống dẫn lưu (trường hợp phải đặt ống dẫn lưu).
- Tràn khí dưới da: Thường gặp trong đặt ống dẫn lưu, xung quanh chân ống có tràn khí, da căng và ấn có tiếng lép lép.
- Viêm da quanh chỗ chọc: Vùng da quanh chỗ chọc viêm tấy sưng đỏ, có thể có mủ do không đảm bảo vô khuẩn.
- Viêm mủ màng phổi: Người bệnh sốt cao, khó thở, mạch nhanh do không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật.

Câu 3. Trình bày những điểm cần lưu ý khi chọc hút dịch màng phổi. Mô tả vị trí chọc hút dịch, khí màng phổi.

Những điểm cần lưu ý:

- Sau khi chọc dò màng phổi phải để bệnh nhân nằm ở nơi có đủ phương tiện cấp cứu hồi sinh tim phổi.
- Theo dõi sắc mặt, mạch, huyết áp của bệnh nhân trong suốt thời gian chọc tháo để kịp thời phát hiện sốc.
- Thường xuyên theo dõi màu dịch chảy, phát hiện sự thay đổi màu sắc bất thường (dịch có máu hoặc đục).
- Thủ thuật phải đảm bảo vô khuẩn và chăm sóc, thay băng vết chọc để tránh nhiễm khuẩn cho người bệnh.
- Phải tuân thủ chế độ chăm sóc và theo dõi người bệnh trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật để phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường.

Trong khi tiến hành thủ thuật:

- Người bệnh đau nhiều do gây tê chưa tốt hoặc đâm kim vào phổi có thể dẫn đến sốc: Bệnh nhân da tái, mạch chậm, tụt huyết áp, có thể ngừng thở, ngừng tim.
- Chảy máu trong màng phổi: Do đâm phải động mạch gian sườn, động mạch vú trong hoặc đâm kim quá sâu tổn thương nhu mô phổi.
- Tràn khí màng phổi: Ho rũ rượi, nhịp thở tăng dần, mạch nhanh do không đảm bảo khí trong quá trình hút.
- Phù phổi cấp: Ho khạc bọt hồng, khó thở, mạch nhanh, huyết áp hạ do hút quá nhiều dịch và nhanh (>1000ml) gây sự thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi.

Sau khi tiến hành thủ thuật:

- Dịch không chảy do tắc ống dẫn lưu (Trường hợp phải đặt ống dẫn lưu).



- Trần khí dưới da: Thường gặp trong đặt ống dẫn lưu, xung quanh chân ống có tràn khí, da căng và ấn có tiếng lép lép.
- Viêm da quanh chỗ chọc: Vùng da quanh chỗ chọc viêm tấy sưng đỏ, có thể có mủ do không đảm bảo vô khuẩn.
- Viêm màng phổi: Người bệnh sốt cao, khó thở, mạch nhanh do không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật.

Vị trí hút dịch màng phổi: Thường chọc ở khoang liên sườn 7-8-9 đường nách giữa (đường dưới). Nếu dịch nhiều có thể chọc ở khoang liên sườn 2-3 đường nách giữa (đường trên). Nếu dịch có mủ đặc dùng cả hai đường, đường trên dùng để bơm rửa, đường dưới dùng để hút dịch.

Vị trí hút khí màng phổi: Thường chọc ở khoang liên sườn 2-3 đường giữa xương đòn.

Vị trí chọc hút dịch và khí: Dùng cả đường trên và đường dưới.

Câu 4. Kể tên các tai biến thường gặp khi chọc hút dịch, khí màng phổi.

Trong khi tiến hành thủ thuật:

- Người bệnh đau nhiều do gây tê chưa tốt hoặc đâm kim vào phổi có thể dẫn đến sốc: Bệnh nhân da tái, mạch chậm, tụt huyết áp, có thể ngừng thở, ngừng tim.
- Chảy máu trong màng phổi: Do đâm phải động mạch gian sườn, động mạch vú trong hoặc đâm kim quá sâu tổn thương nhu mô phổi.
- Trần khí màng phổi: Ho rũ rượi, nhịp thở tăng dần, mạch nhanh do không đảm bảo khí trong quá trình hút.
- Phù phổi cấp: Ho khạc bọt hồng, khó thở, mạch nhanh, huyết áp hạ do hút quá nhiều dịch và nhanh (>1000ml) gây sự thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi.

Sau khi tiến hành thủ thuật:

- Dịch không chảy do tắc ống dẫn lưu (trường hợp phải đặt ống dẫn lưu).
- Trần khí dưới da: Thường gặp trong đặt ống dẫn lưu, xung quanh chân ống có tràn khí, da căng và ấn có tiếng lép lép.
- Viêm da quanh chỗ chọc: Vùng da quanh chỗ chọc viêm tấy sưng đỏ, có thể có mủ do không đảm bảo vô khuẩn.
- Viêm màng phổi: Người bệnh sốt cao, khó thở, mạch nhanh do không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật.

Câu 5. Trình bày mục đích của chọc dò màng bụng. Hãy mô tả vị trí và cách xác định vị trí chọc dò.

Mục đích của chọc dò màng bụng:

- Trong chẩn đoán:

Xác định nguyên nhân dịch ổ bụng (dịch thấm hay dịch tiết).

Nghi ngờ viêm phúc mạc tiên phát hoặc thứ phát.

Bệnh lý ác tính có dịch ổ bụng.

Tràn dưỡng chấp ổ bụng.

Chấn thương vùng kín (tìm hồng cầu trong dịch ổ bụng phát hiện hội chứng chảy máu trong).

- Trong điều trị:



Chọc tháo dịch ổ bụng khi dịch quá căng ảnh hưởng đến hô hấp.

Có 2 vị trí để tạo lỗ mở qua thành bụng:

- Điểm dưới rốn 2cm (trên đường trắng-line alba)
- Điểm cách phía trên mỗi gai chậu trước trên 5cm.

Cách xác định: Vạch đường nối rốn với gai chậu trước trên chia làm 3 phần. Sát khuẩn kỹ 1/3 ngoài thường chọc bên trái ít chọc bên phải để tránh ruột thừa. Đôi khi chọc phải trong trường hợp lách to.

Câu 6. Kể tên các tai biến khi chọc hút dịch màng bụng. Các phòng tránh các tai biến đó.

Tai biến thường gặp khi chọc dò màng bụng:

- Ngất: Do phản xạ khi chọc kim hoặc bệnh nhân sợ, hoặc đau, hoặc phản ứng của thuốc tê. Biểu hiện bệnh nhân ngất xỉu, mạch nhanh nhỏ khó bắt. Đề phòng bằng việc tiêm thuốc trước 30 phút, giải thích cho bệnh nhân.
- Chảy máu: Do chọc vào mạch máu hoặc kim quá to do giảm áp lực trong ổ bụng và lấy nhiều dịch quá nhanh. Đề phòng bằng hút dịch với tốc độ vừa phải.
- Nhiễm khuẩn: Do dụng cụ hoặc thao tác không vô khuẩn. 2-3 ngày bệnh nhân sốt, bạch cầu tăng. Đề phòng bằng dụng cụ vô khuẩn, kỹ thuật đúng quy trình, dùng kháng sinh.

Câu 7. Kể tên các tai biến thường gặp của chọc dò tủy sống. Các phòng tránh các tai biến đó.

Tai biến thường gặp:

- Tụt huyết áp, mạch chậm, thở yếu, suy thở, buồn nôn, co giật, rét run, sốc, v.v chủ yếu do phản xạ thần kinh.
- Tụt hạnh nhân tiểu não do dịch chảy quá nhanh hoặc quá nhiều gây chèn ép hành não dẫn đến ngừng thở, ngừng tim.
- Viêm màng não.
- Bí đái, đau lưng, liệt thần kinh, v.v.

Cách phòng tránh:

- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp thường xuyên trong suốt quá trình thực hiện để kịp thời phát hiện sốc.
- Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn, thực hiện đúng thủ thuật, thay băng vết chọc để tránh nhiễm khuẩn.
- Phải tuân thủ chế độ chăm sóc và theo dõi bệnh nhân trước, trong và sau tiến hành thủ thuật để phát hiện sớm và xử lý các dấu hiệu bất thường.

Câu 8. Mô tả cách xác định vị trí chọc dò tủy sống. Mục đích của chọc dò tủy sống.

Xác định vị trí chọc: Thường là vùng thắt lưng L3, L4, L5 hoặc giao giữa đường nối 2 gai chậu trước trên với cột sống.

Mục đích của chọc dò tủy sống:

- Chẩn đoán:
 - Quan sát màu sắc dịch.
 - Đo áp lực dịch não tủy.
 - Làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi khuẩn.
 - Bơm hơi hoặc thuốc cảm quang để chụp X quang não, tủy.



Chẩn đoán một số bệnh về não: Viêm não, màng não, lao màng não, xuyên huyết não, v.v.

- Điều trị bệnh:

Hút bớt dịch não tủy để giảm áp lực trong trường hợp tăng áp lực nội sọ.

Bơm thuốc vào cột sống để gây tê, điều trị.

Câu 9. Trình bày chỉ định và chống chỉ định của chọc catheter tĩnh mạch trung tâm.

Chỉ định:

- Dùng thuốc vận mạch.
- Dinh dưỡng đường tĩnh mạch.
- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVG): Trong các trường hợp cần truyền một lượng dịch lớn hoặc chế phẩm máu trong thời gian ngắn và cần một đường truyền chắc chắn trong các tình huống cấp cứu.
- Đặt máy tạo nhịp.
- Lọc máu.

Chống chỉ định:

- Huyết khối tĩnh mạch dự định đặt catheter.
- Nhiễm trùng tại chỗ.
- Chống chỉ định tương đối:

Rối loạn đông máu hoặc các bệnh nhân có giảm tiểu cầu. Có thể điều chỉnh các rối loạn trước khi tiến hành thủ thuật.

Bệnh nhân COPD, hen phế quản có khí phế thũng.

Câu 10. Các biến chứng thường gặp khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

- Chọc vào động mạch.
- Tràn khí màng phổi.
- Tràn máu màng phổi.
- Tắc mạch khí.
- Nhiễm trùng (nhiễm trùng liên quan đến catheter, nhiễm trùng tại vị trí đặt, viêm mô tế bào).
- Tắc mạch huyết khối.

Câu 11. Kể tên các tĩnh mạch ngoại biên thường áp dụng trên lâm sàng khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm. Trong trường hợp bệnh nhân trụ mạch, tĩnh mạch ngoại biên nào thường áp dụng trong đặt catheter tĩnh mạch? Vì sao?

Các tĩnh mạch thường được dùng đặt catheter tĩnh mạch:

- Tĩnh mạch nền, tĩnh mạch đầu.
- Tĩnh mạch cánh ngoài.
- Tĩnh mạch cánh trong.
- Tĩnh mạch dưới đòn.
- Tĩnh mạch đùi.

Trong trường hợp trụ mạch, tĩnh mạch thường được dùng là:



- Tĩnh mạch dưới đòn vì tĩnh mạch lớn, áp lực máu thấp, đường đi thẳng tới, có hệ thống xơ và dây chằng bao bọc nên không bị xẹp khi có truy mạch hay ngừng tuần hoàn.
- Tĩnh mạch đùi vì tĩnh mạch lớn, thẳng vào tĩnh mạch trung tâm ít bị xẹp.

Câu 12. Mô tả đặc điểm các tĩnh mạch ngoại biên được áp dụng trong đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.

Tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch nền:

- Nằm ngay dưới da và tương đối cố định.
- Tuy nhiên đường đi khá xa và có chỗ gấp khúc.

Tĩnh mạch cánh ngoài:

- Nằm ở nông, đường đi tới tĩnh mạch trung tâm ngắn.
- Tuy nhiên khó chọc vì di động và dễ vỡ khi dùng kim quá lớn.
- Khó đẩy sonde vì tĩnh mạch có nhiều chỗ gấp khúc hoặc bất thường do đám rối tĩnh mạch.

Tĩnh mạch cánh trong:

- Nằm trước ngoài động mạch cánh, nằm sát bờ trong bó ngoài cơ ức đòn chũm.
- Đường đi thẳng gần tĩnh mạch chủ trên.
- Bị xẹp và khó xác định khi truy mạch hay ngừng tuần hoàn.

Tĩnh mạch dưới đòn:

- Nằm sát bờ dưới và mặt sau xương đòn vùng đỉnh phổi, thường nằm trước và dưới động mạch dưới đòn.
- Tĩnh mạch lớn, áp lực máu thấp, đường đi thẳng.
- Có hệ thống xơ và dây chằng bao bọc nên không bị xẹp khi truy mạch hay ngừng tuần hoàn.
- Nằm sâu trong cơ ngực và tổ chức dưới da nên khả năng nhiễm trùng ít, nhất là cần lưu sonde nhiều ngày.

Tĩnh mạch đùi:

- Nằm sau dây chằng bẹn, gần vùng tầng sinh môn, bên cạnh và phía trong động mạch đùi.
- Tĩnh mạch lớn, thẳng vào tĩnh mạch trung tâm, ít bị xẹp.

Câu 13. Mô tả kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch trung tâm bằng phương pháp Seldinger.

1. Rửa tay, mặc áo, đi găng và khẩu trang.
2. Sát khuẩn vị trí đặt catheter và trải băng vô khuẩn.
3. Xác định vị trí đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
4. Gây tê tại chỗ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
5. Chọc thăm dò tìm vị trí tĩnh mạch trung tâm.
6. Giữ kim thăm dò, rút bơm tiêm, luồn dây dẫn.
7. Rút kim thăm dò. Dùng dao mổ rạch da tại vị trí chọc.
8. Luồn catheter vào tĩnh mạch đến vị trí thích hợp.



9. Cố định catheter.

10. Sát khuẩn và băng.

11. Kiểm tra vị trí catheter.

Câu 14. Nếu đặt không đúng tư thế bệnh nhân khi bóp bóng, có thể gây ra những biến chứng gì?

- Hô hấp không hiệu quả.
- Tràn khí màng phổi.
- Chướng bụng.
- Biến chứng nguy hiểm nhất là hít phải dịch dạ dày gây sặc, viêm phổi hóa chất còn gọi là hội chứng Mendelson tỉ lệ tử vong là 50%.

Câu 15. Ở bệnh nhân béo phì, tư thế “snipffing” đơn thuần có đủ không? Nếu không thì cần làm thêm gì?

Đối với bệnh nhân béo phì, tư thế “snipffing” đơn thuần là không đủ hiệu quả để làm thông đường thở. Vì vậy cần đặt thêm gối ở phần lưng trên bệnh nhân để đạt hiệu quả tối đa. Khi bóp bóng nên sử dụng kỹ thuật.

Câu 16. Ống dẫn khí miệng-hầu có vai trò như thế nào trong cấp cứu ban đầu của đường thở.

- Giữ lưỡi không bị tụt về hướng thành họng sau ở bệnh nhân hôn mê hoặc bán mê.
- Giữ đường dẫn khí thông suốt.
- Ngăn không cho bệnh nhân cắn, làm hư hại nội khí quản.
- Ngăn không cho bệnh nhân cắn lưỡi trong cơn co giật.
- Giúp cho việc hút sạch hầu họng dễ dàng hơn nhờ tác dụng đè lưỡi của nó.

Câu 17. Khi nào cần dùng kỹ thuật 2 tay trong bóp bóng?

Kỹ thuật áp dụng cho bệnh nhân béo phì, lớn tuổi hoặc mất răng.

Câu 18. Thực hiện kỹ thuật bóp bóng qua mặt nạ.

Thực hiện kỹ thuật chữ E và chữ C:

- Kỹ thuật chữ E: Dùng 3 ngón tay 3,4,5 móc vào góc hàm của người bệnh. Động tác này vừa có tác dụng hỗ trợ cố định mặt nạ vào mặt người bệnh, vừa có tác dụng đẩy hàm dưới ra trước.
 - Kỹ thuật chữ C: Dùng 2 ngón tay 1, 2 đè vào mặt nạ từ phía đỉnh hướng xuống dưới đáy với lực vừa phải, đủ kín không cho khí thoát ra hai bên má. Động tác này có tác dụng giữ cho mặt nạ đúng vị trí và cố định vào mặt người bệnh.
 - Như vậy 5 ngón tay người cấp cứu phối hợp nhịp nhàng với nhau vừa giữ cho đường thở thông thoáng, vừa giữ cho mặt nạ chặt và đúng vị trí để khi bóp bóng không bị lệch.
-



PHẦN 3. KỸ NĂNG THĂM KHÁM

Câu 1. Trình bày cách thăm khám âm đạo kết hợp với nắn bụng trong khám phụ khoa.....	20
Câu 2. Trình bày cách đặt, quan sát và đánh giá bằng mỏ vịt trong thăm khám phụ khoa.....	20
Câu 3. Trình bày cách hỏi bệnh, nhìn, sờ nắn trong khám phụ khoa.....	21
Câu 4. Trình bày cách hướng dẫn bệnh nhân tự khám và chăm sóc vú.....	21
Câu 5. Trình bày kỹ năng thăm khám vú.....	22
Câu 6. Trình bày về cách hỏi bệnh trong kỹ năng thăm khám vú.....	22
Câu 7. Trình bày nội dung theo dõi và xử trí tai biến sau đỡ đẻ thường ngôi chòm.....	23
Câu 8. Trình bày kỹ năng đỡ đẻ đầu, vai, mông trong đỡ đẻ thường ngôi chòm.....	23
Câu 9. Trình bày các bước chuẩn bị (chuẩn bị dụng cụ, bệnh nhân và tư thế bệnh nhân) trong đỡ đẻ ngôi chòm kiểu thể chằm chạu trái trước.....	24
Câu 10. Trình bày các vấn đề cần hỏi và khám ở một trẻ ho hoặc khó thở theo IMCI.....	24
Câu 11. Trình bày cách phân biệt một trẻ ho hoặc khó thở theo IMCI.....	25
Câu 12. Trình bày các vấn đề cần hỏi và khám ở một trẻ bị tiêu chảy theo IMCI.....	25
Câu 11. Trình bày cách phân biệt một trẻ bị tiêu chảy theo IMCI.....	26

Câu 1. Trình bày cách thăm khám âm đạo kết hợp với nắn bụng trong khám phụ khoa.

Cách khám:

- Thầy thuốc đứng bên phải bệnh nhân.
- Bàn tay phải đeo gang vô khuẩn.
- Dùng ngón trỏ và giữa của bàn tay phải đưa nhẹ nhàng vào âm đạo tìm cổ tử cung, di động cổ tử cung. Tay ngoài nắn trên khớp vệ, phối hợp 2 tay để xác định tư thế, thể tích, mật độ và di động của tử cung, phát hiện bất thường của vòi tử cung, buồng trứng và đáy chạu qua các cùng đồ âm đạo.

Nhận định kết quả:

- Tử cung bình thường to bằng quả trứng gà, tư thế ngả trước hoặc sau, lệch phải hoặc trái, mật độ chắc, di động dễ và không đau. Tử cung ngả trước bàn tay nắn bụng dễ thấy đáy tử cung khi 2 ngón trong âm đạo đẩy cổ tử cung lên, nếu ngả sau thì bàn tay trên bụng khó nắn thấy đáy tử cung. Tử cung to do có thai hay có khối u. Tử cung bé do mãn kinh hoặc có tử cung nhi tính. Nếu di động hạn chế và đau là bị dính.
- Vòi trứng và buồng trứng bình thường không nắn thấy, nhưng đôi khi có thể nắn thấy một khối u nhỏ ranh giới không rõ, ấn đau có thể khối chứa ở vòi trứng. Nếu khối u to, ranh giới rõ, biệt lập với tử cung thì nghĩ tới khối u buồng trứng.

Câu 2. Trình bày cách đặt, quan sát và đánh giá bằng mỏ vịt trong thăm khám phụ khoa.

Khi đặt mỏ vịt cần phải lưu ý: Đặt nhẹ nhàng, không gây đau cho bệnh nhân, không gây tổn thương âm đạo và cổ tử cung, qua mỏ vịt phải quan sát được các thành của âm đạo và 2 mép cổ tử cung.



- Đặt mỏ vịt: Cầm 2 mỏ vịt khép lại, đưa mỏ vịt nhẹ nhàng vào âm đạo dọc theo hướng trước sau, đẩy sâu vào 3-4cm thì quay đôi cầm mỏ vịt sang chiều ngang rồi đưa theo trục trên xuống dưới, từ ngoài vào trong, sâu 7-8cm thì mở dần mỏ vịt. Quan sát thành âm đạo và tìm 2 mép cổ tử cung. Chuôi cầm và khóa mỏ vịt nên để quay lên trên. Khi bộc lộ rõ 2 mép cổ tử cung thì vặn chặt ốc ở chuôi mỏ vịt để cố định mỏ vịt trong âm đạo.
- Quan sát qua mỏ vịt: Bình thường niêm mạc màu hồng, có một ít dịch. Nếu bị viêm sẽ màu đỏ, nhiều khí hư. Khí hư phụ thuộc vào tính chất viêm như đặc trắng, loãng có bọt hay như mù. Có thể có tổn thương viêm loét, lộ tuyến. Ngoài ra có thể còn có dị tật bẩm sinh như vách ngăn dọc hoặc ngang, chấn thương do đẻ.
Bình thường thì mặt ngoài cổ tử cung nhẵn, màu hồng nhạt, khi có thai màu hơi tím. Nếu tổn thương thì mặt ngoài lấm tấm nhỏ, có thể thấy nang Naboth hoặc polip xuất phát từ cổ hay từ buồng tử cung.
- Sau khi quan sát âm đạo và cổ tử cung, dùng bông thấm nước lau sạch khí hư, sau đó bôi acid acetic 3% để làm chứng nghiệm Hinselmann, acid acetic chỉ tác dụng 1-2 phút do đó cần bôi 2-3 lần vào cổ tử cung để xem rõ tổn thương. Sau khi bôi thì vùng tổn thương sẽ rớm máu, còn vùng lộ tuyến sẽ se trắng lại, chế tiết sẽ kết tủa, nhìn tổn thương sẽ rõ hơn. Sau đó dùng bông thấm bôi lugol 3% vào cổ tử cung làm chứng nghiệm Schiller, iod trong dung dịch lugol tác dụng glycogen có nhiều ở tế bào lớp giữa và lớp bề mặt của biểu mô lát tầng cổ tử cung và âm đạo tạo màu nâu thẫm. Nếu cổ tử cung màu nâu thẫm thì bình thường, chứng nghiệm âm tính. Nếu có điều kiện thì soi cổ tử cung phát hiện tổn thương.
- Tháo mỏ vịt: Trước khi tháo nên dùng bông thấm nước lau sạch âm đạo và cổ tử cung, sau đó tháo chốt cố định, khép mỏ vịt lại, quay chốt mỏ vịt sang ngang rồi nhẹ nhàng rút ra.

Câu 3. Trình bày cách hỏi bệnh, nhìn, sờ nắn trong khám phụ khoa.

Hỏi:

- Tên, tuổi và nghề nghiệp của bệnh nhân.
- Lý do đến khám.
- Tiền sử kinh nguyệt, chu kì bình thường là 28-30 ngày, ít nhất là 25 ngày, nhiều nhất là 35 ngày. Chu kỳ kéo dài 3-4 ngày. Máu thường không đông, đỏ tươi. Khi có kinh thường cảm giác nặng hay tức bụng dưới do có sự sung huyết gây ra.
- Tiền sử sản khoa: Lấy chồng năm bao nhiêu tuổi, số lần đẻ, số lần sảy, nạo? Có biến chứng gì sau đẻ hay không?
- Khí hư: Bình thường vẫn có một ít niêm mạc dịch do các tuyến cổ tử cung và âm đạo tiết ra, khi tiết nhiều gây khó chịu như ngứa, hoặc có mùi hôi là dấu hiệu bất thường.

Nhìn

- Quan sát toàn thân, da, niêm mạc, cơ thể có cân đối không?
- Nếu nghe giọng nói có ồ thì xem có mọc râu không? Mọc lông có nhiều không?
- Xem có sẹo mổ cũ trên thành bụng không?
- Hệ thống lông vệ và trên bụng có phát triển bình thường không?
- Âm vật, hai môi lớn, môi bé, tầng sinh môn có bình thường không?

Sờ nắn theo khám bụng ngoại khoa, chú ý vùng dưới bụng để phát hiện u cục. Khám hạch 2 bên xem có sưng nề không.

Câu 4. Trình bày cách hướng dẫn bệnh nhân tự khám và chăm sóc vú.

Tự khám vú nên được thực hiện ở tuần lễ đầu sau sạch kinh. Với phụ nữ đã mãn kinh hoặc cắt cổ tử cung thì có thể tự khám hàng tuần, hàng tháng:

- Đứng trước gương quan sát kỹ lưỡng 2 vú.
- Kiểm tra vú trong khi tắm.



- Kiểm tra vú trong khi nằm.
- Khám kỹ lưỡng núm vú và hố nách.

Kiểm tra trước ngang:

- Khởi đầu bằng cách chống 2 tay lên hông.
- Tiếp theo là giơ 2 tay lên cao quá đầu trong khi từ từ xoay nghiêng người sang phải, sang trái.
- Ở tư thế trên quan sát kỹ: Sự cân đối của vú, núm vú, có tụt không, màu sắc da, v.v

Nắn núm vú tốt nên thực hiện trong khi tắm vì ngón tay sẽ trượt trên da dễ dàng hơn:

- Khởi đầu bằng một tay sau gáy.
- Tay còn lại nắn vú theo chiều kim đồng hồ bắt đầu từ vị trí 12 giờ. Dùng các ngón tay day nhẹ nhàng, tỉ mỉ trên toàn bộ vú.
- Kiểm tra vú riêng biệt.

Sờ nắn hố nách nên được thực hiện ở tư thế nằm, có gối đỡ dưới vai, dùng các ngón tay thăm dò vùng hố nách.

Các động tác thực hiện nhắc lại với vú bên kia.

Kiểm tra và tự so sánh với lần trước: Sự biến đổi màu sắc, khối lượng vú, hình dạng, đặc điểm da, tìm kiếm và phát hiện u bướu, sự co rút hoặc các vết loét, sự dịch chuyển hoặc không đối xứng của núm vú, hạch ở hố nách.

Câu 5. Trình bày kỹ năng thăm khám vú.

Nhìn: Bệnh nhân ngồi, 2 tay buông thõng, giơ tay hoặc chống tay vào hông khi cần thiết. Đánh giá sự đối xứng 2 núm vú, hình dạng, kích thước, màu sắc da, sự co rút da vú, những bất thường như quầng vú.

Khám hạch: Cơ ngực thư giãn. Tay người khám đỡ tay bệnh nhân dùng đầu ngón tay khám nhẹ nhàng thành ngực và hố nách để tìm hạch. Nhận định số lượng, mật độ, di động của hạch và khả năng dính với tổ chức xung quanh.

Khám vú: Bệnh nhân nằm ngửa, ngực để trần, dùng một gối mềm kê dưới vai bên vú được khám. Sờ nắn bằng đầu ngón tay qua các động tác day nhẹ nhàng di chuyển theo chiều kim đồng hồ từ 1/4 này đến 1/4 khác của vú và vùng trung tâm. Khi khám đến nửa vú trong thì bệnh nhân nên giơ cánh tay bên đó quá đầu để căng cơ ngực tạo mặt phẳng dưới vú để dễ khám. Khả năng ác tính của vú khi mật độ cứng, ranh giới không rõ ràng, xu hướng dính vào các mô lân cận và kém di động.

Dấu hiệu tiết dịch: Đánh giá dịch một bên hay cả hai bên, màu sắc đục như sữa hay đục vàng như mủ, nâu đỏ hay máu tươi.

Câu 6. Trình bày về cách hỏi bệnh trong kỹ năng thăm khám vú.

Hỏi:

- Khai thác tiền sử gia đình, quan hệ ruột thịt mắc ung thư vú vì có nguy cơ cao gấp 2-3 lần so với cộng đồng.
- Khai thác tiền sử về bệnh vú: Đã mắc bệnh, kết quả điều trị, kết quả sinh thiết, thuốc dùng cho lần điều trị trước.
- Tiền sử sản phụ khoa: Kinh nguyệt gián tiếp đánh giá buồng trứng, tiền sử đẻ và cho con bú.



- Bệnh lý nội khoa, tình trạng tâm lý, điều kiện kinh tế xã hội: Đánh giá những bệnh lý trước đây có thể liên quan đến việc điều trị sớm và có kết quả ở những bệnh vú thông thường, đánh giá tiên lượng. Tình trạng tâm lý giáo dục, kinh tế xã hội cũng ảnh hưởng.
- Các câu hỏi gợi ý về bệnh: Dấu hiệu hoặc triệu chứng bất thường như đau, tiết dịch, dấu hiệu hoặc triệu chứng khởi phát như thấy u nhỏ, ngứa hoặc núm vú tiết dịch như máu.

Câu 7. Trình bày nội dung theo dõi và xử trí tai biến sau đỡ đẻ thường ngôi chỏm.

Theo dõi:

- Sau mỗi cơn rặn, người đỡ phụ lại nghe nhịp tim thai, báo lại cho người đỡ chính, nhằm phát hiện suy thai để có thái độ xử lý thích hợp.
- Luôn quan sát bụng sản phụ phát hiện kịp thời dấu hiệu dọa vỡ tử cung. Hạ bàn để nằm ngang khi thai đã sổ ra ngoài.
- Sau khi đỡ đẻ, người đỡ chính phải quan sát sản phụ để kịp thời phát hiện chảy máu, vết rách và đánh giá mức co hồi tử cung để chuẩn bị xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ. Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ và hồ sơ.

Xử trí tai biến:

- Ngay sau khi sổ thai, rau bong dở dang gây băng huyết cần bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung ngay. Nếu rách âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn (hoặc cắt chủ động) cần khâu lại sau khi đã sổ rau và kiểm tra bánh rau.
- Nếu băng huyết do đờ tử cung phải tập trung cấp cứu bằng các biện pháp làm ngừng chảy máu và bồi phụ lượng máu đã mất.
- Nếu trẻ ngạt cần hồi sức sơ sinh tích cực.

Câu 8. Trình bày kỹ năng đỡ đẻ đầu, vai, mông trong đỡ đẻ thường ngôi chỏm.

1. Đỡ kiểu chằm vệ:

Đỡ đầu:

- Giúp đầu cúi tốt: Ấn nhẹ nhàng vào vùng chằm trong mỗi cơn co tử cung.
- Nếu có chỉ định thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ và lúc tầng sinh môn giãn căng.
- Khi hạ chằm tì dưới khớp vệ sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.
- Khi sổ đầu ra ngoài thì hút dịch hoặc dùng gạc lau miệng thai nhi.

Đỡ vai:

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chằm quay về bên đó, kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ cần gỡ hoặc cắt.
- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên tai và đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn-cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu tay kia giữ tầng sinh môn, nhắc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn vì vậy cần giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

Đỡ mông:

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt hai bàn chân, tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin khi chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.
- Giữ thai ở tư thế ngang, đầu hơi thấp hoặc để thai nằm nghiêng trên bàn đẻ rồi tiến hành cắt dây rốn.



2. Đỡ kiểu chằm cùng:

Về cơ bản giống kiểu ngôi chằm vệ chỉ khác các điểm sau:

- Khi đỡ đầu thì mặt thai ngửa lên phía trên xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi xuống bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu từ dưới lên.
- Khi hạ chằm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ trán, mắt, mũi, cằm.
- Khi đầu sỏ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó.
- Tiếp tục đỡ vai và các phần còn lại như đỡ chằm vệ.

Câu 9. Trình bày các bước chuẩn bị (chuẩn bị dụng cụ, bệnh nhân và tư thế bệnh nhân) trong đỡ để ngôi chằm kiểu thể chằm chậu trái trước.

Dụng cụ:

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ: 2 kim Kocher, 1 kéo cắt cuống rốn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu và kim khâu.
- Dụng cụ để hút nhớt và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống nhựa).
- Thông tiểu.

Sản phụ:

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn đẻ và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Nếu có cầu bàng quang mà không đi đại được thì tiến hành thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục ngoài, trải khăn vô khuẩn.

Tư thế sản phụ:

- Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống chân.

Câu 10. Trình bày các vấn đề cần hỏi và khám ở một trẻ ho hoặc khó thở theo IMCI.

Hỏi và khám chung:

- Hỏi tên, tuổi của trẻ và lý do đến khám.
- Tìm dấu hiệu nguy hiểm toàn thân

HỎI	NHÌN
<ul style="list-style-type: none"> • Trẻ có thể uống hoặc bú mẹ không? • Trẻ có nôn tất cả mọi thứ không? • Trẻ có co giật không? 	<ul style="list-style-type: none"> • Trẻ có ngủ li bì hay khó đánh thức không?

Đánh giá ho và khó thở:

- Trẻ có ho hoặc khó thở không?
“Khó thở” là thở không bình thường như thở “nhanh” hoặc có “tiếng thở khác thường” hoặc “ngừng thở” hoặc “ngực hay bụng di động khác thường”. Nếu bà mẹ trả lời không thì quan sát kỹ thêm nếu cho rằng trẻ có ho và khó thở, đồng thời giải thích cho bà mẹ. Nếu trẻ ho, khó thở thì cần hỏi tiếp ho trong bao lâu? Thời gian trên 30 ngày là ho mãn tính, là dấu hiệu của lao, hen, ho gà hoặc bệnh khác.
- Đếm số nhịp thở trong 1 phút.



Trẻ không quấy khóc, sợ hãi hoặc đang bú khi quan sát và đếm nhịp thở. Trẻ thở nhanh phụ thuộc độ tuổi của trẻ: 2-12 tháng trên 50 nhịp/phút, 12 tháng-5 tuổi trên 40 nhịp/phút.

- Tìm dấu hiệu rút lõm lồng ngực.
Khi trẻ hít vào có dấu hiệu rút lõm lồng ngực nếu phần dưới lồng ngực lõm vào. Rút lõm lồng ngực xuất hiện khi trẻ gắng sức nhiều hơn bình thường để hít vào. Bình thường toàn bộ lồng ngực và bụng phình ra khi trẻ hít vào, khi rút lõm lồng ngực thì phần dưới lõm vào khi trẻ hít vào. Trong trường hợp rút lõm lồng ngực phải thấy rõ ràng và thường xuyên, nếu thấy khi khóc hoặc đang bú thì không phải rút lõm lồng ngực. Nếu chỉ có phần mềm giữ các xương sườn lõm vào thì trẻ không có rút lõm lồng ngực.
- Tìm, nghe tiếng thở rít và tiếng khò khè.
Thở rít là tiếng thở thô ráp được tạo ra khi trẻ hít vào khi có phù nề thanh quản, khí quản hoặc nắp thanh quản. Sự phù nề cản trở không khí vào phổi có thể đe dọa tính mạng gây tắc nghẹt đường hô hấp. Trẻ thở rít khi nằm yên là đang trong tình trạng nguy hiểm.
Thở khò khè là âm thanh êm dịu nghe thấy khi thở ra. Thở khò khè cần được đánh giá và phân loại triệu chứng ho hoặc khó thở lại sau khi xử trí.

Câu 11. Trình bày cách phân biệt một trẻ ho hoặc khó thở theo IMCI.

CÁC DẤU HIỆU	PHÂN LOẠI
Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào	Viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng
Rút lõm lồng ngực	
Thở rít khi nằm yên	
Thở nhanh nếu: Từ 2-12 tháng trên 50 nhịp/phút Từ 12-5 tuổi trên 40 nhịp/phút	Viêm phổi
Không có dấu hiệu của viêm phổi hoặc bệnh rất nặng	Không viêm phổi: Ho hoặc cảm lạnh

Câu 12. Trình bày các vấn đề cần hỏi và khám ở một trẻ bị tiêu chảy theo IMCI.

Hỏi:

- Trẻ có bị tiêu chảy không?
Nếu bà mẹ trả lời không thì hỏi về triệu chứng chính tiếp theo là sốt, không cần đánh giá các dấu hiệu liên quan đến tiêu chảy. Nếu trả lời có hoặc ngay từ đầu đến khám do tiêu chảy thì đánh giá dấu hiệu mất nước, tiêu chảy kéo dài và lỵ.
- Thời gian trong bao lâu? Trên 14 ngày là tiêu chảy kéo dài.
- Có máu trong phân không? Có máu trong phân đánh giá lỵ.

Khám:

- Quan sát toàn trạng trẻ xem trẻ có li bì hoặc khó đánh thức không? Có vật vã kích thích không?
- Tìm dấu hiệu mất nước.
Khi mất nước trẻ mắt trũng. Lưu ý ở trẻ suy dinh dưỡng nặng, cơ thể gầy mòn, mắt thường trũng.
- Cho trẻ uống nước.
Đề nghị bà mẹ cho trẻ uống nước bằng cốc hoặc thìa. Trẻ không uống được do không thể tự nuốt được khi đổ nước/sữa vào miệng trẻ hoặc trẻ ở trạng thái ngủ ly bì khó đánh thức. Trẻ uống kém khi trẻ yếu và không thể uống nước nếu không có giúp đỡ. Trẻ có dấu hiệu uống nước háo hức, khát là khi trẻ uống nước rõ ràng, xem trẻ có lấy cốc hoặc thìa khi đưa nước cho trẻ uống, trẻ khó chịu khi đưa nước ra xa.
- Véo da bụng
Nếp véo da rõ ràng sau khi thả tay ra xác định trẻ có dấu hiệu nếp véo da mất rất chậm (trên 2 giây). Nếu có thể kịp nhìn nếp da trong thời gian rất ngắn thì xác định nếp véo da mất chậm. Lưu ý trẻ suy



đinh dưỡng nếp véo dao mắt rất chậm ngay cả khi trẻ không bị mất nước, nếp véo da cũng ít tin ở trẻ bị bầm hoặc bị phù.

Câu 11. Trình bày cách phân biệt một trẻ bị tiêu chảy theo IMCI.

Phân loại:

- Tất cả trẻ bị tiêu chảy đều phải được phân loại độ mất nước.
- Trẻ bị tiêu chảy 14 ngày hoặc hơn phân loại theo tiêu chảy kéo dài.
- Trẻ có máu trong phân phân loại trẻ bị lỵ.

Phân loại mức độ mất nước:

Hai trong các điều kiện sau: <ul style="list-style-type: none">• Li bì hoặc khó đánh thức• Mắt trũng• Không uống được hoặc uống kém• Nếp véo da mắt rất chậm	Mất nước nặng
Hai trong các điều kiện sau: <ul style="list-style-type: none">• Vật vã, kích thích• Mắt trũng• Uống háo hức, khát• Nếp véo da mắt chậm	Có mất nước
Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng	Không mất nước

Phân loại tiêu chảy kéo dài:

- Tiêu chảy kéo dài nặng khi trẻ tiêu chảy trong vòng 14 ngày hoặc hơn có mất nước hoặc mất nước nặng.
- Tiêu chảy kéo dài khi trẻ tiêu chảy trong vòng 14 ngày nhưng có có mất nước.

“One day you’ll leave this world behind so live a life you will remember”

Tim Bergling

Author: Dr. Louis

Supporter: Dr. Tham